

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS
MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

BÁRBARA CRISTINA SILVA PEREIRA

“RESISTIR PARA EXISTIR, EXISTIR PARA REAGIR”: análise do direito social à
saúde da população trans e travesti a partir do Ambulatório de Sexualidade de um Hospital de
Alta Complexidade do Maranhão



Arte da capa feita por Ary Suptitz (@oieusouary). Nela, da esquerda para a direita: João Nery, Xica Manicongo, Keila Simpson, Letícia Nascimento, Kátia Tapety, Erika Hilton e Jovanna Baby. Todos os direitos reservados.



BÁRBARA CRISTINA SILVA PEREIRA

“RESISTIR PARA EXISTIR, EXISTIR PARA REAGIR”: análise do direito social à saúde da população trans e travesti a partir do Ambulatório de Sexualidade de um Hospital de Alta Complexidade do Maranhão

São Luís-MA

2024

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Silva Pereira, Bárbara Cristina.

Resistir Para Existir, Existir Para Reagir : Análise do
Direito Social À Saúde da População Trans e Travesti A
Partir do Ambulatório de Sexualidade de Um Hospital de
Alta Complexidade do Maranhão / Bárbara Cristina Silva
Pereira. - 2024.

196 f.

Orientador(a): Marly de Jesus Sá Dias.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em
Políticas Públicas/ccso, Universidade Federal do Maranhão,
São Luís-ma, 2024.

1. Pessoas Trans. 2. Travestis. 3. Direito Social À
Saúde. 4. Diversidade de Gênero. 5. Emancipação Humana.
I. de Jesus Sá Dias, Marly. II. Título.

BÁRBARA CRISTINA SILVA PEREIRA

“RESISTIR PARA EXISTIR, EXISTIR PARA REAGIR”: análise do direito social à saúde da população trans e travesti a partir do Ambulatório de Sexualidade de um Hospital de Alta Complexidade do Maranhão

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão como requisito para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Marly de Jesus Sá Dias
Orientadora (PPGPP/UFMA)

Prof.^a Dr.^a Cristiana Costa Lima
Examinadora (PPGPP/UFMA)

Prof. Dr. Carlos Wellington Soares Martins
Examinador Externo (PPGPSI/UFMA)

AGRADECIMENTOS

A todas as pessoas que colaboraram para execução desta dissertação, por acreditarem na ciência e por acreditarem no poder de transformação da sociedade. Em especial, às pessoas trans, travestis e não-binárias do Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA – pela disponibilidade e gentileza em participar desta pesquisa. A caminhada e a luta continuam.

A Deus, aos que me guiam e aos que me protegem.

À minha mãe, Isabel, pessoa que mais me incentiva e me apoia neste mundo. Obrigada por me ensinar desde cedo que o amor é o que há de mais importante nesta vida. Obrigada por sempre me mostrar que não há nada mais precioso que a liberdade de sermos fiéis aos nossos ideais.

À minha irmã, Fábiana, e ao meu sobrinho, Davi, pelo suporte nesta longa estrada. Obrigada pelos momentos leves de descontração.

Aos meus avós maternos, Maria e Pedro, já falecidos, porém eternamente em meu coração.

À professora Marly Dias, por ter sido paciente e amável comigo nestes dois anos de construção. Pela sensibilidade e pelo incentivo oferecidos, mesmo que fisicamente longe. Muito obrigada por acreditar no potencial de realização deste trabalho.

À Cristiana Costa Lima e Carlos Wellington Soares Martins, pelas valiosas contribuições e reflexões desde o início da elaboração deste trabalho.

À Luciana, a quem tive a honra de conhecer e conviver durante a Residência Multiprofissional em Saúde. Obrigada por sempre estar disponível para me ajudar a concretizar esta dissertação.

Ao Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas da UFMA, por oferecer as bases para construção deste estudo. É sempre uma honra retornar à UFMA como aluna. Ao Hospital Universitário da UFMA, espaço de ensino, pesquisa e extensão, local onde aprendi imensamente. Ao Grupo de Pesquisa e Extensão sobre Relações de Gênero, Étnico-raciais, Geracional, Mulheres e Feminismo (GERAMUS), por oportunizar centralidade ao debate e à luta conjunta entre exploração e opressão. À CAPES, pela concessão de bolsa e incentivo financeiros indispensáveis para realização deste estudo.

*Uma parte de mim é multidão
Outra parte estranheza e solidão*

*Uma parte de mim pesa e pondera
Outra parte delira*

*Uma parte de mim almoça e janta
Outra parte se espanta*

*Uma parte de mim é permanente
Outra parte se sabe de repente*

(Ferreira Gullar)

RESUMO

A pesquisa de natureza qualitativa teve como objetivo analisar as contradições que permeiam o direito social à saúde de pessoas trans e travestis, tendo como base a realidade do Ambulatório de Sexualidade do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA). Para isso, buscou-se analisar as formas de exploração e opressão às quais as populações trans e travesti têm sido submetidas nos marcos do capitalismo, com destaque às suas formas de organização social e política. Além disso, discutiu-se como as políticas públicas de saúde têm contemplado a população trans e travesti no Brasil, com ênfase nas disputas entre o Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto Privatista. Subsidiado pelo materialismo histórico-dialético, adotou como procedimentos metodológicos a revisão de literatura, a pesquisa documental e a pesquisa empírica – ocasião em que se entrevistou 10 usuários/as do serviço e 3 profissionais de saúde. Os resultados apontaram que o Ambulatório de Sexualidade tem sido buscado mais por homens trans, negros, com ensino médio completo e residentes na região metropolitana de São Luís-MA. Revelou ainda altos índices de evasão, assim como disparidades entre gênero e raça. Apontou para duas grandes contradições: a rejeição violenta à existência de pessoas trans e travestis, funcional à preservação de uma sociedade patriarcal e cisheteronormativa, e, ao mesmo tempo, à sua composição no mundo do trabalho – enquanto mão de obra reserva, barata e precarizada; e os limites da efetivação do direito social à saúde na sociedade capitalista neoliberal, com progressivo desmonte das políticas sociais e introdução de métodos de gestão empresarial no campo da saúde pública. Concluiu-se que, na prática, o direito à saúde – para todos, sem distinção, nos mais variados níveis de atenção – apresenta-se não apenas parcialmente garantido, mas também ameaçado; que a luta histórica da população trans e travesti pelo acesso a tal direito culminou em conquistas importantes na busca pela cidadania, inscritas no plano da emancipação política, mas ainda insuficientes para romper com as contradições observadas, pois realizam-se dentro da ordem vigente estabelecida pelo capital. Tal aspecto demanda que as estratégias de resistências dos movimentos sociais organizados e contra-hegemônicos sejam multiplicadas – não somente para garantir existências, mas para estimular novas formas de reação, com vistas à superação da realidade atual rumo à emancipação humana. Resistir e reagir é uma **necessidade**.

Palavras-chave: pessoas trans; travestis; direito social à saúde; diversidade de gênero; emancipação humana.

ABSTRACT

The qualitative research aimed to analyze the contradictions that permeate the social right to health of trans and transvestite people, based on the reality of the Ambulatório de Sexualidade of the University Hospital of the Federal University of Maranhão (HUUFMA). To this end, we sought to analyze the forms of exploitation and oppression to which trans and transvestite populations have been subjected within the framework of capitalism, with emphasis on their forms of social and political organization. Furthermore, it was discussed how public health policies have addressed the trans and transvestite population in Brazil, with an emphasis on the disputes between the Reforma Sanitária Project and the Privatist Project. Supported by historical-dialectic materialism, it adopted literature review, documentary and empirical research as methodological procedures. Occasion in which 10 users and 3 health professionals were interviewed. The results showed that the Ambulatório de Sexualidade has been sought out more by trans, black men, with completed high school and residing in the metropolitan region of São Luís-MA. It also revealed high dropout rates, as well as disparities between gender and race. It pointed to two major contradictions: the violent rejection of the existence of trans and transvestite people, functional to the preservation of a patriarchal and cisheteronormative society, and, at the same time, to their composition in the world of work – as a reserve, cheap and precarious workforce; and the limits to the implementation of the social right to health in neoliberal capitalist society, with the progressive dismantling of social policies and the introduction of business management methods in the field of public health. It was concluded that, in practice, the right to health – for everyone, without distinction, at the most varied levels of care – is not only partially guaranteed, but also threatened; that the historical struggle of the trans and transvestite population for access to this right culminated in important achievements in the search for citizenship, included in the plan of political emancipation, but still insufficient to break with the contradictions observed, as they take place within the current order established by the capital. This demands that the resistance strategies of organized and counter-hegemonic social movements be multiplied – not only to guarantee existences, but to stimulate new forms of reaction, with a view to overcoming the current reality towards human emancipation. Resisting and reacting is a necessity.

Keywords: trans people; transvestites; social right to health; gender diversity; human emancipation.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Manchete do Jornal “O Estado de São Paulo”, em 25/03/1985.....	53
Figura 2 – Manifestação contra a violência policial em São Paulo, 1980.....	54
Figura 3 – Lista de estabelecimentos cadastrados no SCNES na modalidade ambulatorial para realização do Processo Transexualizador no SUS (Maio/2024)	103
Figura 4 – Lista de estabelecimentos cadastrados no SCNES na modalidade hospitalar para realização do Processo Transexualizador no SUS (Maio/2024)	104
Figura 5 – Faixa na entrada do HUUFMA durante manifestação contra a EBSEH, em 2012	124

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 – Marcos histórico-normativos na construção de políticas públicas para a população trans e travesti no Brasil	106
Quadro 2 – Marcos histórico-normativos na construção de políticas públicas para a população trans e travesti no Maranhão.....	108
Quadro 3 – Perfil dos/as usuários/as colaboradores/as da pesquisa empírica.....	132
Tabela 1 – Assassinatos de pessoas trans e travestis entre 2017 e 2023 no Brasil e no Maranhão	47
Tabela 2 – Número de hospitais segundo entidade mantenedora - Brasil (1964 – 1974)	79

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Porcentagem de usuários (com EAS preenchida) que permanecem e não permanecem sendo atendidos no Ambulatório de Sexualidade/HUUFMA, até setembro de 2023	133
Gráfico 2 – Quantidade de novos usuários (com EAS preenchida) inseridos no Ambulatório de Sexualidade/HUUFMA, por ano (2016-2023)	136
Gráfico 3 – Local de residência dos usuários (com EAS preenchida) atendidos no Ambulatório de Sexualidade/HUUFMA	137
Gráfico 4 – Escolaridade dos usuários (com EAS preenchida) atendidos no Ambulatório de Sexualidade/HUUFMA	138
Gráfico 5 – Origem da demanda dos usuários (com EAS preenchida) atendidos no Ambulatório de Sexualidade/HUUFMA	140
Gráfico 6 – Cor/raça autodeclarada dos usuários (com EAS preenchida) atendidos no Ambulatório de Sexualidade/HUUFMA	144
Gráfico 7 – Orientação sexual dos usuários (com EAS preenchida) atendidos no Ambulatório de Sexualidade/HUUFMA	145
Gráfico 8 – Identidade de gênero dos usuários (com EAS preenchida) atendidos no Ambulatório de Sexualidade/HUUFMA	145

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica
ABGLT – Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexos
ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AGHU – Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIS – Ação Integrada de Saúde
AMATRA – Associação Maranhense de Travestis e Transexuais
ANTRA – Associação Nacional de Travestis e Transexuais
APRUMA – Associação dos Professores da Universidade Federal do Maranhão
ASTRAL – Associação de Travestis e Liberados
ATRAMA – Associação de Travestis e Transexuais do Maranhão
ATRAS – Associação de Travestis de Salvador
CAP – Caixa de Aposentadoria e Pensão
CBO – Classificação Brasileira de Ocupações
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CEDLGBT – Conselho Estadual dos Direitos das Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
CEP – Conselho de Ética em Pesquisa
CFESS – Conselho Federal de Serviço Social
CFM – Conselho Federal de Medicina
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CID – Classificação Internacional de Doenças
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CNT – Coletivo Nacional de Transexuais
CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento
DEOPS – Departamento Estadual de Ordem Política e Social
DPE – Defensoria Pública do Estado
DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSS – Determinantes Sociais de Saúde
DST – Divisão Sexual do Trabalho
EAS – Entrevista de Acolhimento Social
EBGLT – Encontro Brasileiro de Gays, Lésbicas e Travestis
EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EMSERH – Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares
ENTLAIDS – Encontro Nacional de Travestis e Transexuais na luta contra a AIDS
ESF – Estratégia de Saúde da Família
EUA – Estados Unidos da América
FBH – Federação Brasileira de Hospitais
FMI – Fundo Monetário Internacional
FONATRANS – Fórum Nacional de Travestis e Transexuais Negras e Negros
GALF – Grupo de Ação Lésbica-Feminista

GGB – Grupo Gay da Bahia
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
GALF – Grupo de Ação Lésbica-Feminista
HUMI – Hospital Universitário Materno Infantil
HUUFMA – Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
IAP – Instituto de Aposentadoria e Pensão
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBRAT – Instituto Brasileiro de Transmasculinidades
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS – Instituto Nacional da Assistência Médica e da Previdência Social
INPS – Instituto Nacional da Previdência Social
ISER – Instituto Superior de Estudos da Religião
LGBTI+ – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Intersexo e outros
MEC – Ministério da Educação
MHB – Movimento Homossexual Brasileiro
MRS – Movimento de Reforma Sanitária
MS – Ministério da Saúde
ODCH – Organização dos Direitos e Cidadania dos Homossexuais
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONG – Organização Não-governamental
ONU – Organização das Nações Unidas
OS – Organização Social
OSCIP – Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PL – Projeto de Lei
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNSILGBT – Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
PPGPP – Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas
PrTr – Processo Transsexualizador
PSF – Programa de Saúde da Família
REHUF – Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
RENATA – Rede Nacional de Travestis
RENTRAL – Rede Nacional de Travestis e Liberados
SAIPS – Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde
SAMDU – Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência
SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SEMUS – Secretaria Municipal de Saúde
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD – Tratamento Fora de Domicílio
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFMA – Universidade Federal do Maranhão
UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 O SISTEMA NO SISTEMA: existências e resistências nos marcos do capitalismo.....	32
2.1 Diversidade de gênero na sociabilidade capitalista: considerações acerca da exploração e opressão da população trans e travesti.....	33
2.2 “A história não começa em 1992”: organização, lutas e resistências dos Movimentos de Travestis e Transexuais no Brasil.....	49
3 “A LUTA É TODO DIA, SAÚDE NÃO É MERCADORIA”: políticas públicas de saúde e a população trans e travesti	64
3.1 Direito social à saúde no Brasil: breve resgate histórico.....	68
3.1.1 Saúde como direito x saúde como mercadoria: disputas societárias entre o Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto Privatista	80
3.2 Marcos legais na construção de políticas públicas de saúde para a população trans e travesti	95
4 SIGO PELO LADO OPOSTO PARA EXISTIR E REAGIR: contradições, avanços e desafios que permeiam o direito social à saúde da população trans e travesti	114
4.1 A EBSEH, o HUUFMA e o Ambulatório de Sexualidade: contextualizando a realidade maranhense	116
4.2 “A minha vida é uma contradição”: o cotidiano daqueles que constroem e vivenciam o Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA	128
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	163
REFERÊNCIAS	170
APÊNDICES	181
ANEXOS	187

1 INTRODUÇÃO

O ano é 1982. Uma travesti quebra a janela de um ônibus. A cena ocorre em frente a um hospital. Na rua, carros buzina e formam um pequeno congestionamento. Descendo do ônibus, ela grita: “Tá achando que travesti é bagunça? Vem aqui pra fora! ‘Ai, tem que matar’. Então, vem matar!”. Uma enfermeira sai de seu carro, observa a gritaria e a reconhece. “Rose, você estava no hospital?”. Rose, agora sabemos seu nome, parece desnorreada, mas lembra que Marta, a enfermeira, é irmã de um amigo seu. “É verdade, você trabalha nesse hospital. E te escorraçam como se você fosse nada? ‘Ah, mas o que o senhor tem é só um resfriadinho’. Senhor nada! Porque eu não gastei dois milhões, meu amor, pra pôr esses peitos na Itália pra chamar de senhor! De graça não! De graça não!”. Com a mão sangrando, Rose acrescenta: “E nunca te deixam nem entrar. É porque eu sou travesti, é por isso. Não é porque eu tô resfriada não. É porque eu sou tra-ves-ti. Travesti!”.

A cena apresentada acima é do filme brasileiro “Os Primeiros Soldados”, lançado em 2022 e dirigido e escrito por Rodrigo de Oliveira. Rose é interpretada por Renata Carvalho, atriz travesti. O filme retrata o início da epidemia de AIDS no Brasil e as dificuldades enfrentadas pelos primeiros infectados pelo vírus, dentre eles Rose. Entre o preconceito e a desinformação, o caminho de Rose já não era fácil muito antes de saber da doença. A pequena narração nos mostra que os espaços de saúde no Brasil nunca foram acessíveis e muito menos confortáveis às travestis e pessoas trans.

A reflexão sobre episódios como o narrado acima se aguçou com o Mestrado em Políticas Públicas e nos conduziu a investigar, para fins de dissertação, as contradições que permeiam o direito social à saúde de pessoas trans e travestis. Para tal, tomamos como base a realidade do Ambulatório de Sexualidade do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA). Afinal, como o direito social à saúde da população trans e travesti, em seu conceito ampliado¹, tem sido assegurado na contemporaneidade? Quais os rebatimentos do projeto neoliberal para as políticas de saúde no Brasil, particularmente para as iniciativas voltadas para a população trans e travesti? Como a luta de travestis e pessoas trans pelo direito à saúde se conecta às demais lutas da classe trabalhadora? Como analisar tudo isso a partir do horizonte da emancipação humana?

¹ O conceito ampliado de saúde, expresso na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 e fruto da produção teórico-crítica do Movimento de Reforma Sanitária (MRS), salienta que a saúde é resultado de uma série de condições, com destaque para o modo de produção e as formas de organização das classes sociais em disputa.

Em busca de respostas, nos propusemos a apreender as formas de exploração e opressão às quais as populações trans e travesti têm sido submetidas nos marcos do capitalismo, a partir de suas formas de organização social e política. Objetivamos discutir como as políticas públicas de saúde têm contemplado a população trans e travesti no Brasil, com ênfase nas disputas entre diferentes projetos sociopolíticos. Além disso, analisamos as experiências de acesso e permanência da população trans e travesti no Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA, com o intuito de perceber como as contradições se materializam nesse serviço de saúde especializado.

Nesse sentido, faz-se necessário discutir alguns marcos conceituais, sob o ponto de vista crítico das pessoas trans e travestis, sobre identidade de gênero, transgeneridade e cisgeneridade. Jaqueline Gomes de Jesus (2012), em seu livro “Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos”, afirma que uma pessoa cisgênera (ou “cis”) é aquela que se identifica com o gênero que lhe foi atribuído no momento do nascimento². Durante a realização do ultrassom ou quando nascemos, alguém diz: “É menino!” ou “É menina!”. Essa definição é feita com base em órgãos genitais, cromossomos ou níveis hormonais. É também uma definição binária, não admitindo, socialmente, outras interpretações. A partir daí, questões como aparência, comportamentos, gostos e projetos vão sendo moldados. No entanto, nesse caminho, há pessoas que não se identificam com essa imposição. Em outras palavras, sua identidade de gênero difere daquela anunciada lá no início da gestação ou da vida. São as pessoas trans.

Com essa breve elucidação, não intentamos estabelecer conceitos fechados ou unânimes sobre as identidades trans, uma vez que não há consenso sobre o assunto (Jesus, 2012). Nosso objetivo é destacar que, a partir da transgeneridade, compreende-se que os papéis de gênero não são naturais, mas sim construídos socialmente. A transgeneridade rejeita a naturalização da relação homem-pênis e mulher-vagina, assim como nega a imposição da binariedade de gênero. Hailey Kaas (2015) aponta que evidenciar o fato de que gênero é designado (e não constatado) no momento do nascimento é parte do caminho na luta contra o bioessencialismo cisgênero, o qual naturaliza certos corpos como femininos ou masculinos.

Para Berenice Bento (2008), na lógica cis, os únicos lugares habitáveis para o feminino são os corpos de mulheres e os únicos lugares habitáveis para o masculino são os corpos de homens. É como se existisse uma essência própria, natural de cada um, que se expressasse em

² O uso do termo cisgênero inaugura um projeto de visibilidade social que procura elevar as pessoas trans e travestis ao mesmo status de humanidade das pessoas não-trans, uma vez que, antes dele, eram utilizados termos pejorativos como “mulher de verdade” ou “homem biológico” para se referir às pessoas cis, dando a entender que as pessoas trans eram *fakes* (Kaas, 2015).

atos ao longo da vida. Conforme a autora, é a partir dessa hipótese que se constrói as “naturezas perfeitas”, como é o caso do “instinto materno” e do “homem viril”. A ideia é poderosa, afinal, “não se pode lutar contra a natureza”. Entretanto, para além disso, as normas de gênero têm efeitos materiais, pois fazem parte de um projeto mais amplo (Bento, 2008).

Assim, uma criança que recebe de presente bonecas, fogões e panelinhas, predominantemente na cor rosa, está sendo preparada para a maternidade, para a vida privada, na qual deverá ser passiva, cuidadosa e bondosa. Por sua vez, se esta criança recebe carros, bolas e outros brinquedos que estimulam a competição, “está em curso o trabalho de fabricação do corpo para o mundo público” (Bento, 2008, p. 37). A transgeneridade e outras experiências dissidentes demonstram que não somos biologicamente predestinados a certos comportamentos baseados em expressões de gênero. A materialidade dos corpos trans desobedece às normas de gênero e, por isso, os coloca em situação de risco, mas, ao mesmo tempo, também revela as possibilidades de transformação dessas mesmas normas.

O binarismo de gênero é marcado pela biologização e naturalização da relação exclusiva e direta entre homem-pênis-masculino e mulher-vagina-feminino. Dá lugar somente à cisgeneridade e caminha lado a lado com a heteronormatividade, a qual apresenta a heterossexualidade como única forma de orientação sexual possível. Da mesma maneira, a cisnormatividade reconhece apenas a existência de pessoas não-trans, invalidando aqueles que ousem se expressar de maneira diferente. Essa “normatividade” se inscreve em ideologias e práticas que perpassam variadas esferas da sociedade, com implicações sociais, econômicas, políticas e culturais.

Importante entender que gênero é diferente de orientação sexual e que um não depende necessariamente do outro. A orientação sexual se refere ao campo da atração afetiva e/ou sexual direcionada a outrem (Jesus, 2012), como, por exemplo, a heterossexualidade, a homossexualidade, a bissexualidade, etc. As identidades de gênero dizem respeito à forma como as pessoas se entendem, se reconhecem e se expressam no mundo. Jovanna Baby Cardoso, quando questionada sobre o que é ser travesti, diz: “É ser quem eu sou”³. De modo simples, sua resposta nos demonstra que a reivindicação de ser travesti passa por um processo de autopercepção e autodeterminação.

A utilização do termo “população trans e travesti” no título e corpo desta dissertação parte do reconhecimento, expressado por Nascimento (2021), que a palavra “trans”, entendida como um termo guarda-chuva, pode englobar transexuais, travestis, mulheres transgêneras,

³ Trecho do documentário “Jovanna Baby: uma trajetória do Movimento de Travestis e Trans no Brasil”, disponível no Youtube.

homens transgêneros, transmasculines, pessoas não-binárias e outras identidades de gênero dissidentes⁴. Levando em consideração a marginalização social da identidade travesti, a autora opta, como ato político, por reforçá-la junto ao nome “trans” – linha de pensamento a qual seguiremos.

Os termos transexual e transgênero são utilizados ao longo da história para caracterizar mulheres e homens que não se identificam com o gênero designado no nascimento, sendo o nome transgênero mais recente. Carvalho (2011) explica que além da identidade travesti e transexual, o termo transgênero começou a ser utilizado no início dos anos 2000 a partir da aproximação de alguns grupos brasileiros com movimentos internacionais (em que a sigla T se referia a “*transgender*”).

A identidade feminina travesti é uma construção latino-americana, mais antiga (Marinho, 2018). Segundo Carvalho (2011), a identidade travesti, apresentada no masculino até meados da década de 1990, era tida pejorativamente como um “homossexual efeminado”, atrelada à prostituição e ao crime. A ressignificação do nome, na busca por transformar históricos estereótipos, é resultado da luta de muitas travestis no Brasil e em outros países latino-americanos. Por esse motivo, ressaltamos a importância, já mencionada anteriormente, da sua utilização no título e corpo deste trabalho ao lado do termo guarda-chuva “trans”.

A partir dos anos 2010, outras identidades de gênero foram ganhando espaço dentro dos movimentos sociais de travestis e transexuais, como é o caso das pessoas não-binárias e transmaculinas. A não-binariedade é um termo amplo que se refere às pessoas que não se identificam unicamente com o gênero masculino ou feminino. As pessoas transmasculinas, segundo o Instituto Brasileiro de Transmasculinidades (IBRAT), não se identificam dentro do espectro binário de gênero (homem/mulher), mas se identificam com características ou aspectos do gênero masculino, sem, no entanto, se restringir a estes.

De volta ao nosso objeto de estudo, a análise das contradições que permeiam o direito social à saúde de pessoas trans e travestis passa tanto pela compreensão do lugar da saúde e das políticas sociais no contexto do capitalismo neoliberal, quanto pelo entendimento da rejeição à diversidade de gênero e, portanto, à existência das pessoas trans e travestis, como ferramenta de uma sociedade patriarcal e cissexista⁵.

⁴ Indianarae Siqueira, liderança do Movimento de Travestis e Transexuais no Brasil, utiliza o termo transvestigênera para designar sua experiência como pessoa trans não-binária. Nas suas palavras, transvestigênera é uma palavra ampla, que vai além das definições existentes cunhadas pela sociedade cisgênera. É um termo do e para o movimento.

⁵ Kaas (2015) considera o cissexismo como uma forma de sexismo que parte de um grupo identitário, qual seja, cisgênero, contra as pessoas trans. Em outras palavras, o cissexismo é uma forma de opressão que as pessoas cis exercem sobre as pessoas trans. “É também uma forma de localizar institucionalmente uma estrutura que visa

A diversidade de gênero é compreendida aqui não apenas como marcador textual que engloba diversas identidades de gênero. Toma-se sua dimensão enquanto categoria capaz de revelar as contradições por trás das relações desiguais de gênero, as quais atribuem papéis rígidos a mulheres e homens. Essa determinação divide e hierarquiza os espaços no mundo do trabalho a partir do gênero, sendo funcional à lógica capitalista. Nessa perspectiva, apreendemos a diversidade de gênero dentro da dinâmica da diversidade humana⁶.

Dito isso, parte-se do pressuposto que, apesar dos avanços observados na implementação dos serviços especializados à população trans e travesti na realidade local investigada, a exemplo do Ambulatório de Sexualidade, permanecem entraves à garantia do direito social à saúde, o qual deve ser concretizado em uma perspectiva de totalidade e em um outro modelo de sociedade que o atual. Entende-se que os avanços no plano da emancipação política são importantes, mas insuficientes quando se trata da busca pelo direito social à saúde, tendo em vista que a sua garantia é incompatível com um modo de sociedade que tem na base de sua sobrevivência a exploração e o adoecimento da classe trabalhadora.

O melhor entendimento da premissa acima requer o esclarecimento da concepção de saúde a qual trabalhamos. A saúde é aqui interpretada a partir de sua determinação social. Isso significa dizer que esta vai muito além de “determinantes sociais” isolados e fragmentados, os quais tem historicamente se associado a estilos de vida individuais ou interpretações coletivas insuficientes. A ênfase na saúde enquanto um direito social se baseia, portanto, no conceito ampliado de saúde, é verdade, mas sobretudo na garantia do desenvolvimento das potencialidades do ser humano e no acesso aos resultados de uma produção que é eminentemente coletiva.

Alguns estudos apontam que as diferenças em saúde “[...] seriam marcadas muito mais pelo grau de ‘equidade’ na distribuição de renda que pelos fatores individuais biológicos ou comportamentais. Sob essa óptica, uma ação consistente de saúde deveria atacar a má distribuição de renda” (Albuquerque; Silva, 2014, p. 958). Todavia, a determinação social da saúde vai além disso e não pode ser banalizada numa ótima reducionista. É preciso discutir os processos sociais que determinam essa má distribuição, trazer à tona o modelo de sociedade que organiza e explica sua ocorrência. É possível realizar uma distribuição de renda de forma

deixar as pessoas trans à margem, e que desumaniza e reifica as identidades trans como menos normais e abjetas em relação a quem não é trans. Todo processo de deslegitimação de alguma vivência trans será, então, cissexismo”.

⁶ Entende-se a diversidade humana a partir do processo de ontologização do ser social, isto é, a partir do seu desenvolvimento e complexificação constantes, os quais proporcionam a emergência do indivíduo enquanto gênero humano. Esse processo está atrelado ao desenvolvimento das forças produtivas e da vida social como um todo, o que requer além de uma práxis social, o verdadeiro reconhecimento das capacidades e possibilidades de cada um. Não se trata, portanto, da “diversidade possível” instaurada nos marcos do capitalismo (Silva, 2011).

equitativa e, assim, garantir melhores condições de saúde? É possível promover uma apropriação coletiva daquilo que a humanidade produz?

Nossa concepção de saúde perpassa pelo grau de desenvolvimento das forças produtivas e pelo estabelecimento das relações organizadas em cada formação social. Albuquerque e Silva (2014, p. 962) reforçam que “a determinação social da saúde, portanto, não consiste em compreender apenas que a saúde depende do acesso aos objetos humanos”, mas que as possibilidades de realização do humano e o acesso aos produtos necessários para tal exigem o entendimento e a superação da sociedade do capital.

Posto isso, algumas contradições são observadas no bojo de nosso objeto de estudo. A primeira delas diz respeito ao lugar ocupado por pessoas trans e travestis no mundo do trabalho. Diante do preconceito e da discriminação, culminante, muitas vezes, em processos de expulsão de casa e da escola ainda na infância e adolescência, a prostituição foi historicamente uma das formas de sobrevivência dessa população. O resultado disso são estigmas⁷ que impedem o rompimento com um ciclo vicioso de violências.

Oliveira (2019), ao pesquisar sobre as condições de trabalho de travestis, destacando sua maior exploração, verifica uma concentração nas áreas de moda, beleza, cosméticos e hotelaria – por serem interpretadas como ramos profissionais mais “palpáveis”, tradicionalmente femininos, embora com menor remuneração e pouco valorizados. Desse modo, pode-se concluir que há nichos de trabalho considerados de maior aceitabilidade para a população trans, geralmente também atrelados às normativas e aos papéis de gênero.

Ainda assim, poucas pessoas trans e travestis estão inseridas no mercado formal de trabalho. Suas formas de subsistência se dão de maneira informal, precária e subordinada. Já mencionamos anteriormente que as populações trans e travesti ameaçam, com sua própria existência, “verdades” patriarcais e cissexistas tidas como absolutas, sendo por isso mesmo vítimas de extermínios⁸. No entanto, ao mesmo tempo, também funcionam como peça importante na lógica de acumulação capitalista enquanto fração de trabalho excedente, mais barata e precarizada.

⁷ Para ter uma ideia, até 2008, as palavras “travesti” e “transexual” eram sinônimos de “profissional do sexo” na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO). Importante destacar que há também um movimento de transgressão contra a moralidade destinada às trabalhadoras do sexo, a fim de que a superação dos estigmas não se transforme somente numa demonização da ocupação. Indianarae Siqueira identifica-se como puta e afirma que esta pode ser uma opção profissional como outra qualquer, na qual, por meio de remuneração, se proporciona prazer sexual a outrem. Em nossa sociedade, também afirma que o termo puta acaba sendo atrelado às mulheres que fogem do padrão social que dita como elas deveriam se comportar, sendo punidas ao serem chamadas dessa forma – reforçando a negatividade do termo.

⁸ A expectativa média de vida de uma pessoa trans no Brasil é de apenas 35 anos (Benevides, 2024), enquanto da população em geral é de 75,5 anos (IBGE, 2024).

Isso porque o capital precisa constantemente ter acesso a suprimentos de mão de obra mais barata. Conforme Montañó (2021), a mulher, o jovem, o trabalhador negro, o imigrante, as pessoas com deficiência (e, acrescentamos, a população LGBTI+⁹), ao terem sua humanidade rebaixada, fornecem essa força de trabalho de menor remuneração. Pensar as diferentes formas de opressão e suas manifestações exige, por consequência, entender que tais desigualdades não se esgotam no plano interpessoal e que é necessário destruir as engrenagens estruturais que fornecem seus fundamentos.

A segunda grande contradição se expressa nos limites à efetivação do direito social à saúde nos moldes do sistema capitalista. A busca por direitos sociais esbarra no ordenamento jurídico pautado nos interesses de uma pequena classe dominante – o que não significa que não se deva continuar lutando pela garantia e expansão da cidadania. Pelo contrário, a emancipação política, atrelada ao âmbito do Estado, também representa importantes progressos dentro da ordem vigente, necessários à existência digna de diversos grupos. Ainda assim, as conquistas no plano jurídico não alcançam o estado de superação capaz de cessar as contradições citadas até aqui. A emancipação humana, e não cidadã, exige a eliminação de todas as formas de opressão, dominação e exploração funcionais à sociedade burguesa¹⁰.

Os obstáculos ao desenvolvimento e aplicação do direito social à saúde são sobretudo de natureza estrutural. A saúde é campo constante de disputas e embates entre dois projetos inscritos em perspectivas societárias distintas: o Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto Privatista, de ordem neoliberal. Permanece e é intensificada, nos últimos anos, a lógica macroeconômica de valorização do capital financeiro e subordinação da política social, com avanço do processo de privatização não clássica da saúde – o qual é organizado, por exemplo, pelo congelamento dos recursos orçamentários e pelas proposições dos chamados planos de saúde “populares”.

A motivação para escolha do objeto de estudo dá seus pontapés iniciais a partir do âmbito profissional. Foi a formação acadêmica em Serviço Social e o exercício profissional como assistente social que me trouxeram até aqui. Afirmo isso considerando que, como mulher cisgênera, heterossexual e branca, nunca tive que pensar muito sobre o que me orientava ou com o que me identificava. O outro, na maior parte, não era eu. Mas nenhum interesse profissional se sustenta, a ponto de culminar em uma dissertação, sem motivações pessoais.

⁹ A sigla LGBTI+ significa Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Intersexo e outros. As pessoas intersexo nascem com características sexuais que não se encaixam nas noções binárias. Por entender que a sigla demarca tanto orientações sexuais quanto identidades de gênero diversas, optamos por utilizá-la neste trabalho.

¹⁰ Explicaremos com mais detalhes a diferença entre emancipação política e humana na introdução da segunda seção desta dissertação.

Como menina, desde cedo, percebi que as expectativas sociais colocadas sobre mim não correspondiam às minhas aspirações de vida. O fato de ter nascido e crescido rodeada de pessoas que pouco impuseram a mim os tradicionais papéis femininos, me fez questionar o motivo pelo qual, fora daquele ambiente, algumas coisas eram diferentes. Já adulta e na graduação, o contato com os estudos feministas de gênero me forneceu as bases para pensar o meu lugar, de e sem privilégios, numa sociedade que se organiza e se reorganiza a partir não só da exploração de uma classe, mas também da opressão de diversos grupos.

No entanto, apesar de atuar na defesa da diversidade de gênero, a minha aproximação com as vivências trans só aconteceu depois, em 2019, por meio da Residência Multiprofissional em Saúde do HUUFMA, na qual ingressei como assistente social residente na área de concentração em Atenção à Saúde da Mulher. Lá, tive a oportunidade de trabalhar no Ambulatório de Sexualidade, lócus dessa pesquisa. Na verdade, grande parte do interesse em pleitear uma vaga nessa área de concentração veio da vontade de conhecer melhor o trabalho desenvolvido no ambulatório.

A experiência foi breve, mas rica. Ofereceu-me muito mais perguntas que respostas. Uma das primeiras coisas que me chamou atenção era que grande parte do público do ambulatório era composto por homens trans, com a presença de poucas mulheres trans e travestis. Além disso, muitos eram engajados politicamente ou acompanhavam de perto a atuação de movimentos sociais LGBTI+. Durante esse período, percebi também que muitos buscavam atendimento no ambulatório por indicação de algum usuário que já fazia parte dele. Para aqueles que frequentavam o local há algum tempo, o Ambulatório de Sexualidade era, quase sempre, a unidade de saúde de referência. O vínculo estabelecido entre os usuários e destes com os profissionais de saúde me apresentava um espaço que parecia ir além do cuidado tradicional em saúde.

À medida que fui me aproximando das demandas apresentadas pelas pessoas trans, travestis e não-binárias, também fui aprendendo sobre as principais pautas e reivindicações de seus movimentos organizados. Importante lembrar que aquele momento era também o início do governo do ex-presidente Jair Bolsonaro (2019-2022), o qual havia sido eleito em meio a uma pauta anti-LGBTI+. O avanço do ultraconservadorismo e de uma agenda anti-trans, inclusive dentro de segmentos feministas, me despertou a vontade de estudar, refletir e escrever sobre o tema.

Como assistente social, acredito que este trabalho possa contribuir para “[...] a promoção de uma cultura de respeito à diversidade de expressão e identidade de gênero, a partir de reflexões críticas acerca dos padrões de gênero estabelecidos socialmente” (CFESS, 2018, p.

2)¹¹. Como feminista, concordo com Nascimento (2021, p. 33) quando esta aponta que a história do feminismo é intensamente marcada pelas lutas e resistências de travestis e mulheres transexuais e que “os nossos inimigos continuam os mesmos: o patriarcado, o machismo e o sexismo, além de outras questões que surgem com a interseccionalidade”. Como mulher cis, me coloco no lugar de aliada e entendo que o silêncio, especialmente do lugar de privilégio, é conivência. Nessa perspectiva, me baseio no respeito às produções intelectuais daquelas que falam de si e para os seus.

Assim, utilizamos, ao longo de toda dissertação, as contribuições das produções de mulheres trans e travestis intelectuais e pesquisadoras, a exemplo de Letícia Nascimento, Sofia Favero, Jovanna Baby, Megg Oliveira, Keila Simpson, Hailey Kaas, Maria Clara Araújo dos Passos, Júlia Naomi e Jaqueline Gomes de Jesus.

Favero (2019, p. 182) aponta que reconhecer privilégios parece ser encantador, pois aparenta a ideia de que, após isso, não é preciso fazer mais nada. Segundo a autora, para se “fazer algo sobre isso” é preciso ir além do “complexo de culpa”, ou seja, é preciso reconhecer que as identidades de gênero também funcionam como endereçamentos nos espaços de disputa política. A atuação e intervenção nesse sentido é fundamental para qualquer pessoa que se proponha caminhar na contramão da cisheteronormatividade.

No campo das políticas públicas, esta pesquisa tem especial relevância, pois, organizadas no contexto de correlação de forças entre as classes sociais e mediadas pela ação do Estado, produzem efeitos concretos e repercutem o grau de organização da sociedade. De forma particular, as políticas públicas de saúde, para diversas parcelas da população, são importantes mecanismos de acesso e permanência aos serviços de saúde e exercem papel de destaque na manutenção ou amenização das discriminações de gênero e sexuais.

A ausência de dados oficiais sobre a população trans e travesti dificulta a criação de subsídios para pensar políticas públicas voltadas para esse público. As informações costumam ser organizadas e divulgadas por instituições da sociedade civil, mas, devido às dificuldades metodológicas, orçamentárias e logísticas, os dados carecem da periodicidade necessária. Ainda assim, diversas iniciativas tem se apresentado nos últimos anos, a exemplo dos dossiês desenvolvidos pela Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA), dos relatórios da Rede Trans Brasil, das publicações do Grupo Gay da Bahia (GGB) e, na realidade estadual,

¹¹ No Serviço Social, por meio da crescente produção teórica sobre diversidade de gênero e sexual, a qual emerge na década de 1990 e avança nos últimos 20 anos, vislumbra-se importantes possibilidades de contribuição. No cotidiano, a questão não é nova. A população trans e travesti não está apenas nos centros de referência ou nos serviços especializados de saúde, mas em todos os espaços sócio-ocupacionais que as/os assistentes sociais atuam. Portanto, é dever ético trazer o tema para o debate profissional.

dos levantamentos feitos pelo Observatório de Políticas Públicas LGBTI+ do Maranhão. Importante destacar que o Observatório maranhense, criado por ativistas dos movimentos sociais locais, é a primeira iniciativa deste tipo no estado. Os dados coletados e sistematizados pelo Observatório são compartilhados com outras organizações a nível nacional, a exemplo da ANTRA e do GGB, para fins de publicação e mapeamento sobre a população LGBTI+.

São inexistentes as pesquisas, por parte do Estado, que tracem o perfil dessa população. Grande parte dos dados advêm do trabalho de ativistas, movimentos sociais e Organizações da Sociedade Civil, como é o caso do Censo Trans, lançado em 2022 pela Rede Trans Brasil. A pesquisa, realizada com mulheres trans e travestis em 10 capitais brasileiras, revelou que 89,5% das entrevistadas eram profissionais do sexo, 78,7% já se sentiram discriminadas na busca por trabalho, 71,7% não mantêm contato com a família, 64,3% foram expulsas de alguma instituição de ensino, 67,7% já foram agredidas pela polícia e 74,1% consideram que já foram maltratas em algum serviço de saúde (Souza; Araújo, 2022).

O dossiê sobre os assassinatos e violências contra travestis e transexuais no Brasil em 2023, lançado pela ANTRA, apontou que o país figura novamente como o que mais consome pornografia trans nas plataformas de conteúdo adulto ao mesmo tempo em que permanece como o que mais assassinou pessoas trans pelo 15º ano consecutivo (Benevides, 2024). O GGB, em relatório sobre as mortes violentas de LGBT+ no Brasil em 2023, constatou que quase 50% foram de travestis e pessoas trans. A reunião dos dados e indicadores é de difícil mapeamento, pois não são sistematizados pelos órgãos oficiais. Além disso, ao buscar informações junto às instituições públicas, os movimentos sociais se deparam com dados incompletos ou coletados de forma incorreta.

Até o primeiro semestre de 2024, não há nenhuma tese defendida que envolva a população trans ou LGB no Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão (PPGPP/UFMA)¹² – o qual, é importante lembrar, teve sua primeira turma de Mestrado em 1993 e de Doutorado em 2001. Somente três dissertações trazem a população trans em seu tema e apenas uma aborda a população LGBTI+, conforme detalhamento abaixo, com breve síntese dos seus respectivos objetos. Até o momento de meu ingresso no Programa, em 2022, somente um trabalho havia sido defendido.

¹² Pela primeira vez, em 2023, o PPGPP incluiu no edital de seu processo seletivo a população trans no rol de vagas disponíveis para ações afirmativas, conforme a Resolução nº 3.058/2023-CONSEPE/UFMA. Em 2022, o Programa de Mestrado em Psicologia da UFMA já havia reservado uma vaga para pessoas trans e travestis em seu processo seletivo (ainda que no edital de 2023 a vaga não tenha sido disponibilizada no rol de ações afirmativas).

- “Corporalidades transgressoras: desafios das transformações corporais de pessoas transgênero no contexto da Política Social de Saúde na Colômbia”. Autora: Natália Espitia-Pachón. Orientadora: Maria Mary Ferreira. Ano: 2017.
- “Rios não recomendados: atendimento socioeducativo de meninas trans e travestis em cumprimento de medidas privativas de liberdade no Maranhão”. Autora: Livia Almeida Dutra. Orientadora: Marly de Jesus Sá Dias. Ano: 2023.
- “A estruturação das políticas LGBTI+ no Maranhão: As linhas, curvas e laços da engenharia política”. Autor: Jaksoel Aroucha Cantanhede. Orientadora: Maria Mary Ferreira. Ano: 2023.
- “Direito à saúde para a população trans: uma análise sobre a universalização do acesso para pessoas trans ao ambulatório de sexualidade do Hospital Universitário da UFMA, entre 2016 e 2020”. Autora: Bruna Barbosa Araújo. Orientadora: Marly de Jesus Sá Dias. Ano: 2023.

Na primeira dissertação, Natália Espitia-Pachón (2017) apresenta o contexto das transformações corporais das pessoas transgênero a partir da política social de saúde da Colômbia. Nela, a autora aponta que as características do Sistema de Saúde do país evidenciam restrições ao direito à saúde, uma vez que este sofre com o avanço da ideologia neoliberal, a qual promove, por sua vez, a diminuição do papel do Estado na política de saúde. Assim como no Brasil, identifica escassez de políticas públicas voltadas para pessoas transgênero, além de entraves burocrático-administrativos e situações de exclusão e discriminação. O resultado disso é o afastamento desse público dos serviços de saúde colombianos, o que faz com que estes submetam-se a procedimentos de transformação corporal de forma clandestina. Por fim, para Espitia-Pachón (2017), o Estado colombiano não tem assumido as demandas por modificações corporais da população transgênero como uma prioridade ou problema de saúde, tratando-a de forma patologizadora ou tutelada.

Dutra (2023) analisa o atendimento socioeducativo de meninas trans e travestis em cumprimento de medidas privativas de liberdade no Maranhão. A autora explora os desafios e as dificuldades que permeiam aqueles/as que ousam existir fora dos padrões socialmente construídos de gênero e sexuais. Assim, o lugar social relegado às pessoas trans e travestis tem sido o da negação, da abjeção e da objetificação. Observa-se, em seu estudo, que as corporalidades trans, não recomendadas à sociedade conservadora e reacionária, sobretudo as

adolescências, estão mais expostas às violências estruturais – aspecto que se agrava em espaços de confinamento – e corrobora para a continuidade de um ciclo de violações de direitos.

Cantanhede (2023) traz importantes contribuições sobre o cenário das políticas públicas LGBTI no Maranhão. Ao avaliar a minuta do novo Plano Estadual de Políticas Públicas para a População LGBTI+ no Maranhão (2023-2033), o autor destaca o protagonismo dos movimentos sociais na construção do plano. O campo da saúde é um dos eixos estratégicos ressaltados no trabalho, pois apresenta ações mais robustas. A dissertação de Cantanhede (2023) contribui para nosso estudo à medida em que nos auxilia a entender os distintos interesses e caminhos na formulação de políticas públicas para a população LGBTI+ maranhense. Essencial mencionar que as indicações da minuta analisada e avaliada pelo autor serviram de base para a elaboração da Política Estadual de Saúde Integral LGBTI+ do Maranhão (2023), destacada na segunda seção deste trabalho.

Araújo (2023) analisa como a população LGBTI+, em especial as pessoas trans, tem acessado o direito à saúde em meio ao avanço do conservadorismo e ao desmonte dos direitos sociais frente à política neoliberal. Assim como nosso estudo, toma como base a realidade concreta experienciada pelo Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA. A autora aponta que princípios fundamentais do SUS, como a universalidade e a integralidade, encontram-se fragilizados diante da lógica de “minimização das ações do Estado”. Destaca, ainda, o contexto dos governos Temer e Bolsonaro e suas influências nos desafios enfrentados no Ambulatório de Sexualidade, tendo em vista que o avanço das pautas moralistas da extrema-direita ocasionou sentimento de insegurança e desestruturação de aparelhos do Estado voltados para a garantia dos direitos da população LGBTI+.

Os trabalhos apresentados ao PPGPP/UFMA demonstram que a temática tem avançado nos últimos anos, ainda que de forma lenta e concentrada. Observa-se que é preciso expandir o tema para outras esferas de discussão, incluindo-a no debate transversal às demais demandas da classe trabalhadora. As dissertações mencionadas acima interagem entre si e nos revelam que a situação de saúde da população trans e travesti é atravessada por múltiplas determinações, não restringindo-se à realidade nacional e nem limitando-se aos programas voltados às modificações corporais, a exemplo do Processo Transexualizador no SUS.

Ainda assim, as pesquisas no campo das políticas públicas, campo este que não sobrevive sem dados e base orçamentária, têm demonstrado a incipiência das ações públicas diante das desigualdades enfrentadas por essa população. A ausência de propostas, ou, ainda, as dificuldades de avanço daquelas aprovadas a duras penas, demonstram que o espaço público

tem sido ocupado majoritariamente por homens brancos, cis, heterossexuais e burgueses, sendo dominado por conservadorismos que impedem o desenrolar das reivindicações.

Os avanços observados nas últimas duas décadas são resultados da luta organizada dos movimentos sociais. No campo da saúde e à nível nacional, a Política Nacional de Atenção à Saúde Integral da População LGBT (Portaria nº 2.836/2011) e o Processo Transexualizador (Portaria nº 2.803/2013) são alguns destes exemplos, mas que enfrentam críticas e desafios na atualidade. Os movimentos sociais têm continuamente denunciado que, nos últimos anos, grande parte dos direitos garantidos à população LGBTI+ têm sido assegurados mediante condenação ao Estado brasileiro e não por intermédio da criação de políticas públicas (Benevides, 2024).

De acordo com pesquisa publicada em 2023 pela Agência Brasil, houve “um apagão de políticas públicas para LGBTQIA+ nos estados” (Máximo, 2023). Das 27 unidades da Federação, 19 não têm um plano ou programa específico para essa população¹³. Em uma escala de 1 a 5, 16 governos estaduais registraram nota mínima (1) em um dos seguintes quesitos: órgão gestor de política LGBTI+, conselho estadual com representação dessa população e plano/programa específico. No ranking geral, o Maranhão recebeu nota 3,4. O Plano Estadual de Políticas Públicas LGBTI+ entregue à gestão do governador maranhense Carlos Brandão em 2023, só foi sancionado recentemente, em junho de 2024.

Tendo isso em mente, acreditamos que se faz necessária a continuidade de pesquisas na área, a fim de cessar as invisibilidades. É essencial destacar que apesar do mundo acadêmico ter fechado suas portas para as populações trans e travesti, estas nunca demonstraram inércia, tendo vasta produção independente sobre temas diversos e relevantes para si e demais membros da sociedade.

Nessa direção, o método utilizado para análise de nosso objeto de estudo é o materialismo histórico-dialético. Em primeiro lugar, porque entende-se que é preciso voltar-se para a historicidade dos processos sociais. Isso não significa somente resgatar os fatos históricos e entender o presente como resultados destes, mas também e principalmente trazer o presente

¹³ Ao todo, cinco eixos foram avaliados: 1) Políticas matriciais, com presença de órgão gestor para coordenação geral da estrutura pública, conselho para deliberação e participação comunitária e presença de plano e programa com orçamento para implementação das políticas nas regiões do estado; 2) Políticas setoriais, divididas em nove temas: segurança pública, educação, saúde, trabalho e renda, esportes e lazer, administração penitenciária, turismo, cultura, assistência social; 3) Justiça e cidadania: análise das legislações estaduais para avaliar a conquista de direitos e de garantias pela população LGBTI+; 4) Sistema de controle: avaliação dos serviços e políticas específicas para a população LGBTI+ em órgãos como Ministério Público, Defensoria Pública, Tribunal de Justiça, Polícia Civil e Assembleia Legislativa; 5) Respostas obtidas via Lei de Acesso à Informação.

como parte da história, isto é, não como algo acabado, mas em constante processo de transformação.

Em segundo lugar, a escolha do método se justifica pois “parece ser correto começarmos pelo real e pelo concreto” (Marx, 2015, p. 76). Isso porque as categorias de análise são reflexos de situações objetivas situadas na vida social, as quais, por meio do pensamento e da práxis humana, ganham logicidade – sem, contudo, desvincular-se de sua base material. Assim, partindo do pressuposto que “[...] toda ciência seria supérflua se a forma de manifestação e a essência¹⁴ das coisas coincidissem imediatamente” (Marx, 2017, p. 950), a utilização do método como alternativa para interpretar a realidade surge da necessidade de evidenciar a base material que permeia o objeto de estudo e a totalidade das relações sociais.

Uma vez que abstrair determinados fenômenos torna-se necessário para fins de investigação, trata-se, de um lado, de destacá-los “[...] de sua forma dada como imediata, de encontrar as mediações pelas quais eles podem ser relacionados ao seu núcleo e à sua essência e nela compreendidos” (Lukács, 2003, p. 75). Por outro lado, é também imprescindível analisar como este se manifesta na sua aparência e por quais motivos assim se manifesta, afinal é justamente “esse reconhecimento e essa superação simultânea do ser imediato” que constitui a relação dialética (Lukács, 2003, p. 76).

Em terceiro lugar, a análise das contradições que permeiam o direito social à saúde da população trans e travesti nos leva às próprias contradições do capital – ao fato de que os interesses da classe trabalhadora são essencialmente opostos aos dos capitalistas e que a emancipação humana é incompatível com o modo de produção atual. Por esse motivo, a escolha deste método em específico explica-se pelo compromisso crítico e revolucionário assumido neste trabalho, de modo a superar não apenas a pretensa neutralidade científica, mas também as vias reformistas de análise. Vislumbra-se a construção de uma outra ordem social, para além da via capitalista, em que os sujeitos e as sujeitas sejam livres e emancipados/as. A apreensão da realidade na sua mudança constante reconhece que os processos revolucionários decorrentes do desenvolvimento das forças produtivas têm como “motor da história” a luta de classes. A classe trabalhadora, em si e para si, é a classe revolucionária ante o antagonismo radical ao capital.

Levando em consideração os objetivos de nosso estudo, trata-se de uma pesquisa com abordagem predominantemente qualitativa. Segundo Minayo e Sanches (1993, p. 244), uma

¹⁴ É na essência que se expressa a unidade e a identidade do ser social, o qual, por sua vez, tem no trabalho seu elemento fundante. A complexidade e a continuidade dos elementos nos permitem falar em essência e em gênero humano.

pesquisa com abordagem qualitativa intenta realizar “[...] uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza”, além de destacar os “[...] motivos, as intenções, os projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas”.

Sobre os procedimentos metodológicos, utilizamos a revisão de literatura e a pesquisa documental e empírica. A revisão de literatura é fundamental não somente para delimitar bem o objeto de estudo, mas para obter uma percepção mais aproximada da realidade a partir da produção científica disponível, com o intuito de contextualizar a problemática apresentada e conhecer as necessidades de aprofundamento da pesquisa empírica (Gil, 2010). Afinal, conforme assinala Gil (2008, p. 178), “[...] para interpretar os resultados, o pesquisador precisa ir além da leitura dos dados, com vistas a integrá-los num universo mais amplo em que poderão ter algum sentido”.

Tomando como base o apontamento de Gil (2008), o qual considera que os estudos de campo buscam o aprofundamento da realidade cotidiana, a pesquisa empírica foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, com o intuito de observar as conexões necessárias à análise do objeto de estudo a partir de uma perspectiva de totalidade. A pesquisa documental foi realizada por meio da coleta de dados em prontuários, considerando que a natureza da fonte de pesquisa nesse caso se configura dentro do grupo de “[...] materiais que não receberam ainda um tratamento analítico” (Gil, 2008, p. 51).

A entrevista semiestruturada é um instrumental que permite aos colaboradores discorrer de forma mais livre sobre o tema proposto (Boni; Quaresma, 2005). Conforme as autoras, o pesquisador deve seguir um conjunto de questões definidas previamente, contudo, possui a possibilidade de o fazer em um contexto muito parecido ao de uma conversa. Além disso, “o entrevistador deve ficar atento para dirigir, no momento que achar oportuno, a discussão para o assunto que o interessa fazendo perguntas adicionais para elucidar questões que não ficaram claras ou ajudar a recompor o contexto da entrevista” (Boni; Quaresma, 2005, p. 75).

As pesquisas empírica e documental foram realizadas entre outubro e dezembro de 2023, no HUUFMA, localizado em São Luís-MA, especificamente no Ambulatório de Sexualidade¹⁵ da Unidade Materno Infantil, o qual está instalado no Prédio Anexo “Lilian Flores”. Para a realização da entrevista semiestruturada, a amostra foi composta por 10 pessoas

¹⁵ O Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA, no seu formato atual (atendendo as demandas da população trans e travesti), existe desde meados de 2016. A eleição do ambulatório como lócus da pesquisa se explica tanto pela proximidade da pesquisadora com o local (ao atuar como assistente social residente), como pelo fato de este ser uma ação pioneira no Maranhão.

trans, travestis e não-binárias atendidas pelo Ambulatório de Sexualidade e 3 profissionais de saúde da equipe¹⁶, totalizando 13 colaboradores. Decidimos incluir tanto usuários, quanto profissionais de saúde na pesquisa empírica a fim de refletir acerca das diferentes nuances sobre o direito à saúde a partir daqueles que compõem o ambulatório, ampliando as possibilidades de análise¹⁷. Foram utilizados dois roteiros de entrevista, um para os usuários (Apêndice A) e outro para os profissionais de saúde (Apêndice B). Os profissionais de saúde são identificados como “Profissional 1”, “Profissional 2” e “Profissional 3”. Para os usuários, decidimos nomeá-los a partir de importantes figuras lembradas pelos Movimentos de Travestis e Transexuais no Brasil e no mundo e, em alguns casos, em homenagem àqueles e àquelas vítimas fatais da transfobia: Xica Manicongo, João Nery, Anderson Herzer, Dandara dos Santos, Paulo Vaz, Lourival Bezerra, Alan Hart, Lou Sullivan, Ociel “Baena” e Days Gomes.

A amostra foi não-probabilística e alcançada pelo critério de acessibilidade/conveniência conforme proximidade e condições possíveis naquele momento. Com os usuários, a abordagem foi feita com aqueles presentes no ambulatório, os quais estavam aguardando atendimento. Em alguns casos, as pessoas se ofereceram para participar da pesquisa. Verificou-se, então, se atendiam aos critérios estabelecidos e, em seguida, apresentou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)¹⁸, disponível no Apêndice C. As entrevistas foram realizadas em salas de atendimento individual, com a presença apenas da pesquisadora e do usuário/a ou profissional colaborador/a. As entrevistas tiveram duração entre 20 e 40 minutos e, quando autorizadas previamente, foram gravadas, sendo, posteriormente, feita a transcrição do material. Cessou-se a aplicação das entrevistas após atingir-se o ponto de saturação entre as informações obtidas.

A coleta de dados secundários (pesquisa documental) foi realizada com o universo dos usuários da pesquisa, através de buscas no prontuário eletrônico e na Entrevista de Acolhimento Social (EAS) – instrumental elaborado pelo Serviço Social do ambulatório (disponível no Anexo A). O intuito da pesquisa documental foi conhecer melhor o perfil daqueles que acessam e permanecem (ou não) no serviço, construindo conexões com as falas percebidas durante a

¹⁶ Atualmente a equipe é composta por ginecologista/sexóloga, psicóloga, psiquiatra, assistente social e endocrinologista.

¹⁷ A princípio, a pesquisa empírica contemplava apenas os/as usuários/as atendidos/as pelo Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA. Contudo, decidiu-se incluir também os profissionais de saúde a fim de conhecer melhor o processo de consolidação do ambulatório, seus desafios e as estratégias utilizadas para dar continuidade ao serviço diante do avanço do ultraconservadorismo e do aprofundamento do desmonte do SUS.

¹⁸ Todas as pessoas que fizeram parte da pesquisa empírica por meio da realização da entrevista semiestruturada assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual foi apresentado em momento, condição e local adequados para prestar os esclarecimentos necessários, em linguagem clara e acessível por parte da pesquisadora.

pesquisa empírica, mas também durante a revisão de literatura. Foram encontradas 128 Entrevistas de Acolhimento Social e analisadas 124 (duas eram de adolescentes que foram apenas orientados sobre critérios de idade e duas estavam em duplicidade), as quais haviam sido preenchidas com usuários que adentraram no serviço entre julho de 2016 e setembro de 2023.

Por envolver seres humanos, bem como em atendimento à Resolução nº 466/2012 e à Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde – as quais abordam as normas das pesquisas nas áreas das ciências da saúde e sociais –, a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do HUUFMA, sendo aprovada em maio de 2023 pela Carta – SEI nº 61/2023/SGPITS/GEP/HU-UFMA-EBSERH, e submetida ao Sistema CEP/Conep por meio da Plataforma Brasil, sendo também aprovada em setembro de 2023 pelo Parecer Consubstanciado nº 6.323.240. As etapas da pesquisa empírica e documental só foram iniciadas após aprovação do CEP/Conep. A carta de anuência e o parecer de aprovação encontram-se nos Anexos B e C.

Em termos de organização, esta dissertação é dividida em introdução, três seções de desenvolvimento e considerações finais. O título da dissertação (“Resistir para existir, existir para reagir”) faz alusão ao tema utilizado pela ANTRA em 2019 durante o mês da Visibilidade Trans (janeiro). Entende-se que o tema faz menção ao processo de resistência do Movimento de Travestis e Transexuais no Brasil ao longo dos últimos anos, o qual possibilitou a garantia de conquistas importantes direcionadas à existência dessa população¹⁹. Compreende-se que tal tema remete à necessidade conjunta e constante de garantir condições de existência à população trans por meio dos processos de luta e resistência (inclusive no campo de disputa das políticas públicas) e que, através dessas garantias, torna-se possível a construção de novos cenários de reação, os quais podem e devem avançar, numa corrente teórico-revolucionária, para a transformação da sociedade capitalista. Assim, por entender que o assunto, fruto das discussões e mobilizações dos movimentos sociais, relaciona-se aos objetivos desse estudo, considera-se pertinente sua utilização no título do trabalho.

Posto isso, a primeira seção é intitulada “O CISTEMA NO SISTEMA: existências e resistências nos marcos do capitalismo”. Nela, analisamos as bases que estruturam o modo de produção capitalista e as relações patriarcais de gênero. Discutimos as implicações destas em uma sociedade também cisgênera, assentada na divisão social e sexual do trabalho. Nos importou abordar, neste momento, as formas de exploração e opressão às quais a população

¹⁹ Dentre essas conquistas, podemos citar o direito ao uso do nome social sem antigas exigências de cirurgias ou hormonização; direito à retificação do nome diretamente no cartório; acesso às modificações corporais por meio de um programa nacional (Processo Transsexualizador) no SUS; criminalização da LGBTfobia, entre outras.

trans e travesti têm sido submetidas nos marcos do capitalismo, a partir de uma perspectiva interseccional crítica. Em seguida, apresentamos a história dos Movimentos de Travestis e Transexuais no Brasil, demonstrando que se há opressão, há também resistência – sendo esta última resultado das contradições impostas na vida cotidiana.

A segunda seção é nomeada “‘A LUTA É TODO DIA, SAÚDE NÃO É MERCADORIA’: políticas públicas de saúde e a população trans e travesti”. Objetivamos resgatar, de forma breve, a história do direito à saúde no Brasil, com ênfase nas disputas entre dois projetos antagônicos: o de Reforma Sanitária e o Privatista. Após isso, debatemos os rebatimentos do projeto neoliberal e ultraconservador na formulação e implementação de políticas públicas de saúde para a população trans e travesti, destacando seus principais marcos legais.

A terceira seção é intitulada “SIGO PELO LADO OPOSTO PARA EXISTIR E REAGIR: contradições, avanços e desafios que permeiam o direito social à saúde da população trans e travesti”. Nela, analisamos o contexto de adesão do HUUFMA à EBSEH e quais os impactos disso para a manutenção do Ambulatório de Sexualidade. Logo após, apresentamos os principais resultados da pesquisa empírica e documental²⁰. A partir dos dados das Entrevistas de Acolhimento Social (EAS) e das falas de usuários/as e profissionais de saúde que compõem o ambulatório, o esforço foi para demarcar as contradições, os avanços e os principais desafios na concretização do direito social à saúde das pessoas trans e travestis na atualidade.

Nas considerações finais elaboramos as principais reflexões possibilitadas pelo exercício de investigação e exposição do objeto de estudo dessa dissertação, qual seja, a análise das contradições do direito social à saúde da população trans e travesti, fazendo as conexões necessárias com o locus de nossa pesquisa empírica e documental, o Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA. Desejamos que este estudo possa contribuir para a reflexão, discussão e aprofundamento da luta pelos direitos da população trans e travesti, em especial do direito à saúde, mas também para os seus limites. Diante do avanço de um trans extermínio e de uma agenda política antitrans na atualidade brasileira, além do histórico apagamento de suas resistências individuais e coletivas, esperamos que este trabalho possa ampliar o debate das identidades trans nos estudos sobre as políticas públicas no campo do marxismo.

²⁰ Optamos por apresentar os resultados da pesquisa documental e empírica de forma conjunta, pois entendemos que trazem informações que se entrelaçam e se complementam.

2 O CISTEMA NO SISTEMA: existências e resistências nos marcos do capitalismo

“As gay, as bi, as trava e as sapatão, tão tudo organizada pra fazer revolução!”

“Você acha que deveriam matar travestis?” “Bom, eu acho que se a lei permitir seria uma boa”. O diálogo é do documentário “Temporada de Caça”, de 1989, dirigido por Rita Moreira. Nele, a repórter questiona a opinião das pessoas sobre os recentes assassinatos de gays e travestis no Brasil. Muitas respondem que concordam, afirmando que tais “aberrações” não deveriam existir. A resposta acima, sobre a permissão dos assassinatos pela via legal, é feita por um homem, que a profere tranquila e naturalmente.

O trecho nos faz refletir sobre as condições de vida (e de morte) das pessoas que fogem às normativas cisgênero e heterossexuais. Mais ainda, nos faz pensar como se constrói e a que serve o imaginário social que coloca as pessoas trans e travestis como abjetas, sem valor, sem dignidade e sem humanidade. Nesse sentido, nosso objetivo nesta seção é analisar o significado do que é ser uma pessoa trans ou travesti no sistema capitalista, atravessado e atualizado pelo sexismo, pelo racismo e pela LGBTfobia. Também nos interessa perceber de que modo esses elementos refletem na formulação e implementação de políticas públicas, como a política de saúde no Brasil.

Afinal, que *cistema* e que *sistema* são esses?

Por certo, o cistema ao qual nos referimos é uma menção ao CISTema abordado por Nascimento (2021) para denominar a sociedade que é moldada e comandada por e para pessoas cis. Sobre o sistema, atribuímo-lo ao sistema capitalista, dominado por aqueles que detém os meios de produção. Trata-se, por meio da homofonia, de um jogo de palavras utilizado a fim de estabelecer semelhanças, mas também diferenças, entre desigualdades e contradições a serem analisadas nesta seção.

Se há, por um lado, aversão e destruição, também há, por outro, organização e resistência. Isso ficará demonstrado quando apresentarmos os Movimentos de Travestis e Transexuais no Brasil, ainda nesta seção. A dialética histórica tem nos demonstrado que é a partir do movimento, impulsionado pelas próprias contradições da vida, que a humanidade se transforma. O esforço para entender as partes imersas (e não abstraídas) na totalidade só é possível por meio da mediação, isto é, das conexões que estabelecemos entre aquilo que é observado imediatamente e o que é descortinado e reconstruído aos poucos. É assim que “a contradição é reconhecida pela dialética como princípio básico do movimento pelo qual os seres

existem” (Konder, 1981, p. 47). Afinal, “existem aspectos da realidade humana que não podem ser compreendidos isoladamente: se queremos começar a entendê-los, precisamos observar a conexão íntima que existe entre eles e aquilo que eles não são” (Konder, 1981, p. 46).

2.1 Diversidade de gênero na sociabilidade capitalista: considerações acerca da exploração e opressão da população trans e travesti

Discutir a diversidade de gênero na sociabilidade capitalista, com destaque para as opressões às quais a população trans e travesti são submetidas neste sistema, requer o entendimento, ainda que breve, das principais contradições que marcam esse modo de produzir. Além disso, nos importa destacar de que modo a diversidade de gênero se expressa dentro da diversidade humana, a fim de caminhar numa perspectiva de totalidade, capaz de abordar o tema em sua complexidade.

O modo de produção capitalista, ao ter uma existência histórica, nasce de determinadas condições pertencentes ao processo de desenvolvimento social e das forças produtivas. Logo, ao contrário do que muitos defendem, não é algo natural e eterno. Sobre isso, Mark Fisher (2016) denomina de realismo capitalista a ideia, muito bem difundida, de que o capitalismo é o único sistema econômico viável e que qualquer alternativa contrária é impraticável.

Para o autor, o poder do realismo capitalista deriva parcialmente da forma como o capitalismo incorpora e consome todas as histórias prévias, assignando valor monetário a tudo. Para vender a ideia da “quase perfeição”, coloca-se toda a história anterior e toda alternativa contrária à existência do capital como algo que foi ou seria catastrófico. Essa estratégia é absorvida por meio de um modo de pensar dominante, que, nas palavras de José de Souza Martins (1982, p. 9), não se refere necessariamente ao modo como pensa o capitalista, mas a forma de pensar necessária à “[...] reprodução do capitalismo e à reelaboração das suas bases de sustentação – ideológicas e sociais”.

Assim, o capital, o qual pressupõe “uma concentração social de meios de produção e forças de trabalho” (Marx, 2017, p. 598), tem sua base estruturada na propriedade privada e na produção de mercadorias, sendo o lucro – alcançado através da exploração de uns pelos outros – fruto da apropriação de trabalho alheio. De acordo com Marx (2011, p. 841), “a lei absoluta” que rege o modo de produzir capitalista é a “produção de mais-valor”, ou seja, a criação de excedente. Essa forma econômica, historicamente determinada, apresenta como uma de suas contradições o caráter privado da propriedade, o qual, por sua vez, deságua na contradição entre a burguesia e a classe trabalhadora.

Antes de tudo, para compreender tal contradição, é preciso assinalar que o trabalho é um processo entre o ser humano e a natureza, no qual este primeiro “[...] por sua própria ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a natureza” (Marx, 2011, p. 326). Ao agir sobre a natureza externa (logo, ao modificá-la), este ser (social) modifica também sua própria natureza. Lukács (2018) afirma que o trabalho pode ser considerado o fenômeno originário do ser social. É por meio do trabalho que o ser humano inicia o seu processo de afastamento do ser natural. O autor nos lembra que o trabalho, aqui, é a realização de uma posição teleológica, o qual difere das formas instintivas e animais anteriores. Afinal, o que “[...] distingue o pior arquiteto da melhor abelha é o fato de que o primeiro tem a colmeia em sua mente antes de construí-la com a cera” (Marx, 2011, p. 326).

A partir da crítica da economia política clássica, Marx (2011) revela o caráter de exploração e dominação da classe que detém os meios de produção (burguesia) sobre outra que vende sua força de trabalho (proletariado). Tal contradição remete, portanto, ao processo produtivo (ao lugar e ao papel de cada um) e à distribuição desigual da riqueza social – apropriada por uma pequena parcela da população não pertencente à classe trabalhadora. Não diz respeito exclusivamente ao conceito de renda, mas à separação entre os produtores e os meios de produção, forçando-os a vender sua força de trabalho em troca de um salário. Consideramos importante assinalar essa questão, pois trata-se de:

Uma contradição estrutural fundada não na diferença ou na desigualdade (de riqueza ou patrimônio, de poder político, ou cultural subjetiva), mas na *exploração* da mais-valia produzida por um (o trabalhador) e apropriada por outro (o burguês). E essa contradição entre as classes trabalhadora e burguesa é ineliminável e insuprimível na sociedade capitalista: uma classe existe porque a outra existe, uma existe em relação com a outra, e essa relação é de inexorável antagonismo de uma classe pela outra (Montaño, 2021, p. 301).

No entanto, “o conflito social de classe não é o único conflito existente na sociedade capitalista” (Almeida, 2019, p. 60). Outros conflitos, ainda que não se originem nem se findem neste modelo de sociedade, existem e demonstram as variadas formas com que o capital se utiliza deles para, entre outras intencionalidades, garantir sua perpetuação por meio de uma vasta reserva de força de trabalho mais barata e precarizada.

Nessa direção, entende-se que há particularidades que conferem diferenças dentro dessas duas classes. Essas diferenças não encerram a contradição citada anteriormente, mas expressam identidades e condições as quais podem ou não contribuir para o acirramento de

desigualdades diversas²¹. A unidade (e a diversidade) da classe trabalhadora é compreendida a partir de uma análise concreta de sua existência diferenciada no modo de produção capitalista. Tal diferenciação é observada nas particularidades (ou “identidades”) dos sujeitos, a exemplo das questões relacionadas à raça/etnia, gênero, sexualidade, geração, regionalidade, condição física e mental, entre outras. Entender a genericidade e a universalidade do proletariado são vias fecundas para compreender suas várias formas de existir no mundo. Significa entender que essa diversidade desemboca em uma série de desigualdades, discriminações e opressões reais, as quais ameaçam de forma violenta a vida de várias pessoas.

Antes de tudo, faz-se essencial discorrer sobre o significado do termo diversidade de gênero aqui utilizado. Sabe-se que é vasto o campo de estudos sobre gênero e sobre gênero dentro de uma dinâmica interseccional. Assim, não tomamos as particularidades do sexismo e da transfobia como algo isolado, mas conectadas a outros elementos que, juntos, permitem a criação de ferramentas de mudança social contra as mais diversas desigualdades e contradições. A ideia de interseccionalidade aqui adotada e sugerida parte de uma teoria social crítica (Collins, 2022, p. 18) que, para além de discursos, “encontra-se em um ponto ideal entre a análise crítica e a ação social”.

Mais do que tentar abarcar uma série de marcadores da vida em sociedade, o que seria impossível em apenas uma exposição acadêmica, compreendemos a interseccionalidade dentro dos esforços em trabalhar dialogicamente, ao longo do tempo e sempre que oportunos, com diferentes elementos, naquilo que Collins (2022) intitula de hábil preparação de uma agenda (e prática) intelectual e política.

Os estudos sobre a interseccionalidade entre classe, raça e gênero não são novos. As mulheres negras foram as pioneiras em tais discussões, expondo tanto a secundarização dos debates raciais dentro dos movimentos feministas, como dos debates de gênero dentro dos movimentos antirracistas. Também salientaram o rebaixamento de ambos no centro das lutas históricas entre as classes sociais. O feminismo negro é elo fundamental das discussões sobre interseccionalidade enquanto teoria social crítica. Sua compreensão e utilização devem ser vislumbradas como ferramentas de transformação social – o que Collins (2022) nomeia como “cultivo”. Para a autora, o terreno tem sido preparado, todavia, a interseccionalidade ainda não mostrou todo seu potencial, isto é, seus frutos. É preciso sentir suas consequências no mundo

²¹ Um aspecto importante nesta reflexão é perceber que a abolição da contradição entre as classes burguesa e trabalhadora, no modo de produção capitalista, significa a própria extinção de uma delas, ao passo que a luta contra a transfobia, por exemplo, não requer, para vislumbrar seu sucesso, a supressão das pessoas cisgênero (Montaño, 2021).

social. Do contrário, a interseccionalidade pode se tornar um conjunto de ideias atraentes à manutenção do *status quo*, sem as sementes da radicalidade. Em suas palavras, “se a interseccionalidade não explicitar seu próprio projeto teórico crítico, outros o farão por ela” (Collins, 2022, p. 19).

Assim, qual o lugar da interseccionalidade quando falamos de pessoas trans e travestis? Conforme veremos ao longo desta dissertação e em especial na terceira seção, as experiências e vivências dos homens trans são distintas das mulheres trans e travestis. Da mesma forma, não é possível ignorar as particularidades enfrentadas por mulheres trans e travestis negras. Nesse contexto, outras questões como classe, sexualidade e geração também impõem impactos que necessitam de atenção. O exercício de análise, com base na interseccionalidade, nos permitirá perceber, por exemplo, que a resistência das travestis negras no Brasil é tão antiga quanto das mulheres cis negras; que as lutas históricas das travestis brasileiras, ainda que em momentos distintos, têm seus pontos em comum com as pautas defendidas por movimentos feministas; que as situações de violência experimentadas por homens trans negros têm em sua base não apenas a transfobia, mas o racismo, o machismo e a violência policial; e que a realidade por trás das manifestações anteriores corrobora para a subordinação da população trans à reprodução social de baixo valor, ultrapassando o campo cultural.

A interseccionalidade nos auxilia a descortinar questões antes ignoradas ou boicotadas, de modo a perceber que diferentes formas de opressão se combinam e agem em conjunto em torno de objetivos comuns. Mais do que perceber como raça e gênero se conectam aos demais campos sociais, é preciso evidenciá-los às formas de opressão distintas, destacando sua utilidade em contextos históricos específicos no modo de acumulação capitalista – visto que da mesma forma que podem fortalecer este último, também são potencial fonte de sua derrubada. Vê-se que, nessa perspectiva, o uso da interseccionalidade serve como instrumento para se chegar a um novo modelo de sociedade. Em outras palavras, uma lente interseccional, e não monocategórica, tem potencial para criar formas transversais de enfrentamento não a uma, mas a várias desigualdades (Collins, 2022).

Posto isso, entende-se “gênero”, ou “relações (patriarcais) de gênero”, como um todo complexo relacionado às históricas “[...] relações de poder entre mulheres e homens e ao sistema de regras pelo qual são constituídas e impostas” (Federici, 2021, p. 30). Trata-se, portanto, de uma categoria histórica, socialmente determinada, além de um importante, mas não único, recurso de análise para pensar as formas de opressão no capitalismo²². Acrescenta-se a

²² Outros recursos de análise também contribuem para compreendermos as formas de opressão e dominação na sociedade capitalista, como é o caso das categorias raça, sexualidade, territorialidade, geração, entre outras.

esta definição a compreensão das relações de gênero para além do aspecto biológico, ou seja, a partir do reconhecimento das identidades de gênero, ultrapassando a lógica binária cisgênera.

De modo geral, os estudos sobre “gênero” têm contribuído para o avanço de reflexões acerca das desigualdades e opressões historicamente construídas sobre o “feminino” e o “masculino”. Do ponto de vista da teoria social marxista, as contribuições, na sua gênese, fortaleceram a desnaturalização da subordinação das mulheres pelos homens, entendendo que tal processo é gerado nas e pelas relações sociais. Logo, assim como toda relação social, estas também possuem uma base material, neste caso o trabalho.

Para Connel (2015), a sociedade toma gênero, no cotidiano, como algo dado. Olhamos uma pessoa e a identificamos como homem ou mulher. Organizamos nossas atividades diárias, nosso trabalho, nossos estudos, nosso lazer, nossas relações afetivas e sexuais com tanta familiaridade que parece tudo muito natural. No entanto, conforme a autora, ser homem ou mulher (ou não o ser) não é um estado predeterminado. “É um tornar-se; é uma condição ativamente em construção. [...] Esse processo é frequentemente debatido como ‘identidade de gênero’” (Connell, 2015, p. 38).

De um lado, as experiências de gênero não são tomadas como experiências fixadas pela natureza. Por outro, também não são apenas uma imposição externa realizada por meio de normas ou pressões sociais (Connell, 2015). São, isso sim, movimentos que as pessoas constroem de si mesmas, quase nunca totalmente polarizados. A determinação do contrário, ao naturalizar a binariedade dos gêneros e a rigidez das sexualidades, esconde intencionalidades.

Partilhamos da concepção de Scott (1990) quando a autora apresenta gênero como uma categoria útil para a análise histórica. Ao observarmos a realidade concreta, a apreensão de gênero e sexo a partir dessa perspectiva caminha não apenas na contramão das análises mais simplificadas, como evidencia aquelas que buscam, além de descrições e análises, mudanças na realidade desigual entre mulheres e homens. Longe de ser uma caminhada linear, as discussões sobre gênero acompanharam as mudanças globais no campo teórico e de organização dos movimentos sociais – cenário marcado por disputas de hegemonias. Sua utilização implica tanto uma ampla gama de posições teóricas, quanto de referências descritivas sobre as relações entre os sexos, sem apontar suas possibilidades de desconstrução (Scott, 1990). Contudo, acreditamos que gênero só se torna inteligível na análise do sistema capitalista-patriarcal-racista, compreendendo-o não de forma isolada, muito menos equivalendo tais categorias, mas como verdadeiro *nó* (Saffioti, 2004).

O nó aqui é estabelecido a partir da análise das contradições que entrelaçam essas três categorias, sem perder de vista o afrouxamento necessário à mobilidade de cada uma delas.

Para Saffioti (2004), de acordo com as circunstâncias históricas, as contradições, envoltas no nó, adquirem relevos diferentes. A imagem do nó é interessante e apropriada, em nossa opinião, pois enfatiza que dependendo da pressão, do manejo e da base sobre ele, sua construção muda.

Sofia Favero (2019), travesti, ativista e psicóloga, ao analisar os privilégios e as desigualdades em rede, afirma que levar em conta apenas a transgeneridade, a travestilidade ou a cisgeneridade nos leva a uma leitura superficial de normas que são, na verdade, sofisticadas – e que se atualizam a depender das interações que estabelecem com outras categorias. Para a autora, o entendimento interseccional dos sujeitos possibilita perceber, por exemplo, que há subalternidade mesmo em experiências normativas. Assim, se falamos sobre masculinidade, porém, como uma questão “racializada, não estamos mais falando do mesmo gênero ‘masculino’ hegemônico e tradicional” (Favero, 2019, p. 189). Da mesma forma que “pensar heterossexualidades trans, como poderia ser o caso de algumas travestis brasileiras, não informa sobre muitos ‘privilégios heterossexuais’, uma vez que a travestilidade é capaz de borrar a vida afetiva e sexual de modo expressivo” (Favero, 2019, p. 189).

Entendemos a diversidade de gênero como expressão da diversidade humana, a partir da compreensão de que os seres são sociais, históricos e diversos. Pensar o ser social como histórico e diverso significa pensar o próprio processo de individuação e desenvolvimento do gênero humano, que tem na base de sua transformação o trabalho. É sob a perspectiva da diversidade e emancipação humanas que as desigualdades enfrentadas pela população trans e travesti e as lutas particulares delas decorrentes ganham potencial revolucionário, necessário para uma articulação consciente e conectada às lutas macrossociais.

Posto isso, a diversidade de gênero²³, enquanto pauta política e campo de estudo, permite abranger identidades de gênero trans, as quais existem para além do binômio homem e mulher cisgêneros. Para Letícia Nascimento (2021), travesti e professora doutora da Universidade Federal do Piauí, o termo trans pode contemplar transexuais, mulheres transgêneras, travestis, homens transgêneros e transmasculines, pessoas não binárias e outras identidades de gênero. Conforme explicamos na introdução desta dissertação, utilizaremos o termo população trans e travesti para elaborar nossa exposição.

²³ Cabe destacar que diversidade de gênero e diversidade sexual são aspectos diferentes, ainda que imbricados em lógicas semelhantes de opressão. Diversidade de gênero diz respeito às identidades de gênero dos sujeitos, numa lógica que ultrapassa o determinismo biológico, ao passo que a diversidade sexual está ligada às várias orientações sexuais existentes, para além da normatividade heterossexual.

Segundo os Princípios de Yogyakarta²⁴, a identidade de gênero pode ser entendida como a experiência interna de gênero de cada indivíduo, que pode ou não corresponder ao sexo atribuído no nascimento. Rodrigues, Carneiro e Nogueira (2021, p. 6) afirmam ainda que a identidade de gênero diz respeito à “[...] forma como as pessoas se identificam e constroem um sentido de si enquanto homens ou mulheres [e demais expressões], assim como à forma como recusam essas identificações”.

Vale ressaltar que não pretendemos com estes breves apontamentos, demarcar todas as expressões e identidades de gênero ou, ainda, estabelecer quem é uma pessoa trans ou não. Nosso intuito é salientar que ser trans relaciona-se a uma profunda autopercepção e autodeterminação dos sujeitos, caminhando na contramão dos discursos médico-psi, os quais, como veremos a seguir, patologizaram durante muito tempo a existência das pessoas trans.

No âmbito da medicina mundial, as questões relacionadas ao que se denominava “transexualismo” ganharam notoriedade na década de 1960, apesar da existência de registros anteriores, inclusive sobre cirurgias para modificações corporais – ainda que ressalvadas as características e tecnologias de cada época (Rodrigues; Carneiro; Nogueira, 2021). No entanto, como mencionado acima, as discussões se aprofundam carregadas de patologização dos corpos, caracterizando a existência da população trans e travesti a partir da denominação de transtornos mentais²⁵, na qual a medicalização e a realização de procedimentos cirúrgicos surgem como “solução”. Há um esforço, nesse período, em distinguir os “verdadeiros transexuais” dos demais indivíduos.

Aos indivíduos que eram avaliados como “verdadeiros” transexuais, prescrevia-se o tratamento hormonal e cirúrgico, enquanto, para todos os outros, que não eram considerados “verdadeiros” transexuais, era recomendada psicoterapia para diminuir a disforia de gênero (Rodrigues; Carneiro; Nogueira, 2021, p. 4).

Ainda há, no imaginário social, a ideia equivocada que pessoas trans são aquelas que almejam realizar alguma modificação corporal, por meio de cirurgias ou procedimentos hormonais, enquanto as travestis não o desejariam. Essa percepção é herança da lógica de patologização das transidentidades ao longo da história, a qual tem revelado o esforço de

²⁴ Documento elaborado por especialistas de direito internacional em direitos humanos, após reuniões e trabalhos junto a pesquisadores e movimentos LGBTI+, apresentado na Organização das Nações Unidas (ONU) em 2007.

²⁵ Em 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS) denomina, no CID-2, o “transexualismo” como “perturbação da identidade sexual”. Somente em 2018, após 28 anos, a organização anunciou, na nova edição da CID-11, a retirada da classificação do então chamado “transexualismo” como transtorno mental. Sua nova classificação diz respeito à “incongruência de gênero”, integrando as “condições relacionadas à saúde sexual” (WHO, 2019). Ainda assim, permanecem, nos discursos e saberes em saúde, tentativas de enquadramento das pessoas trans, travestis e não-binárias a partir de “disforias”.

manutenção das hierarquias de saber e poder científico, na forma do discurso autorizado. Funcionam muito mais “como formas de regulação das normas sociais e de coerção e submissão às normas de gênero do que propriamente a criação de mecanismos e critérios de atenção e cuidado à saúde integral” (Tenório; Prado, 2016, p. 41).

Berenice Bento (2008, p. 58) afirma que a formulação de um “diagnóstico” para a transexualidade acabou “por produzir um sujeito transexual universal e homogêneo”. Também foi fundamental para o pensamento, ainda persistente na atualidade, de que a pessoa trans ou travesti necessita passar por um “processo”, geralmente medicalizado, a fim de obter legitimidade em relação a sua identidade de gênero. Essa última nota será melhor abordada na segunda seção deste trabalho, a partir da problematização levantada por alguns sujeitos acerca do Processo Transexualizador no SUS, sem negligenciar sua importância histórica na luta pelo direito à saúde desta população.

Feitas essas considerações, para entender a realidade das pessoas trans e travestis em seu sentido material, é importante assinalar que o capitalismo se utiliza de estruturas de opressão em benefício próprio, aprimorando-as. É assim que o racismo, o machismo e a LGBTfobia²⁶, assentados no patriarcado, corroboram para sedimentar o processo de exploração e dominação da classe trabalhadora.

No regime do capital, Marinho (2018, p. 607) nos lembra que o machismo, o sexismo e o patriarcado “[...] funcionam como mola propulsora dos binarismos de gênero e da herenormatividade”. Isso porque o patriarcado, muito mais que uma forma de dominação, é também parte do regime de exploração das mulheres pelos homens (Saffioti, 1987). No entanto, quando utilizamos o entendimento de mulheres e homens não nos referimos somente à perspectiva cis, mas a ideia do feminino como algo inferior.

Podemos, portanto, considerar que o patriarcado exerce controle sobre a subjetividade, o corpo e a sexualidade da mulher, atingindo, também, a população LGBT, mediante a imposição rígida e binária de um modo de ser feminino e masculino, com ênfase na desvalorização e dominação da mulher e do que é identificado como feminino (Cisne; Santos, 2018, p. 44).

Para perpetuar a exploração, dominação e opressão de algumas expressões de gênero sob outra (na figura do homem cis, heterossexual e branco), é necessário perpetuar a ideia que

²⁶ Consideramos, apoiadas no pensamento de Almeida (2019), que o racismo, assim como o machismo e a LGBTfobia, não são como fenômenos patológicos ou unicamente frutos de pensamentos individuais, mas sim fenômenos que fornecem lógica e sentido à reprodução das formas de desigualdade e violência que moldam a reprodução social. O racismo, o machismo e a LGBTfobia são ferramentas políticas e sociais de dominação da população negra, das mulheres e daqueles que fogem à cisheteronormatividade. Suas manifestações são funcionais à manutenção do capitalismo, pois ampliam e complexificam as formas de exploração da classe trabalhadora.

gênero é definido no momento do nascimento e, mais do que isso, que a binariedade cisnormativa é algo natural, portanto, imutável. Isso permite, com maior tranquilidade, caracterizar certas condições de acordo com o gênero de cada um. Assim é que temos a propagação de uma “natureza” e um “papel” femininos, os quais supõem, do outro lado, a organização de um “modelo” masculino a ser seguido.

Isso traz implicações importantes para o que se denomina de divisão sexual do trabalho (DST) – uma forma de divisão do trabalho social, historicamente adaptada em cada sociedade, decorrente das relações sociais de sexo (Kergoat, 2009). Uma vez que a DST tem dois princípios organizativos (de “separação” e “hierarquização”), se estabelece que há “atividades para homens” e “atividades para mulheres” e que as primeiras tem maior valor que as segundas. É assim que a sociedade capitalista, utilizando-se do patriarcado e do machismo, destina os homens “à esfera produtiva e as mulheres à esfera reprodutiva”, com “a ocupação pelos homens das funções de forte valor social agregado – políticas, religiosas, militares etc.” (Kergoat, 2009, p. 67). Isso oferece uma fonte inesgotável de trabalho doméstico não remunerado – elemento determinante na composição do valor da força de trabalho, mascarado como ato de “amor” (Federici, 2021) e explicado pela “lei natural”.

De acordo com Cisne e Santos (2018), a relação entre esfera produtiva e reprodutiva, em relação à DST, permite perceber que as “qualidades” tidas como femininas, ao serem vistas como naturais ou advindas de uma “essência” feminina, desconsideram o treinamento informal das mulheres no seio da família. Mais ainda, oculta-se que o trabalho doméstico, não pago, desvalorizado e realizado em grande parte por mulheres, é utilizado para a ampliação dos lucros na fábrica.

Sem o trabalho doméstico o Estado deveria prover equipamentos sociais públicos para atender a demanda da classe trabalhadora – como lavanderias, restaurantes, escolas em tempo integral, creches, etc. – e/ou haver um aumento significativo do salário mínimo de forma a possibilitá-lo pagar pelo trabalho doméstico. Isso oneraria significativamente o capital, contrariando, portanto, os interesses das classes dominantes. Dito de outra maneira, o trabalho doméstico garante a reprodução da força de trabalho por um menor custo ao capital (Cisne, 2013, p. 91).

Para a autora, a luta contra a atual divisão sexual do trabalho adquire, assim, um caráter estratégico na luta anticapitalista. Também consideramos que a compreensão da divisão sexual do trabalho e de suas implicações sobre as normativas binárias de gênero e de rigidez heterossexual, no âmbito da família patriarcal burguesa, são importantes para entender a rejeição violenta à diversidade de gênero na sociabilidade capitalista, a qual desemboca em manifestações transfóbicas.

A população trans e travesti, ao colocar em xeque a suposta relação direta e inevitável entre gênero e genitália, foge das normas reguladas pelo binarismo de gênero e enfraquece pressupostos do patriarcado, o qual, como vimos, tem oferecido subsídios ao modo de produção capitalista. Considerando que o patriarcado possui uma base material em que o controle e o medo têm sido essenciais para garantir a reprodução da propriedade privada e assegurar as condições de exploração e opressão necessárias a ela no e pelo capitalismo, vai se construindo “ideologias que naturalizam os sexos e as relações de desigualdades, além de suprimir a dimensão da diversidade humana” (Cisne; Santos, 2018, p. 48).

O reconhecimento da diversidade humana e das lutas dela decorrentes é fundamental para compreender a diversidade de gênero, além da sexual, como parte integrante do processo de autodeterminação dos seres sociais, inscritos no plano da singularidade/particularidade e universalidade (Silva, 2011). Do contrário, corre-se o risco de que os movimentos e as políticas voltadas para grupos específicos (como a população LGBTI+), despolitizados em relação à necessidade de mudanças estruturais na sociedade capitalista, contribuam indiretamente para a legitimação da ordem burguesa.

Objetivamos, com isso, enfatizar que o enfrentamento às variadas formas de opressão ganha ainda mais sentido quando alinhado à luta anticapitalista. Tal porque, conforme estamos apontando, a maximização dos componentes da exploração capitalista se dá também pelos processos de opressão socioeconômica, incorporados à divisão sexual e racial do trabalho.

Desse modo, depreende-se que a população LGBTI+, em especial a população trans e travesti, ao ameaçar a lógica rígida e conservadora das relações públicas e privadas, ameaça também a dinâmica do capital (Cisne; Santos, 2018). O processo de acumulação efetivado pela divisão sexual do trabalho é ameaçado, haja vista que a compreensão da diversidade de gênero não apenas desnaturaliza o que é considerado “feminino” ou “masculino”, mas também impacta na distribuição da força de trabalho. Logo,

[...] as identidades de sexo/gênero também promovem mediações na estruturação dessa divisão sexual do trabalho. Assim é que travestis e trans, por exemplo, são aceitas em determinadas profissões. Notemos que todas as “transgressões” vão associar-se a profissões também consideradas femininas, socialmente desvalorizadas (Cisne; Santos, 2018, p. 66).

As travestis e as mulheres trans, além da transfobia, também sofrem com os efeitos da divisão sexual do trabalho nos moldes do capitalismo e do patriarcado. Em pesquisa realizada por Santos e Silva (2021) sobre o mercado de trabalho, a qual contou com a participação de mulheres trans e travestis por meio de entrevista, revela-se que a maioria almeja ou está inserida

em atividades consideradas “femininas”, como, por exemplo, na área da educação, saúde e estética. Esses locais são percebidos como mais “tolerantes” e “seguros”, demonstrando que o tratamento dado a tal população é baseado em estereótipos que também afetam as mulheres cis.

As mulheres trans e as travestis também assumem, sobretudo quando inseridas em ambientes formados em sua maioria por homens cis, as tarefas de cuidado com o lar e com os membros da família – atividades não remuneradas e invisíveis socialmente. Isso revela que, apesar de marginalizadas no mercado de trabalho formal, não há dificuldade para o sistema capitalista absorvê-las naquilo que é considerado “inferior”.

Marinho (2018, p. 607-608) nos ajuda a entender melhor essa dinâmica ao destacar que as travestis e as mulheres trans, rompendo com as normas de gênero na sociabilidade capitalista, “[...] afrontam a ordem patriarcal ao rejeitarem o papel da dominação-exploração masculina originalmente a elas reservado (quando ao nascer, assignadas como homem)”. Nessa direção, “sem legitimidade social na ordem patriarcal de gênero para esta vivência, são lidas como aquelas que ferem a honra masculina, já que alguém que nasceu com a genitália masculina tem um falo a zelar e não pode estar associado ao que é inferior” (Marinho, 2018, p. 608).

Da mesma forma, essa “traição” ao “destino patriarcal de gênero”, no caso particular de homens trans e pessoas transmasculinas, se materializa na ousadia transgressora de afirmar que corpos lidos como femininos existam de forma diferente daquela dominante, própria da ideologia patriarcal (Marinho, 2018). Assim, tais pessoas quebram “[...] as correntes dos binarismos de gênero, mas também afrontam o patriarcado, pois mostram à categoria social homem que não há um único modo de sê-lo, seja anatomicamente, corporalmente e/ou socialmente” (Marinho, 2018, p. 608).

Para Marinho e Almeida (2019), a inferiorização social dos corpos trans e travestis surge também como necessidade estrutural do capitalismo contemporâneo. Conforme explicam os autores, a distribuição da força de trabalho no modo de produção capitalista é essencialmente mediada pelas relações de gênero e de raça, dessa forma,

Sejam esses corpos fortemente explorados pelo signo da produtividade, sejam amontoados na massa da força de trabalho sobrando, na informalidade, ou, invisíveis nas fileiras do exército industrial de reserva (como aqueles que estão na base da *pirâmide social das transdiversidades*), eles conformarão o todo complexo de acumulação e realização de capital (Marinho; Almeida, 2019, p. 130, grifo dos autores).

Wolf (2022), acerca das raízes da opressão da população LGBTI+, afirma que se trata de uma das inúmeras contradições do capitalismo moderno, uma vez que este procura impor

normas heterossexuais à sociedade como forma de garantir a manutenção da ordem econômica, social e sexual. Apesar de não privilegiar as expressões e identidades de gênero, decidindo focar na sexualidade, a estudiosa traz contribuições importantes, as quais podemos estabelecer um paralelo, com os devidos cuidados, junto ao nosso objeto de estudo.

Para a autora, a opressão LGBTQ+ está ligada também à centralidade da família nuclear como um dos meios que o capital encontrou para estabelecer normas de gênero e terceirizar o atendimento das demandas da classe trabalhadora, com baixo custo para o Estado. Enquanto a sociedade capitalista, segundo Wolf (2022), tenta enquadrar as pessoas em certos papéis de gênero e comportamentos sexuais dominantes, os socialistas rejeitam estas limitações. Além disso, este últimos, ao lutarem por um mundo em que a sexualidade (e acrescentamos: as identidades de gênero) seja uma questão sem restrições legais ou materiais de qualquer tipo, contribuem para a garantia do direito de autodeterminação dos indivíduos.

Não causa espanto perceber, assim, a insistência em manter tudo aquilo relacionado à família no âmbito privado. A atenção dada à família heteropatriarcal-monogâmica, como forma de controle sobre a população LGBTQ+ e as mulheres cisheterossexuais, se explica pela substituição da perspectiva coletiva e igualitária pela lógica privada e individualista (Cisne; Santos, 2018). O aspecto decisivo da família monogâmica-nuclear (pai, mãe e filhos) na constituição da sociedade de classes é traduzido pela:

[...] transição da sociedade primitiva, na qual todas(os) compartilhavam o cuidado e a alimentação, para a sociedade de classes, [a qual] alterou o modelo de família comunal para a monogâmica ou nuclear. Esse processo foi mediado por meio da violência, da propriedade privada e da subserviência das mulheres aos homens (Cisne; Santos, 2018, p. 57).

Dessa maneira, os papéis de gênero não são meras “questões de gênero”, inscritas no campo da cultura, mas aspectos que se inserem na lógica estruturante das relações sociais de sexo – permeadas por explorações – e se imbricam a constituição das classes sociais e às relações étnico-raciais. É nessa “imbricação dialética que a sociedade capitalista vai operar divisões no mundo do trabalho e nas próprias classes sociais, operando uma simbiose entre exploração e opressão. Por isso, não temos como discutir opressão sem relacioná-la à exploração” (Cisne; Santos, 2018, p. 62).

Apesar de reconhecerem que novas configurações familiares estejam em curso, as autoras ressaltam que a família permanece como uma “significativa instituição na garantia da estrutura para a divisão sexual do trabalho e, por extensão, da reprodução social” (Cisne;

Santos, 2018, p. 61), funcional à classe dominante na forma mais lucrativa possível para manutenção da classe trabalhadora.

Essa concepção tem implicações para as políticas públicas, em especial para as políticas sociais. Pereira (2006) alerta para os perigos da utilização da “família como importante substitutivo privado do Estado na provisão de bens e serviços sociais básicos”, no chamado pluralismo de bem-estar de base neoliberal. A noção de familismo, a partir do desaparecimento das fronteiras entre a esfera pública e a esfera privada, traz consigo também a estratégia de esvaziamento da política social, por meio da “possibilidade de privatização das responsabilidades públicas, com a consequente quebra da garantia de direitos” (Pereira, 2006).

Sobre a permanência do familismo nas políticas sociais da América Latina, Castilho e Carloto (2010) afirmam que esse modelo de proteção social, guiado aos moldes da cartilha neoliberal nas últimas décadas, sobrecarrega o já penoso trabalho feminino – o qual, conforme pontuamos anteriormente, para além do trabalho doméstico não remunerado e das atividades de cuidado, é desvalorizado também na ótica assalariada. Contribui, assim, para o aprofundamento das desigualdades de gênero e para o fortalecimento de papéis preestabelecidos de acordo com essa natureza.

De modo particular à política de saúde, gênero tem sido, consensualmente, estabelecido como um “determinante social”. Borghi et al. (2018) alerta para a possibilidade de esvaziamento do termo “determinantes sociais da saúde” (DSS) quando analisado sem a devida clareza sobre seu conteúdo e suas implicações. Os estudos sobre os DSS surgem como campo “inovador” na década de 1990 por meio da Organização Mundial da Saúde (OMS), no entanto, já faziam parte da agenda de vários autores latino-americanos muito antes disso.

Para abordar o debate sobre essa categoria e os perigos de sua análise rasa, sobretudo no que tange às questões relacionadas à classe, raça e gênero, é preciso entender que os estudos anglo-saxões invisibilizaram a produção latino-americana ao lançar ao mundo sua própria versão dos DSS. É assim que o pensamento latino-americano em saúde, caracterizado por seu compromisso com a “transformação das condições concretas do viver, pela percepção das relações entre estrutura social e problemas de saúde e pela aliança entre grupos acadêmicos e movimentos sociais” (Borghi et al., 2018, p. 873), no qual a determinação social da saúde já era pauta, tem seus significados epistemológicos transformados.

Os autores chamam atenção para apropriação do discurso progressista em saúde pelo neoliberalismo – o qual incorpora gênero e outras questões no âmbito dos DSS, descartando seu viés estrutural de análise. A OMS remete os determinantes sociais da saúde a uma mera ideia de causa e efeito, ahistórica e sem densidade teórica crítica. “Social” passa a ser apenas

um “fator a mais”, perdendo seu valor enquanto processo, o que revela o obscurecimento da relação entre estrutura social e condições de vida e de saúde.

A fim de não incorrer neste erro, consideramos a determinação social do processo saúde-doença como determinação da vida, que tem na base de sua análise a dialética. Ao incorporar em sua matriz “o modo de produção, a formação social, a reprodução social e as classes sociais” (Borghi et al., 2018, p. 888), os estudos sobre os DSS contestam os efeitos das políticas neoliberais, articulam suas produções às dos movimentos sociais contra-hegemônicos, buscam a historicidade dos processos sociais e tem como horizonte a transformação social.

Tendo isso em mente, alguns estudos relatam que gênero, em suas diversidades, tem sido negligenciada na abordagem sobre os DSS (Galvão et al., 2021). Não se trata de estabelecer a relação patologizante mencionada anteriormente, mas sim de salientar a exposição das pessoas trans e travestis aos fatores de risco advindos da transfobia. Tanto o relatório final da Comissão Mundial sobre DSS, quanto o da Comissão Nacional sobre DSS, ambos de 2008, não mencionam a população trans e travesti, nem as questões relacionadas às identidades de gênero. Aliás, mesmo a discussão mais ampla sobre gênero é negligenciada no relatório nacional.

Para Pega e Veale (2015) isso é um problema, uma vez que questões sociais relacionadas às identidades de gênero, em uma sociedade capitalista, racista, patriarcal e transfóbica como a nossa, trazem repercussões para a saúde e a vida dessas pessoas. Em pesquisa realizada nos Estados Unidos com 6.450 pessoas trans, a maioria afirmou ter adiado a busca por cuidados em saúde (48% por não terem os recursos financeiros para tal e 28% por causa da discriminação, o que demonstra problemáticas tanto no modelo de saúde adotado no país, quanto aspectos da transfobia). Além disso, 19% reportaram que lhe foi negado atendimento, 28% relataram ter sofrido algum tipo de assédio e 2% mencionaram ter sofrido violência durante os cuidados em saúde por serem transexuais. 50% dos participantes relataram que tiveram que ensinar profissionais de saúde sobre cuidados específicos.

No Brasil, a situação não é diferente, considerando que este é o país que mais mata a população trans no mundo e também o que mais consome pornografia trans, numa relação constante entre ódio e objetificação. Pelo 15º ano consecutivo, o projeto de pesquisa *Trans Murder Monitoring* apontou o Brasil como o país com o maior número de assassinatos. Ademais, 73% dos casos foram notificados na América Latina e Caribe (Benevides, 2024).

Os dados do último dossiê publicado pela ANTRA sobre os assassinatos e a violência contra travestis e transexuais no Brasil revelou que em 2023 houve um aumento de 10% nas mortes dessa população. A tabela abaixo nos auxilia a verificar que, desde o início da coleta de

dados pela ANTRA em 2017, a maior parte dos assassinatos é cometido contra travestis e mulheres trans.

Tabela 1 – Assassinatos de pessoas trans e travestis entre 2017 e 2023 no Brasil e no Maranhão

Ano	Total - Brasil	Travestis/ Mulheres Trans	Homens trans/ Transmasculines	Pessoas Não- binárias	Maranhão
2017	179	169	10	0	2
2018	163	158	4	1	3
2019	124	121	3	0	5
2020	175	175	0	0	3
2021	140	135	5	0	4
2022	131	130	1	0	4
2023	145	136	9	0	4

Fonte: Benevides, 2024.

Dos setes anos analisados, a região Nordeste foi a que teve a maior concentração de assassinatos em cinco deles, aparecendo em 2º lugar apenas em 2021 e 2023. No ano passado, 50% das vítimas tinham entre 18 e 29 anos e 27% tinham entre 30 e 39 anos; 80% eram pretas ou pardas; mais de 50% dos crimes apresentavam requintes de crueldade, o que revela a transfobia como motivação; todas essas tendências também foram verificadas nos anos anteriores.

Sobre o relatório, a ANTRA conclui que as vítimas são jovens, negras, pobres e expressam publicamente o gênero feminino. Também destaca que a prostituição é a fonte de renda mais frequente entre as vítimas e que aparências não normativas são fatores de alto risco, o que nos leva à discussão sobre a passabilidade – melhor analisada na terceira seção deste trabalho. Grande parte dos crimes acontecem em via pública, com uso excessivo de violência e os suspeitos não costumam ter relação direta com a vítima. A subnotificação é uma realidade, o que dificulta a melhor identificação dos casos. Quando notificados, alguns são tipificados de forma incorreta, além de desrespeitarem a identidade de gênero da vítima. A impunidade também é destacada no dossiê, lembrando a falta de rigor nas investigações e consequentemente a dificuldade em identificar os suspeitos. Tudo isso em um cenário marcado pelo fortalecimento de uma agenda pública antitrans e pela ação de grupos fundamentalistas religiosos, os quais incentivam o ódio contra a população trans e travesti.

O Boletim de Violência Letal da População Trans e Travesti em 2022, lançado pelo Observatório de Políticas Públicas LGBTI+ do Maranhão, apontou 6 mortes no estado, sendo

conectadas a outros sentidos, ganham materialidades complexas, não podendo ser rebaixadas a somente uma ou outra funcionalidade. Não é nossa tentativa reduzi-las à mera manutenção do sistema capitalista, mas destacá-las enquanto totalidade em movimento.

No próximo tópico, analisaremos a trajetória dos Movimentos de Travestis e Transexuais no Brasil. Uma vez que nosso objeto de estudo trata da análise das contradições do direito social à saúde, não poderíamos nos abster de identificar o papel dos movimentos sociais nesse processo. Verificaremos que as estratégias de resistência adotadas por travestis e transexuais brasileiras são muito mais antigas do que imaginamos. A invisibilidade de suas lutas faz parte de um projeto político de apagamento de suas identidades, mas também de suas contribuições por uma saúde universal, pública, equânime e de qualidade.

2.2 “A história não começa em 1992”: organização, lutas e resistências dos Movimentos de Travestis e Transexuais no Brasil

A fala que lidera o título deste tópico é de Jovanna Baby Cardoso – considerada uma das traviarcas do Movimento de Travestis e Transexuais no Brasil –, no documentário “Jovanna Baby: uma trajetória do Movimento de Travestis e Trans no Brasil”. Considero sua fala importante, pois demonstra a historicidade, a complexidade e a coletividade dos processos organizativos que conformam os movimentos sociais. Ao final deste tópico, esperamos que se torne mais nítido o porquê do destaque à sua fala.

Não é tarefa fácil resgatar a história do Movimento de Travestis e Transexuais²⁹ no Brasil. Isso porque esta, assim como a do movimento LGBTI+ no geral, é composta por ausências, lacunas e silenciamentos (Quinalha, 2022). Ainda assim, nossa tentativa é evidenciar alguns momentos decisivos dessa trajetória, os quais podem ser identificados como organizações coletivas mais robustas. Ademais, cabe ter em mente que tais movimentos não são homogêneos, nem surgem repentinamente.

A resistência ora apresentada só é possível a partir de existências individuais anteriores à emergência de um ativismo organizado e antecedentes ao próprio reconhecimento de algumas identidades hoje compreendidas dentro das expressões de gênero. Os atos de rebeldia e

²⁹ Apesar de utilizarmos o termo população trans e travesti durante a elaboração deste trabalho, optamos por, no título deste tópico, seguir grande parte das obras escritas pelos próprios integrantes dos movimentos sociais, os quais contam a história a partir da organização dos Movimentos de Travestis e Transexuais no Brasil. A nomenclatura “movimentos” também evidencia a pluralidade de sujeitos, interesses e disputas dentro da organização política e social das pessoas trans e travestis.

transgressão são relatados desde os tempos mais remotos e demonstram que essas pessoas nunca se conformaram com a imposição da cisheteronormatividade (Quinalha, 2022).

Uma dessas existências é a de Xica Manicongo, considerada por muitos como a primeira travesti não-indígena que se tem registro no Brasil. Negra, originária da região do Congo e submetida à escravidão no período colonial no estado da Bahia, Xica foi denunciada à Igreja Católica e obrigada a usar vestimentas consideradas masculinas, caso contrário seria queimada viva. Sofreu acusações que transitam entre a transfobia e o racismo religioso e teve que abdicar de ser quem era para continuar sobrevivendo.

Brenda Lee, importante militante dos direitos LGBTI+ no Brasil, inaugurou em São Paulo a Casa de Apoio Brenda Lee (também conhecida como Palácio das Princesas), em meados da década de 1980, na qual abrigou principalmente pessoas vivendo com o vírus HIV. Em um período de pouco conhecimento e muito estigma sobre o HIV/AIDS, Brenda foi pioneira nesse tipo de ação. Também acolheu travestis que, assim como ela, foram expulsas de casa por motivos variados.

João Nery, homem trans e ativista dos direitos LGBTI+, foi considerado o primeiro a realizar a chamada “cirurgia de redesignação sexual” no Brasil, em 1977. O procedimento se deu de forma clandestina, uma vez que ainda era considerada mutilação grave na época. Após isso, passou a usar documentos falsificados, o que fez com que João tivesse que abdicar de suas conquistas anteriores, a exemplo da graduação em Psicologia, pois o diploma não coincidia com seu atual nome. João criou, através das redes sociais, uma rede de apoio com mais de 3 mil homens trans por todo o país, como forma de divulgar informações sobre os direitos dessa população.

Essas histórias inspiram e reforçam a organização, as lutas e as resistências da população trans e travesti nos dias atuais. Demonstram, especialmente para os transfóbicos, que a diversidade de gênero e sexual não são nenhuma “moda”, nem consequências de uma “suposta e recente ideologia de gênero”³⁰. Ademais, além de evidenciarem a longa trajetória de perseguição e discriminação em face da identidade de gênero e orientação sexual no Brasil, lembram que, de modos diferenciados a depender da época, essas existências individuais e de pequenos grupos, sempre foram rebeldia política. Se Xica, no século XVI, teve sua vida

³⁰ O termo “ideologia de gênero” tem sido utilizado, por movimentos conservadores e direitistas, para distorcer as pautas dos movimentos feministas e LGBTI+. A partir de um terror moralista, grupos contrários a chamada “ideologia de gênero” defendem a extinção de discussões sobre diversidade sexual e de gênero.

ameaçada pela cisnormatividade, a tiveram ceifada, em 2023, Julia Nicolý³¹, Thallita Costa³², Chiquita³³ e tantas outras.

Ainda que a história da censura no Brasil não seja algo novo (Quinalha, 2017), chama atenção o fato de que, apesar do autoritarismo da ditadura civil-militar e do pacto conservador-burguês, é neste período que se observa o início da transformação de “movimentações para movimentos organizados” por parte da população LGBTI+ (Quinalha, 2022).

Para Passos e Garcia (2021, p. 36), “foi justamente nesse período, entre 1964 e 1985, que as primeiras ações coletivas de gays e lésbicas surgiram na arena política brasileira e introduziram novas/os atrizes e atores”. Várias iniciativas jornalísticas e informativas, como “Lampião da Esquina”, “O Snob”, “Gente Gay”, “Boletim Chana com Chana”, deram o tom da organização de gays e lésbicas na década de 1960 e 1970³⁴.

No plano mundial, a Revolta de Stonewall, em 1969 nos Estados Unidos (EUA), reverberava como um dos maiores fenômenos da luta mundial contra a LGBTfobia. O nome veio do bar localizado em Nova York, “Stonewall Inn”, frequentado não apenas por gays, mas também lésbicas, bissexuais, transexuais e travestis. No início dos anos de 1960, diversos estados norte-americanos descriminalizaram a relação sexual consentida entre pessoas do mesmo sexo. No entanto, na prática, permaneciam o controle e a violência policial, sendo frequentes as “batidas” em bares considerados “gays”. Em 28 de junho de 1969³⁵, diversas pessoas presentes nas dependências do referido bar reagiram diante da violência policial, com pedradas, arremessos de objetos e palavras de ordem.

Nascimento (2021) lembra que a Revolta de Stonewall teve a importante participação de duas travestis, as quais, contam algumas versões, foram as primeiras a arremessarem as pedras: Marsha Johnson³⁶, travesti negra, e Sylvia Rivera, travesti porto-riquenha. “Após o levante, ambas continuaram fortalecendo os movimentos, que passaram a contar majoritariamente com a participação de homens gays brancos que centralizaram as pautas em torno de seus interesses” (Nascimento, 2021, p. 57).

³¹ Reportagem disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2023/07/27/mulher-trans-e-morta-a-facadas-e-amordacada-no-rj.ghtml>.

³² Reportagem disponível em: <https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2023/09/09/jovem-morta-campo-limpo.htm>.

³³ Reportagem disponível em: <https://g1.globo.com/ma/maranhao/noticia/2023/06/16/homem-e-presosuspeito-de-matar-mulher-trans-no-interior-do-maranhao.ghtml>.

³⁴ Os pequenos jornais e panfletos, formados por meios de comunicação modestos e independentes, quase sempre clandestinos, tiveram papel fundamental para difundir informações e conectar experiências individuais no campo da identificação coletiva – mesmo diante do forte conservadorismo e repressão à época.

³⁵ A data hoje é considerada como o Dia Internacional do Orgulho LGBTI+.

³⁶ Marsha foi lembrada nas organizações do Dia da Visibilidade Trans (29 de janeiro) de 2024. Em sua homenagem, foi realizada a 1ª Marsha Nacional Trans do Brasil.

O apagamento dos corpos e das corpos trans e travestis, conforme a autora, não é novidade no movimento LGBTI+, fora e dentro do Brasil. Megg Oliveira (2018, p. 73) relata que o “Grupo Somos”, fundado em 1978 em São Paulo e importante figura para o movimento gay no Brasil³⁷, não só por ser um dos primeiros grupos nesse sentido, mas também por sua relevância, notoriedade e alcance na luta contra a homofobia, “adotou uma postura excludente e não permitiu a participação de gays afeminadas e travestis³⁸”.

Quinalha (2022) afirma que, no Brasil, é somente no final da década de 1970 que os esforços de mobilização política tiveram resultados mais duradouros no que ficaria conhecido como Movimento Homossexual Brasileiro (MHB). As formas de organização e reunião dessa população foram severamente afetadas pelos anos mais rigorosos da ditadura civil-militar, o que promoveu sua expansão tardia em comparação com outros países da América do Norte e da Europa (nos quais movimentações de alcance internacional já despontavam na década de 1960). Sua ascensão coincide com o processo de redemocratização e reorganização dos movimentos sociais no país.

Durante o período da ditadura civil-militar no Brasil, as travestis foram extremamente perseguidas, com acréscimo do fator racial para as travestis negras. Havia um projeto de higienização social e cultural que considerava essas pessoas uma ameaça à ordem vigente. Utilizava-se a criminalização da vadiagem, prevista no Código Penal Brasileiro, para legitimar a violência policial e a perseguição por parte da imprensa. Similar ao contexto mencionado anteriormente nos EUA, aqui eram realizados os “rondões” – operações ou “rondas” policiais destinadas a abordar “praticantes da vadiagem”, em grande parte travestis sem carteira de trabalho assinada³⁹. Ocanha (2014) analisou que tais operações foram apoiadas por diversos veículos de comunicação da época, a exemplo do jornal “O Estado de São Paulo”, como mostra a manchete a seguir (Figura 1). Na reportagem, as travestis, caracterizadas no masculino, são descritas como violentas e relacionadas a diversos crimes, como assaltos e assassinatos⁴⁰.

³⁷ Cita-se também a “Turma OK” (1961) e o “Grupo Gay da Bahia” (1980). Destaque para o Grupo de Ação Lésbica-Feminista (GALF), criado em 1980 a partir do desdobramento de um grupo de mulheres lésbicas do “Grupo Somos”. Elas denunciaram a dificuldade de se organizarem em um espaço dominado por homens gays brancos (Quinalha, 2022).

³⁸ Segundo Oliveira (2018), o termo “transexual”, que se populariza envolto no campo da saúde, ainda não era muito utilizado neste período.

³⁹ Conforme Ocanha (2014), a Polícia Civil do Estado de São Paulo se dedicava incansavelmente a combater as travestis. Em 1976, a Portaria nº 390, da Delegacia Seccional Centro, autorizava a prisão de todas as travestis da região central da cidade para “averiguações”. Segundo a portaria, o cadastro policial deveria vir acompanhado de fotos “dos pervertidos”, a fim de que os juizes pudessem melhor avaliar seu “grau de periculosidade”.

⁴⁰ Observa-se, novamente, como o estigma contra as travestis foi sendo cunhado. Utilizou-se, na história do Brasil e da América Latina, o termo de forma pejorativa, criminal, patológica. O emprego do nome travesti enquanto uma identidade de gênero feminina, hoje, é resultado da resistência e da resignificação da palavra pelas próprias. Afinal, travesti não é bagunça.

Figura 1 – Manchete do Jornal “O Estado de São Paulo”, em 25/03/1985.



Fonte: Ocanha, 2014.

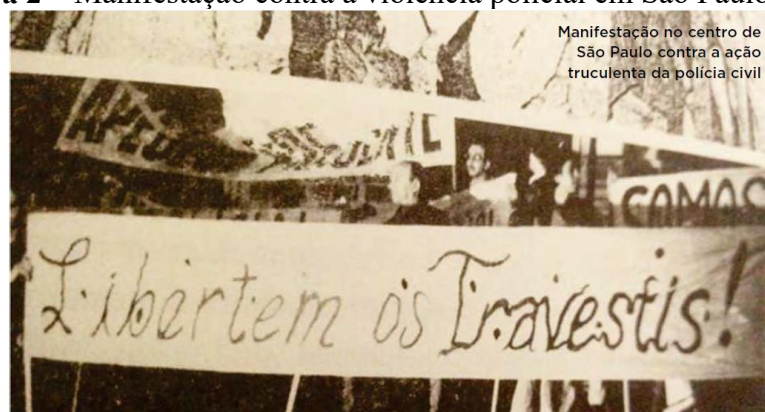
Os relatos de quem vivenciou esse período dimensionam melhor a questão. O documentário “Divas divinas”, lançado em 2017 e dirigido por Leandra Leal, aborda a trajetória artística de travestis nas décadas de 1960 e 1970 no Brasil, a exemplo de Rogéria, Jane di Castro, Divina Valéria, Eloína dos Leopardos, Brigitte de Búzios, Camille K., Fujica de Holliday e Marquesa. O cenário principal é o Teatro Rival, no Rio de Janeiro, onde os espetáculos aconteciam. Entre uma entrevista e outra, as artistas lembram das prisões frequentes e sem justificativa. Em determinado momento, Jane di Castro comenta sobre as proibições às travestis: “A gente não podia fazer televisão. Fazia um espetáculo, não podia dar entrevista. Para sair nas revistas, as fotos tinham que ser todas censuradas. Na porta do teatro, tinha que ter carimbo da censura”. No mesmo documentário, Divina Valéria também relata: “Em São Paulo, eu cheguei a ser presa porque tava de mulher no meio da rua. Me pegaram, pegaram meu documento, “Walter Fernandez Gonzalez”, eles me levaram presa. Era difícil”.

Jovanna Baby, no documentário “Jovanna Baby: uma trajetória do Movimento de Travestis e Trans no Brasil”, afirma que foi presa várias vezes, sem necessidade. Ela relata que um dia foi assistir um filme no Teatro Santa Cecília, em Vitória-ES, e enquanto estava na fila para comprar o ingresso um policial a prendeu, com a justificativa da “vadiagem”. “Nós ficávamos muito bem a noite, se prostituindo, mas sair durante o dia na rua ninguém saía. Tinha que olhar primeiro se não tinha uma viatura parada por perto, pra ir ao supermercado, a uma farmácia. Ou então pedia a alguém pra comprar. Era ali finalzinho da ditadura militar”.

Apesar de ser esta uma época pouco documentada⁴¹ (Oliveira, 2018) no que diz respeito à organização das travestis, não foi sem resistência que tal período foi atravessado por elas.

Em abril e maio de 1980, o delegado José Wilson Richetti comandou várias diligências policiais na região da Boca do Lixo, centro da cidade de São Paulo, com o objetivo de varrer “assaltantes, traficantes, prostitutas e travestis” do local. A operação ficou conhecida como “Operação Limpeza”. O delegado era ex-funcionário do Departamento Estadual de Ordem Política e Social (DEOPS-SP) e chefiava a Delegacia Seccional Centro. O jornal “Lampião da Esquina” chegou a publicar um artigo intitulado “A Guerra Santa do Dr. Richetti”, em 1980, no qual denunciava a violência policial direcionada à população LGBTI+ (Ocanha, 2014).

Figura 2 – Manifestação contra a violência policial em São Paulo, 1980.



Fonte: Oliveira, 2018.

A truculência e a perseguição por parte da polícia fizeram com que em 13 de junho do mesmo ano mais de mil manifestantes se juntassem em frente ao Teatro Municipal de São Paulo. Alguns autores chamam o acontecimento de “Stonewall brasileiro”, considerando a motivação por trás dos protestos. Dentre os presentes estavam gays, lésbicas, travestis, prostitutas, frequentadores do local e representantes de movimentos LGB. Entre os gritos: “ADA, ADA, ADA, RICHETTI É DESPEITADA!” e “A, B, X, LIBERTEM OS TRAVESTIS”. Importante lembrar que, naquela época, a identidade travesti ainda era utilizada no masculino, mesmo por alguns membros dos movimentos sociais.

Mesmo após o período da ditadura militar, a polícia mantinha o hábito de perseguir e prender de forma arbitrária travestis e transexuais, sobretudo aquelas que exerciam a

⁴¹ “É constatável uma subteorização a respeito das resistências individuais e coletivas das travestis frente às práticas violentas às quais eram submetidas. Essa lacuna, proposital ou não, deixou de captar como essas atrizes criaram rotas de fuga perante as tentativas de escamotear ou mesmo de exterminar suas existências” (Passos; Garcia, 2021, p. 37).

prostituição (Ocanha, 2014). Uma das mais famosas foi a Operação Tarântula, realizada em 1987 em São Paulo, com o objetivo de “combater a AIDS”. A operação realizava detenções em flagrante de travestis que praticavam o chamado *trottoir*, nome que era conhecida a prostituição na rua. As travestis eram acusadas de “aliciar” os fregueses nas vias públicas e de contribuírem para a disseminação do vírus HIV. Somente no primeiro dia, a operação prendeu 56 pessoas.

Jovanna Baby, novamente no documentário “Jovanna Baby: uma trajetória do Movimento de Travestis e Trans no Brasil”, destaca que, como reação à essa realidade, as primeiras pautas dos movimentos, ao lado das prostitutas, eram direcionadas ao combate à violência policial e ao direito de exercer a prostituição, seguidas do acesso à saúde.

Sobre a história do movimento LGBTI+ no Brasil, Quinalha (2022) afirma que, entre o final da década de 1970 e meados da década de 1980, sobressaía a preocupação pela construção de uma identidade homossexual mais estabilizada, assim como a presença de pautas direcionadas ao combate à ditadura. De acordo com o autor, não seria exagero mencionar que o MHB (junto ao movimento feminista) teve um papel relevante não apenas na temática da liberação sexual, mas também no processo de redemocratização do país.

Ainda assim, não havia consenso sobre o direcionamento político na luta pela liberação sexual, uma vez que o movimento não era e nem é homogêneo, mas sim atravessado por marcadores de classe, raça, gênero, território, geração, etc. – o que implica diferentes ideologias de mundo. Vale destacar que, naquele momento,

[...] as travestis não participaram do movimento organizado. Apesar de já estarem nas ruas, em geral no trabalho com o sexo, como alvos privilegiados da violência do Estado e da sociedade, elas não encontravam acolhimento nos grupos que buscavam construir uma imagem “respeitável” de homossexual, demarcando diferenças em relação às travestis associadas ao submundo da prostituição e das ilegalidades (Quinalha, 2022, p. 96).

No início da década de 1980, os debates sobre gênero e sexualidade, por parte de grupos marginais como os LGBTI+, ainda eram alvo de grande tabu (seja em setores mais amplos da sociedade, seja dentro dos próprios espaços considerados mais progressistas), o que dificultava sua propagação. Além disso,

[...] o ativismo de então tinha também uma aversão aos saberes e poderes médico-científicos, que, durante séculos, propagaram visões depreciativas das homossexualidades. Ao classificar o comportamento e a identidade de pessoas LGBTI+ como desvios e patologias, inclusive propondo-se a fazer diagnóstico de “invertidos” e impor “tratamentos”, os discursos científicos acabaram reproduzindo e legitimando violências diversas (Quinalha, 2022, p. 97).

Na era da epidemia de AIDS no Brasil, datada nos primeiros anos da década de 1980, a população LGBTI+, assim como as prostitutas, foram associadas a “grupos de risco”. Essa realidade motivou práticas repressivas por parte do Estado, efetuadas por autoridades de saúde em conjunto com as instituições policiais. No entanto, com o avanço da epidemia no Brasil e no mundo e a sua inclusão na agenda dos movimentos sociais organizados pelos grupos citados acima, ações foram sendo pensadas e articuladas a fim de neutralizar os efeitos excludentes direcionados aos primeiros infectados e às pessoas estigmatizadas.

Isso foi possível em decorrência do contexto político significativamente diferenciado daquele momento. A efervescência dos movimentos sociais em direção à redemocratização política, em um cenário de desgaste dos governos militares no Brasil, possibilitou, ao final da década, maior poder de reivindicação junto aos representantes da “Nova República”. Importante destacar que esse também foi um momento de ápice do Movimento de Reforma Sanitário e posterior estruturação do SUS, o que colocou as demandas em saúde em evidência.

Para Carvalho e Carrara (2013, p. 325), a construção do Movimento de Travestis no Brasil se dá, inicialmente, por meio de duas vertentes: o enfrentamento à violência policial e a luta pela prevenção e tratamento ao HIV/AIDS. Conforme os autores, é somente na década de 1990 que se observa a organização dos Movimentos Transexuais e Travestis de forma mais consolidada.

Em 1992, é criada a Associação de Travestis e Liberados (ASTRAL), como resultado da organização de travestis no Rio de Janeiro, dentre elas Jovanna Baby⁴², contra o “recolhimento” ilegal praticado pela Guarda Municipal – a qual tentava proibir que estas frequentassem o centro da cidade após determinado horário. A ASTRAL é um marco no movimento, pois foi a primeira organização nesse sentido juridicamente registrada no país. Também é apontada, até os registros atuais que se tem conhecimento, como a primeira na América Latina e quiçá no mundo. Nos conta Jovanna “Baby” Cardoso da Silva (2018, p. 94-95), travesti negra e nordestina, que:

À essa altura, nossa insatisfação com o Movimento Homossexual Brasileiro (MHB) já era grande. Nós não nos sentíamos contempladas nas discussões que eram promovidas e sentíamos a necessidade de atuar mais ativamente no panorama nacional. Como não tínhamos recursos suficientes e nem meios mais diretos e efetivos para acessar as travestis de todo o Brasil, como estratégia, pensamos em fazer um encontro. Em um primeiro momento, se pensou em um estadual, depois regional, porém decidimos um nacional, fomos audaciosas. Em 1993, foi realizado o I Encontro Nacional de Travestis e Liberados.

⁴² Atualmente, Jovanna Baby também é presidente do Fórum Nacional de Travestis e Transexuais Negras e Negros (FONATRANS), organização que realiza debates interseccionais sobre raça e gênero, na luta conjunta contra o racismo e a transfobia.

A ASTRAL foi também responsável, com apoio do então Programa Nacional de DST/AIDS da época, pela organização de vários encontros que tinham como foco a prevenção ao HIV/AIDS, a exemplo do Encontro Nacional de Travestis e Transexuais na luta contra a AIDS (ENTLAIDS). Havia a necessidade, naquele momento, de organizar as travestis brasileiras de modo mais consistente, pois considerava-se que estas estavam dispersas e sem grandes oportunidades de fala dentro dos movimentos de gays e lésbicas.

As travestis, apesar de terem uma longa história de resistências individuais e coletivas, em virtude da transfobia desses espaços e da dificuldade de acessar a educação e o mercado de trabalho formal ficaram por muito tempo excluídas dos fóruns organizados do movimento (Quinalha, 2022, p. 114).

Fica evidente, no relato das fundadoras da ASTRAL (Jovanna Baby, Elza Lobão, Josy Silva, Beatriz Senegal, Monique Du Bavieur e Claudia Pierry France), que as experiências anteriores de organização e mobilização em torno de ações pontuais, porém de interesse coletivo, como as questões relacionadas à saúde e à segurança pública, contribuíram para a idealização da associação. O apoio para a criação da ASTRAL também partiu de um projeto intitulado “Saúde na Prostituição”, o qual realizava encontros com profissionais do sexo no Instituto Superior de Estudos da Religião (ISER), local onde a associação passou a se reunir (Carvalho, 2011).

Jovanna Baby, no documentário sobre a trajetória do Movimento de Travestis e Transexuais no Brasil – já aqui mencionado –, destaca que a história não se inicia em 1992, com a criação da ASTRAL, apesar de reconhecer o protagonismo da época e a importância da associação. Em 1979, ela, outras travestis e demais mulheres cis prostitutas já participavam da Associação Damas da Noite, em Vitória, no Espírito Santo, onde morava. Jovanna, entre outras, liderou a fundação da Damas da Noite, na luta contra a lei da vadiagem, as prisões arbitrárias e a violência policial. Segundo a ativista, a organização foi fundamental para iniciar, futuramente, diálogo com o poder público. “A história que contam por aí é que tudo começou em 1992 e não é verdade, começou lá no Espírito Santo em 1979 junto com as prostitutas [...]. Isso não quer dizer também que antes de 1979 a gente não tinha preocupação com a problemática”.

A criação da ASTRAL e a realização dos ENTLAIDS não apenas ampliaram os processos de politização das travestis brasileiras, a partir da construção de uma agenda nacional de demandas, como também funcionaram como espaço pedagógico-formativo. Após a realização dos encontros organizados pela ASTRAL, outros movimentos foram sendo pensados por travestis em seus respectivos estados. Dentre eles, podemos citar a Associação de Travestis

de Salvador (ATRAS) em 1995, fundada por Keila Simpson – que, em 1997, também fundaria a Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA), considerada atualmente a maior rede nacional do Movimento Trans e Travesti no Brasil, com organizações filiadas em todas as regiões do país (Passos; Garcia, 2021). Em 1995, é criada a Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Travestis, hoje chamada de Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexos (ABGLT)⁴³. Timidamente, se formava também a Rede Nacional de Travestis e Liberados (RENTRAL), mais tarde nomeada de Rede Nacional de Travestis (RENATA) (Carvalho, 2011).

Sobre a realidade nacional, Carvalho (2011) afirma que foi somente na segunda metade da década de 1990 que a letra “T” passa a vigorar nos movimentos LGBTI+ e seus respectivos encontros, a exemplo do EBGLT (Encontro Brasileiro de Gays, Lésbicas e Travestis), em 1997. Jovanna Baby, em entrevista concedida à Carvalho (2011, p. 31), relata que a inclusão da letra “T” na antiga sigla “EBGL” foi marcada por muitos desafios: “Eles [gays e lésbicas] não queriam por hipótese alguma colocar o T. Aí, a partir de lá, que nós brigamos e conseguimos aprovar o T”.

Na opinião de Silva (2018), “o Movimento Social Organizado das Transexuais começou a aparecer em meados de 1997”. Carvalho (2011) corrobora com tal interpretação, salientando que a entrada da categoria “transexual” no cenário político nacional é mais tardia que das travestis, ganhando força somente a partir dos anos 2000. Essa movimentação nos últimos anos do século XX pode ser explicada em parte pelas discussões propiciadas pelas regulamentações do Conselho Federal de Medicina (CFM) sobre as cirurgias de modificação corporal. Cada vez mais mencionadas pelo setor médico, mulheres transexuais começaram a falar por si próprias⁴⁴. Naquele momento, ainda era frequente o equívoco, inclusive por parte dos profissionais de saúde, de que a diferenciação entre a população transexual e as travestis se dava pela realização das cirurgias, não entendendo as travestis como público-alvo ou, ainda, condicionando a identificação de gênero das mulheres trans às mudanças corporais cirúrgicas.

Nessa direção, é importante mencionar que as experiências de organização e suporte institucional na realização de eventos (o ENTLAIDS, por exemplo), ainda que influenciadas por condições externas, não são dadas, mas conquistadas a partir da inserção política dessa

⁴³ Carvalho (2011) cita também o Grupo Esperança, em 1994; o Grupo Filadélfia, em 1995; o Grupo Brasileiro de Transexuais, igualmente em 1995; o Grupo Igualdade, em 1999 e a Associação das Travestis na Luta pela Cidadania (Unidas), sem data precisa de criação.

⁴⁴ Carvalho (2011) afirma que no pano de fundo da construção da identidade transexual, diferenciada da identidade travesti, estava a popularização do vocabulário médico-psiquiátrico e a aproximação de militantes do Coletivo Nacional de Transexuais (CNT) com setores da academia considerados mais progressistas.

população no cenário de disputas no espaço público. Além disso, é fundamental ressaltar que grande parte das lideranças dos movimentos já gozava de certa legitimidade entre grupos de travestis antes mesmo da criação formal de suas organizações, isso porque, a partir de muitas estratégias de sobrevivência, estas foram criando redes de apoio ao longo dos anos (Carvalho, 2011).

Desse modo, a década de 1990 foi atravessada principalmente pela necessidade de organizar e articular melhor essa população, a fim de expandir o movimento e criar novas lideranças. Urgia a necessidade de discutir e encaminhar as demandas da população trans e travesti, bem como suas propostas, ao poder público. Os serviços e as ações de saúde direcionados a elas ainda eram restritos ao âmbito das Doenças Sexualmente Transmissíveis, termo utilizado na época.

Segundo Quinalha (2022), o movimento LGBTI+ chega na virada dos anos 2000 a um patamar inédito de visibilidade. Desde a promulgação da Constituição Federal, em 1988, lutava-se por maior proteção jurídica, aspecto que retoma com força no século XXI. Para as travestis e transexuais, os aprendizados foram sendo construídos principalmente:

[...] durante os Encontros Nacionais. A consolidação de uma práxis político-pedagógica responsável por formar centenas de travestis e mulheres transexuais de todo o Brasil foi o que embasou a participação social ativa dessas atrizes na formulação de políticas e campanhas públicas durante a primeira década dos anos 2000, visto que foi através dos ENTLAIDS que questões como “O que é o Estado?” e “O que são políticas públicas?” foram criticamente discutidas (Passos; Garcia, 2021, p. 43).

Em 2004, é lançada a campanha “Travesti e Respeito”, construída pelo Movimento de Travestis e Transexuais em diálogo com o Ministério da Saúde. A data do lançamento da campanha no Congresso Nacional, 29 de janeiro do mesmo ano, é hoje comemorada como o Dia da Visibilidade Trans. A ação foi considerada histórica, pois, pela primeira vez, travestis e transexuais de todo o Brasil ocupavam o Poder Legislativo em prol dos seus direitos. Após o ato, várias entidades do movimento se organizaram e saíram pelas ruas a fim de denunciar a transfobia. A iniciativa também demonstrou “a capacidade do Movimento em estabelecer diálogos estratégicos do ponto de vista político-institucional” (Passos; Garcia, 2021, p. 44).

Em 2006, a população LGBTI+ conquista sua representação no Conselho Nacional de Saúde (CNS), o que possibilita maior atuação dos movimentos sociais nos processos de participação democrática do SUS. Sua presença, em um espaço como esse, também jamais antes ocupado, confere maior concretude ao debate sobre as questões de gênero e sexualidade no

campo da saúde, estreitando as esferas de comunicação e decisão política e as demandas da população LGBTI+.

Acerca da realidade maranhense, em 2005 é criada, a partir principalmente da atuação de Sabrina Drummond e Andressa Sheron, a Associação de Travestis e Transexuais do Maranhão (ATRAMA), que mais tarde se tornaria Associação Maranhense de Travestis e Transexuais (AMATRA). A mudança ocorre em 2014, alguns anos após o assassinato de Sabrina⁴⁵. Em 2006, é realizado o registro jurídico da 1ª Parada do Orgulho LGBT⁴⁶ em São Luís-MA, encabeçada pelo Grupo Gayvota⁴⁷, o qual apoiou as primeiras atividades realizadas pela ATRAMA, indicando, inclusive, uma de suas representantes para fazer parte da campanha nacional “Travesti e Respeito” (Secretaria Estadual de Saúde, 2023).

Outra importante instância de organização é o Fórum Estadual de ONGs LGBTIs do Maranhão, iniciado também em 2005. O Fórum visa articular, mobilizar e fortalecer as organizações da sociedade civil, incidindo nas instâncias de decisão política com vistas a implementação de políticas públicas de promoção dos direitos da população LGBTI+ e de combate à LGBTIfobia (Secretaria Estadual de Saúde, 2023). A atuação do Fórum tem se dado de forma transversal e intersetorial, ultrapassando os campos dos direitos humanos e da saúde. Filiado ao Fórum, temos também o Coletivo Área T, criado em 2019 e atualmente um dos principais espaços de fomentação dos direitos da população T no estado do Maranhão.

Em 2016, foi criado o Conselho Estadual dos Direitos das Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (CEDLGBT) no Maranhão. Demonstrando que o avanço da luta contra a homofobia, lesbofobia, bifobia e transfobia não ocorre de forma pacífica e nem linear, tal fato foi acompanhado de ataques, dentre eles uma ação popular que pedia a nulidade da criação do CEDLGBT, a qual foi negada pelo juiz Clésio Coelho Cunha⁴⁸. O requerente da ação, que não

⁴⁵ Sabrina foi assassinada em 2009, na avenida Guajajaras, em São Luís-MA, enquanto entregava preservativos a outras travestis no local. Era, à época, presidente da ATRAMA. Em reportagens publicadas na internet sobre sua morte, é tratada no masculino e chamada, diversas vezes, por seu nome morto. Sabrina deixou um enorme legado para o Movimento de Travestis no Maranhão, tendo sido homenageada na inauguração do Ambulatório Sabrina Drummond em 2022, localizado na Policlínica do bairro Cohatrac/São Luís, o qual é voltado para o atendimento especializado de pessoas trans e travestis.

⁴⁶ Atualmente, a Parada do Orgulho LGBTI+ faz parte da Semana do Orgulho LGBTI+ em São Luís, evento que reúne diversas ações estratégicas de promoção e defesa da dignidade da pessoa LGBTI+. O evento demonstra, portanto, um caráter político e reivindicatório, mobilizando-se com outros movimentos sociais, discutindo temas relacionados às políticas públicas e preocupando-se com debates à nível nacional.

⁴⁷ O Grupo Gayvota foi formado em 2003 por alguns dissidentes da Organização dos Direitos e Cidadania dos Homossexuais (ODCH), os quais estavam descontentes com o direcionamento político deste último. É considerado o movimento social LGBTI+ mais antigo em funcionamento no Maranhão (O Grupo Timbira é considerado o primeiro, com sua devida importância). Também mencionamos o Grupo Lésbico do Estado do Maranhão (LEMA), fundado em 2006 (Secretaria Estadual de Saúde, 2023). Junto com a ATRAMA, esses três movimentos têm atuado em cooperação para o fortalecimento da luta LGBTI+ no Maranhão.

⁴⁸ A íntegra da decisão judicial pode ser encontrada no seguinte endereço eletrônico: <https://www.clippinglgbt.com.br/juiz-nega-pedido-de-anulacao-do-conselho-estadual-lgbt-no-ma/>.

teve o nome divulgado, afirmou no documento que a criação tinha “nítido caráter ideológico, com indisfarçável ligação com partidos políticos e movimentos de esquerda da agenda do movimento LGBT e do gayzismo (sic)”.

De volta ao cenário nacional, conforme salientado anteriormente, os primeiros governos do presidente Lula são acompanhados por uma maior permeabilidade dos movimentos sociais progressistas com o Estado brasileiro⁴⁹ (Passos; Garcia, 2021). Nesse cenário, havia a preocupação sobre os rumos dos movimentos sociais LGBTI+ diante de uma possível institucionalização de suas demandas. A grande discussão se dava em torno do possível esvaziamento político de suas agendas – ponto que se mantém em questão até hoje e que demonstra a pluralidade de ideias dentro dos debates sobre gênero e sexualidade. Na opinião de Quinalha (2022), em vários momentos, a aproximação dos movimentos sociais com o Estado brasileiro rendeu frutos relevantes no campo das políticas públicas. Entretanto, os canais de negociação não podem ignorar projetos societários conservadores, nem se limitar à mera inserção no ordenamento jurídico burguês.

Outro aspecto apontado por Quinalha (2022, p. 132) são as estratégias de mercantilização (*pink money*⁵⁰, por exemplo) em detrimento de um projeto emancipatório que reconheça as diversas identidades sexuais e de gênero. Nesse sentido, lembra que os movimentos LGBTI+ se ampliam “[...] justamente em um contexto de recrudescimento do projeto neoliberal no Brasil nos anos 1990, induzindo uma integração de subalternos não pela cidadania enquanto projeto coletivo, mas pelo consumo individual”.

Nesse marco, a aceitação não decorreria de um alargamento do “direito a ter direitos”, mas da exploração do potencial de consumo desse segmento. Direitos civis podem ser garantidos desde que os fundamentos da ordem econômica capitalista não sejam tocados e, mais do que isso, fortalecidos por um público com maior potencial de consumo (Quinalha, 2022, p. 132).

Tal debate retoma questões relacionadas aos diferentes projetos societários inscritos no direcionamento político dos movimentos sociais, os quais perpassam pela conservação ou transformação das estruturas sociais. O confronto entre classes sociais distintas se expressa nos interesses mobilizados em torno de suas demandas específicas, que poderão ou não ser

⁴⁹ No Maranhão, mesmo diante de tensões e críticas, a expansão dos movimentos LGBTI+ parece ter, igualmente, acompanhado a abertura e inserção de suas pautas na agenda nacional a partir do primeiro governo do Partido dos Trabalhadores (PT), comandada pelo presidente Lula (Secretaria Estadual de Saúde, 2023).

⁵⁰ O *pink money* ou dinheiro rosa tem despertado discussões entre aqueles que o veem como uma oportunidade positiva (desde que mantida certa consistência a fim de que não se caia no oportunismo) e aqueles que acreditam que seu incentivo assegura um reconhecimento restrito apenas para a parcela mais rica da população LGBTI+, escancarando as contradições entre capitalismo e diversidade.

ampliadas para além do grupo ao qual pertencem. A análise dos Movimentos de Travestis e Transexuais, feita até aqui, revela seu protagonismo diante de transformações realizadas na sociedade brasileira, sobretudo em relação aos paradigmas de gênero e sexualidade. No entanto, sua luta não se encerra nos parâmetros de reconhecimento e inclusão jurídico-formais. Pelo contrário, tem demonstrado um esforço de mobilização e articulação com outras pautas da sociedade civil e que caminham em conjunto com as demais lutas antiopressivas.

Passos e Garcia (2021) avaliam que as experiências construídas ao longo dos anos 1970/80/90, em suas contradições e ambivalências, foram essenciais para o amadurecimento do Movimento de Travestis e Transexuais no Brasil. Ademais, pontuam que a relação deste com o Estado brasileiro é atravessado por “perdas, ganhos e desafios futuros”. Entre os anos de 2010 e 2020, ao mesmo tempo em que cresceram os ataques baseados numa suposta “ideologia de gênero”, como resposta aos avanços conquistados pela população trans e travesti na cena política, também tivemos um *boom* de candidaturas parlamentares trans⁵¹. Foram 89 candidaturas em 2016 e 294 em 2020, um salto de 226%. Em 2016, 8 pessoas trans foram eleitas, ao passo que em 2020 foram 31, um aumento de 275%⁵².

Em 1992, Kátia Tapety foi a primeira travesti eleita parlamentar no Brasil para o cargo de vereadora no município de Colônia do Piauí-PI. Natural de Oeiras-PI, foi reeleita em 1996 e 2000. Para Benevides e Nogueira (2021, p. 87), o que assistimos:

[...] é a consolidação de um projeto político organizado e iniciado pelas travestis Jovanna Baby, Elza Lobão, Josy Silva, Beatriz Senegal, Monique do Baviour e Claudia Pierry France, em sua maioria negras, analfabetas, nordestinas e prostitutas. Essas militantes e ativistas iniciaram uma luta histórica que existe no Brasil há pelo menos 28 anos. Foi a partir de 1992, quando da fundação da primeira instituição de luta pelos direitos das pessoas trans no país, que passou a existir uma disputa organizada no campo político. Essa disputa vem tensionando uma mudança nos paradigmas sociais que as pessoas trans enfrentam, incluindo o enfrentamento da violência, a garantia de direitos sociais e o exercício pleno de direitos políticos. Todas as pessoas trans eleitas, em cargos de representação, ocupando espaços de poder e de decisões, são frutos dessa história, contribuindo e sendo diretamente beneficiadas por uma luta de transformação da história política e social do país.

Assim, mostra-se perceptível que a história do Movimento de Travestis e Transexuais no Brasil é profunda e antiga. Sem a sua compreensão, torna-se inviável entender as proposições

⁵¹ Os dados foram compilados pela ANTRA e podem ser acessados e analisados por região, partido político e perfil das candidaturas no seguinte endereço eletrônico: <https://antrabrasil.org/wp-content/uploads/2020/11/lista-final-15nov2020-1.pdf>.

⁵² Não é sem violências que tais mandatos têm sido exercidos. Em 2020, quando Duda Salabert (atual deputada federal) ainda era vereadora na Câmara de Belo Horizonte-MG, o também então vereador Nikolas Ferreira afirmou que a chamaria de “ele”, pois era o que estava escrito em sua certidão de nascimento, negando-se a respeitar o gênero de Salabert.

coletivas atuais, envoltas não apenas em uma cidadania crítico-reflexiva, mas também em um outro projeto nacional. Se acreditamos que todo movimento social perpassa pela insatisfação, pelo conflito e pelo confronto, entendemos também que se inscrevem nas relações sociais. Seus objetivos podem ir ao encontro da transformação ou da preservação da ordem estabelecida. Em 2022, a ANTRA, instituição que há 30 anos atua na defesa dos direitos de travestis e transexuais no Brasil, em carta de posicionamento sobre as eleições de 2022⁵³, orienta que é preciso apoiar candidaturas “que defendam a democracia, o Estado laico, os direitos humanos e que tenham projetos de enfrentamento de toda forma de discriminação”. Também destaca que “não basta ser trans ou LGBTQIA+, é importante olhar para além da própria identidade, sobretudo ao alinhamento político e às pautas” defendidas por tais pessoas. Por meio dos seus dossiês, publicados anualmente, tem igualmente se posicionado, ao lado de outros movimentos sociais contra-hegemônicos, contra o projeto neoliberal e ultraconservador a serviço do capital.

Na próxima seção, analisaremos como a saúde tem se constituído espaço de disputas no âmbito do capitalismo. Sua elevação à política pública foi resultado da luta histórica de trabalhadoras e trabalhadores. Contudo, a saúde enquanto direito se vê ameaçada diante da concepção mercadológica do projeto privatista, de ordem neoliberal. Os avanços e desafios nas políticas públicas de saúde direcionadas à população trans e travesti fazem parte desse contexto e demonstram que a defesa do SUS, pautada nos princípios da Reforma Sanitária, é um dever de todos aqueles comprometidos com uma sociedade livre e emancipada.

⁵³ A carta pode ser acessada no seguinte endereço eletrônico: <https://antrabrasil.org/wp-content/uploads/2022/08/carta-posicionamento-antra-eleicoes-2022.pdf>.

3 “A LUTA É TODO DIA, SAÚDE NÃO É MERCADORIA”⁵⁴: políticas públicas de saúde e a população trans e travesti

*Quando uma lei pro pobre é boa
Ah! Como isso irrita toda a burguesia!
Rápido arranjam um rato que a roa
Pra retirar dela qualquer serventia*

*Por todo canto se infiltra o capital
E vai minando aquilo que é estatal
Acaba assim o acolhimento universal
Fica na saudade a saúde integral*

(Márcio Amaral – Um baião pelo SUS)

Nesta seção, objetivamos discutir como as políticas públicas de saúde tem contemplado a população trans e travesti no Brasil, com ênfase nas disputas entre diferentes projetos sociopolíticos. Para isso, faz-se necessário reconstruir a trajetória da saúde no país – aspecto imbricado em nosso objeto de estudo, pois, conforme já vimos, a garantia do direito à saúde sempre foi pauta dos movimentos de travestis e transexuais. O título desta seção se explica pelo processo histórico que caracteriza a luta pelo direito social à saúde, sempre atual e constante. A intensificação da exploração pelo trabalho, as disputas entre diferentes projetos de sociedade e o rumo das políticas sociais requerem a defesa diária do SUS.

Inicialmente, para compreender os nós que configuram as idas e vindas na construção das políticas públicas de saúde para a população trans e travesti, é preciso, mesmo que brevemente, analisar sua relação com a forma de Estado e organização societária as quais estamos inseridos. Assim, tomamos a concepção de Estado como uma relação, isto é, “[...] como a condensação material de uma relação de forças entre classes e frações de classes” (Poulantzas, 1985, p. 147). Esse ponto de vista rejeita o entendimento do Estado como uma entidade autônoma ou, ainda, totalmente a serviço do capital.

Na contramão do Estado como “coisa” ou como “sujeito”, Poulantzas afirma que “compreender o Estado desse modo [como uma relação] é evitar os impasses do eterno pseudo-

⁵⁴ Frase bastante difundida em manifestações em defesa do SUS e da Reforma Sanitária.

dilema da discussão sobre o Estado, entre o Estado concebido como Coisa-instrumento e o Estado concebido como Sujeito” (Poulantzas, 1985, p. 147). O Estado como coisa representaria a velha concepção instrumentalista do Estado, de atuação passiva, senão neutra, “totalmente manipulado por uma única classe ou fração, caso em que nenhuma autonomia é reconhecida ao Estado” (Poulantzas, 1985, p. 147). Por outro lado, o Estado como Sujeito partiria do entendimento da autonomia do Estado como absoluta, submetendo, assim, a sua vontade como instância racionalizante da sociedade civil (Poulantzas, 1985).

Logo, reconhecer que as formas e funções do Estado capitalista traduzem os interesses da classe dominante, não significa dizer que isso aconteça de modo mecânico, mas sim por meio “[...] de uma relação de forças que faz dele uma *expressão condensada* da luta de classes em desenvolvimento” (Poulantzas, 1985, p. 149, grifo nosso). Essa compreensão é fundamental para visualizar as políticas públicas na sociedade capitalista como *parte* do resultado processual de mediação que perpetua a própria existência do capital e, ao mesmo tempo, importante instrumento na luta de classes.

É essencial destacar que as funções do Estado, especialmente no atendimento às demandas que se desenvolvem como “públicas”, dependem da forma como este se apresenta, ou seja, sua forma de Estado. No caso do Estado neoliberal, ao qual o Brasil submete-se na sua particularidade atual, as necessidades sociais assumem caráter privado, focalizado, segmentado e despolitizado (Behring; Boschetti, 2016).

Sobre a concepção de políticas públicas, há várias interpretações. É certo que a formulação e implementação de uma política pública não pode ser reduzida a meras decisões e ações estatais. O processo das políticas públicas se dá para além do aspecto institucional e burocrático, implicando uma relação orgânica com o Estado e as antagônicas classes sociais. A crítica se dá àquelas concepções que superestimam aspectos racionais e procedimentais das políticas públicas em detrimento de sua essência, isto é, da correlação de forças em torno de interesses políticos, sociais e econômicos diversos (Sousa, 2008). Ainda assim, não é possível ignorar que a tomada de decisões e não-decisões por parte do Estado engloba o movimento das políticas públicas, tendo “[...] como limites e condicionamentos os processos econômicos, políticos, sociais e culturais de uma sociedade historicamente determinada” (Silva, 2014, p. 90).

As políticas sociais se inserem no campo das políticas públicas como uma esfera específica de atuação e decisão coletiva dos sujeitos. Relacionadas comumente às áreas da saúde, educação, assistência social, entre outras, sua origem depende “[...] dos movimentos de organização e pressão da classe trabalhadora, do grau de desenvolvimento das forças

produtivas, e das correlações e composições de força no âmbito do Estado” (Behring; Boschetti, 2016, p. 64).

Dessa forma, no processo de formulação das políticas públicas, em especial das políticas sociais, “[...] tomam parte diferentes instituições e diferentes sujeitos políticos, grupos de interesses, partidos políticos, legisladores, burocratas, mídia, etc.” (Silva, 2014, p. 92). Não é, portanto, resultado apenas da vontade de uma esfera específica, mas sim se estrutura e se concretiza a partir de interesses sociais dispostos em torno de recursos que também são produzidos socialmente (Silva, 2014). Nas palavras de Potyara Pereira (2008, p. 86), “[...] a política social, por não ser só uma forma de regulação, mas um processo dinâmico resultante da relação conflituosa entre interesses contrários, predominantemente de classes, tem se colocado, como mostra a história, a serviço de quem maior domínio exercer sobre ela”.

Para Couto (2006, p. 49), “[...] os direitos sociais, bem como os civis e políticos, têm sido objeto de disputa na sociedade para que sua garantia possa ser efetivada”. Para além da leitura dos direitos sociais como de “segunda geração”, perpetuados pela ação “positiva” do Estado, tomamos os direitos sociais a partir de suas contradições, isto é, a partir do contexto em que se generalizam e das intencionalidades de sua conformação no cerne da questão social. Os direitos sociais e as políticas sociais, ao atuarem na reprodução da força de trabalho, são resultados de tensões em uma sociedade essencialmente produtora de desigualdades.

Essa compreensão nos auxilia a enxergar o sistema de direitos como parte da estratégia para a “transformação das estruturas e relações humanas herdadas do capitalismo, em uma sociedade qualitativamente diferente, na qual o princípio comunista de distribuição – a cada um de acordo com sua necessidade – pudesse ser efetivado com sucesso” (Mészáros, 2008, p. 203). Trata-se de uma interpretação dos direitos sociais e das políticas sociais não como esferas independentes, mas como aparato que leva em consideração principalmente “a contradição fundamental entre os ‘direitos do homem’ e a realidade da sociedade capitalista, onde se crê que estes direitos estejam implementados” (Mészáros, 2008, p. 204). Os direitos humanos abstraídos de sua condição material, ou seja, isolados na insistência legalista-formal, desemboca numa pretendida igualdade de direitos que ignora a “contradição insolúvel da própria estrutura social” (Mészáros, 2008, p. 205).

Trazer à tona essa problemática não significa negar a importância dos direitos sociais ou das políticas sociais no âmbito do capitalismo, muito pelo contrário, significa defendê-los enquanto introdução profunda, real e duradoura na sociedade civil, reconhecendo, simultaneamente, as possibilidades de emancipação política a partir destes. Para Behring e Boschetti (2016), a política social não é capaz de reverter, no contexto do capitalismo maduro,

o quadro focalizado no trato com a questão social, nem é esta sua função. Entretanto, “[...] levar as políticas sociais ao limite de cobertura numa agenda de lutas dos trabalhadores é tarefa de todos os que têm compromissos com a emancipação política e a emancipação humana” (Behring; Boschetti, 2016, p. 190).

Marx (2010), ao analisar a questão dos judeus na Alemanha do século XIX (devido a exclusão destes dos direitos cívico-políticos da época), nos oferece importantes contribuições sobre a emancipação política e a emancipação humana. Para ele, a emancipação política diz respeito à redução dos homens e das mulheres à sociedade burguesa, à meros cidadãos e indivíduos egoístas. É a emancipação no plano jurídico e político, isto é, no campo do Estado. Por sua vez, a emancipação humana relaciona-se ao reconhecimento e à organização das forças próprias dos sujeitos como forças sociais, sem separar de si a força social da força política. A emancipação humana “[...] só estará plenamente realizada quando o homem individual real tiver recuperado para si o cidadão abstrato e se tornado ente genérico na qualidade de homem individual na sua vida empírica, no seu trabalho individual, nas suas relações individuais” (Marx, 2010, p. 54).

Na concepção do autor, tomando como base o caso específico dos judeus, o limite da emancipação política reside “[...] no fato de o *Estado* ser capaz de se libertar de uma limitação sem que o homem *realmente* fique livre dela, no fato de o Estado ser capaz de ser um *Estado livre* [*Freistaat*, república] sem que o homem seja um homem livre” (Marx, 2010, p. 38-39). Por fim, completa: “A *emancipação política* de fato representa um grande progresso; não chega a ser a forma definitiva da emancipação humana em geral, mas constitui a forma definitiva da emancipação humana *dentro* da ordem mundial vigente até aqui” (Marx, 2010, p. 41).

Tais reflexões, mesmo em momento anterior ao contato do autor com a crítica da economia política, já oferecem uma análise fundamental sobre o papel das políticas sociais no seio da sociedade burguesa e da sua limitada democracia. O conjunto de alterações e conquistas alcançadas a partir da luta de classes e sua organização, mesmo dentro da ordem capitalista, podem e *devem* ser realizadas.

Através da contribuição de Marx, fica evidente que a emancipação política, apesar de ser um progresso, não é uma “fase” para se chegar mecanicamente à emancipação humana, nem é garantia de realização desta última. Isso porque a emancipação humana “só pode existir na superação da ordem burguesa (e do seu Estado) e das estruturas e culturas de dominação e opressão; ela exige, portanto, a eliminação de toda forma de desigualdade, opressão, dominação e exploração, reunindo novamente o produtor e os meios de produção” (Montaño, 2021, p. 341).

Novamente, reconhecer tal realidade não significa abandonar as conquistas no plano político. Conforme Behring e Boschetti (2016, p. 190, grifo nosso), o debate e a luta pelas políticas sociais são cada vez mais necessários, visto que envolvem não apenas a disputa pelo fundo público, mas também as “necessidades básicas de milhões de pessoas, *com impacto real nas suas condições de vida e trabalho*”. Ademais, “implicam um processo de discussão coletiva, socialização da política e organização dos sujeitos políticos”.

No campo do nosso objeto de estudo, a OMS define a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades” (WHO, 1946). A indagação que fica é: seria possível alcançar esse “estado” no atual modelo de sociedade em que vivemos? Ou melhor, seria possível que todos o alcançassem? Quando falamos de direito social à saúde não estamos falando meramente do direito nos marcos do capitalismo, mas implicamos na análise as suas possibilidades de realização para além dele, assim como seus limites. Afinal, conforme veremos nesta seção, tais garantias são desconstruídas e suspensas sempre que a “necessidade” do sistema assim exige.

3.1 Direito social à saúde no Brasil: breve resgate histórico

Ao longo dos anos, as alterações nas diversas formas de encarar a saúde demonstram as transformações no âmbito do capital, as formas de enfrentamento da questão social por parte do Estado e o grau de organização da sociedade neste processo. Buscaremos, neste tópico, resgatar, de forma breve, a trajetória da saúde pública no Brasil e analisar duas grandes perspectivas que movem a concepção de saúde na atual conjuntura neoliberal (saúde como direito e saúde como mercadoria).

Evidenciaremos, portanto, os momentos decisivos em relação à saúde no Brasil, caminhando entre a não-política, as desigualdades do sistema público de saúde e o impacto da política neoliberal na organização e implementação do SUS. Inicialmente, deixemos evidente que concordamos com Bravo (2014) quando esta sinaliza que a saúde está diretamente relacionada às condições de vida e de trabalho na sociedade capitalista. Isso significa dizer que a atenção à saúde e as políticas de saúde devem ser analisadas a partir das relações de produção e das lutas de classes delas decorrentes. Já destacamos em oportunidade anterior que o grau e a forma como se organiza a produção social determinam diferentes limites e possibilidades de realização da vida para diferentes grupos sociais. Vivemos, adoecemos e morremos de formas diferentes. Tendo em vista que a própria vida humana é determinada socialmente em todas as suas dimensões, com a saúde não seria diferente (Albuquerque; Silva, 2014).

De todo modo, a saúde enquanto um direito social no Brasil – assim atualmente estabelecida pela Constituição Federal de 1988⁵⁵ – é fruto de um longo processo de embates, de idas e vindas, de avanços e retrocessos, os quais representam a trajetória de luta e resistência de diversos segmentos sociais. Tentaremos extrair alguns aspectos dessa trajetória, a fim de demonstrar a correlação de forças presente em todos esses momentos. Isso porque a garantia constitucional desse direito, ainda que fundamental, não implica necessariamente sua materialização, como veremos ao final deste tópico.

Pelos motivos expostos acima e, para alcançarmos nosso objetivo, privilegiaremos as explanações tendo como ponto de partida as transformações na sociedade capitalista em sua transição do século XIX para o século XX. Eleição que permite apreender a atuação mais sistemática do Estado brasileiro no campo da saúde a partir desse período⁵⁶, e que se justifica pelo reconhecimento, por parte de alguns autores, da generalização das políticas sociais na passagem do capitalismo concorrencial para o monopolista (Behring; Boschetti, 2016).

Com isso, lembramos que se trata apenas de um recorte alinhado aos objetivos deste trabalho e que não se pretende traçar uma rigidez linear da história. Pelo contrário, reconhecemos a historicidade dos processos como resultado da “[...] confluência dos movimentos de ascensão do capitalismo com a Revolução Industrial, das lutas de classe e do desenvolvimento da intervenção estatal” (Behring; Boschetti, 2016, p. 47), o que implica algumas idas e vindas.

Feitas essas considerações, é preciso mencionar, mesmo que brevemente, o cenário que permeou o campo da saúde no período colonial e imperial brasileiro. Para Nunes (2000), é possível afirmar que o tema saúde não fez parte do projeto colonial, embora verifique-se ações de combate à lepra e à peste e a existência de algum controle sanitário por parte da administração portuguesa. Nas palavras de Machado et al. (1978, p. 154),

Antes do século XIX não se encontra, seja nas instituições propriamente médicas, seja no aparelho do Estado, a relação explícita entre saúde e sociedade [...]. Até esta época a totalidade da administração colonial não organiza a sociedade levando em consideração o planejamento de um combate às causas das doenças [...]. A produção da saúde não faz parte de sua configuração histórica. Seu objetivo é, neste campo, fundamentalmente evitar a morte.

⁵⁵ A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196º, aponta que a saúde é direito de todos e dever do Estado, o qual deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, mediante sua promoção, proteção e recuperação.

⁵⁶ Na opinião de Machado et al. (1978), no livro “Danação da Norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil”, a saúde pública no Brasil dá seus primeiros passos no século XIX, impulsionada, em grande parte, pelas transformações econômicas e políticas da época.

De modo geral, a situação de saúde no Brasil, “em meados do século XIX, apresentava-se péssima, com mortalidade elevada e presença de diversas doenças” (Bravo, 2014, p. 113), a exemplo da hepatite e da febre amarela. As ações de saúde pública eram extremamente focalizadas, limitando-se ao controle de epidemias e à vigilância em portos e navios. A assistência à saúde até aquele momento era baseada na ajuda mútua entre aqueles que precisavam de algum suporte (aqui menciona-se as práticas tradicionais de saúde, com base no saber popular), no atendimento realizado por instituições filantrópicas ou na prática liberal dos profissionais de saúde – em grande parte médicos estrangeiros. Aqueles que podiam pagar por atendimento médico e por medicamentos tinham maiores chances de cura ou de sobrevivência. O restante da população dependia dos serviços de caridade, em sua maioria religiosos. O atendimento hospitalar, por exemplo, seja exercido por instituições religiosas leigas ou eclesiais, era sempre de origem privada e mantida por doações (Machado et al., 1978). Importante destacar que a criminalização da pobreza e o racismo eram agravantes na busca por auxílio, visto que havia separação entre os que mereciam ou não tal atenção⁵⁷.

O contexto econômico e político no final do século XIX no Brasil, com o início do desenvolvimento das forças produtivas, a construção de empreendimentos, a expansão das manufaturas e do comércio, contribuiu para a criação de um cenário favorável a mudanças no plano da saúde pública. Do ponto de vista político, o fim da escravidão da população negra⁵⁸ no Brasil, a decadência do Império e o aumento da imigração revelaram mudanças no que diz respeito às exigências do capital⁵⁹.

No mundo, as transformações econômicas no início do século XX, com o avanço do capitalismo monopolista e o crescimento do proletariado urbano, corroboraram para

⁵⁷ A população negra sequestrada e posteriormente escravizada no Brasil era vista como ameaça à saúde e à vida da população. Assim, uma vez chegados da África, saindo imediatamente dos navios para a casa dos negociantes, penetrando “no espaço urbano e misturando-se a seus habitantes”, eram “um perigo a ser evitado” (Machado et al., 1978, p. 142).

⁵⁸ O fim da escravidão no Brasil tinha como pano de fundo a urgência da elite branca em manter uma sociedade aparentemente inerte de conflitos, uma vez que o não-revanchismo é uma das maiores preocupações da branquitude brasileira no que se refere às contradições raciais do país. Além disso, o período final do Império é marcado pela preocupação com o problema da mão-de-obra escrava (e sua consequente e inevitável “substituição” pelo trabalho livre) e da terra. Medidas, como a Lei de Terras, Lei Eusébio de Queiroz e Tarifa Alves Branco, fizeram parte de uma agenda de classe aristocrata, que, inquieta com a possibilidade de mudança social e decorrente ameaça de seus privilégios, organiza estratégias de dominação para a realização de uma passagem à República com a conservação das estruturas de poder e seu consequente domínio econômico e político.

⁵⁹ A articulação da realidade brasileira às exigências do capitalismo mundial fica evidente quando Chauí (2000, p. 33) explica que o “país essencialmente agrário” “[...] era, na verdade, o país historicamente articulado ao sistema colonial do capitalismo mercantil e determinado pelo modo de produção capitalista a ser uma colônia de exploração e não uma colônia de povoamento”. É por esse motivo que os acontecimentos históricos, políticos e econômicos no Brasil não podem ser analisados de forma meramente interna, voltados para si, mas articulados às transformações capitalistas mais amplas, entendendo a relação entre capitalismo central e periférico.

transformações na vida e na saúde das pessoas. Observa-se nesse período tanto o agravamento do antagonismo entre as classes, como entre os principais países imperialistas (Bravo, 2014).

A organização da classe operária fez com que algumas lutas tivessem resultado positivo, a exemplo da redução da jornada de trabalho e a garantia de melhores condições no espaço laboral. Contudo, essas conquistas, ainda que importantes, não modificaram a dura realidade a qual os trabalhadores estavam submetidos e sua situação permaneceu precária.

As más condições de vida e a situação desfavorável de saúde da população, sobretudo dos mais pobres, significavam terreno fértil para revoltas e greves – o que ameaçava a ordem estabelecida. As contradições se acirravam e a classe dominante, por meio da intervenção do Estado, atuou na tentativa de frear tais conflitos e garantir o processo de acumulação do capital.

A concepção de saúde e as práticas modificam-se a partir da dinâmica das relações sociais. O movimento operário, na Europa, no início do século, passou a lutar pelo direito à saúde, exigindo do Estado que todos os cidadãos tivessem acesso aos melhores padrões da prática médica (Bravo, 2014, p. 55).

Assim, o atendimento das exigências do proletariado tinha, por um lado, o objetivo de assegurar a lealdade da classe operária à ordem constituída e, por outro e consequentemente, desautorizar instituições como partidos políticos e sindicatos de trabalhadores a tomarem a frente das reivindicações, apresentando o Estado capitalista como provedor das melhorias na assistência à saúde (Bravo, 2014).

No Brasil, é somente no início do século passado que o Estado intensifica sua intervenção no campo da saúde, em parte, conforme já assinalado, pelas reivindicações do crescente movimento operário. O período da República Velha (1889-1930) é marcado por uma crise dos pilares que estruturam a sociedade brasileira (a grande propriedade rural e a escravatura), pelas lutas internas entre as classes dominantes, pelas primeiras greves de colonos na região cafeeira de São Paulo e por uma série de revoltas populares⁶⁰.

Não é verdade, portanto, que a nossa história foi escrita sem derramamento de sangue, ou, ainda, que aqueles que habitam ou habitaram terras brasileiras eram, por natureza, pacíficos e ordeiros (Chauí, 2000). A própria mudança de postura em relação à assistência à saúde, por parte do Estado, acompanhada do temor da classe dominante diante da ameaça que a classe trabalhadora organizada representava, é resultado das lutas desta última.

⁶⁰ Dentre elas, podemos citar a Guerra de Canudos, a Guerra do Contestado e a Revolta da Vacina. O final dos anos 1920 demonstram a já decrescente curva da República Velha, também conhecida como República oligárquica-coronelística (Bravo, 2014).

A saúde emerge então como “questão social”, inscrita “[...] no bojo da economia capitalista exportadora cafeeira, refletindo o avanço da divisão do trabalho, ou seja, a emergência do trabalho assalariado” (Bravo, 2006, p. 1-2). Na primeira década, sob o governo federal de Rodrigues Alves, iniciou-se um vasto programa de obras públicas de saneamento. Isso porque as doenças, propícias devido às péssimas condições sanitárias do país, ameaçavam a chegada segura de navios estrangeiros e acarretavam prejuízos financeiros (Bravo, 2014).

Um dos problemas cruciais para o atendimento à saúde era o saneamento dos portos e núcleos urbanos, a fim de criar condições mínimas para as relações comerciais com o exterior e para a política de imigração, que pretendia atrair mão de obra para a constituição do mercado de trabalho (Bravo, 2014, p. 118).

As soluções imediatistas dão lugar a um cenário cheio de mudanças na década de 1920. O contexto de efervescência do movimento operário e a influência da Revolução Russa (1917) para os trabalhadores no mundo todo, aliados à deterioração das condições de vida dessa classe, propiciou a realização de diversas greves e reivindicações (surge, nesse período, as Ligas Operárias em São Paulo e o Partido Comunista do Brasil), tendo como pautas a melhoria salarial, a regularização de entidades representativas e a garantia de assistência em saúde e previdência.

Nas palavras de Bravo (2014, p. 121), “a década de 1920 é consensualmente analisada como de questionamento da sociedade brasileira, pois estavam em crise o padrão agroexportador, a política das oligarquias e o Estado que as expressava”. Sem dúvida alguma o movimento operário, favorecido pela conjuntura da época, foi um ator importante para a construção de tais questionamentos.

A “questão social”, respondida até então por meio da repressão do Estado (enquanto “caso de polícia”), passa a receber um novo tratamento. Conforme já mencionamos, percebe-se que a mera repressão é insuficiente para conter as reivindicações da classe trabalhadora, sendo “[...] necessário responder às demandas ‘aceitáveis’ da movimentação operária, as que não ameaçassem à dominação da oligarquia” (Bravo, 2014, p. 121).

Dentre os destaques desse período, cabe mencionar a discussão em torno das questões de higiene e saúde do trabalhador, a qual levou à concretização de medidas consideradas embrionárias para o sistema previdenciário brasileiro. Uma delas foi a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) em 1923, por meio da Lei Elói Chaves, substituídas em 1930 pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs). No campo da saúde, os benefícios ofereciam assistência médico-curativa e fornecimento de medicamentos (Bravo, 2006). Tais

conquistas foram resultado do processo de organização dos trabalhadores, especialmente aqueles vinculados ao quadro urbano e às atividades exportadoras⁶¹ – setores importantes para a economia naquele momento. Além disso, a localidade de suas atividades favoreceu o contato com operários de todo o mundo, fortalecendo e aprimorando suas lutas.

Assim, verifica-se a continuidade do caráter excludente da assistência à saúde, tendo em vista que aqueles fora do mercado formal de trabalho ou, até mesmo, inseridos em categorias profissionais que as não citadas acima, ainda estavam à mercê da medicina liberal e da filantropia – por meio dos atendimentos realizados pelas Santas Casas de Misericórdia, por exemplo.

O espaço de tempo seguinte, considerado por Bravo (2014) entre os anos de 1930 e 1964, revelou a necessidade de um enfrentamento mais sofisticado em relação às questões de saúde. Cabe lembrar que no plano mundial esse foi um período de grandes transformações, pois ao mesmo tempo que sofreu com os impactos da Primeira Guerra Mundial e da Crise de 1929, também foi marcado pelos desdobramentos da Segunda Guerra Mundial e pelas implicações da Guerra Fria, na caça à “ameaça comunista”.

Com o avanço da industrialização e o enfraquecimento dos arranjos políticos anteriores, a presença de novos atores, dentre eles frações da burguesia e novas camadas urbanas, é fortalecida.

O protagonismo político do Rio Grande do Sul, de segmentos do Exército e do movimento operário como novas forças políticas no cenário nacional e o enfraquecimento das oligarquias nordestinas como elemento de equilíbrio do sistema também foram importantes. A crise do sistema capitalista mundial, em 1929, também agudizou a crise política interna. A divisão regional refletia, na arena política, a pressão contra a oligarquia da burguesia cafeeira de São Paulo, que, com a crise mundial, ficou afetada. A oposição considerou que era o momento de quebrar a sua predominância. A formação da “Aliança Liberal” foi um momento político importante nos antecedentes da Revolução de 1930 (Bravo, 2014, p. 126).

A “Revolução de 1930” resulta da queda das oligarquias exportadoras cafeeiras, enfraquecidas após a paralisia do mercado mundial durante a crise do capital em 1929. As metamorfoses do processo de desenvolvimento desigual e combinado abrem, na verdade, espaço para o comando de novas oligarquias agrárias e de um novo setor industrializado. Sem dúvidas, esse foi um período de profundas mudanças no Estado brasileiro, marcado pela

⁶¹ Os trabalhadores vinculados ao setor urbano do complexo exportador eram, naquele momento, os mais organizados politicamente e que primeiro lutaram pela organização das Caixas em suas empresas: os ferroviários em 1923 e os estivadores e os marítimos em 1926. O restante só conseguiu após 1930, durante o governo de Getúlio Vargas (Bravo, 2006).

regulamentação das relações de trabalho no país e pela busca da transformação da luta de classes em colaboração de classes (Behring; Boschetti, 2016).

A datar desse período a intervenção do Estado centra-se em dois eixos: da saúde pública e da medicina previdenciária (por meio das IAPs citadas anteriormente). Até a década de 1930, pode-se afirmar que não existia uma política nacional de saúde (Behring; Boschetti, 2016). Verifica-se, ainda, a permanência do caráter fragmentado e corporativo das políticas sociais, uma vez que muitos direitos conquistados nesse período são divididos entre aqueles com emprego registrado em carteira e o restante da população.

Na concepção de Bravo (2014), o subsetor da saúde pública irá predominar até meados da década de 1960, com ações centradas na criação de condições sanitárias mínimas às populações urbanas – consideradas atores importantes no cenário econômico-político da época devido ao seu crescimento e potencial de organização⁶². Há pouca movimentação no que diz respeito às respostas direcionadas às demandas das populações do campo, apesar de sua trajetória de lutas e reivindicações.

A medicina previdenciária, a qual, conforme veremos mais adiante, irá se sobressair em relação ao subsetor da saúde pública a partir de 1966, se organiza a partir dos IAPs criados em 1930. Sua atuação nesse momento busca “[...] estender para um número maior de categorias de assalariados urbanos os seus benefícios” (Bravo, 2006, p. 5) como estratégia de antecipação às reivindicações. A intenção era evitar um cenário favorável a uma cobertura mais ampla. Em alguns IAPs havia limitação do período de internação ou a cobrança de contribuição complementar em determinadas situações. Os avanços, como é possível notar até aqui, são setoriais e a melhoria das condições de vida dos trabalhadores não consegue “avançar além das soluções do momento” (Bravo, 2014, p. 140).

É no período entre 1945-50⁶³ que, segundo Bravo (2014), a política nacional de saúde é consolidada. O Serviço Especial de Saúde Pública, criado durante a Segunda Guerra Mundial e em convênio com órgãos estadunidenses, alinha-se aos interesses político-econômicos voltados para a manutenção da guerra, com o objetivo de “proporcionar o apoio médico-

⁶² Em 1930, é criado o Ministério da Educação e Saúde Pública e em 1937, o Departamento Nacional de Saúde. Apesar da formação de um certo aparato estatal (como parte da estratégia de centralização das políticas sociais), os problemas de saúde pública permanecem intensos e de difícil resolução, uma vez que os gastos com esse setor ainda eram limitados.

⁶³ Uma inovação interessante acontece em 1949: a criação do Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU). Para Mercadante (2002, p. 237), a importância desse fato decorre de três motivos: “o atendimento médico domiciliar até então inexistente no setor público, embora comum na prática privada; o financiamento consorciado entre todos os IAPs e, principalmente, o atendimento universal ainda que limitado aos casos de urgência”. Em 1953, nasce o Ministério da Saúde, o qual anteriormente fazia parte do órgão encarregado também da Educação.

sanitário às regiões de produção de materiais estratégicos” (Mercadante, 2002, p. 239), a exemplo da produção de borracha na Amazônia.

A restauração democrática pós-45, porém, manteve a mesma elite dominante na administração política do país. As transformações políticas e a “modernização” econômica do Brasil na década de 1950 foram mediadas por meio da conciliação entre frações das classes dominantes, “[...] com medidas aplicadas de cima para baixo, com a conservação de traços essenciais das relações de produção atrasadas (o latifúndio) e com a reprodução (ampliada) da dependência ao capitalismo internacional” (Bravo, 2014, p. 135-136).

Na mesma direção, o governo de Juscelino Kubitschek (1956-1961) valorizou a política econômica em detrimento da política social. Todavia, tais constatações não significam inércia por parte da classe trabalhadora. O período foi marcado pela atuação de novos protagonistas, como as Ligas Camponesas, bem como pela mobilização e pressão social exercida pelo movimento sindical (Bravo, 2014). Em 1960, a Lei Orgânica da Previdência Social uniformizou os tipos de benefícios concedidos e as formas de contribuição para o seu financiamento. A criação foi importante (apesar da resistência de algumas categorias profissionais mais bem assistidas), considerando a luta dos trabalhadores pela unificação do sistema e pela abrangência daqueles com vínculo empregatício conforme a Consolidação das Leis do Trabalho (Mercadante, 2002).

De modo geral, a política de saúde, até 1964, permanece dividida e focada entre os subsetores da saúde pública e da medicina previdenciária. Destaca-se o processo de industrialização e urbanização, bem como o aumento da massa de trabalhadores nesse contexto – o que exigiu a expansão da medicina previdenciária. Além disso, salienta-se os movimentos organizados pela classe trabalhadora, os quais foram essenciais para as mudanças políticas nesse cenário. Ainda assim, não é possível falar numa melhora significativa das condições gerais de saúde da população, haja vista a opção governamental por ações setoriais (Bravo, 2014).

A situação da saúde da população, no período de 1945 a 1964 (com algumas variações identificadas principalmente nos anos de 50, 56 e 63, em que os gastos com saúde pública foram mais favoráveis, havendo melhoria das condições sanitárias), não conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, como também a mortalidade geral (Bravo, 2006, p. 5).

Segundo Bravo (2006), a estrutura de atendimento hospitalar com fins lucrativos se organizava no Brasil desde a década de 1950, apesar de sua pouca expressividade. Esse setor

ganha força a partir da instalação da ditadura civil-militar (1964-1985), no modelo que a autora intitula de privilegiamento do produtor privado.

No decorrer dos anos 1960, sob o comando norte-americano, transcorreu, na divisão internacional do trabalho, uma contrarreforma preventiva em escala mundial, com rebatimentos ainda maiores nos chamados países periféricos – onde observava-se o crescimento de movimentos de libertação nacional e social (Netto, 2015). Dentre os objetivos dessa ofensiva, é possível citar: a necessidade de adequar os países, dentre eles o Brasil, aos padrões de desenvolvimento econômico no mais profundo nível de internacionalização do capital e, ao mesmo tempo, “[...] golpear e imobilizar os protagonistas sociopolíticos habilitados a resistir a esta reinserção mais subalterna no sistema capitalista” (Netto, 2015, p. 31), nomeadamente os atores do movimento comunista.

A realidade da ditadura burguesa contribuiu para o assentamento de um padrão de desenvolvimento subordinado aos interesses imperialistas, combinado a um modelo político comprometido com a exclusão das massas no que diz respeito às tomadas de decisões. Netto (2015) sinaliza que o significado do golpe de abril de 1964⁶⁴, sem ignorar o contexto internacional mencionado anteriormente, deve ser buscado nas particularidades brasileiras.

Tendo como base autores que contribuíram para os estudos sobre a formação socioeconômica do Brasil, como Florestan Fernandes e Caio Prado Júnior, Netto (2015, p. 32) salienta que, dentre essas particularidades, deve-se atentar para “a construção, desde o período colonial e com assombrosa, todavia explicável, perdurabilidade, de um arcabouço de atividades econômicas básicas internas cujo eixo de gravitação era o mercado externo”.

Ademais, soma-se a isso a dificuldade de romper radicalmente com as estruturas sociais coloniais e a persistência de uma burguesia sem grande identidade nacional e sem muito poder de mobilização frente a realização de suas “clássicas tarefas”, dado ao já tardio processo de industrialização do país. Essa contextualização é importante para que possamos analisar posteriormente as dificuldades de consolidação da política de saúde no Brasil, mesmo em contexto relativamente promissor nas décadas seguintes.

Assim, Netto (2015) destaca três fenômenos que conformam as particularidades às quais o Brasil estava submetido nas décadas entre 1960 e 1980. O primeiro deles está relacionado ao fato de o desenvolvimento capitalista no país integrar, em sua dinâmica, formas econômico-

⁶⁴ O golpe civil-militar entra em curso, como a própria nomenclatura que utilizamos para defini-lo já antecipa, a partir de uma colaboração entre o empresariado e a alta cúpula militar no Brasil. Teve como grande intenção frear as reformas de base discutidas naquele momento – reforma agrária, reforma tributária, reforma urbana e reforma sanitária. O período foi marcado por um inicial e rápido crescimento do Produto Interno Bruto (PIB), assim como pelo aumento da desigualdade social.

sociais consideradas adversas em outros espaços e tempos, o que impediu transformações estruturais. O segundo fenômeno, que acrescenta particularidades à realidade nacional, diz respeito ao que o autor considera como processo inconcluso de socialização do poder político, o que garantiu, seja por dispositivos flexíveis, seja por mecanismos de coerção, a exclusão da massa de trabalhadores no direcionamento da vida social.

O último aspecto, estreitamente relacionado aos dois primeiros, diz respeito ao desempenho do Estado na sociedade brasileira, mais especificamente à forma como este se relacionou com as diferentes agências da sociedade civil – em especial o seu potencial de desestruturação (seja pela incorporação desfigurada, seja pela repressão) das “agências da sociedade que expressam os interesses das classes subalternas” (Netto, 2015, p. 34), desfavorecendo sua emersão. O golpe de 1964 caracterizou-se pela forma de dominação burguesa escolhida naquele momento, a qual privilegiou a garantia de sua hegemonia no país por meio da força, da antidemocracia e da dependência em relação aos países de capitalismo central.

De modo geral, é possível afirmar que o modelo burocrático-autoritário instalado no Brasil pós-1964 não resolveu os grandes problemas estruturais do país, pelo contrário, os ampliou e complexificou. De acordo com Bravo (2007), a ditadura desenvolveu e modernizou o aparelho de Estado, a fim de garantir a estabilidade social e política necessárias e compatíveis às exigências do capital financeiro sob condições monopolísticas.

A ditadura promoveu uma crescente transformação do Estado em relação à sociedade civil, de forma abrupta e profunda. Houve o desenvolvimento de um Estado estranho, estrangeiro, inimigo, que anulou o cidadão, mantendo a grande maioria da sociedade civil sob controle e exploração. Baniu a débil representação das classes subordinadas (em especial, dos operários urbanos e rurais e dos camponeses) de todas as esferas do aparelho estatal, representação conquistada nas décadas anteriores a 1964. Em contrapartida, os grandes banqueiros, empresários, comerciantes e latifundiários, nacionais e estrangeiros, conseguiram amplo espaço de conversações e decisões nas esferas federais (Bravo, 2007, p. 40).

Em resumo, nesse período, o Estado brasileiro utilizou principalmente o mecanismo da repressão para o aprofundamento das relações capitalistas. Assim, o desenvolvimento da política de saúde seguiu a tendência da nova política econômica, com privilegiamento do setor privado. Observa-se a imposição da medicalização da vida, tanto no setor de saúde pública quanto na chamada medicina previdenciária – reestruturada em 1966 a partir da unificação dos IAPs e da criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS). Nas palavras de Bravo (2007, p. 40), “o setor saúde precisava assumir as características capitalistas, com a incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior”.

Não causa espanto, portanto, entender que a saúde pública sofre um declínio neste período, enquanto a medicina previdenciária se desenvolve cada vez mais, cenário que contribuiu para uma maior dicotomia entre saúde preventiva e curativa e para um descaso crescente em relação às medidas de atenção coletiva à saúde.

A capitalização e expansão da rede privada, nos “anos de chumbo” da ditadura, e a precarização dos serviços públicos a partir da diminuição dos recursos ofertados pelo Estado são faces de uma mesma moeda (Ponte, 2010). Assim, a priorização da medicina curativa e o crescimento de conglomerados privados efetiva-se com base no financiamento público, num processo de drenagem de recursos do Estado, ratificando a saúde como um negócio bastante lucrativo.

De acordo com Ponte (2010), a criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social, em 1974, representou uma nova fonte de financiamento para empresas privadas de medicina. Administrado pela Caixa Econômica Federal, do valor arrecadado para a saúde até 1979, 70% foi destinado a hospitais particulares situados nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo. Para o autor, os empréstimos foram realizados em condições vantajosas para o empresariado, uma vez que permitiram longos prazos de carência, juros subsidiados e correção monetária abaixo da inflação.

Nessa direção, intensifica-se a ideia de que caberia ao Estado a área de atuação normativa e fiscalizadora (assim como o financiamento), enquanto a iniciativa privada seria responsável pelo atendimento à população, isto é, pela sua operacionalização. Obviamente tal estratégia levava em consideração apenas os setores de maior lucratividade, a exemplo da atenção terciária.

Na tabela abaixo, é possível observar o crescimento no número de hospitais privados com finalidade lucrativa ao longo dos 10 (dez) primeiros anos da ditadura militar, conforme dados do Anuário Estatístico do Brasil (IBGE)⁶⁵. Em 1964, eram 944 estabelecimentos, ao passo que em 1974 eram 2.121, representando um aumento de mais de 200%. No setor público, neste mesmo período, o aumento no número de hospitais foi de 75%. Não foram localizados dados para o ano de 1972. Nota-se, portanto, que os incentivos financeiros feitos à época dos governos militares contribuíram para que os hospitais privados com finalidade lucrativa crescessem em uma proporção maior que os hospitais do setor público, elevando as discrepâncias nos atendimentos.

⁶⁵ Os dados, retirados dos Anuários Estatísticos do Brasil, podem ser verificados no seguinte endereço eletrônico: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=720>.

Tabela 2 – Número de hospitais segundo entidade mantenedora - Brasil (1964 - 1974)

ANO	TOTAL	PARTICULAR	FINALIDADE LUCRATIVA
1964	2847	2390	944
1965	2850	2389	945
1966	3235	2766	1423
1967	3285	2794	1425
1968	3397	2891	1476
1969	3600	3070	1596
1970	3830	3246	1708
1971	4002	3369	1744
1972	-	-	-
1973	4489	3753	1996
1974	4741	3941	2121

Fonte: Anuário estatístico do Brasil (IBGE).

A segunda metade da década de 1970, marcada pela crise econômica no país (tem-se em 1973, no plano mundial, o primeiro choque do petróleo) e por dificuldades de legitimação e sustentação do governo pela via autoritária, permitiu o reaparecimento, no cenário sociopolítico, de forças sociais fortemente reprimidas pós-golpe de 1964⁶⁶.

O II Plano Nacional de Desenvolvimento (1975-1979) permaneceu assinalando o Ministério da Saúde como eminentemente normativo, com ação executiva voltada para atendimentos de interesse coletivo, como a vigilância sanitária, enquanto o Ministério da Previdência e Assistência Social, estabelecido em 1974, era voltado para o atendimento médico-assistencial individualizado. Além de fortalecer a dicotomia entre saúde coletiva e medicina curativa, os problemas de saúde foram apresentados como de ordem gerencial e administrativa, sem relação com os determinantes estruturais (Bravo, 2007).

Algumas medidas, estabelecidas à época, visaram corrigir as distorções no campo da saúde, como o Plano de Pronta Ação, em 1974, que “[...] objetivou disciplinar e organizar as diversas modalidades de prática médica vinculadas à previdência social, universalizando o atendimento de emergência” (Bravo, 2007, p. 55) e o Sistema Nacional de Saúde, fixado em 1975, o qual tinha como propósito articular os órgãos atuantes na área da saúde. Este último foi permeado pelo embate entre sanitaristas, advindos do setor público, e conservadores, representando o setor privado, o que culminou numa solução pluralística para o sistema, sem grandes transformações. De modo geral,

⁶⁶ Os sindicatos operários, trabalhadores rurais, uma parcela da Igreja Católica alinhada à esquerda, movimentos sociais urbanos, entidades da sociedade civil e categoriais profissionais, dentre elas profissionais da saúde, foram alguns dos movimentos que voltaram à cena política após anos de intensa repressão e clandestinidade.

As reformas realizadas na Política Nacional de Saúde, no período de 1974 a 1979, não contaram com a participação ativa dos trabalhadores, que exerceram pressões através do ressurgimento dos movimentos sociais. Alguns profissionais da saúde, nesse momento, iniciaram uma reação pretendendo transformar o setor através de modificações no sistema atual (caracterizado pela dicotomia das ações estatais, predominância do setor privado, ênfase no atendimento hospitalar e corrupção), mas enfrentaram embates constantes com os interesses empresariais e industriais que eram hegemônicos nas definições da política de saúde, tendo como um dos articuladores a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), que congregava os interesses do setor privado (Bravo, 2007, p. 57).

Assim, a intensa exploração da força de trabalho, chamada a participar do “esforço desenvolvimentista” (Ponte, 2010) continuado no autoritário regime civil-militar, ao lado do cenário de crise na forma de dominação burguesa no Brasil (Netto, 2015), corroboraram para dificultar a elaboração de respostas às novas e antigas demandas na área da saúde. As reformas mencionadas até aqui não foram suficientes para reverter uma política de saúde dominada pelo setor privado e focada na medicina previdenciária e nas ações curativas. Contudo, é importante assinalar que tal situação não ocorreu sem embates entre os diferentes interesses inscritos no bojo social, mesmo diante da repressão à época. Houve “permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas, entre os setores estatal e empresarial médico, e a emergência do movimento sanitário” (Bravo, 2007, p. 59).

A seguir, verificaremos o contexto recente que marca a trajetória da política de saúde no Brasil e a garantia do direito social à saúde. A luta de classes torna-se ainda mais evidente diante do confronto entre dois grandes projetos – o de reforma sanitária e o privatista. Tal análise é essencial para entendermos aspectos amplos das contradições que hoje se expressam na relação entre a população trans e travesti e ao acesso ao direito social à saúde.

3.1.1 Saúde como direito x saúde como mercadoria: disputas societárias entre o Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto Privatista

A história recente sobre o direito à saúde no Brasil, assim como sobre a organização de uma política de saúde universal, gratuita e de qualidade, perpassa pela discussão sobre as mudanças políticas, sociais e econômicas a nível nacional e mundial. Nesse contexto, cabe destaque ao projeto de reforma sanitária, de um lado, e o projeto privatista, de outro.

O momento conhecido como “abertura política” ou “autorreforma” (Bravo, 2007), efetuado nos últimos dois governos da ditadura civil-militar, tinha como objetivo a realização

de uma passagem “lenta”, “gradual” e “segura” para a democracia. A intenção era, entre outras, evitar os “revanchismos” e garantir que os movimentos de oposição não crescessem e nem tomassem o poder. O período de intensa repressão, no entanto, não impediu a organização de diversos setores da sociedade, a exemplo do movimento sindical, o qual teve grande expressividade na luta contra a ditadura.

O cenário, já no final da década de 1970, era de grande inflação e degradação das condições de vida da classe trabalhadora – o que aumentou as necessidades e iniquidades em saúde –, situação marcada pela inoperância de uma previdência social ainda focada no padrão de privatização da medicina. A política de saúde passa por uma crise, uma vez que o conjunto de reformas citado no tópico anterior, com destaque para o Sistema Nacional de Saúde, não conseguiu responder às principais demandas em saúde.

Diante do cenário de rearticulação e avanço dos movimentos sociais, surgem propostas alternativas no trato com a saúde. Estas apontavam na direção da valorização do setor público, com fortes críticas ao privilegiamento do setor privado. É nessa conjuntura que surge, na década de 1970 e inicialmente atrelado ao âmbito acadêmico, o Movimento de Reforma Sanitária (MRS).

Gradualmente, mesmo sob forte pressão do regime autoritário, o MRS caracteriza-se “[...] como uma força política construída a partir da articulação de uma série de propostas contestatórias ao regime” (Scorel; Nascimento; Edler, 2005). A partir da sugestão de um grupo de médicos do curso de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, cria-se, em 1976, o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes), o qual foi responsável por denunciar as contradições do sistema de saúde brasileiro, focado nos serviços privados. Ao lado da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), criada em 1979, foram importantes organismos na defesa pela redemocratização e pela reorganização dos serviços de saúde no país.

Na concepção de Scorel, Nascimento e Edler (2005), constituído principalmente, mas não apenas, por profissionais de saúde e intelectuais alinhados aos movimentos de esquerda e advindos dos Departamentos de Medicina Preventiva, o MRS influenciou o mundo acadêmico e atuou como liderança no processo de reformulação da saúde no Brasil. Exerceu uma forte crítica à abordagem unicamente biológica, que dava ênfase aos aspectos curativos, discutindo as práticas em saúde numa perspectiva histórico-estrutural e estabelecendo relações entre a forma como a sociedade se organiza e produz e suas condições de saúde.

Nesses primeiros anos do movimento sanitário, a ocupação dos espaços institucionais caracterizou-se pela busca do exercício e da operacionalização de diretrizes transformadoras do sistema de saúde. Dessa forma, profissionais que pensavam

criticamente o sistema tratavam estes espaços como uma arena onde era possível travar uma luta surda, mas acirrada, para pôr em prática projetos que, de resto, iam completamente na contra-mão dos interesses do regime autoritário (Escorel; Nascimento; Edler, 2005).

O governo de João Figueiredo, posterior ao de Geisel e último na linha militar, pintado como mais “promissor”, foi marcado pela não unificação dos Ministérios da Previdência Social e da Saúde. O setor privado, com forte influência no governo, ainda pressionava contra mudanças estruturais na política de saúde. Vários projetos, como o Pró-Saúde (posteriormente transformado para Prev-Saúde por influência de grupos privatistas), sofreram diversas modificações, as quais esvaziaram qualquer tentativa de alterar substancialmente o modelo de saúde no país.

Dessa forma, os paradigmas, defendidos pelo MRS e ansiados pela sociedade, permaneceram em grande parte no papel, não sendo atendidos pelo governo. No entanto, “a ampliação do espaço de atuação das entidades representativas dos profissionais e sindicatos médicos favoreceu o desdobramento da prática política” (Bravo, 2007, p. 67), na qual observou-se a aproximação e articulação com sindicatos de trabalhadores e movimentos populares.

A década de 1980 é atravessada, portanto, pela ampliação da luta pela saúde, na qual destaca-se:

[...] os movimentos de bairro de periferia urbana e favelas, na luta por saneamento, água, luz, transporte e postos de saúde; os movimentos de bairro de “classe média”, visando a melhoria dos serviços de saúde e alteração das políticas do setor; o movimento político dos partidos oposicionistas, com propostas alternativas de políticas de saúde, enfatizando o setor público e a promoção da saúde; os movimentos desencadeados pelas comunidades eclesiais de base, visando mobilizar e organizar a população em torno de suas questões concretas de vida, passando por lutas específicas na esfera da saúde; e o movimento sindical que, a partir de sua reorganização, enfrentou a grave situação de saúde dos trabalhadores, colocando na pauta de reivindicações essa questão (Bravo, 2007, p. 67).

Assim, compreende-se que o MRS faz parte, na história pelo direito à saúde no Brasil, de um projeto societário contrário aos interesses do capital. Por meio da articulação e atuação de diversos movimentos da sociedade, “a saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia” (Bravo, 2007, p. 73).

É importante salientar que o Projeto de Reforma Sanitária, no Brasil e no mundo, possui várias interpretações políticas e ideológicas. No entanto, conforme Cohn (1989), a ideia de movimento traz implicações importantes, pois considera-se este um processo, um fenômeno em construção. De modo geral, a autora aponta o MRS como um saber nascido e construído

enquanto um saber militante, comprometido com o direito à saúde como um direito social universal.

No período da “Nova República”, intenta-se ampliar e dinamizar as Ações Integradas de Saúde (AIS), criadas em 1983 com o objetivo de organizar um modelo de assistência em saúde que integrasse ações curativas e preventivas. É nesse período também que começa a ser pensado, dentro do MRS, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), o qual, assim como as AIS, tinha como proposta o financiamento tripartite (Cohn, 1989).

Todavia, tais proposições ocorrem em meio aos embates travados contra os interesses de grupos privatistas, os quais não perderam espaço na arena de negociações. De acordo com os apontamentos compilados por Bravo (2007), haviam três concepções diversas e antagônicas naquele momento, cada uma com correspondentes projetos político-ideológicos.

Uma delas se tratava da proposta conservadora, defendida por empresários hospitalares e produtores de equipamentos e insumos, e que propunha a manutenção de um sistema de saúde pluralista, sustentado a partir da compra de serviços do setor privado pelo setor público, sobretudo pela previdência social. Outra proposta era a racionalizadora, defendida por grande parte do MRS, e que supunha a saúde como direito de cidadania e de responsabilidade do Estado, sendo o setor privado considerado como complementar e subordinado. Já a proposta privatista, defendida por conglomerados atuantes na prestação de serviços de saúde, “[...] apontava para uma modernização do setor com as regras capitalistas de mercado” (Bravo, 2007, p. 86), a partir de uma maior autonomia concorrencial. Ademais, a proposta privatista:

contemplava o afastamento do poder público da prestação de serviços de saúde à população urbana e inserida no mercado de trabalho, competindo ao Estado as ações de alcance coletivo e a prestação de serviços à população rural e/ou carente, que não poderiam assegurar, por seus rendimentos baixos, a lucratividade da organização empresarial (Bravo, 2007, p. 86).

Alcançava-se, pela primeira vez em décadas, condições favoráveis para a discussão e o estabelecimento de um sistema público de saúde fundado na universalização e descentralização do atendimento. O cenário de apoio político e mobilização social contribuiu para as tentativas de reordenamento institucional dos serviços de saúde no Brasil.

Um “fato marcante e fundamental para a discussão da saúde” (Bravo, 2007, p. 88) no país foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, pois é considerada por muitos a materialização da introdução da sociedade na questão da saúde. O relatório final da conferência deixou ainda mais evidente e urgente a necessidade de constituição de um sistema

único de saúde. O documento traz três pontos principais: a saúde como direito; a reformulação do sistema nacional de saúde; e o financiamento setorial.

Dentre os destaques das discussões estabelecidas naquele momento, cita-se o reconhecimento de que as modificações necessárias à saúde transcendiam os limites de uma reforma administrativa e financeira⁶⁷. Essa reflexão fica evidente no conceito ampliado de saúde, defendido pelo MRS e apontado do relatório final da conferência, o qual dispõe a saúde como resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. Veja que o acesso e consequente permanência nos serviços de saúde é apenas um dos elementos que compõem o entendimento sobre o direito à saúde.

Salienta-se, assim, a saúde como “[...] resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida” (Brasil, 1986). A saúde não é apresentada, pois, como um conceito abstrato, mas “no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas” (Brasil, 1986).

Após a realização e repercussão da VIII Conferência, o governo se viu obrigado a assumir em partes a bandeira da Reforma Sanitária. Em 1987, obteve-se a aprovação do SUDS, um importante passo para a organização do SUS. Ainda assim, era preciso transferir as propostas e os conteúdos aprovados no evento para o texto constitucional.

O antigo confronto entre os diferentes interesses e projetos societários inscritos no debate, com o Projeto de Reforma Sanitária de um lado e o Projeto Privatista de outro, transformou a Assembleia Constituinte numa arena política cheia de antagonismos. Bravo (2007, p. 92) aponta a organização de dois blocos polares: “os grupos empresariais, sob a liderança da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da Associação de Indústrias Farmacêuticas (multinacionais)” e os diversos setores do MRS, representados pela Plenária Nacional de Saúde na Constituinte.

O resultado é um texto constitucional que, após muitos acordos políticos e intensa pressão popular, atende algumas reivindicações do MRS, prejudica em parte interesses empresariais do setor hospitalar e não altera a situação da indústria farmacêutica (importante lembrar que o relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde trazia como proposição a estatização do setor). Algumas questões, quando confrontadas com os interesses empresariais,

⁶⁷ O relatório também apontava para a necessidade de suspensão imediata dos juros da dívida externa, assim como implantação de uma reforma agrária.

não avançaram – o financiamento do novo sistema foi pouco definido, permanecendo sem o estabelecimento de um percentual sobre os orçamentos aos quais se originava (Bravo, 2007).

O processo constituinte e a promulgação da Constituição de 1988 representou, no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social. A Constituição Federal 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, 2006, p. 9-10).

As forças progressistas comprometidas com o Projeto de Reforma Sanitária perderam espaço na coalizão governante e no interior dos aparelhos institucionais pós-1988. Teixeira (1989), em texto intitulado “Política de Saúde na transição conservadora”, alerta que os limites impostos eram claros e que a burocratização da reforma sanitária afastou a população da cena política, despolitizando o processo. Para ela, “a tensionalidade entre o lado reformador [...] e o revolucionário – isto é, a própria questão sanitária, só será superada com a mudança efetiva nas práticas e na qualidade da saúde da população” (Teixeira, 1989, p. 53). Tratava-se, continua a autora, de uma outra transição, não mais em busca da ruptura com o autoritarismo militar, mas agora com a construção democrática.

Entretanto, como foi possível observar até aqui, o projeto de saúde pensado nos anos 1980 no Brasil a partir do MRS, entra em conflito, na sua operacionalização, com outro projeto: o privatista-neoliberal – o qual, ainda que não seja novo, torna-se hegemônico a partir da segunda metade da década de 1990. A fragilidade das medidas reformadoras em curso, a tensão entre os profissionais de saúde e a redução do apoio popular devido à ausência de resultados concretos nos níveis de saúde da população colocavam em dúvida o futuro do MRS (Teixeira, 1989).

As transformações políticas e econômicas na passagem dessas duas décadas explicam o difícil cenário encontrado por aqueles que defendiam os princípios, agora constitucionais, da saúde. A queda do muro de Berlim, em 1989, e o fim da União Soviética, em 1991, colocam os ideários capitalistas no topo do prestígio econômico mundial. O esgotamento do Estado de Bem-estar Social já tinha dado lugar à política neoliberal em grande parte dos países de capitalismo central.

No Brasil, o Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado, pensado em 1994 no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), representou a transferência de funções e

propriedades do público para o privado, em atendimento aos princípios neoliberais⁶⁸. Discutiuse aumentar a governança do Estado, ou seja, aumentar sua eficácia e eficiência. Nas palavras de Rodrigo de Souza Filho e Cláudio Gurgel (2018, p. 180), isso significou “a introdução de métodos e técnicas da gestão privada, aquilo que ficaria conhecido como gerencialismo”⁶⁹. Tratava-se, portanto, de limitar a ação do Estado àquelas ações que lhes fossem consideradas próprias, abrindo as demais áreas para o investimento privado.

Importante salientar que o neoliberalismo, mais que uma simples ideologia ou política econômica, é “[...] em primeiro lugar e fundamentalmente uma racionalidade e, como tal, tende a estruturar e organizar não apenas a ação dos governantes, mas até a própria conduta dos governados” (Dardot; Laval, 2017, p. 15). Essa racionalidade neoliberal tem como norma de conduta a generalização da concorrência e como modelo de subjetivação a empresa. A “nova razão do mundo” é a razão do capitalismo contemporâneo, assumido enquanto construção histórica e modo de vida generalizado. Assim, concordando com os autores, entende-se que não há, de um lado, o mercado, e, de outro, o Estado capitalista⁷⁰.

Dessa forma, destaca-se que o mercado moderno nunca atuou sozinho, sendo sempre amparado pelo Estado. Na atualidade, um dos maiores desafios para a compreensão das entranhas do neoliberalismo e, mais especificamente, seus impactos diante das políticas sociais – de modo ainda mais especial em um país como o Brasil – é reconhecer que a “governamentalidade neoliberal” está assentada em um quadro normativo global, orientando condutas, escolhas e práticas dos indivíduos (Dardot; Laval, 2017).

No mundo, data-se a ofensiva neoliberal a partir da década de 1970, sobretudo a partir das políticas de liberalização, privatização e desregulamentação dos direitos sociais conquistados até aquele momento, especialmente sob o comando dos governos de Margaret Thatcher, no Reino Unido, e Ronald Reagan, nos Estados Unidos. O contexto é posterior ao

⁶⁸ Não se trata, conforme afirma Francisco de Oliveira (2000, p. 74), de apontar o Plano Diretor no governo FHC como “criação” do fenômeno neoliberal no Brasil, mas de destacar que “a desmoralização dos trabalhadores, de funcionários públicos, a desmoralização da própria função pública, o apontar tudo que é público como inimigo de cada indivíduo tem uma carga simbólica mortífera, que amplificou extraordinariamente a tragédia que já ocorria”.

⁶⁹ A saúde, assim como outros setores, tem seu destino entregue à privatização, ou, conforme Souza Filho e Gurgel (2018, p. 182) salientam, disfarçada sob o regime de publicização. O gerencialismo “é, de certo modo, uma forma diferenciada de privatização. Consiste em levar a lógica e as práticas da gestão de empresas para o ambiente dos serviços e dos órgãos públicos”.

⁷⁰ Isso porque foram antes os Estados, de capitalismo central, “que introduziram e universalizaram na economia, na sociedade e até neles próprios a lógica da concorrência e o modelo de empresa. Não podemos esquecer jamais que a expansão das finanças de mercado, assim como o financiamento da dívida pública nos mercados de títulos, são fruto de políticas deliberadas. Como se vê até mesmo na atual crise na Europa, os Estados adotam políticas altamente ‘intervencionistas’, que visam a alterar profundamente as relações sociais, mudar o papel das instituições de proteção social e educação e orientar as condutas criando uma concorrência generalizada entre os sujeitos” (Dardot; Laval, 2017, p. 17).

Estado de Bem-estar Social, também conhecido como *Welfare State* ou os “30 anos gloriosos” da política social, o qual foi marcado por um conjunto de ações, de responsabilidade estatal, voltados para a manutenção das condições de vida dos trabalhadores⁷¹. A ascensão do neoliberalismo representou, portanto, a queda do Estado de Bem-estar Social e dos princípios keynesianos.

No Brasil, a aproximação com a política neoliberal se dá de forma tardia, por volta do final dos anos 1980. Bravo e Matos (2008), acerca do panorama da saúde na década de 1990, destacam quatro momentos. O primeiro deles, no governo Collor, é marcado pela redução de verbas nos setores sociais, inclusive da saúde, bem como por um boicote sistemático e contundente à implantação do SUS. Já nos primeiros anos se observa aquilo que se chamaria de “desmonte por dentro”, com as propostas de emendas constitucionais contrárias aos princípios e diretrizes do SUS (a exemplo da proposição sobre a comercialização de sangue e hemoderivados).

O segundo momento, no governo Itamar, traz um pouco de freio ao sucateamento da saúde, com a presença de alguns avanços, como a aprovação da Norma Operacional Básica/93. No entanto, “nada efetivamente mudou na qualidade de vida da população” (Bravo; Matos, 2008, p. 203). O terceiro e quarto momento fazem parte do governo FHC I e II, os quais visaram o ajuste da política de saúde à proposta de reforma do Estado. Compreende, pela primeira vez, o período em que “apresenta-se oficialmente e de forma sistematizada uma outra proposta de saúde, que é contrária ao SUS” (Bravo; Matos, 2008, p. 204).

A aparente polêmica sobre a reforma do Estado se pauta na apresentação deste como ente fracassado, destinado à falência. Esse sentimento é propagado mesmo que, por trás dos holofotes, o Estado capitalista sempre tenha atuado de modo ativo para sustentar os pressupostos neoliberais. Assim, ainda que a década de 1980 no Brasil tenha sido marcada pela efervescência dos movimentos sociais contra-hegemônicos, com destaque para, no campo da saúde, o MRS, a realidade que se forjou política e economicamente no país na década posterior freou qualquer perspectiva de desenvolvimento de um sistema de proteção social – o qual timidamente se conquistava e esboçava no plano normativo. Paulani (2011, p. 39) lembra que:

⁷¹ Essas ações, orientadas por uma lógica de universalidade (o que difere a designação de toda e qualquer política social como determinação de um Estado de Bem-estar Social), estavam voltadas para a regulação da economia de mercado com o objetivo de manter elevados níveis de emprego, ofertando serviços sociais públicos, como saúde, educação, habitação, entre outros. O Estado de Bem-estar Social, consensualmente compreendido na Europa entre as décadas de 1940 e 1970, foi marcado pelo crescimento do orçamento social, pelas mudanças demográficas – com aumento da população idosa – e pela expansão na cobertura dos programas sociais. Ademais, essa forma de Estado faz parte de um projeto anticrise, pensada também com o objetivo de “salvar o capitalismo” e garantir o processo de acumulação, sendo vista por muitos como um “mal necessário” (Behring; Boschetti, 2016).

No fim dos anos 1980, o Brasil travou uma luta contra a inflação, que chegara a três dígitos. De 1980 até 1994, o pensamento econômico dentro e fora das universidades voltava-se para o processo inflacionário. Houve uma série de choques e planos, sempre na tentativa de estabilizar a economia brasileira e impedir que sobreviesse uma eventual hiperinflação.

Cabe lembrar que em 1989, o Fundo Monetário Internacional (FMI), o Banco Mundial e Departamento do Tesouro americano se reuniram em Washington, nos EUA, para discutir como resolver os problemas das economias dos países periféricos, a fim de resgatar uma trajetória de “desenvolvimento” e subordiná-los à lógica neoliberal. O “Consenso de Washington”, como ficou conhecido, teve como resultado, nesses países, uma onda de privatizações de empresas públicas (vendidas por baixíssimos valores) e um movimento geral de desregulamentação da economia (Dardot; Laval, 2017).

A adequação dos países, inclusive do Brasil, a esse conjunto de regras também sucede da necessidade de aprovação de empréstimos e auxílios oferecidos por esses organismos internacionais. Conforme Dardot e Laval (2017, p. 194), “as economias mais frágeis tiveram, em sua maioria, de obedecer às recomendações desses organismos para conseguir ajuda ou, ao menos, ‘aprovação’, a fim de melhorar sua imagem diante dos credores e dos investidores internacionais”. Na opinião de Paulani (2011, p. 39),

O Consenso de Washington foi nada mais, nada menos, que a cartilha neoliberal para a periferia, em particular para a América Latina, a região que eles miravam. Os bancos americanos não estavam pendurados só no Brasil, mas em vários países latino-americanos. A ideia era colocar a profissão de fé neoliberal de Hayek no mundo periférico, que resistia a ela [...]. O Consenso de Washington buscava, na realidade, defender a ideia de que o Estado deve ser conduzido como se fosse um negócio, produzindo lucro.

A partir da hegemonia capitalista neoliberal, a qual pressupõe, em tese, a atuação de um Estado mínimo organizado a partir da via empresarial, a política de saúde no Brasil é sucateada aos poucos. A luta pela formulação e implementação do SUS, instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulado pela Lei nº 8.080/1990, perde força diante dos ataques orquestrados pela política econômica das classes dominantes⁷².

Nessa direção, a política de saúde vai se tornando cada vez mais vinculada à lógica de mercado. Nota-se o recente incentivo à refilantropização e à atuação de organizações da sociedade civil, numa tentativa de desresponsabilização do Estado diante dos agravantes em

⁷² Aprofundaremos essa questão na próxima seção.

saúde. Em relação ao SUS, “apesar das declarações oficiais de adesão ao mesmo, verificou-se o descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais e uma omissão do governo federal na regulamentação e fiscalização das ações de saúde em geral” (Bravo, 2006, p 14).

Dentre os retrocessos observados nos últimos anos, cita-se as mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), como, por exemplo, a menor ênfase na educação permanente e as tentativas de facultar ou diminuir a presença dos agentes comunitários de saúde (ACS). Na PNAB de 2011, o número mínimo de ACS por equipe de Saúde da Família (EqSF) era 4, ao passo que na atual PNAB (2017) não há definição, passando a aceitar, dessa forma, 1 ACS por equipe. Além disso, “passa a haver recomendação de que os ACS devem cobrir 100% da população em condições de maior risco e vulnerabilidade (sem parâmetros objetivos usados nesta definição), e não mais 100% da população da EqSF” (Melo et al., 2018, p. 44).

Em 2015, a Lei nº 13.097, alterando a lei de regulamentação da saúde, autorizou a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde, o que anteriormente era vedado. Ademais, não é possível deixar de mencionar o congelamento dos gastos com saúde e educação por 20 anos, aprovado em 2016 sob a justificativa da “eficiência econômica”, prevendo reajustes apenas com base na inflação. No mesmo período, há uma defesa enfática por parte do governo Temer pela adesão aos chamados “planos populares de saúde”.

No campo da saúde mental, verifica-se a retomada das comunidades terapêuticas como dispositivos inseridos nas redes de atenção psicossocial, portanto, financiadas pelo SUS, além da defesa pela ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos. A Lei nº 13.840/2019, que altera a lei que trata do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, estabelece a oferta de projetos em “Comunidades Terapêuticas Acolhedoras” que visam à abstinência, aspecto já bastante discutido e combatido pela Reforma Psiquiatria.

A imposição aos serviços públicos de saúde da utilização de técnicas e concepções advindas da gestão empresarial, baseadas nos discursos da racionalização e da eficiência, funciona como “estratégia a serviço das classes dominantes, na medida em que sua essência é o Estado mais flexível, leve e ágil para responder os requisitos necessários ao novo regime de produção comandado pela financeirização” (Mendes; Carnut, 2018, p. 1114).

É nesse contexto que encontramos a flexibilização gerencial (no campo da saúde marcada pela atuação das Organizações Sociais/OS e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público/OSCIP), pautada na ótica neoliberal e com fortes impactos na oferta dos serviços de saúde. Dentre eles, destaca-se a criação em 2011 da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) – unidade de saúde lócus desta pesquisa. Apesar de aprofundarmos,

mais a frente neste trabalho, o significado da EBSEH no gerenciamento da política de saúde no Brasil, cabe neste momento salientarmos sua implantação como mais uma medida desta “nova forma de governar”, a qual supõe o abalo da coisa pública sob o comando do capitalismo na sua forma neoliberal.

Diante de tudo que foi exposto e analisado até aqui, observa-se que o direito à saúde no Brasil não foi dado, mas sim conquistado. E, apesar de inscrito numa ordem jurídico-burguês, sem nem sempre alcançar a toda população, ainda assim encontra-se ameaçado, possivelmente porque é um mecanismo legal e, enquanto tal, pode ser exigido, reclamado ou desconstruído. Na lógica do capital, há priorização de alguns setores da saúde sobre outros, o que implica na subordinação de determinadas demandas populacionais, nomeadamente LGBTI's. Além disso, conforme vimos na seção anterior, as opressões de gênero rebatem de forma significativa na composição das políticas sociais e consequentemente no seu potencial de amenizar ou aprofundar tais discriminações.

No início desta seção, mencionamos que os direitos sociais e as políticas sociais, no âmbito da emancipação política, revelam uma correlação de forças estabelecida entre o Estado político e os cidadãos. Observamos, até aqui, que o desenvolvimento dos direitos sociais no Brasil, em particular o direito à saúde, está assentado em uma base discricionária, centralizadora, privatizante e cooptativa – na qual a conquista da cidadania se deu de forma fragmentada à classe trabalhadora. Antes da década de 1930, tratou-se menos do desenvolvimento da cidadania, situada no âmbito da reprodução social, e mais de equacionar demandas relativas ao processo de produção na sociedade urbana. A partir de um padrão de cidadania regulada, a constituição da política social no Brasil se deu a partir de um caráter particularista, no qual os direitos sociais foram sendo regulados dentro de categorias profissionais ou segmentos populacionais com maior poder de organização e reivindicação social.

Uma revisão da história nos permitiu perceber que, anterior à Constituição Federal de 1988, as ações governamentais não tinham o objetivo de imprimir o direito à saúde como inerente à cidadania e como dever do Estado. A partir do Movimento de Reforma Sanitária e da intensa luta social no seio da redemocratização do país, o direito à saúde emerge como um direito constitucional universal, a despeito dos ataques contrários a essa equiparação. Com a criação do SUS, toda a população, independentemente do vínculo previdenciário, passa a ter direito a acessar qualquer serviço de saúde pública, ao menos formalmente. De lá para cá, o papel do Estado em relação à saúde “tem sido traduzido pelos organismos governamentais como a necessidade de ampliação do acesso à atenção, provendo a um maior número de pessoas

um leque maior e mais diversificado de ações e serviços de saúde” (Giovanella; Teixeira, 1996, p. 177). Contudo, a questão do financiamento permanece como um dos grandes gargalos para a garantia do acesso universal e igualitário à saúde, uma vez que a absorção da população não-previdenciária foi acompanhada de “mecanismos de racionamento dos gastos que expulsaram do sistema segmentos sociais mais favorecidos em direção ao setor privado” (Giovanella; Teixeira, 1996, p. 183), tornando-o universal por atender “setores sociais de menor poder aquisitivo e não por incluir sob sua responsabilidade toda a população” (Giovanella; Teixeira, 1996, p. 183).

O caráter regressivo do financiamento das políticas de seguridade social, dentre elas a saúde, contribuiu para a deterioração dos atendimentos ao longo dos anos e para a generalização de um discurso desfavorável em relação ao SUS. Ainda que a crise financeira no campo da saúde, assim como sua segmentação, não seja recente, tendo em vista que antes da Constituição de 1988 o aumento da demanda já não era acompanhado de investimentos correspondentes (Giovanella; Teixeira, 1996), nos interessa destacar como a formalização de um direito não garante, por si só, a sua implementação, uma vez que “não se muda a sociedade por decreto ou lei. A correlação de forças, acordos e negociações necessários à promulgação de uma lei não são suficientes ou idênticos àqueles que possibilitem a sua execução” (Giovanella; Teixeira, 1996, p. 188). Para as autoras, a sociedade brasileira criou e deu continuidade a novas formas de segmentação no interior de um sistema administrativamente unificado e universalizado, diferenciando o acesso e a qualidade da atenção.

O acesso enquanto uma categoria de análise das políticas de saúde faz parte de uma construção, isto é, de um processo que envolve a participação de seus usuários no sistema e na conformação de suas práticas, mediante o controle consciente e coletivo de sua formulação e implementação. O acesso, desse modo, não é meramente a entrada deste, enquanto sujeito passivo, em um sistema preexistente (Giovanella; Teixeira, 1996). O acesso à saúde não pode, também, traduzir-se somente na expansão da cobertura, rumo a uma pretensa universalização. Ele é, na verdade, o movimento e o resultado das interrelações que os usuários cotidianamente estabelecem com os serviços de saúde, inscritos em várias dimensões da vida social.

A redução do direito social à saúde ao acesso universal aos serviços de saúde pública nos revela as contradições inerentes ao SUS no âmbito do capital. A determinação social da saúde, já discutida em seção anterior, não encontrou condições políticas e sociais capazes de encaminhá-la de forma ampla e coletiva. A apropriação do patrimônio público pelos interesses privados e a institucionalização do SUS em meio a uma crise do capital guiada pelo neoliberalismo e pela contrarreforma do Estado brasileiro, tornou ainda mais difícil disputar

recursos necessários à sua consolidação. Os limites impostos ao acesso à saúde, materializados também nos entraves que permeiam o SUS, nos levam a discutir novamente sob qual modelo de sociedade tais diretrizes e princípios – universalidade, igualdade e integralidade – se tornariam possíveis.

Já mencionamos que acreditar que os direitos humanos se efetivam tão somente pela sua institucionalização no âmbito do Estado e pela execução de políticas públicas, contribui para a perpetuação de uma dominação que se dá na esfera produtiva, reduzindo mulheres e homens à meros “cidadãos”. Para Mészáros (2008), não há oposição entre marxismo e direitos humanos. Pelo contrário, “Marx nunca deixou defender o ‘desenvolvimento livre das individualidades’”, mas para isso acontecer em sua plenitude, precisaríamos “de uma sociedade de indivíduos associados e não antagonicamente opostos, [...] antecipando ‘o desenvolvimento artístico, científico etc. de indivíduos emancipados e com meio criados para todos’” (Mészáros, 2008, p. 207).

Os direitos humanos de “liberdade”, “fraternidade” e “igualdade” são, portanto, problemáticos, de acordo com Marx, não por si próprios, mas em função do contexto em que se originam, enquanto postulados ideais abstratos e irrealizáveis, contrapostos à realidade desconcertante da sociedade de indivíduos egoístas. Ou seja, uma sociedade regida pelas forças desumanas da competição antagônica e do ganho implacável, aliados à concentração de riquezas e poder em um número cada vez menor de mãos (Mészáros, 2008, p. 207).

Por isso faz-se necessário escancarar a insuficiência da democracia burguesa, a fim de analisar até que ponto o discurso sobre a ampliação dos direitos e das garantias legais avança no enfrentamento das expressões da questão social ou torna-se mecanismo para mascará-la. Tonet (2017), ao discorrer sobre o fim da democracia burguesa, lembra que é importante estabelecer a diferença entre ser crítico e ser inimigo deste tipo de democracia. Para o autor, Marx era um crítico da democracia burguesa, levando em consideração à essência desta em benefício de uma minoria, mas favorável à democracia proletária durante a transição do capitalismo ao socialismo. Nessa linha de pensamento, a crítica à democracia, assim como a crítica aos direitos humanos, não é tão somente a crítica à democracia, “mas a crítica do mundo que produz e requer a democracia. Repetimos: nada disto implica a desvalorização da forma democrática, mas apenas a compreensão da sua origem, da sua natureza, da sua função social e dos seus limites intrínsecos” (Tonet, 2017, p. 11). Trata-se, então, não do falso dilema entre democracia e ditadura, mas entre democracia/ditadura (capitalistas) e a liberdade plena (comunista).

Já ressaltamos no início desta seção que Marx (2010), ao analisar a questão dos judeus na Alemanha no século XIX, embarca numa profunda discussão sobre emancipação política e humana. Seu artigo, ao refutar a tese de outro filósofo também hegeliano, Bruno Bauer, sobre “a capacidade dos judeus e cristãos se tornarem livres”, não apenas afirma o direito do povo judeu (e todo o restante da população) à liberdade religiosa, como também aponta seu limite histórico. É esta capacidade crítica de abordar o cerne da contradição a partir desta situação específica (o direito à liberdade religiosa) que torna esta obra tão importante para analisar a tensão existente entre a emancipação política e humana.

Com efeito, assim como a crítica da religião, para Marx (2010), não é a crítica da religião, mas da sociedade que lhe dá origem e sustentação, também a crítica aos direitos humanos não é a crítica dos direitos humanos, mas da raiz que torna necessária sua existência. Nesse sentido, torna-se imperioso diferenciar igualmente as categorias “progresso” e “superação”, uma vez que, resguardadas as particularidades de cada período histórico, nenhum progresso está permanentemente a salvo sob a hegemonia capitalista.

Lessa (2007), ao discorrer sobre a defesa de direitos na sociabilidade capitalista, afirma que, em uma sociedade plenamente emancipada (estamos falando, aqui, da emancipação humana, em que a liberdade é o seu valor ético central), onde todas as pessoas são efetivamente livres e iguais e podem acessar os resultados de uma produção que é coletiva, não faz sentido a existência de qualquer poder político e de direitos. O direito à liberdade, assim como o direito à igualdade, à vida, à educação, à saúde, etc., por mais aperfeiçoados que sejam, serão sempre, enquanto permanecerem apenas como direitos, essencialmente diferentes de sua realização efetiva em uma sociedade socialista.

Assim é que “a emancipação humana não é a radicalização da emancipação política, mas sua negação mais pura e frontal, sua negação mais radical possível na história: sua superação” (Lessa, 2007, p. 11). A radicalidade da discussão apresentada pelo autor nega concepções que apresentam a conquista de direitos, por meio do Estado, como algo sempre cumulativo e ascendente. A busca pela expansão da cidadania como uma espécie de etapa histórica para a realização da emancipação humana deve ser problematizada, haja vista que as negociações políticas tem revelado sua incapacidade de resolver as contradições entre capital e trabalho.

Alguns pressupostos da sociedade capitalista foram abordados na primeira seção desta dissertação. Vale lembrá-los. O trabalho, enquanto fundamento ontológico do ser social e, por isso mesmo, categoria essencial na ultrapassagem do ser natural, é basilar ao processo de socialização dos homens e das mulheres e de complexificação da vida humana. O trabalho

assalariado, por sua vez, se constitui como fundamento de uma sociedade específica, a capitalista. Essa “forma de trabalho funda a emancipação política, da qual a democracia e a cidadania fazem parte” (Tonet, 2017, p. 17). Para pensarmos a emancipação humana, é preciso existir uma nova forma de trabalho, continua o autor, o trabalho associado, no qual todos contribuem para a produção da riqueza na medida de suas possibilidades e capacidades e acessam-na na medida de suas necessidades. Por consequência, essa forma de trabalho deverá ser voltada para atender as necessidades humanas e não para a valorização do capital.

É esta forma de trabalho que permitirá aos seres humanos serem *plenamente livres*, isto é, *serem os efetivos sujeitos da sua história*. Liberdade plena nada mais é do que isto: uma forma de trabalho, sob inteiro controle dos trabalhadores, constituindo-se no fundamento de uma forma de sociabilidade que proporcionará condições para que os seres humanos não sejam dominados por nenhuma outra força que não a sua própria, exercida de modo livre e consciente. Vale enfatizar: a liberdade plena não é o Paraíso Terrestre; não é um mundo perfeito; não é um mundo sem problemas. É apenas um mundo sob controle do conjunto dos seres humanos, livre da dominação e da exploração e no qual os problemas podem ser enfrentados tendo em vista o real bem comum (Tonet, 2017, p. 18, grifo nosso).

Assim, quando falamos de emancipação humana falamos de superação da propriedade privada, das classes sociais e do Estado. No entanto, a forma de sociedade acima, a qual pressupõe a emancipação humana, apesar de real, é por enquanto apenas uma possibilidade, uma vez que a história, como já vimos, não é pré-determinada. Apresentar os limites do direito à saúde nos marcos da sociedade capitalista, elemento integrante da trajetória de luta dos movimentos sociais de travestis e transexuais, não significa desmerecê-lo, mas sim demonstrar que, ausentes a crítica e a transformação do mundo que o assenta, tal direito jamais estará plenamente e conscientemente incorporado na vida de todos.

O limite histórico dos direitos sociais materializados em políticas sociais, os quais resultam da luta da classe trabalhadora, por meio do Estado, reside na fragilidade do próprio Estado político. Por isso mesmo, quando os interesses do capital entram em conflito com essas conquistas, sobretudo em momentos de crises, quase sempre este Estado político se abstém da garantia desses direitos. Afinal, o Estado pode ser livre sem que os seres humanos sejam livres.

Não se trata, claro está, se devemos ou não lutar contra a abolição dos direitos criados e mantidos "por meio do Estado", já que esta é uma imposição histórica da qual os revolucionários, os "emancipadores humanos", não têm como se furtar. A questão é outra: como devemos travar esta luta, de qual perspectiva devemos defender os direitos ameaçados dos trabalhadores para que consigamos acumular força tendo em vista a emancipação humana. É aqui que reside, a nosso ver, o cerne da questão. Não se trata se devemos ou não defender os direitos ameaçados, trata-se de saber com que perspectiva, com que orientação estratégica, devemos fazê-lo. Ou, para colocar em termos mais apropriadamente políticos, em qual terreno devemos nos colocar para que

essa luta possa acumular forças contra o Estado "político" e contra a "sociedade burguesa" que pressupõem, ambos, a propriedade privada? (Lessa, 2007, p. 14).

“De que tipo de emancipação se trata?” já era uma questão levantada por Marx (2010, p. 36) e que deve ser resgatada. Ao analisarmos as contradições que permeiam o direito à saúde da população trans e travesti, revisitando a história e apontando a materialização de suas lutas por meio de conquistas sociais, torna-se ainda mais evidente que, apesar de fundamentais, esses elementos não possuem a capacidade de alterar o fato de que a classe trabalhadora permanece tendo sua força de trabalho explorada e sua vida gerida pela propriedade privada.

Do contrário, travestis e transexuais não ocupariam índices sociais tão alarmantes em termos de violações de direitos basilares, os quais expressam que esta população tem sido submetida a subempregos e condições precárias de sobrevivência. Não teriam, diariamente, o acesso à saúde ameaçado ou negado, mesmo em sistema universal e integral. Não enfrentariam dificuldades sociais e econômicas para buscar e permanecer nos serviços de saúde. Não seriam expulsas de casa e da escola, tendo suas condições de vida e de trabalho ainda mais deterioradas. Não observaríamos o avanço ultraconservador que extirpa a humanidade dessas pessoas, retirando aspectos básicos de sua dignidade, como o uso do banheiro público. Não veríamos travestis sendo assassinadas cruelmente enquanto testemunhas apenas assistem e filmam o ocorrido, como um “espetáculo” mórbido.

Novamente, o conjunto de avanços acerca do direito à saúde para travestis e transexuais, no plano jurídico e legal, são importantes, mas não nos explicam, por si só, as tensões entre o viver e morrer para diferentes pessoas em nossa sociedade. Ainda assim, é preciso reforçar que sua materialização não é pura concessão burguesa e que seu fim não deve ser reformista. Por esse motivo, analisaremos, no tópico posterior, os principais marcos legais na construção de políticas públicas para a população trans e travesti, com ênfase na saúde e com o intuito de problematizarmos as principais contradições em sua execução. Da invisibilidade à patologização, dos impactos do neoliberalismo ao avanço ultraconservador, tais normativas expressam também que, do outro lado, sempre houve resistência.

3.2 Marcos legais na construção de políticas públicas de saúde para a população trans e travesti

A garantia de direitos sociais para a população trans e travesti no Brasil, afluentes e convergentes às políticas de saúde, é resultado de movimentos e pressões de diferentes segmentos sociais, os quais envolvem a atuação de ativistas, militantes, profissionais de saúde,

burocratas e outros. Sua apresentação requer a análise de conjunturas econômicas e políticas, nas quais os marcos normativos e jurídicos ganham significado, não podendo, por isso, ser interpretados como algo dado.

Conforme já observamos em seção anterior, os Movimentos de Travestis e Transexuais no Brasil estão intrinsecamente atrelados à luta pelo direito à saúde. Este foi um campo privilegiado de discussões e embates, o que fortaleceu as formas de organização dessa população e imprimiu avanços importantes em outras áreas. Na década de 1990, verifica-se a interlocução com as políticas de enfrentamento ao HIV/AIDS, agora com maior participação do poder público. Igualmente, aprofunda-se as discussões sobre o direito às modificações corporais (a fim de que deixem de configurar como lesão corporal conforme disposto no Código Penal Brasileiro) e à garantia do uso do nome social. A alteração do prenome sem necessidade de apresentação de laudo médico/psicológico ou comprovação de realização cirúrgica também surge posteriormente, perpassada o tempo todo por temas como a despatologização da transexualidade e a democratização do acesso aos serviços de saúde.

O Decreto nº 8.727, de 2016, reconhece oficialmente o direito ao uso do nome social e à identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. No entanto, apesar de legalmente recente, tal conquista é fruto de uma longa e árdua caminhada. Bento (2014) denomina de “gambiarra legal” e “cidadania precária” a trajetória de conquista de direitos para determinados grupos, dentre eles a população trans e travesti⁷³. Isso porque o uso do nome social, por exemplo, se deu primeiro, e de forma bem fragmentada, nas esferas micro (em algumas escolas, universidades, repartições públicas, etc.) em detrimento de iniciativas legais em território nacional.

O primeiro ato normativo sobre a utilização do nome social foi da Secretaria de Estado de Educação do Pará, por meio da Portaria nº 16/2008, a qual estabelecia que as escolas da rede pública estadual deveriam passar a registrar, no ato da matrícula, o nome social dos alunos e alunas travestis e transexuais. No âmbito federal, isso ocorre dois anos depois através da Portaria nº 233/2010 do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, a qual garantiu aos servidores públicos federais travestis e transexuais o direito de utilizar seu nome social no espaço de trabalho.

Cabe destacar que, muito antes do Decreto nº 8.727/2016, no campo da saúde, já havia orientações sobre o uso do nome social. A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, lançada

⁷³ A autora ressalta que os direitos que deveriam ser plenos desde o primeiro momento, foram sendo legislados pouco a pouco. “É como se houvesse um subtexto direcionado às/aos excluídos: calma, vamos ver o quanto você resiste e se você acredita mesmo que ‘merece’ adentrar no reino da cidadania” (Bento, 2014, p. 172).

inicialmente em 2006, além de estabelecer que é direito da pessoa ter atendimento livre de discriminação em virtude de sua orientação sexual e identidade de gênero, também determinava que em todo documento de identificação do usuário deveria existir um campo para registrar “o nome social, independente do registro civil, sendo assegurado o uso do nome de preferência, não podendo ser identificado por número, nome ou código da doença ou outras formas desrespeitosas ou preconceituosas” (Brasil, 2009, grifo nosso).

A luta pela garantia do direito à saúde das pessoas trans e travestis e pela consequente despatologização da transexualidade sempre estiveram presentes nas agendas de mobilização dos Movimentos de Travestis e Transexuais e configuraram pauta importante para a criação de várias legislações.

No que concerne à patologização⁷⁴ das pessoas trans e travestis, é na década de 1960 que questões relacionadas ao que se denominava “transexualismo”⁷⁵ ganham notoriedade no âmbito da medicina mundial, principalmente através das publicações do médico alemão Harry Benjamin (Rodrigues; Carneiro; Nogueira, 2021). As discussões pautavam-se nas possibilidades (ou não) de tratamento do “transexualismo”, além dos debates sobre como “diagnosticá-lo” a fim de não incorrer em “erros”. Para isso, eram necessários alguns “critérios” – como forma de certificar os “verdadeiros transexuais” –, sendo um deles, segundo o médico, a relação de abjeção das pessoas trans com suas genitálias. Fechado o “diagnóstico”, Benjamin considerava a realização da cirurgia de transgenitalização⁷⁶ a única “alternativa terapêutica” diante dos casos.

Para Nascimento (2021), a identificação clínica das subjetividades trans foram construídas e reforçadas pelas ciências médico-psi (psiquiatria, psicologia e psicanálise) a partir de arbitrariedades e teses morais. Conforme a autora, apesar de buscar critérios científicos para pautar sua lógica, “a medicina psiquiátrica acabou por validar questões morais, justificando a

⁷⁴ Em estudos que remontam às origens da sexologia, o médico alemão Magnus Hirschfeld utiliza pela primeira vez, no começo do século XX, o termo “transexual” em seu livro “Die Transvestiten”.

⁷⁵ A palavra “transexualismo” é utilizada sempre entre aspas em nosso estudo, pois atrela a identidade trans à condição de doença. Utiliza-se o nome apenas para demarcar processos históricos da luta pela despatologização da transexualidade.

⁷⁶ Os termos, a exemplo de “cirurgia de transgenitalização”, acompanham a época em que os textos e as legislações foram publicados. Para além dos nomes técnicos, costuma-se utilizar também o termo “cirurgia de redesignação sexual” ou “afirmação/adequação de gênero”. Uma vez que as três nomenclaturas são alvo de debate, utilizaremos o termo “cirurgias de modificações corporais” (conforme entendimento da ANTRA) quando não estivermos mencionando ou citando documentos específicos. Partilha-se do posicionamento dos movimentos sociais trans e travestis quando estes relatam que é inadequado utilizar o termo “afirmação ou adequação de gênero” para um ato cirúrgico, visto que, como já mencionamos, a identidade de gênero não está atrelada à genitália, nem a procedimentos cirúrgicos a ela relacionados. Assim, sua utilização reforça mais uma vez a suposta naturalidade da cisgenderidade.

condição patológica das subjetividades trans na divisão binária dos sexos na perspectiva do dimorfismo sexual e da heterossexualidade compulsória” (Nascimento, 2021, p. 70).

Almeida e Murta (2013) afirmam que as questões relacionadas aos corpos e comportamentos sexuais têm estado durante muito tempo no centro das preocupações ocidentais. Até o século XIX, estavam organizadas em torno da religião e da filosofia moral. No entanto, a partir do século XX passaram a ser foco dos discursos médicos e das ciências psi, os quais, munidos de “legitimidade científica”, protagonizaram as fronteiras entre o “normal” e o “patológico” no que diz respeito às identidades sexuais e de gênero.

Sobre os discursos hegemônicos, Bento e Pelúcio (2012) discutem a utilização de gênero enquanto categoria diagnóstica para as pessoas trans e travestis. Segundo as autoras, quando há qualquer nível de deslocamento do que se considera ser “homem” ou “mulher”, complementado pela fuga das normas da heterossexualidade, tem sido imposta a necessidade de uma intervenção especializada, principalmente de profissionais da área psi, com o objetivo de restabelecer o que se considera a “ordem” e a “coerência” entre corpo, gênero e sexualidade.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), aprovado pela Associação de Psiquiatria Norte-Americana, na sua segunda versão (1968), já trazia no campo dos desvios sexuais (“sexual deviations”) o termo “transvestitism”, assim como “homosexuality”. O DSM-III, publicado em 1980, é ainda mais específico e traz no capítulo sobre os “distúrbios de identidade de gênero” a classificação de “transexualismo”⁷⁷, o qual seria: “transtorno com um sentido persistente de desconforto e inadequação sobre o sexo anatômico e desejo persistente de se livrar dos genitais e viver como membro do sexo oposto”. A descrição também acrescenta que se trata de um “distúrbio contínuo de pelo menos dois anos” e não limitado a alguns períodos de estresse, o que necessitaria de um acompanhamento a longo prazo para ser “diagnosticado”. Essa classificação se popularizou a tal ponto que, até hoje, utiliza-se o critério dos “dois anos de acompanhamento multiprofissional” para realização de cirurgias conforme legislação vigente (Portaria 2.803/2013) do Processo Transexualizador.

Em 1989, o termo “transexualismo” foi incluído na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), o que sedimentou a caracterização da transexualidade como doença. A aprovação da CID-10 trouxe o “transexualismo” e o “travestismo bivalente” nos códigos F64.0 e F64.1, respectivamente. Somente em 2018, a OMS anunciou, na nova edição da CID-11, a

⁷⁷ Em 1994, o DSM-IV substituiu o termo “transexualismo” por “transtorno de identidade de gênero”. Este último, apesar de também inadequado, ainda é utilizado, como veremos na próxima seção.

retirada da classificação do “transexualismo” como transtorno mental⁷⁸. Sua nova classificação diz respeito à “incongruência de gênero”, integrando as “condições relacionadas à saúde sexual” (WHO, 2019).

Assim, a patologização das identidades trans a partir de pressupostos cisheteronormativos foi sendo construída e, ao mesmo tempo, questionada. A retirada dos termos nos documentos citados acima é resultado da organização e pressão de movimentos internacionais e nacionais, a exemplo do “*Stop Trans Pathologization!*”⁷⁹ (“Pare a Patologização!”). Conforme Bento e Pelúcio (2012, p. 574):

Ainda que algumas/uns ativistas temam pela perda de direitos conquistados como, por exemplo, no Brasil, a garantia de acesso gratuito ao processo transexualizador pelo Sistema Único de Saúde (SUS), acreditamos que a patologização não garantiu direitos de fato, mas impôs um modelo para se pensar a transexualidade como experiência catalogável, curável e passível de normalização.

Para as autoras, tratou-se muito mais de um processo que validou alguns saberes científicos (os quais, ao longo do tempo, ultrapassaram as categorias médico-psi e adentraram no campo das ciências humanas e sociais) como os únicos capazes de não só compreender, mas também oferecer respostas às vivências que desafiavam as normas de gênero. Essa via se deu principalmente pelo silenciamento das próprias pessoas trans e travestis, autorizando o tutelamento dos corpos e das subjetividades não-cisgêneras.

O Processo Transexualizador (PrTr) no SUS é fruto de muitas reivindicações e muitos embates no Brasil. Para entender melhor sua construção, é preciso revisitar alguns marcos históricos e legais na trajetória da luta pelo direito social à saúde de pessoas trans e travestis em nosso país.

Em 1997, por meio da Resolução nº 1.482, o Conselho Federal de Medicina autorizou, “a título experimental, a realização de cirurgia de transgenitalização do tipo

⁷⁸ Vale destacar que as mudanças “no papel”, ainda que fundamentais, não significam alteração automática nos comportamentos “na prática”, o que se traduz na permanência de condutas pautadas na lógica patologizante por parte de alguns profissionais de saúde.

⁷⁹ O movimento não luta apenas pela retirada dos termos considerados problemáticos, mas também se posiciona sobre a mudança de paradigmas nos serviços de atenção à saúde, passando “de um modelo de avaliação a um enfoque de consentimento informado; o acesso a serviços de saúde (tratamentos hormonais, cirurgias e atendimento ginecológico/urológico) de modo público e gratuito sem psicopatologização; o reconhecimento legal de gênero sem requisitos biomédicos; a despatologização da diversidade de gênero na infância tanto na saúde como nos campos educacionais e sociais; e a abolição dos tratamentos de normalização binária a pessoas intersexo” (Nascimento, 2021, p. 72).

neocolpovulvoplastia⁸⁰, neofaloplastia⁸¹ e outros procedimentos”, sob a justificativa de que “o paciente transexual era portador de desvio psicológico permanente de identidade sexual”. Assim, à custa da ratificação da patologização das identidades trans, as cirurgias deixaram de ser consideradas crimes de mutilação. No entanto, nota-se que as travestis foram excluídas do texto da resolução.

A Portaria nº 1.707/2008, que instituiu no âmbito do SUS o Processo Transexualizador, também as excluiu. Estas só foram incluídas na Portaria 2.803/2013, que redefiniu e ampliou o serviço⁸². Ademais, como vimos, desde o início a realização de modificações corporais por meio de cirurgias foi acompanhada da patologização das pessoas transexuais. Mesmo a alteração da resolução do CFM (nº 2.265/2019) ainda apresenta falhas, uma vez que utiliza os termos “diagnóstico”, “afirmação de gênero” e “adequação sexual” em alguns momentos, além de definir a identidade travesti como “a pessoa que nasceu com um sexo, identifica-se e apresenta-se fenotipicamente no outro gênero, *mas aceita sua genitália*”. A correlação entre identidade de gênero e genitália é recorrente e problemática, pois reforça antigos estereótipos que diferenciam as travestis das pessoas transexuais a partir do desejo ou não de realizar determinadas cirurgias, o que é um equívoco. A resolução mais atual do CFM também define como afirmação de gênero “o *procedimento* terapêutico multidisciplinar para a pessoa que necessita *adequar* seu corpo à sua identidade de gênero por meio de hormonioterapia e/ou cirurgias”.

Carvalho (2011), ao entrevistar lideranças do Movimento Travesti, relata que no período de criação do PrTr havia inclusive a proposta de um “Processo Travestilizador” em razão da inexistência de políticas públicas para as travestis. Conforme uma de suas entrevistadas, Bárbara Graner, as iniciativas para a criação do PrTr no SUS coincidem com o avanço das reivindicações para realização de cirurgias de modificação corporal (grande parte dos casos eram judicializados) e com a reformulação, em 2002, da Resolução nº 1.482/97 do Conselho Federal de Medicina, que deu origem à Resolução nº 1.652 – a qual retirou o caráter experimental da cirurgia do tipo neocolpovulvoplastia (mantendo, porém, o da cirurgia do tipo neofaloplastia). Em 2006, ainda segundo Bárbara, o Coletivo Nacional de Transexuais (CNT)⁸³

⁸⁰ Em linhas gerais, alteração da genitália masculina para feminina. Atualmente, a Resolução nº 2.265/2019 cita como neovulvovaginoplastia.

⁸¹ Considerada um tipo de faloplastia com retalho microcirúrgico de antebraço ou retalho de outras regiões do corpo para construção do pênis. A cirurgia deixou de ter caráter experimental (isto é, sua realização só era permitida mediante autorização do Sistema CEP/Conep) em 2024, por meio da Portaria GM/MS nº 3.006.

⁸² O parágrafo único do artigo 2º da atual Portaria (2.803/2013) afirma que “compreende-se como usuário(a) com demanda para o Processo Transexualizador os transexuais e travestis”, enquanto a antiga Portaria (1.707/2008) não as citava em momento algum. A Portaria 2.803 ainda não foi atualizada para citar pessoas não-binárias.

⁸³ O CNT foi criado em 2005 a partir do I Encontro Nacional de Transexuais.

foi convidado a participar de um Grupo de Trabalho do Comitê Técnico da Saúde da População LGBT+, que pertencia ao Ministério da Saúde (MS), para pensar um projeto nacional que pudesse regulamentar essas demandas.

Conforme salientamos na seção anterior, o início dos anos 2000 é marcado pela aproximação dos movimentos sociais ao cenário político nacional. Em 2004, pela primeira vez na história, o Movimento de Travestis discutia com o governo federal a criação de uma campanha nacional de combate à discriminação. Foi assim que, elaborada em parceria com a ANTRA, o Ministério da Saúde lançou, em 29 de janeiro de 2004, a campanha “Travesti e Respeito: já está na hora dos dois serem vistos juntos”. Hoje, a data é considerada como o Dia Nacional da Visibilidade Trans, palco de diversas manifestações por todo o Brasil.

Em 2008, oficializa-se, então, o Processo Transexualizador (PrTr) no SUS, instituído pela Portaria nº 1.707. Ampliado e redefinido em 2013, o PrTr tem como 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.

Dessa forma, o PrTr tem como usuárias as pessoas transexuais e as travestis. Sua linha de cuidado é estruturada em dois componentes: atenção básica e atenção especializada. Importante destacar que, conforme as diretrizes apontadas acima, a atenção básica deve ser considerada porta de entrada para o serviço, para, então, ser feito o encaminhamento regulado ao serviço de atenção especializado. Conforme observaremos na próxima seção deste trabalho, essa não é a realidade atual.

O PrTr também é definido em duas modalidades: ambulatorial e hospitalar. A modalidade ambulatorial consiste no acompanhamento clínico, acompanhamento pré e pós-operatório e hormonioterapia. Por sua vez, a modalidade hospitalar é composta pela realização de cirurgias e acompanhamento pré e pós-operatório. Ambas devem promover atenção especializada no PrTr e ser realizadas em estabelecimento de saúde cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), com condições técnicas, instalações físicas e recursos humanos adequados. A equipe mínima para habilitação em modalidade ambulatorial deve ser composta por médico clínico, médico psiquiatra, médico endocrinologista, psicólogo, assistente social e enfermeiro.

Ainda que a atual Resolução nº 2.265/2019 do CFM autorize a hormonioterapia a partir dos 16 anos e a realização de cirurgias de modificação corporal após 1 ano de acompanhamento multiprofissional (com idade mínima de 18 anos), para os atendimentos do PrTr no SUS segue-se a atual Portaria nº 2.803/2013 (a qual mantém a idade de 18 anos para ingresso no serviço e de 21 anos para realização de qualquer cirurgia, após, no mínimo, 2 anos de acompanhamento)⁸⁴.

Acreditamos que a rigidez temporal desconsidera as variadas subjetividades da população trans e travesti e ignora os prejuízos físicos e mentais que as longas esperas podem acarretar. Além disso, parece-nos que tais critérios são apenas continuidades da lógica patologizadora, sem embasamento científico, iniciadas na década de 1960. Em grande parte dos casos, quando as pessoas trans e travestis buscam os serviços de saúde não o fazem para “definirem” sua identidade de gênero – como ponderam os defensores dos longos prazos temporais –, uma vez que isso já está estabelecido em suas vivências, mas para buscar melhorias na sua qualidade de vida. A partir de um suporte profissional, isso poderá ou não incluir intervenções hormonais ou cirúrgicas, mas não deve, jamais, ser condicionada a longos tribunais de espera.

Do contrário, a autodeterminação de gênero das pessoas trans e travestis, considerada por Nascimento (2021) como insurgência ao CISTema, torna-se regulada por instituições e campos do conhecimento que reforçam as relações de poder com base na cisheteronormatividade. Os critérios que cerceiam e moldam as experiências dessas populações no campo da saúde demonstram que tem se decidido sobre e não com as pessoas trans e travestis.

Na próxima página, apresentamos os estabelecimentos cadastrados e habilitados no SCNES para realização do PrTr, na modalidade ambulatorial e hospitalar, até maio de 2024. Os estados com maior número de unidades cadastradas na modalidade ambulatorial são Goiás, Minas Gerais e São Paulo, com 3 estabelecimentos. Bahia, Pernambuco e Rio Grande do Sul aparecem com duas unidades. Espírito Santo, Paraíba, Paraná, Rio de Janeiro, Santa Catarina e

⁸⁴ A hormonioterapia cruzada antes dos 16 anos permanece vedada. Para crianças e adolescentes em estágio pré-púbere é vedada qualquer intervenção hormonal ou cirúrgica, sendo recomendado acompanhamento multiprofissional. O bloqueio hormonal para crianças e adolescentes trans só poderá ser utilizado a partir da puberdade (com início variável entre 8 e 14 anos), em caráter experimental e de acordo com as normas do Sistema CEP/Conep, em hospitais universitários ou de referência para o SUS. O bloqueio hormonal é diferente da hormonioterapia, pois somente impede o desenvolvimento de características sexuais indesejáveis. Para que as mudanças sejam incorporadas ao SUS, no entanto, é necessário que as resoluções passem por avaliação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias, vinculada ao Ministério da Saúde, o que ainda não ocorreu.

Sergipe aparecem com 1 estabelecimento cada⁸⁵. Na coluna “Competência Inicial”, é possível observar o mês e o ano em que os estabelecimentos foram cadastrados.

Nota-se que nenhum foi habilitado entre os anos de 2019 e 2022, o que se repete na modalidade hospitalar (Figura 4). As habilitações só voltam a aparecer, em quantidade expressiva, em 2023. O lapso temporal coincide com o governo do ex-presidente Bolsonaro, o qual abertamente declarou sua agenda conservadora e anti-LGBT. Das 21 unidades assinaladas na Figura 3, somente 6 estão situadas no Nordeste. Não há nenhuma unidade habilitada na região Norte. Para realização de cirurgias, conforme a Figura 4, somente 7 estados possuem unidade com habilitação. O Maranhão não possui nenhuma unidade de saúde habilitada para o PrTr, nem na modalidade ambulatorial, nem na modalidade hospitalar⁸⁶.

Figura 3 – Lista de estabelecimentos cadastrados no SCNES na modalidade ambulatorial para realização do Processo Transexualizador no SUS (Maio/2024)

UF	CNES	Estabelecimento	Competência Inicial	Competência Final	Leitos SUS	CNPJ Próprio	CNPJ Mantenedora
BA	4031415	CEDAP CENTRO EST ESPECIALIZADO EM DIAG ASSIST E PESQUISA	04/2024	----		13937131007154	13937131000141
BA	0003816	HOSPITAL UNIVERSITARIO PROFESSOR EDGARD SANTOS	07/2018	----		15180714000287	15180714000104
ES	4044916	HOSPITAL UNIVERSITARIO CASSIANO ANTONIO MORAES HUCAM	02/2018	----		15126437000658	
GO	2338424	HOSPITAL DAS CLINICAS	12/2016	----		01567601000224	01567601000143
GO	2338734	HOSPITAL ESTADUAL DR ALBERTO RASSI HGG	09/2023	----			02529964000157
GO	4071468	NABS	03/2023	----			23455313000130
MG	2146355	HOSPITAL DE CLINICAS DE UBERLANDIA	12/2016	----		15126437003835	
MG	2181770	HOSPITAL EDUARDO DE MENEZES	03/2023	----		19843929001182	19843929000100
MG	2218798	HOSPITAL UNIVERSITARIO DA UFJF	06/2023	----			21195755000169
PB	2399717	COMPLEXO DE DOENCAS INFECTO CONTAGIOSAS CLEMENTINO FRAGA	10/2018	----		08778268000594	08778268000160
PE	0000396	HOSPITAL DAS CLINICAS	10/2014	----		15126437001620	24134488000108
PE	0000590	US 128 POLICLINICA LESSA DE ANDRADE	05/2024	----			10565000000192
PR	0015253	CRE METROPOLITANO	12/2016	----			76416866000140
RJ	2270803	SES RJ I INST EST DIABET ENDOCRINOLOGIA IEDE	12/2016	----		42498717000821	42498717000155
RS	2252694	HOSPITAL ESCOLA DA UFPEL	04/2024	----		15126437002359	
RS	2707675	HOSPITAL UNIVERSITARIO DR MIGUEL RIET CORREA JUNIOR	06/2023	----		15126437003088	
SC	0019313	POLICLINICA MUNICIPAL CENTRO	06/2023	----			82892282000143
SE	6568343	HOSPITAL UNIV MONSENHOR JOAO BATISTA DE CARVALHO DALTRO	06/2023	----		15126437003169	
SP	2097036	AMBULATORIO DE DOENCAS CRONICAS TRANSMISSIVEIS	03/2023	----			46588950000180
SP	2077957	CENTRO DE REFERENCIA E TREINAMENTO DST AIDS SAO PAULO	12/2016	----		46374500012109	46374500000194
SP	2078015	HC DA FMUSP HOSPITAL DAS CLINICAS SAO PAULO	12/2016	----		56577059000100	

Fonte: CNES/DataSUS.

⁸⁵ Outras unidades de saúde, que realizam atendimento ambulatorial especializado à população trans e travesti e que não necessariamente são habilitadas pelo Ministério da Saúde para o Processo Transexualizador, podem ser encontradas aqui: <https://antrabrazil.org/2020/07/27/como-acessar-o-sus-para-questoes-de-transicao/>.

⁸⁶ Apesar de não serem habilitados pelo Ministério da Saúde para o Processo Transexualizador, o Maranhão possui dois ambulatórios especializados para o atendimento à população trans e travesti, os quais serão abordados na próxima seção.

Figura 4 – Lista de estabelecimentos cadastrados no SCNES na modalidade hospitalar para realização do Processo Transexualizador no SUS (Maio/2024)

UF	CNES	Estabelecimento	Competência Inicial	Competência Final	Leitos SUS	CNPJ Próprio	CNPJ Mantenedora
GO	2338424	HOSPITAL DAS CLINICAS	12/2016	----		01567601000224	01567601000143
GO	2338734	HOSPITAL ESTADUAL DR ALBERTO RASSI HGG	09/2023	----			02529964000157
MG	2218798	HOSPITAL UNIVERSITARIO DA UFJF	04/2023	----			21195755000169
PA	7967012	HOSPITAL JEAN BITAR	03/2023	----			05054929000117
PE	0000396	HOSPITAL DAS CLINICAS	10/2014	----		15126437001620	24134488000108
RJ	2295415	HOSPITAL UNIVERSITARIO GAFFREE E GUINLE	03/2023	----		34023077000280	34023077000107
RS	2237601	HOSPITAL DE CLINICAS	03/2023	----		87020517000120	
RS	2707675	HOSPITAL UNIVERSITARIO DR MIGUEL RIET CORREA JR	06/2023	----		15126437003088	
SP	2078015	HC DA FMUSP HOSPITAL DAS CLINICAS SAO PAULO	12/2016	----		56577059000100	

Fonte: CNES/DataSUS.

Nascimento (2021) não concorda com a utilização do termo “processo transexualizador”, pois acredita que reforça a perspectiva de que os corpos cisgêneros são naturais e os corpos trans não – devendo estes últimos passarem por um “processo” a fim de serem reconhecidos ou legitimados. Sua compreensão é compartilhada por diversos ativistas dos movimentos trans e travestis, que consideram o serviço uma continuidade da patologização de suas identidades. Segunda a autora,

[...] “processo” parece demarcar que apenas os corpos trans passam por um processo de fabricação dos seus gêneros, quando, na verdade, todas nós fabricamos nossas corporalidades em um processo ininterrupto. Além do mais, a metáfora imposta pela expressão “processo transexualizador” faz pensar a existência de uma máquina na qual entramos e “mudamos nossos corpos”, ou, ainda, traz a ideia de início e fim, quando, na verdade, o processo de fazer corpos nunca está acabado (Nascimento, 2021, p. 93).

A crítica ao PrTr não impede, no entanto, que Nascimento (2021, p. 94) reconheça a necessidade de se debater sobre a construção de políticas públicas que garantam, no âmbito do SUS, “a hormonização, cirurgias de redesignação sexual, mamoplastia masculinizadora, mamoplastia de aumento, procedimentos para remoção de pelos a laser, cirurgias de histerectomia”, entre outros, considerando que são demandas legítimas da população trans e travesti, com impactos para sua saúde física e mental.

Na opinião de Keila Simpson (2015, p. 13), “o Ministério da Saúde foi o que mais efetivou as propostas de políticas para a população LGBT”. Sobre o assunto, a autora faz menção à Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT), aprovada em 2009 pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e instituída por meio da Portaria nº 2.836/2011. A política tem como objetivo promover a saúde integral deste público, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, bem como

contribuindo para a redução das desigualdades e a consolidação do Sistema Único de Saúde como sistema universal, integral e equitativo. A PNSILGBT traz uma importante consideração no âmbito da saúde: o reconhecimento dos efeitos da discriminação em face da orientação sexual e identidade de gênero como determinantes do processo saúde-doença.

Desde sua aprovação, em 2009, até sua instituição, em 2011, a PNSILGBT foi palco de um processo conflituoso e demorado de apreciação. De acordo com Ferreira e Nascimento (2022, p. 3830), “o pano de fundo foram as eleições presidenciais de 2010, que colocaram as questões de diversidade sexual e de gênero em linha de guerra pela bancada evangélica entre deputados e senadores”. Após mais de uma década de sua implantação, alguns avanços foram observados, como a elaboração de políticas estaduais de saúde LGBT, a criação de coordenações estaduais e a habilitação de novos hospitais para o Processo Transexualizador. No entanto, sua implementação esbarra na falta de recursos financeiros e na precária formação de recursos humanos. Ademais, o cenário político das gestões estaduais e municipais corroboram para o avanço ou não das diretrizes da política nacional, uma vez que sua concretização exige gestão participativa e compartilhada.

As dificuldades de implantação da política nacional nos fazem refletir sobre o histórico sucateamento e subfinanciamento do SUS, alavancado pela apropriação, para fins de ajuste fiscal, de recursos originalmente destinados ao orçamento da seguridade social. Importante lembrar que os cortes orçamentários à política de saúde, por se tratar de uma política universal, são ainda mais impactantes na precarização das condições de vida da população.

Menezes, Moretti e Reis (2019), ao analisarem os efeitos da política de austeridade sobre o SUS, apontam que o novo regime fiscal, criado a partir da política de Teto de Gastos de 2016 (Emenda Constitucional nº 95), transformou o subfinanciamento crônico da saúde em total desfinanciamento. Entre 2003 e 2017, as despesas federais de saúde passaram de 58% para 43% das despesas públicas totais – o que significa o sobrecarregamento dos estados e municípios no que tange ao financiamento da saúde e ao atendimento das demandas dela decorrentes. Para os autores, as medidas de gestão e financiamento do SUS são materializadas em um sistema de valores estranhos a seus pressupostos constitucionais, porém compatíveis com o projeto neoliberal.

A seguir, apresentamos um quadro expositivo com os principais marcos históricos e normativos na construção de políticas públicas para a população trans e travesti (com destaque para a área da saúde), haja vista que, neste tópico, detalhamos apenas alguns deles. Incluímos também aqueles que, ainda que não tenham tido foco específico na população trans e travesti, foram fundamentais na oferta de bases para reivindicações futuras.

Quadro 1 – Marcos histórico-normativos na construção de políticas públicas para a população trans e travesti no Brasil

Nome/Ano	Descrição
1992	Ano de criação da ASTRAL. No Piauí, Katia Tapety é a primeira travesti eleita parlamentar no Brasil, como vereadora do município de Colônia do Piauí.
Resolução CFM nº 1.482/1997	Autoriza a título experimental a realização de cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia e neofaloplastia.
1997	1ª Parada do Orgulho LGBT no Brasil, em São Paulo.
Resolução CFM nº 1.652/2002	Dispõe sobre a cirurgia de “transgenitalismo” e revoga a Resolução CFM nº 1.482/97, retirando caráter experimental da neocolpovulvoplastia.
Portaria nº 2.227/2004	Dispõe sobre a criação do Comitê Técnico para a formulação de proposta da política nacional de saúde da população de gays, lésbicas, transgêneros e bissexuais - GLTB.
2004	Instituição do “Brasil Sem Homofobia – Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual”, do governo federal.
2004	Instituição da campanha “Travesti e Respeito: já está na hora dos dois serem vistos juntos”, pelo Ministério da Saúde, em parceria com a ANTRA.
Portaria GM/MS nº 675/2006	Aprova a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, a qual assegura o direito ao uso do nome social em estabelecimentos do SUS.
2006	Representação da população LGBT no Conselho Nacional de Saúde.
Resolução CFESS nº 489/2006	Estabelece normas vedando condutas discriminatórias ou preconceituosas, por orientação e expressão sexual por pessoas do mesmo sexo, no exercício profissional do assistente social, regulamentando princípio inscrito no Código de Ética Profissional.
2006	Princípios de Yogyakarta - documento que delimita princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero.
2007	A 13ª Conferência Nacional de Saúde traz destaques sobre a saúde da população LGBT.
2007	Convocação, por decreto presidencial, da I Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais.
Portaria-GS nº 16/2008	Estabelece que todas as Unidades Escolares da Rede Pública Estadual do Pará passarão a registrar, no ato da matrícula dos alunos, o pré-nome social de Travestis e Transexuais. Foi o primeiro ato normativo sobre o assunto no Brasil.
Portaria nº 1.707/2008	Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.
Decreto nº 7.037/2009	Aprova o Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3) e dá outras providências.
2009	Elaboração do Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos LGBT.
Portaria nº 233/2010	O Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão assegura aos servidores públicos, no âmbito da Administração Pública Federal direta, autárquica e fundacional, o uso do nome social adotado por travestis e transexuais.
Resolução CFESS nº 615/2011	Dispõe sobre a inclusão e uso do nome social da assistente social travesti e do(a) assistente social transexual nos documentos de identidade profissional.
Resolução CFP nº 14/2011	Dispõe sobre a inclusão do nome social no campo “observação” da Carteira de Identidade Profissional do Psicólogo e dá outras providências.
Portaria MS nº 2.836/2011	Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT).
Jurisprudência – STF/2011	Equiparação entre uniões estáveis homoafetivas e heteroafetivas.
Portaria nº 767/2013	Institui o Comitê Nacional de Políticas Públicas LGBT, no âmbito da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República.
Portaria nº 2.803/2013	Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS).
Resolução Conjunta MJ/CNCP nº 1/2014	Estabelece parâmetros de acolhimento de LGBT em privação de liberdade no Brasil.

2014	Inclusão na Ficha de Notificação e Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e Outras Violências, integrante do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/SUS), de questões relativas à orientação sexual e identidade de gênero.
Jurisprudência – STF/2015	Descriminalização da homossexualidade no âmbito militar.
Decreto nº 8.727/2016	Dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional.
Jurisprudência – STF/2017	Equiparação de regime sucessório entre cônjuges e companheiros em união estável homoafetiva.
Resolução CFESS nº 845/2018	Dispõe sobre atuação profissional do/a assistente social em relação ao processo transexualizador.
Resolução CFP nº 1/2018	Estabelece normas de atuação para as psicólogas e os psicólogos em relação às pessoas transexuais e travestis.
Jurisprudência – STF/2018	Direito à substituição de prenome e sexo no registro civil para pessoas trans, independentemente da cirurgia de transgenitalização ou da realização de tratamentos hormonais ou patologizantes.
Resolução CFM nº 2.265/2019	Dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero e revoga a Resolução CFM nº 1.955/2010.
Jurisprudência – STF/2019	Criminalização da LGBTfobia.
Jurisprudência – STF/2020	Constitucionalidade da educação sexual e de gênero nas escolas.
Jurisprudência – STF/2020	Direito a doação de sangue por homens que fazem sexo com outros homens (HSM).
Jurisprudência – STF/2021	Direito à escolha para presas transexuais e travestis em cumprir penas em estabelecimento prisional feminino ou masculino.
Decreto nº 11.471/2023	Institui o Conselho Nacional dos Direitos das Pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Queers, Intersexos, Assexuais e Outras.
2023	Criação da Secretaria Nacional dos Direitos das Pessoas LGBTQIA+ e retomada do Conselho Nacional dos Direitos das Pessoas LGBTQIA+.

Fonte: Elaboração da autora.

No Maranhão, de acordo com texto da Política Estadual de Saúde Integral LGBTI+, lançado em 2023, “poucos foram os avanços em políticas direcionadas à proteção dos direitos da população LGBTI+, aspecto esse que tem favorecido o processo de discriminação no estado por orientação sexual e identidade de gênero” (Secretaria Estadual de Saúde, 2023, p. 20)⁸⁷. A política foi construída a partir da metodologia de escutas participativas⁸⁸ e contou com a

⁸⁷ Ainda que seja difícil assinalar em números, de forma fidedigna, essa realidade (em decorrência da subnotificação e inexistência de iniciativas de mapeamento por parte do poder público), algumas aproximações nos permitem discorrer sobre o quadro. O Observatório de Políticas Públicas LGBTI+ do Maranhão apontou 15 vítimas da LGBTIfobia no estado em 2021, ao passo que em 2020 foram 10. Em 2021, foram 13 homicídios e 2 suicídios, sendo 10 vítimas gays, 4 travestis e transexuais e 1 bissexual; 80% eram negras; das 15 vítimas, 11 possuíam menos de 35 anos. O avanço da LGBTIfobia é sentido no fato de que mais de 70% dos casos foram identificados como crimes brutais com requintes de crueldade.

⁸⁸ Foram realizadas 6 escutas de forma presencial, entre 2019 e 2020, e 3 escutas virtuais, em 2021 (obedecendo aos critérios da pandemia da Covid-19), envolvendo gestores, profissionais de saúde e movimentos sociais. As regionais reunidas nas escutas de forma presencial foram: Pinheiro, Caxias, Bacabal, Imperatriz e a Região Metropolitana (São Luís, Paço do Lumiar, Raposa e São José de Ribamar). Nas escutas virtuais, estiveram envolvidos municípios de 3 macrorregionais do Maranhão: Norte (São Luís, Rosário, Pinheiro, Viana, Santa Inês, Bacabal, Chapadinha, Itapecuru Mirim, Zé Doca), Sul (Imperatriz, Balsas, Açailândia, Barra do Corda) e Leste (Caxias, Codó, Presidente Dutra, Pedreiras, Timon, São João dos Patos) (Secretaria Estadual de Saúde, 2023).

coordenação da Secretaria de Estado da Saúde (SES), representada pelo Comitê Técnico de Saúde da População LGBTI+, em parceria com o Fórum Estadual de ONGs LGBTI+ do Maranhão. Sua criação significou uma conquista histórica do Movimento LGBTI+ no Maranhão, a partir das deliberações das Conferências Estaduais e Nacionais de Saúde e de Políticas Públicas e Direitos Humanos de LGBTI+.

Apesar do cenário maranhense ser desafiador, no que tange aos avanços das pautas LGBTI+, destacamos alguns deles no quadro 2.

Quadro 2 – Marcos histórico-normativos na construção de políticas públicas para a população trans e travesti no Maranhão

Nome/Ano	Descrição
Lei Ordinária Estadual nº 8.444/2006	Dispõe sobre penalidades a serem aplicadas à prática de discriminação em virtude de orientação sexual.
Decreto nº 23.818/2008	Convoca a I Conferência Estadual de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais do Maranhão.
Resolução nº 242/2010	O Conselho Estadual de Educação/CEE determina a inclusão do nome social de travestis e transexuais nos registros internos de documentos escolares das instituições de ensino integrantes do Sistema Estadual de Ensino do Maranhão.
Lei Estadual nº 9.427/2011	Institui o dia 17 de maio como o Dia Estadual de Combate à Homofobia no Estado do Maranhão.
Resolução DPGE nº 09/2011	Estabelece o direito ao uso e tratamento pelo nome social às travestis e transexuais, no âmbito da Defensoria Pública do Estado do Maranhão.
2013	Lançamento do Plano Estadual de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT do Maranhão (2013-2023) e do Programa Maranhão Sem Homofobia.
Portaria SEDIHC nº 022/2014	Fica criado, no âmbito da Secretaria de Estado dos Direitos Humanos, Assistência Social e Cidadania, o Comitê Estadual de Enfrentamento à Homo-Lesbo-Transfobia do Maranhão.
Lei Estadual nº 10.333/2015	Dispõe sobre a criação do Conselho Estadual dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais do Maranhão.
Decreto Estadual nº 30.660/2015	Dispõe sobre a reorganização da Secretaria de Estado dos Direitos Humanos e Participação Popular (SEDIHPOP), incluindo na Secretaria-Adjunta dos Direitos humanos a Coordenadoria de Promoção dos Direitos da População LGBT.
Resolução CONSUN/UFMA nº 242/2015	O Conselho Universitário da UFMA aprova o uso do nome social no âmbito da instituição, o que garante que servidores/as, estudantes, professores/as e usuários/as sejam tratados de acordo com sua identidade de gênero.
Ato Regulamentar GPGJ – nº 10/2017	Regulamenta a atuação do Ministério Público do MA na proteção do direito fundamental à não discriminação e não submissão a tratamentos desumanos e degradantes de pessoas travestis e transexuais, especialmente quanto ao direito ao uso do nome social.
Instrução Normativa SEAP nº 05/2018	Determina os parâmetros de acolhimento de LGBT em privação de liberdade no Sistema Penitenciário do estado do Maranhão.
Lei Ordinária nº 11.021/2019	Dispõe sobre o reconhecimento e direito do uso do nome social para pessoas trans nos órgãos da Administração Pública Estadual do Maranhão e dá outras providências.
Resolução GP nº 47/2020	Institui o Comitê da Diversidade no âmbito do poder judiciário do estado do Maranhão.
Portaria/SES/MA nº 669/2020	Institui o Comitê Técnico de Saúde da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais - LGBT no âmbito da Secretaria de Saúde Estado do Maranhão.
Portaria FUNAC nº 147/2021	Dispõe sobre os parâmetros para acolhimentos de adolescentes com respeito à sua orientação sexual e identidade de gênero no âmbito das Unidades de Atendimento da FUNAC.

Lei Estadual nº 11.521/2021	Estabelece a notificação compulsória, em todo Estado do Maranhão, no caso de violência ou indícios de violência contra a população LGBT, atendida em serviços de saúde pública ou privada.
Provimento nº 30/2021 – CGJ-MA	Regulamenta o procedimento para a alteração do prenome e do gênero de pessoas transgênero diretamente nas serventias extrajudiciais de registro civil do estado do Maranhão.
Decreto nº 37.697/2022	Institui a Rede Estadual de Promoção, Defesa, Proteção e de Articulação de Políticas Públicas para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Intersexos e Queer no estado do Maranhão.
Lei Estadual nº 11.827/2022	Estabelece a obrigatoriedade de fixação de placas informativas que proíbam a discriminação em razão de orientação sexual ou identidade de gênero em ambientes públicos e privados no Maranhão.
Resolução nº 3.058/2023 - CONSEPE/UFMA	Institui a Política de Ações Afirmativas nos cursos de pós-graduação <i>stricto sensu</i> ou <i>lato sensu</i> gratuitos da Universidade Federal do Maranhão, o qual estabelece que todos os cursos de pós-graduação devem adotar ações afirmativas para inclusão e/ou permanência, no corpo discente de seus cursos, de pessoas com deficiência (PcD), negras (pretas e pardas), indígenas, quilombolas, trans (transgêneros e transexuais) e em situação de baixa renda.

Fonte: Elaboração da autora.

Observa-se, nos quadros anteriores, forte atuação do Poder Judiciário e Executivo, em detrimento do Poder Legislativo. O histórico conservadorismo do Congresso Nacional, assim como de Assembleias Legislativas e Câmaras Municipais espalhadas pelo Brasil, expresso mais recentemente pela atuação da bancada evangélica – crescente nas últimas duas décadas⁸⁹ –, tem sido um dos principais obstáculos para a concretização dos direitos da população LGBTI+⁹⁰.

Diante do “travamento da agenda no Poder Legislativo” (Quinalha, 2022, p. 116), o campo das políticas públicas implementadas pelo Poder Executivo em diferentes níveis federativos, assim como a atuação do Poder Judiciário, tem se constituído como arenas privilegiadas para o avanço dos direitos da população LGBTI+, em especial da população trans e travesti. O que não significa que estes dois espaços transcorram dessa forma sem disputas, pelo contrário, também expressam, em muitos momentos, o elitismo de suas composições.

Em 2018, a concretização legal sobre o direito à identidade de gênero diretamente no cartório, sem a anterior necessidade de laudo médico, autorização judicial ou comprovação de realização de cirurgia de modificação corporal, veio do Supremo Tribunal Federal (STF), bem

⁸⁹ O aumento da bancada evangélica também acompanha o aumento no número de fiéis no Brasil. Entre 2000 e 2010, o aumento foi de 61% no número de evangélicos no país, segundo dados de 2010 do Censo IBGE. A Frente Parlamentar Evangélica, criada em 2003, atualmente tem 228 integrantes no Congresso Nacional (202 deputados federais e 26 senadores) e é composta por 15 partidos, inclusive da base aliada do atual Governo Lula. Em 2015, eram apenas 90 parlamentares.

⁹⁰ Nos governos presidenciais Temer (2016-2018) e Bolsonaro (2019-2022), a extinção de ministérios estratégicos (reduzidos de 35 no governo Dilma, para 29 no governo Temer e, posteriormente, para 22 no governo Bolsonaro), assim como a fusão de outros, dificultou o avanço de políticas públicas para grupos de minorias sociais. O Ministério dos Direitos Humanos passou a ser chamado a partir de 2019 de Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos, comandado pela pastora evangélica Damarens Alves. Bolsonaro, no mesmo ano, assinou uma medida provisória que retirou a população LGBTI+ das diretrizes da pasta. Nesse período, também tivemos a extinção do Ministério do Trabalho e do Ministério da Cultura.

como o direito à escolha para presas trans e travestis em cumprir penas em estabelecimento prisional feminino ou masculino, em 2021.

A constatação acima não quer dizer que tais conquistas foram alcançadas sem pressão por parte dos movimentos sociais. O direito ao uso do nome social, à identidade de gênero autopercebida, ao acesso aos serviços de saúde, educação e assistência social, além do combate à violência e à discriminação, foram algumas das pautas dos Movimentos de Travestis e Transexuais ao longo dos últimos anos.

Sabe-se que os critérios de naturalização do gênero, com papéis e padrões bem cristalizados, não são recentes na história da humanidade. No entanto, na era da estigmatização das “disforias”, o campo médico-psi não foi o único a se debruçar sobre o assunto, resguardadas as intenções de cada um. Grupos cristãos, antigos defensores das normas de gênero e sexualidade, têm cada vez mais vociferado seu ódio contra a população trans e travesti.

Nos últimos anos, a bancada evangélica no legislativo brasileiro, vinculada à extrema-direita, tem realizado forte campanha contra os direitos da população LGBTI+, além de outros segmentos. Isso se intensifica com a eleição de Jair Bolsonaro, em 2018, para a presidência do Brasil. Longe de inaugurar o conservadorismo no país, seu mandato, na verdade, reabre as portas de uma ala que nunca deixou de existir⁹¹.

Após as eleições de 2014, o diretor do Departamento Intersindical de Assessoria Parlamentar (DIAP), Antônio Augusto Queiroz, afirmou que: “O novo Congresso [Nacional] é, seguramente, o mais conservador do período pós-1964”. Em que pese as preocupações sobre os rumos políticos à época, uma questão levantada por Quadros e Madeira (2018, p. 493), e que diz respeito à nossa discussão, é que debates como o combate à LGBTfobia, por exemplo, não faziam parte das pautas levantadas, digamos, nas eleições de 1982. Certamente, se o fizessem, seria “[...] difícil supor que teriam menor resistência naquela legislatura em comparação com a atual”. Ainda assim, não é possível negar que o projeto anti-LGBT, orquestrado por esses grupos, chegou recentemente a um novo patamar.

O advento das religiões neopentecostais nas últimas décadas traduz-se, portanto, na criação de uma “bancada evangélica” no legislativo, a qual utiliza o espaço público para defender seus interesses políticos e religiosos. A demonização (com sucesso) do projeto “Escola

⁹¹ Quadros e Madeira (2018) avaliam que, ainda que não tenha havido, desde a redemocratização (e até recentemente), partidos políticos capazes de representarem os interesses de uma extrema-direita a nível nacional e de forma orgânica, isso não significa que seus valores não tenham sido levados a diante de outras formas.

Sem Homofobia”⁹², formulado em 2011 e transformado em “Kit Gay” por seus opositores, com reverberações até hoje, é um exemplo do poder de pressão exercido por essa bancada.

O Projeto de Lei (PL) nº 122/2006, o qual pretendia criminalizar a discriminação motivada pela orientação sexual e pela identidade de gênero, sofreu fortes ataques por parte de deputados e senadores evangélicos, os quais promoveram um abaixo-assinado com mais de 1 milhão de assinaturas defendendo voto contrário. O projeto, após anos parado no Senado Federal, foi arquivado. Em 2016, deputados criaram proposta para revogar o Decreto Presidencial nº 8.727/2016 (mencionado no Quadro 1), que tratava do direito ao nome social de transexuais e travestis. Dentre os apoiadores da proposta para revogação, Pastor Marco Feliciano, Pastor Eurico e os católicos Eros Biondini e Givaldo Carimbão.

No Maranhão, a Lei nº 11.827/2022 (Quadro 2), sancionada pelo governador Carlos Brandão, foi duramente criticada por comunidades religiosas. A lei, que determina a obrigatoriedade de fixação de placas proibindo a discriminação por orientação sexual ou identidade de gênero, foi alvo de *fake news*, na qual foi transformada em uma lei que tratava exclusivamente do uso do banheiro público, o que, por si só, já retoma discussões transfóbicas.

Observa-se, portanto, que congressistas (e seus eleitores) evangélicos têm se debruçado fortemente numa agenda política antitrans, negando ou tentando barrar qualquer avanço sobre os direitos dessa população. Entre os principais temas discutidos estão: o debate sobre gênero e sexualidade nas escolas, o uso da linguagem neutra, participação de atletas trans em competições esportivas e uso do banheiro público. De acordo com levantamento da Folha de São Paulo (2024), há pelo menos 77 leis municipais e estaduais antitrans em vigor em 18 estados do Brasil, sendo que mais de um terço entrou em vigor em 2023. Os proponentes das leis alegam que o conteúdo está relacionado à “liberdade religiosa” e à “proteção a crianças e adolescentes”, quando, na verdade, se trata da institucionalização da transfobia.

O levantamento apontou que há 77 leis antitrans em vigor, sendo em 5 na esfera estadual e 72 na esfera municipal. Quando observamos as leis por categoria, 30 tratam de linguagem neutra, 26 do uso de banheiros públicos, 14 sobre educação, 2 sobre esporte, 2 sobre publicidade, 2 sobre “Paradas LGBTI+” e 1 sobre saúde⁹³. A pesquisa também mostrou o

⁹² O projeto tinha intenção de realizar ações que promovessem ambientes políticos e sociais favoráveis à garantia dos direitos humanos e da respeitabilidade das orientações sexuais e identidades de gênero no âmbito escolar. Na prática, houve a distribuição de um kit informativo nas escolas públicas.

⁹³ De acordo com o jornal, as leis que tratam sobre a linguagem neutra “proíbem o uso de neologismos como “todes” e “elu/delu” em escolas e na administração pública”; as leis sobre banheiros trazem “normas que estabelecem o sexo biológico como critério de acesso a sanitários, ou vetam a instalação de banheiros unissex”; as leis sobre educação “impedem atividades pedagógicas e materiais didáticos relacionados à temática de gênero”; as leis sobre esporte “estabelecem o sexo biológico como único critério para determinar o gênero de competidores em torneios esportivos”; as leis sobre publicidade “proíbem propagandas com alusão a orientação sexual e

crescimento exorbitante na aprovação de tais leis, visto que em 2015 foram identificadas somente 4 leis antitrans. As unidades federativas com leis estaduais antitrans foram Amazonas, Rondônia e Paraná. Os estados que não apresentaram municípios com leis antitrans foram: Maranhão, Piauí, Ceará, Amapá, Acre, Rondônia e Mato Grosso do Sul.

Sobre projetos de lei, a situação é ainda mais preocupante: foram 293 proposições em 2023 – 124 na esfera municipal, 124 na estadual e 45 na federal. Até o momento, 245 ainda estão em tramitação, 30 foram arquivados, 7 aprovados e 11 promulgados. Os principais partidos dos autores dos projetos foram PL (91), Republicanos (29), União Brasil (23), PP (17) e MDB (8).

Por outro lado, não podemos deixar de mencionar que os movimentos LGBTI+ tem se articulado para frear essa realidade. Nas eleições de 2022, foram registradas 356 candidaturas LGBTI+. Destas, 20 foram eleitas e 233 ficaram como suplentes (Aliança Nacional LGBTI+, 2022). Em 2023, 20 parlamentares criaram a primeira bancada nacional LGBTI+, com o objetivo de combater os ataques mencionados acima, orquestrados principalmente pela extrema-direita. A bancada conta com as deputadas federais Erika Hilton (PSOL-SP) e Duda Salabert (PDT-MG) e as deputadas estaduais Linda Brasil (PSOL-SE), Dani Balbi (PCdoB-RJ) e Carolina Iara (PSOL-SP) – única parlamentar intersexo nas Américas.

Em São Luís, o Coletivo Nós (PT)⁹⁴, primeiro mandato coletivo na história do legislativo maranhense, tem atuado na defesa dos direitos da população LGBTI+ na Câmara Municipal de Vereadores. Em 2023, o PL nº 223, de autoria do Coletivo Nós, que cria o Conselho Municipal dos Direitos LGBTQIA+, foi aprovado. O Coletivo também possui outros projetos, a exemplo do PL nº 167/2022, aprovado em 2024 e que dispõe sobre a reserva de vagas de emprego ou estágio para mulheres e homens trans e para travestis em empresas privadas com mais de 100 funcionários, que recebam incentivos fiscais ou possuam contratos com a prefeitura de São Luís.

Portanto, se temos, de um lado, conservadorismos e ataques, também temos, de outro, contraposições e resistências. A história nos tem mostrado que as mudanças sociais ora apresentadas devem ser compreendidas nas suas contradições, as quais, por sua vez, revelam as forças motrizes capazes de modificar a sociedade. É assim que o Brasil, o país que mais mata a

identidade de gênero relacionadas a crianças e adolescentes”; as leis sobre Paradas LGBTI+ “restringem a ida de crianças e adolescentes a eventos LGBTQIA+, como as Paradas do Orgulho, ou proíbem seu financiamento” e a lei sobre saúde apresenta “normas que impedem o acesso de menores de idade trans a bloqueadores de puberdade e hormônios”, apesar dessas práticas já serem regulamentadas pelo Conselho Federal de Medicina.

⁹⁴ O Coletivo Nós é representado por seis co-vereadores: Flávia Almeida, Eunice Chê, Raimunda Oliveira, Eni Ribeiro, Jhonatan Soares e Delmar Matias.

população trans e travesti no mundo, também obteve recorde de candidaturas trans em 2020. Nesse ano, Erika Hilton foi a vereadora mais votada no estado de São Paulo. A parlamentar, agora deputada federal, também é a atual líder da bancada de seu partido (PSOL) no Congresso Nacional.

São esses avanços que mexem no “vespeiro” da cisheteronormatividade e do patriarcado, mostram a correlação de forças em ação e acendem reações, de ambos os lados. Uma sociedade essencialmente conservadora e autoritária, como a nossa, jamais esteve aberta ao progresso das discussões sobre a diversidade de gênero e sexual, o que corrobora a importância das conquistas alcançadas pelos movimentos sociais LGBTI+ e citadas ao longo desta seção. Verificamos que as transformações, mesmo a nível mais aparente, estão ancoradas em muitas histórias de luta e atos de resistência. Entretanto, estes não podem e nem dever ser encerrados no plano da emancipação política. Cientes dessa realidade, os Movimentos de Travestis e Transexuais, ao mesmo tempo que *resistem* para que possam continuar *existindo*, em contextos de vigência de muitas desigualdades e iniquidades sociais, privatização e mercantilização de direitos basilares como os de saúde, também têm exposto angústias e reflexões nas suas formas de *reação*, nessa dinâmica que entrecruza inclusão e exclusão.

A seguir, abordaremos a realidade maranhense no que tange ao atendimento à saúde da população trans e travesti a partir de reflexões sobre o Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA, o qual atualmente é administrado pela EBSEH. Propomos uma imersão no cotidiano daqueles que constroem e frequentam o serviço, a partir de suas falas, a fim de estabelecer conexões com as contradições expostas nas duas seções até aqui.

4 SIGO PELO LADO OPOSTO PARA EXISTIR E REAGIR: contradições, avanços e desafios que permeiam o direito social à saúde da população trans e travesti

Inocência
Desprotege
Não vê, não percebe
Descobre-se estranho
Pelo outro
E dói
Ver em outros olhos
Sua caricatura
Quem entenderia
Tamanha loucura
Acreditar ser
O que realmente se quer ser
Não o que lhe está (im)posto
Pois, se desperta desgosto
Melhor
Pois sigo do lado oposto

(Virgínia Guitzel)

22 de novembro de 2023. Manhã. Estou sentada em uma das cadeiras dispostas no corredor do prédio onde funciona o Ambulatório de Sexualidade/HUUFMA. Grande parte dos atendimentos é realizado no segundo andar do prédio – local com estrutura física limitada, uma vez que possui apenas uma escada como forma de acesso. Pessoas com mobilidade reduzida não conseguem chegar até a maioria das salas de atendimento do prédio, que também possui corredores estreitos.

Como de costume, faço minhas observações e interajo com aqueles e aquelas que aguardam atendimento. Após algum tempo, o corredor que me encontro fica menos lotado. Nele, apenas eu e duas usuárias. De repente, uma delas conversa comigo e pergunta se trabalho ali, provavelmente após ter presenciado minhas interações com outros profissionais de saúde naquela manhã. Respondo que não, que estou realizando uma pesquisa e questiono se poderia ajudá-la em algo. Tímida, ela me mostra o papel do agendamento de sua consulta – um pouco

apagado devido ao material mais frágil. Pede que eu identifique o nome do profissional, pois é sua primeira consulta e não sabe se está aguardando no corredor certo. Percebo que, junto do pequeno papel há outro, maior, de outra unidade de saúde. Trata-se de encaminhamento para o Ambulatório de Sexualidade, realizado por uma médica da rede de Atenção Básica à Saúde do município de São Luís. Nele, leio rapidamente o motivo do encaminhamento: “transtorno de identidade de gênero”.

O breve relato acima nos aponta duas questões, as quais analisaremos, dentre outras, neste tópico: o princípio da integralidade da saúde e a persistência da patologização das existências de pessoas trans e travestis.

A integralidade, ao lado da universalidade e da equidade, são princípios doutrinários do SUS. Tanto a universalidade, quanto a integralidade estão dispostas no artigo 7º da Lei nº 8.080/1990. A primeira garante o acesso universal aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência e a segunda determina que as ações e os serviços de saúde devem ser articulados e contínuos. Outros princípios dão suporte a esse entendimento, como a igualdade, a preservação da autonomia, a participação da comunidade e a descentralização político-administrativa.

Disso é possível apreender que a saúde é um direito fundamental do ser humano, de responsabilidade do Estado em cooperação com a sociedade. De acordo com a Lei nº 8.080, 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. Temos, assim, o fim da dicotomia expressa entre promoção, prevenção e reabilitação, com ênfase agora na prevenção.

Constituído em 1988, o SUS só é regulamentado dois anos depois, por meio das Leis Orgânicas nº 8.080⁹⁵ e nº 8.142⁹⁶. O lapso temporal fez com que as leis fossem sancionadas em outro contexto político, mais permeável à pressão de grupos alinhados aos interesses privados. A derrota do Partido dos Trabalhadores (PT) na disputa presidencial de 1989 e a consequente eleição de Fernando Collor garantiu, no campo da saúde e em meio à grave crise econômica, a adoção explícita à política neoliberal.

⁹⁵ Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes, expondo os objetivos do SUS, suas competências e atribuições, assim como as funções da união, dos estados e dos municípios. O texto tem raízes profundas nas proposições do MRS, esboçadas nos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde.

⁹⁶ Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Entrava em cena o início de um sistemático processo de oposição ao SUS. O governo Collor adiou a convocação da IX Conferência Nacional da Saúde, assim como a regulamentação das Leis nº 8.080 e nº 8.142. O andamento só foi possível graças à mobilização do MRS. A Lei nº 8.080 sofreu vários vetos pelo presidente Collor, o que exigiu a necessidade de aprovação, no mesmo ano, da Lei nº 8.142 – em consequência das lacunas apresentadas pela primeira, sobretudo no que tange ao financiamento e à participação social. Alguns aspectos foram parcialmente recuperados e outros negociados. Consoante Bertolozzi e Graco (1996, p. 393), dos nove vetos de Collor, os mais importantes foram:

[...] o que instituía as conferências e os conselhos de saúde como instâncias colegiadas e representativas para formular e propor estratégias, além de exercer controle sobre a execução das políticas de saúde; a não extinção dos escritórios regionais do INAMPS; a transferência da verba direta para os Estados e Municípios; a obrigatoriedade de planos de carreiras, de cargos e salários para o SUS em cada esfera de governo e a fixação de pisos nacionais de salário.

Para as autoras, fruto das pressões intensas, foi possível recuperar aspectos do controle social e da transferência automática de recursos entre União, estados e municípios, sem tocar “[...] na questão da carreira, mantendo o SUS com uma série de vínculos empregatícios diferenciados nos serviços de saúde” (Bertolozzi; Greco, 1996, p. 393). A Lei nº 8.142 estabelece as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde como instâncias colegiadas, estes últimos compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Também direciona a alocação de recursos pelo Fundo Nacional de Saúde, além das condições para recebê-los.

A seguir, para dar continuidade à análise das contradições dispostas até aqui, estabeleceremos as conexões necessárias a partir da realidade do Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA. Dessa forma, iniciamos apresentando a realidade maranhense no que tange à rede de serviços de saúde pública voltada à população trans e travesti, assim como, posteriormente, os detalhes do processo empírico em torno de nosso objeto de estudo.

4.1 A EBSERH, o HUUFMA e o Ambulatório de Sexualidade: contextualizando a realidade maranhense

O IBGE, com base na Pesquisa Nacional de Saúde realizada em 2019, divulgou em 2022, pela primeira vez, dados sobre a população de gays, lésbicas e bissexuais no Brasil. Apesar da subnotificação, 2,9 milhões de pessoas (com 18 anos ou mais) declararam sua

orientação sexual como homossexual ou bissexual, o que representa 1,8% da população (G1, 2022). Recentemente, o órgão afirmou que foram coletadas informações sobre orientação sexual e identidade de gênero na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde de 2023. Há uma promessa de divulgação dos dados referentes à população trans, travesti e não-binária no segundo semestre de 2024⁹⁷.

A iniciativa é importante, pois configura-se como uma pauta antiga dos movimentos sociais trans. Além disso, a obtenção de dados é fundamental para o processo de formulação, implementação e avaliação de políticas públicas. Em 2016, a ANTRA já havia solicitado ao IBGE que coletasse informações sobre identidade de gênero e orientação sexual da população brasileira, porém não teve sua reivindicação atendida. A escassez de dados sobre a população LGBTI+, coletados por iniciativa de organismos do Estado, ainda é uma realidade no Brasil e no Maranhão.

Sobre o estado do Maranhão, este possui 217 municípios e uma população estimada de 6.775.805 habitantes. Em 2022, a média de rendimento domiciliar per capita era de R\$ 833,00, a menor dentre todas as unidades da Federação. Conforme dados do IBGE (2023), os homens maranhenses apresentam renda média maior (R\$ 846,00) que as mulheres maranhenses (R\$ 821,00). Comparando dados de sexo e cor, a mulher branca é a que possui o maior rendimento (R\$ 1.188,00); em segundo lugar, aparecem os homens brancos (R\$ 1.172,00); em terceiro, os homens pretos e pardos (R\$ 778,00) e em quarto e último lugar, as mulheres pretas e pardas (R\$ 739,00).

O Maranhão também é o estado com o maior percentual de pessoas vivendo com até R\$ 105,00 mensais; o segundo estado, após Alagoas, com pessoas vivendo com renda média entre mais de R\$ 105,00 e até R\$ 210,00; novamente, o estado com o maior percentual de pessoas vivendo com até ¼ do salário mínimo (SM); e o terceiro, atrás do Amazonas e da Paraíba, com pessoas vivendo com rendimento entre mais de ¼ do SM e até ½ do SM.

A realidade socioeconômica do Maranhão demonstra que somos uma sociedade racializada e generificada. Apesar de não aprofundarmos aqui tais variáveis econômicas, observa-se que, no estado em que 80% da população se declara preta ou parda, há nitidamente desigualdades entre homens e mulheres e entre a população negra e branca. Chama a atenção o

⁹⁷ É preciso ressaltar que mesmo estes dados poderão resultar, ainda, em subnotificação, uma vez que a transfobia faz parte da estrutura social brasileira, dificultando a coleta de informações de forma mais fidedigna – sobretudo para aqueles/as menores de 18 anos. O medo de sofrer violência, a pressão social e familiar e questões religiosas podem funcionar como barreiras no momento da coleta.

fato das mulheres pretas e pardas estarem na base da pirâmide de rendimento médio, enquanto as mulheres brancas ocupam o topo.

A situação de saúde pública no estado maranhense tem sido avaliada como uma das piores do Brasil. Diversas variáveis contribuem para esse cenário, a exemplo da expectativa de vida da população, taxa de mortalidade infantil, índice de saneamento, rede de distribuição de água potável, coleta e tratamento de esgoto, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), número de médicos à disposição da população e quantidade de leitos disponíveis (Borges; Barcelos; Rodrigues, 2018).

O Maranhão é o estado com a pior expectativa de vida (71,4 anos). No Nordeste, é o estado com o maior número de óbitos infantis por causas evitáveis em termos populacionais proporcionais⁹⁸. Ainda no Nordeste, é o estado com o menor percentual populacional com acesso à rede geral de distribuição de água (65,3%) e à rede geral de esgotamento sanitário (13,6%). É o estado do Brasil com o menor percentual de moradores com coleta direta ou indireta de lixo (69,8%) e com o menor IDH (0,676). A densidade de médicos disponíveis para cada mil habitantes também é a menor do Brasil (1,11) (IBGE, 2024).

Observamos que as condições precárias de habitação e infraestrutura contribuem para os insuficientes índices de saúde. Não podemos deixar de mencionar também as condições de trabalho, uma vez que, o Maranhão, apesar da redução na taxa de desemprego em 2023, ainda possui a maior taxa de informalidade do país (57,3%) – maior que a média nacional (39,1%) e a do Nordeste (51,8%) (G1, 2023). Além disso, no Maranhão, assim como no restante do país, a questão agrária se constitui uma questão histórica e sem solução. As políticas do estado atuam em favor do capital e do agronegócio, corroborando para um processo de expulsão do campo, agravamento dos conflitos rurais e urbanos e aumento da pobreza.

Nos últimos anos, o governo do Maranhão implementou medidas importantes na organização de regiões de saúde descentralizadas, a exemplo da implantação de hospitais regionais e macrorregionais. Por outro lado, deu continuidade aos modelos de gestão em saúde baseados na lógica mercantil (a gestão das unidades de saúde passa das Organizações Sociais para a EMSERH), aspecto abordado posteriormente.

Atualmente, em São Luís, há dois ambulatórios direcionados ao atendimento especializado em saúde da população trans e travesti: o Ambulatório de Sexualidade, do HUUFMA, e o Ambulatório Sabrina Drummond, localizado na Policlínica do bairro Cohatrac e pertencente à Rede Estadual de Saúde. Não há iniciativas desse tipo em outros municípios do

⁹⁸ Dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/evita10uf.def>.

Maranhão. O HUUFMA é vinculado à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), ao passo que a Policlínica do Cohatrac é administrada pela Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares (EMSERH).

O Ambulatório Sabrina Drummond foi inaugurado em 2022 e, conforme dados da EMSERH, tem como objetivo receber a população trans e travesti e identificar suas demandas, de modo a garantir o acesso ao serviço com respeito a sua identidade de gênero. O nome do ambulatório é uma homenagem à ativista e militante do Movimento de Travestis e Transexuais no Maranhão, Sabrina Drummond, conforme já pontuamos em outros momentos neste trabalho.

O Ambulatório Sabrina Drummond foi uma árdua conquista da população trans e travesti no estado maranhense. Sua concretização é resultado da luta e do esforço do Movimento de Travestis e Transexuais à nível estadual e local, o qual sempre teve como pauta a ampliação e consolidação do direito à saúde, desvinculado de sua lógica patologizante. Após anos de pressão e reivindicações no contexto estadual e municipal, o serviço foi inaugurado e atualmente é voltado para pessoas com 18 anos ou mais. Em reunião realizada em 30 de janeiro de 2024, entre o Instituto Brasileiro de Transmasculinidades (IBRAT- Núcleo Maranhão) e a Defensoria Pública do Estado (DPE/MA), estabeleceu-se que a EMSERH deverá ofertar a dispensação dos medicamentos para a terapia hormonal das pessoas assistidas pelo Ambulatório Sabrina Drummond. Esta é uma vitória inédita das pessoas trans e travestis no Maranhão, uma vez que o Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA não realiza o serviço de dispensação dos medicamentos.

O Ambulatório de Sexualidade, integrado ao HUUFMA, incorporou as demandas da população trans e travesti em meados de 2016, numa ação pioneira no Maranhão. No entanto, antes de abordarmos sua formação, torna-se necessária uma breve apresentação e análise acerca do HUUFMA e da EBSERH, considerando ser este nosso lócus de pesquisa.

O Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA) foi instituído a partir de duas unidades de saúde vinculadas ao ex-INAMPS (Instituto Nacional da Assistência Médica e da Previdência Social): A Unidade Presidente Dutra⁹⁹, inaugurada em 1961, e a Unidade Materno Infantil¹⁰⁰, inaugurada em 1984. Ambas unidades foram cedidas à

⁹⁹ A Unidade Presidente Dutra oferece serviços assistenciais em Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Ambulatórios Especializados, Neurocirurgia, Traumatologia-ortopedia, Obesidade, Transplantes, Hemodinâmica, UTI Geral e Cardíaca, Litotripsia, Terapia Renal Substitutiva e outros.

¹⁰⁰ A Unidade Materno Infantil oferece assistência integral à mulher e à criança com os serviços de UTI Neonatal e Pediátrica, Clínicas Médica e Cirúrgica Materno-Infantil, Gestação de Alto-risco, Ambulatórios Especializados, Imunização, Doenças Infecto-parasitárias (DIP) e outros.

UFMA em 1991, passando a compor o Hospital Universitário e atuando posteriormente nas áreas de ensino, pesquisa e extensão.

Assim, o HUUFMA é um órgão da Administração Pública Federal, certificado como hospital de ensino pelo Ministério da Educação (MEC) e pelo Ministério da Saúde (MS), conforme a Portaria Interministerial nº 1.000/2004. É um hospital de referência na alta complexidade e compõe, mediante o convênio nº 002/2019 SEMUS/HUUFMA, a estrutura orgânica do SUS em São Luís. Por esse motivo, realiza também procedimentos de média complexidade e integra alguns programas estratégicos da Atenção Básica à Saúde (EBSERH, 2022).

O HUUFMA é um centro de ensino e de pesquisa para a formação de profissionais da área de saúde e outras áreas correlatas, apresentadas a seguir: enfermagem, farmácia-bioquímica, medicina, nutrição, odontologia, psicologia, terapia ocupacional, fisioterapia, fonoaudiologia, serviço social, biblioteconomia e comunicação social nas habilitações de jornalismo e relações públicas. O hospital é destaque também na oferta de Residências Médicas e Residências em Saúde (Multiprofissionais e Uniprofissionais), além de ser campo de pesquisa para diversos Programas de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da UFMA (EBSERH, 2022).

Os Hospitais Universitários (HUs) em geral, e o HUUFMA em específico, são organizações centrais no sistema público de saúde. Vinculam-se a duas áreas cheias de tensões no campo das políticas sociais: a educação e a saúde. Para Borges, Barcelos e Rodrigues (2018), os hospitais universitários, ao atuarem não apenas na implementação das políticas públicas, mas também no processo de formação de recursos humanos, disseminam um conjunto de ideias que serão reproduzidas no sistema de saúde brasileiro. Em outras palavras, as alterações realizadas nesses espaços podem promover mudanças no atendimento à população e impactar seu estado de saúde, uma vez que atuam também na formação de profissionais de saúde – os quais tendem a reproduzir as práticas ali vivenciadas.

De acordo com os autores, a criação da EBSERH se dá em meio a uma crise na gestão dos hospitais universitários brasileiros. Vários relatórios do Tribunal de Contas da União (TCU), entre 2006 e 2008, apontavam falhas e irregularidades junto às Fundações de Apoio¹⁰¹, sobretudo em relação às rotinas administrativas e ao grande número de contratações de profissionais terceirizados. Em 2009, o Acórdão nº 2.813, emitido pelo TCU, é o primeiro documento:

¹⁰¹ À época, o HUUFMA era apoiado pela Fundação Josué Montello.

[...] a enfatizar uma solução empresarial para dar conta das necessidades destas instituições, mesmo que para isso fosse preciso modificar a estrutura dos hospitais. Este documento oficial dava ênfase à definição de metas e indicadores, criação de parâmetros mínimos de produtividade para realização de consultas ambulatoriais e responsabilização de servidores por resultados. Além disso, este acórdão destacava uma inovação em relação aos documentos anteriores: a necessidade de formulação e implementação da concepção de *benchmarking* entre os hospitais universitários (Borges; Barcelos; Rodrigues, 2018, p. 82).

Já mencionamos, na segunda seção desta dissertação, a inserção da lógica empresarial nos modelos de gestão pública a partir do advento do neoliberalismo. É nessa perspectiva que, com a implantação da EBSEH, o modelo de gestão dos HUs mostra de forma mais enfática seu alinhamento à lógica de interesses do grande capital, através de empresas privadas de saúde, a exemplo das indústrias farmacêuticas, bem como de equipamentos, tanto nacionais como internacionais. Realidade que nitidamente eleva os vínculos da saúde com o mercado, concorre para a flexibilização de direitos sociais, políticas e programas de saúde, impacta nas condições em que o trabalho da área é realizado e evidencia o confronto com os princípios fundamentais do SUS. Consideramos incompatível que uma “empresa” gerencie os hospitais universitários brasileiros, tendo em vista que além de fazerem parte da estrutura de educação superior federal, estes obedecem ao conceito de gestão compartilhada e participativa do SUS.

Uma gestão compartilhada e participativa, como princípio do SUS, pressupõe um amplo e profundo processo de reflexão e decisão coletivas, o qual deve envolver o poder público, os usuários dos serviços, profissionais de saúde e demais membros da sociedade civil. Não deve se limitar ao nível das relações entre unidade de saúde e usuários, mas abranger as contradições que perpassam as bases materiais do SUS. No entanto, tal determinação se torna prejudicada na ótica do gerencialismo, cujo foco incide em metas e resultados. Além disso, uma empresa pública como a EBSEH, enquanto pessoa jurídica de Direito Privado (conforme disposto na Lei Federal nº 12.550/2011, que trata da sua criação), é voltada para a exploração de atividade econômica ou prestação de serviços públicos, o que dá ênfase à saúde como um bem econômico.

Nessa perspectiva, a criação da EBSEH segue uma tendência de transformação da gestão pública – principalmente das agências estatais que formulam e implementam políticas públicas – de acordo com a lógica das empresas privadas. Essa realidade é mais uma demonstração do avanço do Projeto Privatista no campo da saúde, discutido em oportunidade anterior, em detrimento do Projeto de Reforma Sanitária. As “destruições por dentro” têm feito parte do cotidiano do SUS desde sua criação e revelam o sucesso do projeto neoliberal até aqui.

Importante lembrar que as discussões envolvendo a reestruturação dos HUs e a criação da EBSEH são iniciadas no segundo governo presidencial de Luís Inácio Lula da Silva (2007-2010), consolidando-se no primeiro governo de Dilma Rousseff (2011-2014). Apesar das expectativas contrárias e dos avanços no campo dos direitos sociais, os governos do PT deram continuidade ao projeto neoliberal implantado na década de 1990.

Desde o início, o debate sobre a criação da EBSEH se baseou em uma comparação estabelecida com os hospitais vinculados à lógica de mercado (Borges, Barcelos e Rodrigues, 2018). A criação de uma “crise” na gestão dos hospitais universitários também foi acompanhada de um longo debate sobre como “solucionar” seu “alto custo” – discussão tendenciosa tendo em vista que estes são voltados, via de regra, para a Alta Complexidade em Saúde, a qual demanda tecnologias mais sofisticadas e profissionais especializados.

É partir desse enfoque que se desenvolve toda uma discussão baseada em “problemas de gestão” e que não coloca em perspectiva outro grande “problema”, o qual diz respeito ao subfinanciamento do Sistema Único de Saúde. O problema de financiamento dos hospitais universitários federais é histórico e tornou-se ainda mais intenso quando esses hospitais deixaram de ser apenas hospitais de ensino (Borges; Barcelos; Rodrigues, 2018, p. 84).

A problemática histórica do subfinanciamento se agrava, também, quando estes hospitais passam a integrar, como peça-chave, a rede de atenção à saúde do SUS, por meio dos processos de contratualização. Assumindo a garantia do acesso aos cuidados de alta complexidade em saúde, imprescindíveis para a concretização da integralidade da assistência, os hospitais universitários foram sendo sobrecarregados diante da falta de investimentos. Ademais, a ausência de concursos públicos levou à defasagem crônica de profissionais, fazendo com que, em muitos casos, fossem utilizadas verbas de custeio para contratação de pessoal terceirizado.

Em 2010, o Decreto nº 7.082 instituiu o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) – destinado à reestruturação e revitalização dos hospitais universitários integrados ao SUS, com a promessa de modernização do parque tecnológico e reorganização dos recursos humanos. O REHUF é resultado da cooperação entre o Banco Mundial e o Governo Federal, na qual a destinação de verbas é condicionada à aprovação de projeto e assinatura de contrato, baseadas em cumprimento de metas, acompanhamento de indicadores e produtividade na assistência, no ensino e na pesquisa.

No mesmo ano de organização do REHUF, a Medida Provisória nº 520 autorizou o Poder Federal a criar a EBSEH, vinculada ao MEC. No ano seguinte, sua formação foi

oficializada pela Lei Federal nº 12.550/2011. Ao analisar as documentações que fizeram parte do processo de criação da EBSEH, Borges, Barcelos e Rodrigues (2018) destacam que há inúmeras referências a termos como “lucro”, “resultado” e “custo-benefício” e pouquíssimas menções ao que seria o objeto social dos hospitais universitários.

No entanto, não foi sem resistências e contraposições que a EBSEH foi lançada pelo Governo Federal. A 14ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2011, em seu relatório final, rejeita a criação da EBSEH, apontando a necessidade de impedir a terceirização dos hospitais universitários e de ensino federais. As “novas modalidades de gestão”, a exemplo da EBSEH, são criticadas no evento ao lado das Organizações Sociais (OS), das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e das Fundações Estatais de Direito Privado. Denuncia-se, na ocasião, qualquer dispositivo privatizante que desconsidere o controle social, precarize as relações de trabalho, prejudique os usuários e entregue o patrimônio público e o quadro de trabalhadores para entidades privadas que têm por objetivo produzir doença e garantir o lucro.

Em 2013, a UFMA adere à gestão da EBSEH, em meio a protestos. Em 2012, trabalhadores do hospital, alunos e professores da Universidade, bem como integrantes de movimentos sociais, a exemplo da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde¹⁰², realizaram manifestação contra a celebração do convênio (Camilo, 2012). A reitoria da UFMA, à época comandada por Natalino Salgado, ignorou as opiniões contrárias à EBSEH e não estabeleceu debates com a comunidade acadêmica, nem com trabalhadores e usuários da saúde. Essa foi uma reclamação a nível nacional, uma vez que as principais discussões e decisões se mantiveram entre os Ministérios do Planejamento e da Educação, reitores das Universidades, diretores dos HUs e dirigentes da EBSEH.

Em Nota Pública lançada pela Associação dos Professores da Universidade Federal do Maranhão (APRUMA), em 4 de dezembro de 2012, percebe-se o contexto autoritário vivenciado na UFMA, com agravos à autonomia universitária. Lê-se na nota publicada¹⁰³ pela APRUMA que:

A Reitoria da UFMA determinou a retirada das faixas da APRUMA colocadas nos Hospitais Universitários Dutra e Materno Infantil (HUUFMA), as quais tratavam da EBSEH. As referidas faixas fazem parte de um conjunto de ações da APRUMA e de

¹⁰² O movimento da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde surge em 2010, a princípio no bojo das manifestações contra as Organizações Sociais (OS), expandindo posteriormente seu campo de discussão e atuação. A Frente tem como objetivo resgatar os princípios da Reforma Sanitária, colocando-se contra a privatização da saúde e qualquer forma de desmonte do SUS.

¹⁰³ Nota Pública retirada do seguinte endereço eletrônico: <https://www.contraprivatizacao.com.br/2012/12/blog-post.html>.

outros sindicatos (a exemplo do SINTSPREV/MA e SINTEMA), conselhos e movimentos sociais para defender o HUUFMA contra interesses privados que se consolidarão caso o CONSUN aprove o convênio entre a UFMA e a EBSEH. [...] Uma atitude antidemocrática e arbitrária que não deve ser tolerada pela comunidade acadêmica.

Figura 5 – Faixa na entrada do HUUFMA durante manifestação contra a EBSEH, em 2012.



Fonte: Foto por Francisco Silva. Reprodução por Jully Camilo (2012).

Diante do exposto, é possível concluir que a adesão dos HUs à EBSEH é parte do processo de empresarização da saúde. Conforme já discutimos anteriormente, tal situação vai ao encontro da reforma gerencial do Estado brasileiro e da busca por uma “nova maneira de governar” – aspectos ascendentes no cenário de expansão do neoliberalismo (Dardot; Laval, 2017). Essa contextualização é importante para que possamos analisar a conjuntura que cerca o Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA, demonstrando que os desafios enfrentados estão interligados também a óticas mais amplas.

Nesse sentido, o Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA, ao contrário do Ambulatório Sabrina Drummond, nasce principalmente a partir da iniciativa de profissionais de saúde da instituição. Em 2016, a partir das demandas observadas no cotidiano profissional e das demandas encaminhadas pela DPE, percebeu-se a necessidade de criação de um serviço, com fluxo estabelecido, que pudesse atender as especificidades em saúde da população trans e travesti.

De forma individual, já eram realizados atendimentos, por parte da Ginecologia/Sexologia, voltados para as questões da sexualidade, sobretudo aquelas relacionadas às disfunções sexuais. Após o atendimento de uma pessoa trans em julho de 2016, iniciou-se o processo de reflexão sobre a inclusão das demandas de gênero ao ambulatório e a necessidade de criação de uma equipe própria. Em grande parte, a escolha dos profissionais para composição da equipe se deu por aproximação com a temática e/ou porque estes já compunham a equipe da Unidade Materno Infantil, a qual o ambulatório é vinculado.

Atualmente, o Ambulatório de Sexualidade é composto por assistente social, psicóloga, ginecologista/sexóloga, psiquiatra e endocrinologista. Devido à saída de dois profissionais em 2023 por questões pessoais, novos profissionais foram integrados à equipe recentemente. O ambulatório, que fica localizado em prédio anexo ao HUUFMA, atende tanto pessoas cisgênero quanto pessoas transgênero, uma vez que tem como tema geral a sexualidade. Tal aspecto pode configurar uma barreira de acesso à população trans devido aos olhares e às percepções hegemônicas cis. Também dificulta a análise dos atendimentos trans realizados no ambulatório, como verificaremos posteriormente.

No que diz respeito ao atendimento específico de pessoas trans, travestis e não-binárias, não é necessário encaminhamento. Por meio de demanda espontânea, o usuário ou a usuária pode dirigir-se à recepção, atualmente às quartas-feiras, e solicitar atendimento com a assistente social. É necessário apresentar documento de identificação e cartão SUS. Após a realização do atendimento com o Serviço Social e mediante o interesse da pessoa em consultar com as demais especialidades, o fluxo de atendimento é estabelecido. Antes da pandemia da Covid-19, eram realizadas atividades em grupo com o objetivo de discutir e refletir sobre temáticas diversas, relacionando-as às vivências trans. Tais ações não retornaram até o presente momento.

Fundamental destacar que o Ambulatório de Sexualidade não é habilitado para a realização do Processo Transexualizador (PrTr), como disposto na Portaria nº 2.803/2013 – nem na modalidade ambulatorial, nem na modalidade hospitalar. Em 2018, de acordo com relatos dos profissionais de saúde, foram realizadas vistorias por parte da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), a fim de pleitear a referida habilitação do serviço.

Conforme dados do Governo Federal¹⁰⁴, para a habilitação dos HUs no PrTr é necessário apresentar: 1) Ofício do gestor favorável à habilitação; 2) Formulário de Vistoria do Gestor (*Check List*) preenchido e assinado; 3) Relatório de vistoria da Vigilância Sanitária referente a habilitação pleiteada; 4) Aprovação da Comissão Intergestores Bipartite à habilitação pleiteada; 5) Ofício do gestor informando a quem caberá custear a habilitação e o cálculo do impacto financeiro; 6) Cópia dos títulos/comproverantes dos profissionais e cópia dos documentos de formalização de referência com os serviços; 7) Alvará de Funcionamento e da Vigilância Sanitária e 8) Termos de compromissos firmados com o gestor local do SUS.

Assim, as Secretarias Estaduais ou Municipais de Saúde, interessadas em habilitar seus estabelecimentos, deverão encaminhar ao Ministério da Saúde, por meio do Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde – SAIPS, a documentação acima. Considerando que a

¹⁰⁴ Informações retiradas do seguinte endereço eletrônico: <https://www.gov.br/pt-br/servicos/habilitar-se-para-realizar-processo-transexualizador>.

gestão do HUUFMA é municipal, é de responsabilidade da SEMUS a solicitação da habilitação e o envio da documentação.

No entanto, apesar da menção das vistorias no local em 2018, o serviço ainda não é habilitado. Entramos em contato com a SEMUS, por via telefônica, para obter maiores informações sobre os relatos, porém não obtivemos sucesso. Registramos, então, solicitação de informação junto à Ouvidoria do órgão, que nos respondeu que tal informação deveria ser solicitada junto à Ouvidoria do HUUFMA, mesmo após explicarmos sobre o processo de habilitação e o papel fundamental da SEMUS neste. Por fim, não conseguimos obter respostas sobre a questão por parte da Secretaria Municipal. Em contato com a Ouvidoria do HUUFMA, obtivemos a seguinte resposta:

Olá, boa tarde.

Nós, da equipe da Ouvidoria, registramos a satisfação em saber que procurou os canais oficiais da Ouvidoria para solicitar informações a respeito de atendimento à saúde da população transgênero, por parte deste Hospital Universitário.

Informamos que sua manifestação foi encaminhada a área responsável e segue os esclarecimentos:

1) Houve solicitação para habilitação do referido serviço? A nível ambulatorial e hospitalar? Se sim, houve negativa ou processo ainda está em andamento?

R - Sim, houve pleito da habilitação na modalidade ambulatorial, mas não houve, até o momento, manifestação por parte do gestor local municipal de saúde.

2) O HU-UFMA em algum momento foi informado sobre trâmites deste processo ou recebeu devolutiva por parte da gestão municipal?

R - O HU-UFMA formaliza os seus pleitos de habilitação de serviços especializados do SUS conforme normativos preconizados pelo Ministério da Saúde, seguindo ainda fluxo autorizativo do mantenedor do órgão, neste caso, a EBSEH.

Registra-se também que dado o lapso temporal sem manifestação do gestor, o HU-UFMA atualmente está em fase de atualização da documentação para fins de reiteração do pleito.

Informamos ainda que, embora sem o devido credenciamento, nunca houve interrupção da oferta do serviço em nível ambulatorial.

Importante lembrar que o lapso temporal aqui analisado (implementação do Ambulatório de Sexualidade como é hoje) é marcado pela eleição de Jair Bolsonaro à presidência, com a escalada do ultraconservadorismo e da extrema direita em todo o Brasil. É preciso levar em consideração não apenas o contexto local, mas a própria organização do Ministério da Saúde (MS), responsável por orientar e avaliar tais requerimentos de habilitação. A pasta foi comandada, durante o governo Bolsonaro, por quatro Ministros: Luiz Henrique Mandetta, Nelson Teich, Eduardo Pazuello e Marcelo Queiroga. Em meio às crises políticas e o desastroso direcionamento durante a pandemia da Covid-19, o MS manteve do início ao fim posicionamento alinhado à privatização da saúde e ao sucateamento do SUS. Não havia, portanto, cenário nacional favorável ao avanço das discussões sobre o PrTr.

Além disso, a partir da adesão à EBSEH, os trabalhadores do HUUFMA são regidos pela CLT, sendo extintos novos vínculos estatutários. As mudanças nas relações de trabalho, sob o signo da produtividade e ameaça do desemprego, reduzem o potencial de reivindicações e a construção de formas mais robustas de organização por parte dos trabalhadores. Segundo o “Relatório de Gestão 2022” do HUUFMA, o hospital conta atualmente com 2.442 trabalhadores com vínculo EBSEH e somente 765 com vínculo UFMA/Ministério da Saúde. Todos os profissionais do Ambulatório de Sexualidade possuem vínculo EBSEH.

Em que pese as críticas ao atual PrTr, principalmente acerca da exclusão de pessoas não-binárias no texto da portaria e a permanência da lógica patologizadora – reforçada não apenas pela nomenclatura do programa, mas também por práticas em saúde excludentes e estereótipos de gênero –, críticas as quais concordamos, consideramos a habilitação do serviço como algo primordial. Isso porque os direitos sociais, materializados em políticas, programas e projetos, estão constantemente ameaçados diante dos interesses capitalistas. A habilitação dos serviços especializados em saúde para a população trans e travesti, além de possibilitar sua continuidade com maior segurança, garante recursos próprios para o seu funcionamento, permitindo o avanço dos debates sobre as necessidades de melhoria/expansão/transformação do programa, sem perdê-lo de vista.

Por fim, apesar de não ser foco de nosso estudo, não poderíamos deixar de mencionar que o Ambulatório Sabrina Drummond, assim como o Ambulatório de Sexualidade, insere-se em aparato de gestão semelhante. A criação da EMSEH¹⁰⁵ obedece em grande parte aos aspectos jurídicos fundadores da EBSEH. Para Carreiro e Carreiro (2022, p. 196), a EMSEH é um caso singular, “pois nenhum ente da federação, à exceção do Governo Federal, transferiu tantas responsabilidades para uma empresa pública” no campo da saúde como vem fazendo os últimos governos do Maranhão. Para os autores, a gestão da EMSEH assemelha-se à gestão das empresas privadas, devido a preocupações constantes com riscos de rentabilidade e com a mensuração de custos e resultados antes de assumir responsabilidades.

No contexto maranhense, a EMSEH surge como solução frente aos escândalos de desvio de dinheiro na área da saúde, ao grande número de contratos sem licitação com OSs, OSCIPs e ONGs e ao problema das terceirizações. Verifica-se que, tanto no âmbito nacional

¹⁰⁵ A EMSEH é uma Empresa Pública de Direito Privado, criada pela Lei estadual nº 9.732/2012, durante a gestão da governadora Roseana Sarney. No entanto, foi a partir de 2016, durante o governo Flávio Dino, que a EMSEH ganhou espaço na política de saúde estadual (Carreiro; Carreiro, 2022). De acordo com os autores, a EMSEH gerenciava, em 2020, 45 unidades de saúde, incluindo hospitais de alta complexidade, Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), laboratórios, centro de hematologia e hemoterapia. Além disso, a EMSEH também gerencia o Hospital do Servidor Público Estadual e presta serviços de apoio ao sistema prisional e à Secretaria de Estado da Mulher.

como estadual, o argumento de ineficiência do Estado, proferido no processo de acumulação capitalista flexível e reforçado na contrarreforma do Estado brasileiro, estiveram presentes na entrega da saúde pública à lógica do gerencialismo.

Dessa forma, os avanços nos direitos da população trans e travesti, perceptíveis também no curto tempo de funcionamento do Ambulatório Sabrina Drummond, ganham concretude graças à atuação dos Movimentos de Travestis e Transexuais do Maranhão, os quais têm disputado, cotidianamente, espaço dentro das conflituosas relações de poder à nível local. Ainda assim, a precarização das relações de trabalho acaba por inserir os profissionais de saúde na cultura organizacional da EMSERH, aspecto negativo para aqueles que lutam por uma saúde pública, universal, gratuita e de qualidade.

Não há, portanto, como desvincular a análise do direito social à saúde de pessoas trans, travestis e não-binárias das discussões sobre as tentativas de privatização do SUS, desmonte dos direitos sociais e avanço do projeto neoliberal, com severos prejuízos aos trabalhadores e às trabalhadoras. A seguir, exponho e analiso os principais achados da pesquisa empírica e documental.

4.2 “A minha vida é uma contradição”: o cotidiano daqueles que constroem e vivenciam o Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA

Nesse momento, utilizaremos como norte para as análises de nosso objeto de estudo os achados da pesquisa empírica e documental, as quais configuram-se como alguns dos procedimentos metodológicos desta dissertação. A imersão no Ambulatório de Sexualidade se deu sem dificuldades, haja vista a autorização do CEP/Conep (Parecer Consubstanciado nº 6.323.240) e minha proximidade com a equipe profissional/usuários e com o espaço físico – frutos de minha experiência como assistente social residente. Segundo Bourdieu (2001), a existência de uma certa familiaridade ou proximidade social entre pesquisador e colaboradores da pesquisa faz com que estes últimos fiquem mais à vontade e se sintam mais seguros para participar do processo.

A pesquisa documental e a pesquisa empírica foram realizadas entre os meses de outubro e dezembro de 2023, no Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA, localizado no prédio anexo “Lilian Flores”, em São Luís. Para a pesquisa documental, buscou-se identificar e caracterizar as pessoas atendidas pelo ambulatório desde sua criação. Os atendimentos são agendados e registrados por meio do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU). Cada setor é identificado por uma “zona”, na qual é possível fazer as buscas dos atendimentos a partir

do nome dos profissionais. No entanto, o Ambulatório de Sexualidade não atende exclusivamente pessoas trans e travestis, mas também outras demandas do campo da sexualidade que envolvem pessoas cisgênero. Logo, não foi possível fazer as buscas desejadas por meio desse mecanismo. O AGHU foi utilizado, portanto, como aporte complementar para coleta de informações sobre as datas do primeiro e último atendimento de cada usuário, a fim de descobrir se ainda estavam inseridos no serviço.

Observa-se, como mencionado em oportunidade anterior, que o fato de o Ambulatório de Sexualidade também atender pessoas cis pode contribuir não apenas para a construção de barreiras no acesso, mas também entraves na busca por informações, uma vez que há deficiências nas formas de coleta, registro e busca. As informações pessoais devem ser apresentadas junto às recepções de cada setor do HUUFMA (seja para primeira consulta, seja para internação), no momento de abertura do prontuário. Porém, dados como identidade de gênero não são coletados para preenchimento no AGHU (apenas sexo, com opções limitadas), o que impossibilita a busca desta população por meio desta variável.

Como alternativa diante desta realidade, utilizou-se outra base de dados, a saber, a Entrevista de Acolhimento Social (EAS) realizada pelo Serviço Social do Ambulatório de Sexualidade. A EAS (Anexo A) é material técnico sigiloso do Serviço Social, sendo armazenado e guardado em local seguro¹⁰⁶. As informações constantes na EAS e pertinentes à equipe multiprofissional são registradas no AGHU. Conforme já foi destacado, o primeiro atendimento é realizado pelo Serviço Social, assim, via de regra, todos os usuários passam, pelo menos uma vez, por este profissional¹⁰⁷. A EAS começou a ser aplicada somente em 2018, logo, os usuários atendidos antes dessa data e que abandonaram o serviço nesse período, não possuem EAS preenchida.

Tendo isso em mente, foram localizadas 128 entrevistas e analisadas 124. Como já esclarecido na introdução do estudo, duas foram descartadas por se tratarem de adolescentes

¹⁰⁶ O sigilo profissional é, conforme Código de Ética do/a Assistente Social (Resolução CFESS nº 273/1993), direito e dever do/a assistente social. O acesso ao material justifica-se pela condição de pesquisadora, tendo como respaldo a anuência da Gerência de Ensino e Pesquisa do HUUFMA (Carta de Anuência – SEI nº 61/2023/SGPITS/GEP/HU-UFMA-EBSERH) e a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMA (Parecer nº 6.323.240). O acesso se deu ao material físico, na presença sempre e apenas da profissional responsável por sua guarda, não sendo manuseado de forma alguma em outro local que o originalmente mantido. Foram coletados apenas os dados: município, idade, raça/cor, escolaridade, identidade de gênero, orientação sexual, origem da demanda, motivo da procura e unidade de saúde de referência, a fim de conhecer o perfil do público atendido no ambulatório, mantendo o anonimato de todas as informações.

¹⁰⁷ Desse modo, as informações coletadas das EAS correspondem ao primeiro contato dos usuários com o serviço de saúde ofertado pelo Ambulatório de Sexualidade, podendo ter sofrido variações após isso (a exemplo do local de moradia e escolaridade). No entanto, ainda assim consideramos esta uma alternativa viável diante da realidade enfrentada.

que buscaram atendimento e foram esclarecidos sobre a faixa etária atendida no Ambulatório de Sexualidade e outras duas foram eliminadas por estarem em duplicidade. Analisou-se os documentos armazenados até setembro de 2023, assim, aqueles que buscaram o serviço e foram atendidos pelo Serviço Social a partir de outubro de 2023 não foram incluídos na pesquisa documental. Apesar de reconhecermos que este número (124) é somente aproximado e, portanto, apresenta fragilidades, trata-se de tentativa de abordar com mais nitidez a realidade do ambulatório e aos atendimentos realizados. Como vimos até aqui, ativistas, pesquisadoras/es e todas/os aquelas/es que intentam construir indicadores e apresentar dados sobre a população LGBTI+ enfrentam desafios diante da ausência de vontade pública, política e institucional.

Conforme apontamos, a EAS começou a ser aplicada em 2018, quando o ambulatório mudou de local e passou a receber um número mais robusto de usuários. Anteriormente, os atendimentos individuais eram realizados no Hospital Materno Infantil (HUMI), em meio a outras demandas dos profissionais (voltadas para a ginecologia, obstetrícia e pediatria), e os atendimentos em grupo eram realizados na sala do Planejamento Reprodutivo. Esse cenário era tido como desconfortável por muitos usuários trans, que consideravam o ambiente hostil diante de suas demandas. Após movimentação dos profissionais e usuários do Ambulatório de Sexualidade, este foi transferido para o atual prédio, anexo do HUUFMA, tendo todo o segundo andar disponível para si.

Desde sua elaboração, a EAS já teve três modelos. Na sua primeira atualização, foi acrescentada a informação “ocupação”. Na sua segunda atualização, em 2020, foram acrescentados os campos “identidade de gênero” e “orientação sexual”. Por consequência, estes dados foram coletados em poucos documentos, haja vista que durante e após o período de pandemia da Covid-19 o número de atendimentos diminuiu. Os atendimentos são realizados todas as quartas-feiras, sendo assim, estive presente no ambulatório neste dia da semana durante três meses, seja observando a dinâmica do local, analisando documentos ou realizando entrevistas.

A fim de conhecer o perfil dos/as usuários/as trans e travestis do Ambulatório de Sexualidade, foram coletados os seguintes dados da EAS: município onde mora, idade, raça/cor, escolaridade, identidade de gênero, orientação sexual, origem da demanda, motivo da procura e unidade de saúde de referência. Por meio do prontuário de cada um, buscamos no AGHU o ano do primeiro e último atendimento. Consideramos como descontinuidade do acompanhamento a inexistência de atendimento, com qualquer profissional da equipe, pelo prazo superior a um ano.

Sobre a pesquisa empírica, foram realizadas 13 entrevistas semiestruturadas, com 10 usuários/as do serviço e 3 profissionais de saúde que compõem a equipe. O roteiro de entrevista direcionado aos usuários possuía 23 questões, já aos profissionais de saúde 11 questões (Apêndice A e B, respectivamente). No decorrer das entrevistas, outras questões foram eventualmente adicionadas. Aos usuários, nos interessou, além de conhecer seu perfil sociodemográfico, entender como tem se dado o acesso e a permanência ao Ambulatório de Sexualidade e aos demais serviços de saúde. Além disso, buscamos investigar como estes conheceram o ambulatório, por quais motivos o buscaram, o que atualmente esperam dele, se já tiveram dificuldades em comparecer aos atendimentos e se já foram vítimas de transfobia nos espaços de saúde. Aos profissionais de saúde, buscamos conhecer o processo de criação do Ambulatório de Sexualidade, as principais demandas dos/as usuários/as atendidos/as, suas percepções sobre os desafios enfrentados pela população trans e travesti nos serviços de saúde e quais as estratégias de resistência para a continuidade dos atendimentos.

Os usuários e usuárias que colaboraram com a pesquisa empírica por meio da entrevista semiestruturada serão identificados por nomes de importantes figuras lembradas pelos Movimentos de Travestis e Transexuais no Brasil e no mundo e, em alguns casos, em homenagem àqueles e àquelas vítimas fatais da transfobia: **Xica Manicongo**¹⁰⁸, **João Nery**¹⁰⁹, **Anderson Herzer**¹¹⁰, **Dandara dos Santos**¹¹¹, **Paulo Vaz**¹¹², **Lourival Bezerra**¹¹³, **Alan Hart**¹¹⁴,

¹⁰⁸ Xica Manicongo é considerada a primeira travesti não-indígena que se tem notícia no Brasil. Sua história é marcada pelo apagamento de sua identidade de gênero. Foi perseguida por recusar-se a usar vestimentas masculinas no período colonial.

¹⁰⁹ João Nery foi escritor, professor e psicólogo. Se dedicou ao ativismo pelos direitos da população LGBTI+, sobretudo das pessoas transmasculinas, sendo uma grande referência nacional para o movimento.

¹¹⁰ Anderson foi um escritor, poeta e ex-socioeducando da antiga FEBEM. Considerado o primeiro autor transmasculino a ter uma obra publicada no Brasil, seu livro “A Queda Para o Alto” é um relato autobiográfico de sua experiência na instituição, marcada por violências.

¹¹¹ Dandara foi uma travesti brutalmente assassinada em 2017, no estado de Ceará, vítima de transfobia. A crueldade do crime fez com que o caso ganhasse repercussão nacional e internacional.

¹¹² Paulo Vaz, também conhecido como Popó Vaz, foi um homem trans, ativista e policial civil. Foi um dos primeiros influenciadores a produzir conteúdo sobre gênero e sexualidade no Brasil a partir de uma perspectiva transmasculina.

¹¹³ Lourival foi acusado de ser “uma mulher se fingindo de homem”, após falecer, em 2018, aos 78 anos. Isso porque, segundo reportagens à época, ninguém sabia que Lourival “não era um homem de verdade”. Sua morte levantou debates sobre a dignidade póstuma de pessoas trans.

¹¹⁴ Alan Hart foi um médico radiologista, pesquisador sobre a tuberculose e também romancista. É considerado o primeiro homem trans estadunidense a realizar uma cirurgia de modificação corporal, ainda no início do século XX. Sua contribuição no uso de raios X para a detecção da tuberculose é considerada um grande feito na área.

Lou Sullivan¹¹⁵, **Ociel “Baena”**¹¹⁶ e **Days Gomes**¹¹⁷ (Baena é não-binário e nos informou que não possui preferência pela utilização de determinados pronomes, optando pelo masculino na exposição de suas falas neste trabalho). A seguir, apresentamos quadro com as principais informações de cada um. Acrescentamos que suas idades variaram entre 20 e 36 anos. Dos 10 entrevistados, 5 estavam desempregados, 3 possuíam ocupação formal e 2 eram estudantes do ensino superior. Todos residem na região metropolitana de São Luís, com exceção de Xica, e todos frequentam o Ambulatório de Sexualidade há mais de 2 anos.

Quadro 3 – Perfil dos/as usuários/as colaboradores/as da pesquisa empírica.

	Identidade de gênero	Orientação Sexual	Raça/cor	Escolaridade
Xica	Mulher trans	Heterossexual	Branca	ESC
João	Homem trans	Heterossexual e demisssexual	Parda	ESI
Anderson	Homem trans	Heterossexual	Branca	ESI
Dandara	Mulher trans	Heterossexual	Preta	5ª a 8ª série incompleta do EF
Paulo	Homem trans	Heterossexual	Parda	ESI
Lourival	Homem trans	Heterossexual	Parda	EMC
Alan	Homem trans	Bissexual	Branca	EMC
Lou	Homem trans	Panssexual	Parda	EMC
Baena	Não-binário	Não se define	Parda	EMC
Days	Homem trans	Heterossexual	Parda	EMC

Legenda: ESC – Ensino Superior Completo. ESI – Ensino Superior Incompleto. EF – Ensino Fundamental. EMC – Ensino Médio Completo.

Dos 5 profissionais de saúde que compõem a equipe atualmente, entrevistamos 3 deles. Os critérios utilizados foram a disponibilidade do profissional em participar da pesquisa dentro do prazo estabelecido para sua execução, assim como o tempo em que este está inserido no Ambulatório de Sexualidade, com prioridade para aqueles que estão há mais tempo no serviço. As profissionais entrevistadas são mulheres cisgênero, heterossexuais, com idade entre 43 e 52 anos e com pós-graduação. As três possuem vínculo EBSEH e estão no ambulatório desde sua criação. Apenas uma possui pós-graduação na área de sexualidade e gênero. Duas se declararam pardas e uma se declarou branca. No momento de exposição de suas falas, serão

¹¹⁵ Lou foi um ator e ativista LGBTI+ estadunidense, tendo como uma de suas principais pautas a luta pelos direitos de homens trans. Se reivindicava um homem trans gay e por esse motivo travou grandes debates sobre a diferença entre identidade de gênero e orientação sexual.

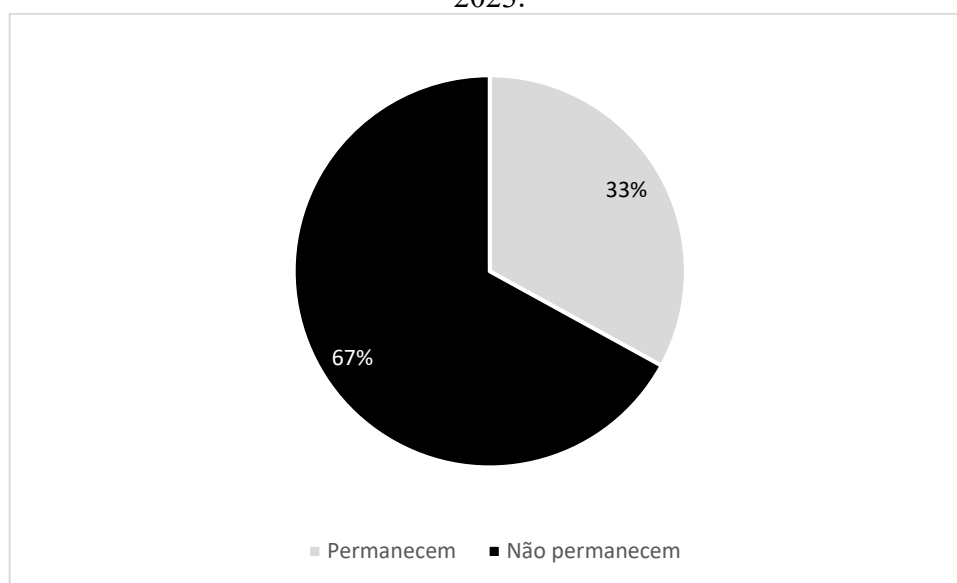
¹¹⁶ Jesus Ociel “Baena” foi um juiz e a primeira pessoa não-binária a receber passaporte sem gênero no México. Seu assassinato ocorreu em 2023, sendo encontrade sem vida em sua residência. A polícia local atribuiu “questões pessoais” à causa do crime, hipótese contestada por ativistas LGBTI+, uma vez que Baena vinha recebendo ameaças de morte devido a sua identidade de gênero.

¹¹⁷ Days Gomes foi um homem trans maranhense, assassinado em Timón-MA em 2024. As motivações do crime são desconhecidas e os autores ainda não foram identificados.

identificadas como “Profissional 1”, “Profissional 2” e “Profissional 3”. Tomamos especial cuidado para garantir o anonimato de todas as pessoas que participaram de nossa pesquisa empírica.

A todo momento, em relação à pesquisa documental, faremos comparações entre os dados totais e os dados daqueles usuários que permanecem no serviço, com o objetivo de elucidar questões relacionadas ao acesso e à permanência nos serviços de saúde pública e, em especial, no Ambulatório de Sexualidade. A partir da aproximação com a realidade aqui descrita, foi possível verificar que há uma grande evasão de usuários trans no Ambulatório de Sexualidade. Dos 124 usuários com EAS preenchida, apenas 41 permanecem sendo atendidos, o que corresponde à 67% de evasão (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Porcentagem de usuários (com EAS preenchida) que permanecem e não permanecem sendo atendidos no Ambulatório de Sexualidade/HUUFMA, até setembro de 2023.



Fonte: Elaboração da autora.

Não há elaboração de planos de ação por parte da equipe, com estratégias de busca ativa, para aqueles que deixam de comparecer aos atendimentos. Assim, não é possível precisar as causas que levam à tal situação. É necessário ter em mente que a equipe profissional do Ambulatório de Sexualidade não responde somente a essa demanda. Vários profissionais, além de atenderem em outros ambulatórios do HUUFMA, também atendem demandas nas áreas de internação. A equipe tem apenas um dia na semana reservado para os atendimentos das pessoas trans, travestis e não-binárias do Ambulatório de Sexualidade. A sobrecarga de trabalho, aliada

às exigências por produtividade, dificultam a composição de um acompanhamento integral e a garantia da longitudinalidade do cuidado.

Ao refletir sobre a evasão dos usuários e usuárias trans, a Profissional 2 comenta da seguinte maneira:

São várias as questões... Primeiro, um serviço que a gente oferece, mas que não dispensa medicamento, né? A maioria não tem grana, aí vai comprar um medicamento... Pra quem não tem, qualquer 50, 100 reais é muito dinheiro. Então, se eu não dou nada disso, eu mando parar o hormônio [para aqueles que já se automedicam], eu não dou o medicamento... Eu não ofereço as condições. E ainda tem mais uma coisa, a pessoa chega aqui ela é visada... Quantos olhares, né? Então, eu digo assim, o ambiente hospitalar é um ambiente hostil para essas pessoas. A gente até queria retomar... Esses encontros voltados para os trabalhadores. De ter ao longo do ano um planejamento, pelo menos uma vez por mês, para essas atividades (Profissional 2).

Rocón et al. (2018) considera que, para as pessoas trans, as barreiras de acesso aos serviços de saúde são sedimentadas por preconceitos e discriminações que extrapolam as salas individuais de atendimento. As normas de gênero, baseadas na heterossexualidade e na cisgeneridade compulsórias, são sentidas desde o lado de fora das unidades de saúde até as salas de espera. O caminho percorrido não se inicia e nem se encerra em consultórios.

Importante lembrar que, conforme mencionamos no tópico anterior, o Ambulatório de Sexualidade também atende pessoas cisgênero, o que pode contribuir para um ambiente pouco acolhedor. A rotatividade dos profissionais da recepção, serviços gerais e segurança também é significativa, o que requer capacitações permanentes. A Profissional 2 cita a importância destas, apesar de reconhecer que não acontecem como deveriam.

Alguns usuários entrevistados durante nossa pesquisa empírica relatam sobre períodos em que estiveram afastados do Ambulatório de Sexualidade e os motivos por trás disso, o que nos faz refletir sobre possíveis causas das evasões. As falas vão ao encontro do que Rocón et al. (2018) menciona acima, mas também revelam aspectos novos. Observa-se que questões relacionadas à saúde mental favorecem o abandono do acompanhamento. Na maioria das vezes, os agravos em saúde mental são provocados pela transfobia e seus desdobramentos na família, no trabalho, no grupo de amigos, etc. Também foram mencionadas dificuldades financeiras, as quais impossibilitaram o deslocamento dos usuários até o ambulatório.

Teve um tempo que fiquei sem vir também, sem ser na pandemia. Eu aparecia, sumia, aparecia, sumia, aí agora voltei de novo. Já perdi muitas consultas por não tá bem mentalmente. E em relação ao dinheiro da passagem também, que às vezes não tinha (João).

As pessoas quando elas passam pelo processo [transexualizador] ou param, algumas... nunca é pelo fato disso ser um problema, mas pelo fato de como a gente vai ser visto pela sociedade com ou sem ele. Não acho que ser trans agrava ser ansioso, agrava ser depressivo, eu acho que o que agrava ser depressivo, ser ansioso é como a sociedade impõe as coisas pra gente e faz a gente reagir dessa maneira. Isso é uma consequência da sociedade (Anderson).

Teve umas coisas lá em casa, perdi meu avô, depois minha tia... Eram as pessoas que eu mais me sentia segura e próxima [...]. Falta de dinheiro mesmo, não tinha passagem, até porque antes eu pegava o cartão [de passagem] da minha tia emprestado (Dandara).

Tô voltando agora, porque quando eu tava trabalhando eu não tinha tempo. Eu não podia ficar faltando assim, mesmo com atestado, porque ainda tava recente assim (Lou).

Acho que foi mais a questão emocional mesmo, eu tava muito deprimido antes, eu bebia demais, tanto que eu demorei bastante tempo pra começar a terapia hormonal, por conta disso. E eu tinha muito medo de sair de casa. Aí fui melhorando, mas acho que eu passei quase um ano e meio sem vir, sem comparecer. Mas depois disso foi mais por conta da rotina, eu comecei a trabalhar, aí às vezes fica complicado porque eu moro muito longe. Mas isso é uma coisa que eu pontuo muito, porque minha saúde mental melhorou bastante depois que comecei a vir pra cá (Days).

O usuário Lou comenta sobre as dificuldades em conseguir emprego, mesmo com cursos de capacitação para a função. Por esse motivo, quando está trabalhando tem receio de se ausentar para ir aos atendimentos no Ambulatório de Sexualidade, o que faz com que seu acompanhamento seja interrompido. As preocupações são baseadas em experiências anteriores: *“Já tive muita dificuldade. Tanto de nem chegar na parte da entrevista, como também de chegar na entrevista de emprego e... Sabe? Por mais que eu me saísse assim bem, eu fizesse tudo conforme, sempre acontecia de eu não ser chamado ou contratado”*. A mesma vivência é compartilhada por João: *“Sinceramente, eu parei [de procurar emprego]. É muito difícil. Às vezes tu tem uma entrevista marcada, aí tu chega lá e a pessoa te olha assim... A gente sente. Mas como ele sabe que ele tá no ambiente de trabalho dele e que o que ele fizer ali vai ter consequência, fica naquela... Mas a gente identifica”*.

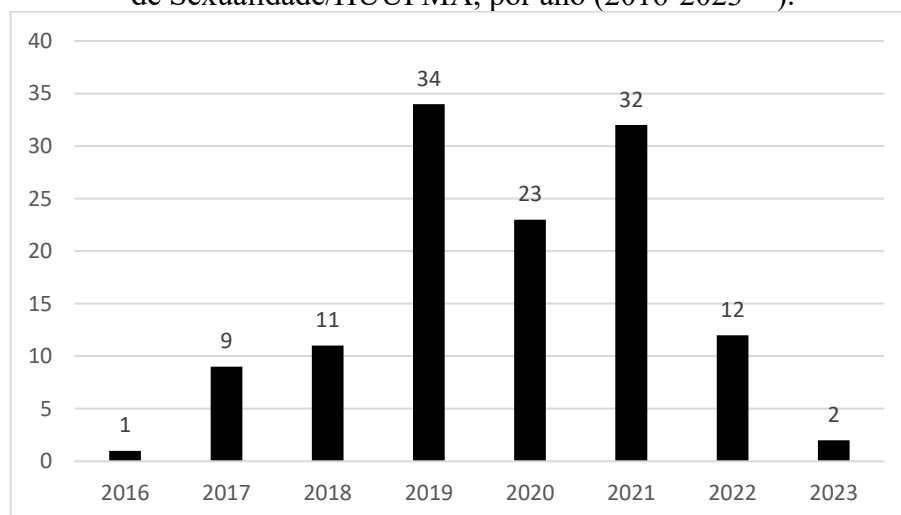
Os dossiês sobre os assassinatos e a violência contra travestis e transexuais no Brasil, divulgados pela ANTRA, têm reiterado a estimativa de que apenas 4% da população trans feminina se encontra em empregos formais, 6% estão em atividades informais e subempregos e 90% utilizam o trabalho sexual como fonte primária de renda. O último dossiê, apresentado em janeiro deste ano, apontou novamente que as mulheres trans e travestis profissionais do sexo foram as mais assassinadas, numa junção entre transfobia e marginalização da profissão (Benevides, 2024). A partir dos relatos de nossos colaboradores durante a pesquisa empírica, mas também dos dados da ANTRA, nota-se que essa população tem composto o exército de

reserva de trabalho (parcial ou integralmente desocupada), seja pela temporariedade e precariedade salarial, seja pela crônica espera de um dia ser recrutada pelo capital.

Nessa direção, a partir da pesquisa documental, observamos que 2019 foi o ano em que o ambulatório mais recebeu novos usuários, seguido de 2021 (Gráfico 2). Os anos de 2016 e 2017 aparecem no Gráfico 2, pois, apesar da EAS ter sido criada em meados de 2018, a profissional responsável aplicou-a tanto com novos usuários, quanto com aqueles que já estavam no serviço. Assim, a partir do prontuário disposto na EAS, buscamos no AGHU o ano do primeiro atendimento de cada usuário para melhor identificar essa informação. Obviamente, acreditamos que mais pessoas buscaram o ambulatório nos três primeiros anos de sua criação¹¹⁸, no entanto, como nossa base de dados é limitada, há maior precisão desta informação a partir do ano de 2019.

A quantidade de novos usuários diminuiu em 2020, provavelmente em decorrência da suspensão dos atendimentos no período de pandemia da Covid-19. O ambulatório também ficou sem receber novos usuários durante alguns períodos entre 2022 e 2023, devido à reforma no espaço físico e ausência de profissionais (dois pediram exoneração da EBSERH), o que pode explicar a queda no número de novos atendimentos nestes dois anos. Além disso, em 2022 é inaugurado o Ambulatório Sabrina Drummond, sendo possível presumir que este absorveu a demanda deixada pelo Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA neste período.

Gráfico 2 – Quantidade de novos usuários (com EAS preenchida) inseridos no Ambulatório de Sexualidade/HUUFMA, por ano (2016-2023¹¹⁹).



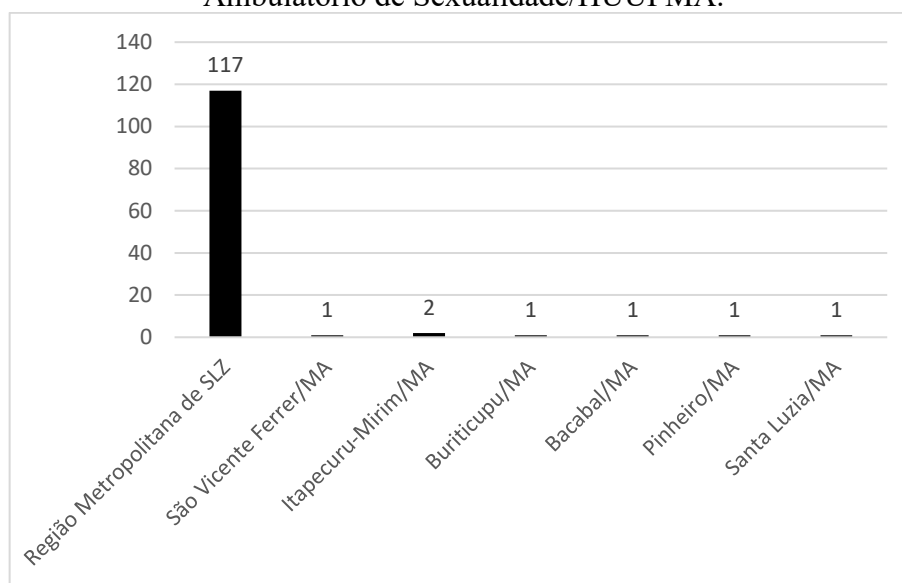
Fonte: Elaboração da autora.

¹¹⁸ Para esses usuários que adentraram o serviço em 2016, 2017 e parte de 2018, o fato de não possuírem EAS preenchida é um indicativo de que provavelmente já haviam abandonado o serviço quando o instrumental técnico foi criado, uma vez que a profissional de Serviço Social iniciou aplicando-o com aqueles que já estavam inseridos no ambulatório.

¹¹⁹ Até setembro de 2023.

A maior parte das pessoas trans, travestis e não-binárias atendidas no Ambulatório de Sexualidade reside na região metropolitana de São Luís-MA (Gráfico 3). Somente sete usuários eram de outros municípios do Maranhão, o que significa 5,65% do total. Destes, somente dois permanecem frequentando o ambulatório.

Gráfico 3 – Local de residência dos usuários (com EAS preenchida) atendidos no Ambulatório de Sexualidade/HUUFMA.



Fonte: Elaboração da autora.

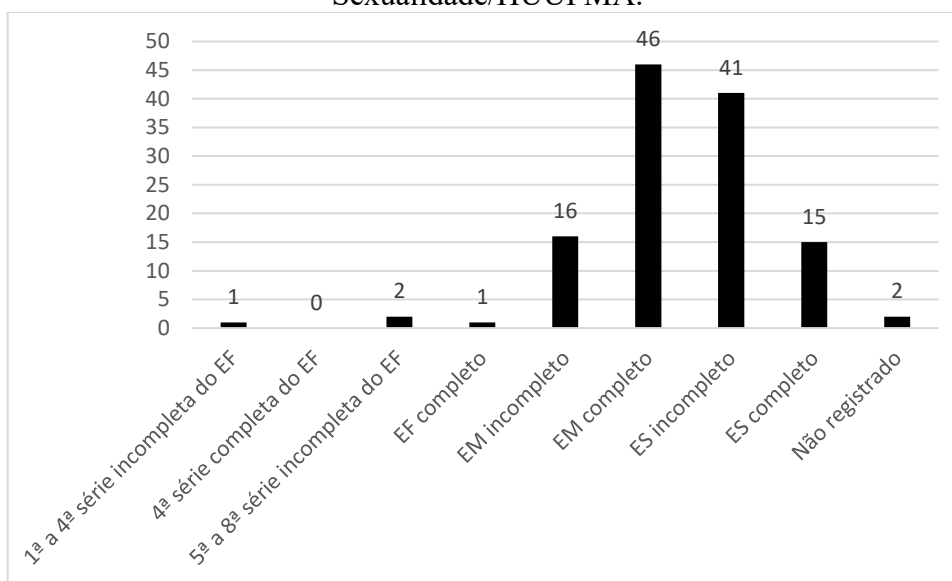
Uma de nossas entrevistadas, Xica, reside em município fora da região metropolitana de São Luís. Dentre os desafios dessa realidade, destaca a garantia do direito à passagem e ajuda de custo para se deslocar até o Ambulatório de Sexualidade e com isso comparecer às consultas e exames. Tal direito é garantido pelo Tratamento Fora de Domicílio (TFD), instituído pela Portaria SAS/MS nº 55/1999, a qual estabelece o custeio das despesas relativas ao deslocamento de usuários do SUS para tratamento fora do município de residência. No entanto, nem sempre esse direito é garantido como deveria.

De antemão, era só a passagem de ida e volta, que eu tive que pegar um laudo aqui e levar pra a Secretaria do município. Ai depois eu fiquei sabendo também que tinha direito à ajuda de custo, aí foi onde eu consegui com um pouco mais de dificuldade. Eu fui até a primeira trans de lá do meu município a ser assistida por esse benefício [...]. Já aconteceu de eu não vir por conta disso, porque a ajuda de custo é pra cair um dia antes da nossa vinda, mas nunca cai, cai depois, uns 15, 10 dias depois. E aí às vezes a gente se programa pra vir com essa ajuda, só tem essa ajuda, entendeu? Aí não cai, não tem como vir (Xica).

De volta à pesquisa documental, em relação à idade no momento em que buscaram atendimento pela primeira vez no Ambulatório de Sexualidade, 83 usuários tinham entre 18 e 25 anos (66,94%) e 41 tinham entre 26 e 48 anos (33,07%). Contudo, quando observamos a idade atual daqueles que permaneceram no serviço, a realidade se inverte: 22 possuem entre 26 e 50 anos (53,66%) e 19 possuem entre 18 e 25 anos (46,34%).

Sobre a escolaridade, a maior parte dos usuários inseridos no ambulatório possuía, no momento do seu primeiro atendimento, ensino médio completo (37,10%) ou ensino superior incompleto (33,06%) (Gráfico 4). O público que busca e frequenta o Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA vai na contramão das estatísticas divulgadas pela ANTRA sobre a situação educacional de pessoas trans no Brasil, na qual estima-se que cerca de 70% não concluiu o ensino médio e que apenas 0,02% encontra-se no ensino superior¹²⁰.

Gráfico 4 – Escolaridade dos usuários (com EAS preenchida) atendidos no Ambulatório de Sexualidade/HUUFMA.



Fonte: Elaboração da autora.

Em relação à origem da demanda (Gráfico 5), isto é, como conheceu/ficou sabendo da existência do ambulatório, os dados da EAS apontam que 65 receberam indicação de alguém que já era atendido no local (52,42%), 22 foram encaminhados por profissionais de saúde (17,74%) e 20 descobriram por meio de redes sociais e/ou buscas na internet (16,13%). No início do processo de implementação do ambulatório, alguns usuários eram encaminhados pela Defensoria Pública do Estado (DPE) ou outros órgãos do Judiciário. Na época, a retificação de

¹²⁰ Dados retirados da Nota da ANTRA sobre cotas e reservas de vagas destinadas às pessoas trans em Universidades Públicas: <https://antrabrasil.org/2020/12/17/nota-antra-cotas-universidades-pessoas-trans/>.

nome e gênero ainda não era feita diretamente no cartório, o que fazia com que muitas pessoas buscassem o auxílio da justiça. À medida que essa realidade foi se modificando e que o fluxo de atendimento do ambulatório foi sendo consolidado, esse tipo de encaminhamento diminuiu.

Na opinião dos usuários e usuárias que colaboraram com nossa pesquisa empírica, há poucas informações disponíveis sobre o Ambulatório de Sexualidade. Grande parte descobriu sobre o serviço a partir de terceiros, após muita procura. Dos 10 entrevistados, somente um foi encaminhado por profissional de saúde de outra unidade da rede pública (Days), conforme relatos abaixo.

No começo foi muito difícil achar um local que fizesse esse acompanhamento... Eu tinha jogado tudo quanto era coisa na internet e não tinha achado aqui em São Luís [...]. Eu procurava também profissionais especializados, até porque, tipo, até explicar... Eu fui numa psiquiatra que ela não tinha nenhuma vivência com pessoas trans e ela era bem invasiva e me deixava desconfortável. Até que eu fui em uma endócrino, paguei particular e ela me falou “olha, eu não lido com isso aqui, mas eu conheço alguém que sim”. Foi aí que ela me indicou a endócrino daqui e eu conheci o ambulatório” (Anderson).

Tem um amigo meu que falou pra eu ir pra São Paulo, que lá eu mudo sexo, boto peito, viro totalmente mulher. Aí eu fiquei muito alegre com a oportunidade de ir pra lá. Depois ele falou pra mim que a pessoa que ia fazer isso tudo pra mim... eu ia ter que ir pra avenida. Aí foi que esse meu outro amigo, que é daqui, que me indicou aqui, falou “não faz isso, faz teu tratamento certinho, tem lá” (Dandara).

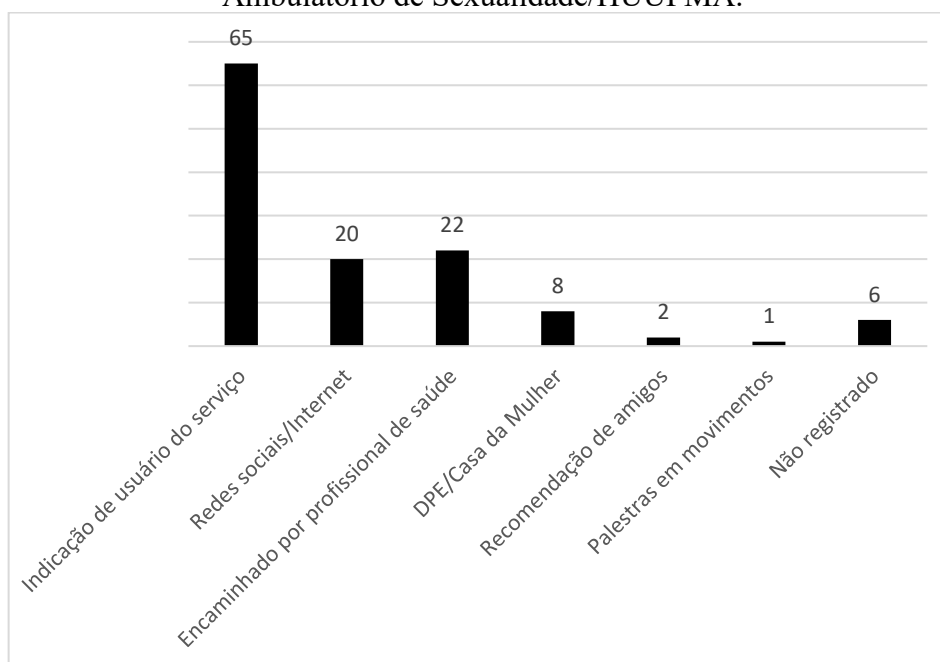
Eu era do interior, cidade pequena, aí eu conheci o movimento estudantil, aí comecei a sair com o pessoal do movimento. E tinha um cara lá que era trans, aí eu me identificava muito com as coisas que ele falava. Aí comecei a conhecer outros meninos e pensar “Ah, então tem outras pessoas igual a eu” [...]. Aí foi através do João Nery, ele me passou o contato daqui. Eu conheci ele através da internet, do pessoal, aí eu entrei em contato com ele, fui conversando (Lourival).

Eu nem sabia que existia esse serviço aqui. Foi uma familiar minha, que conhece um médico daqui, que me indicou. Foi assim que eu conheci o ambulatório (Alan).

Eu pesquisei, só que eu nunca achava assim uma informação mais clara, tipo aonde, ou como começar, por onde começar. Como minha mãe trabalha de diarista, aí um dos patrões dela é médica no Dutra, aí ela já sabia do ambulatório... eu também nem sabia pra onde ir, não sabia se em São Luís tinha. Aí minha mãe ficou sabendo por essa médica, aí a gente começou a vir pra cá (Lou).

Foi a minha psicóloga que me deu encaminhamento pra cá. Ela deve ter dado uma pesquisada, era naquela época que tava passando aquela novela da Globo, lembra? Da Glória Perez. Aí ela foi também pesquisando a partir do que eu trazia, conversando com outras pessoas, pra conseguir clarear mais um pouco, pra me dar um atendimento melhor. E aí depois já vinham outros pacientes trans pra ela e ela já tinha uma base melhor (Days).

Gráfico 5 – Origem da demanda dos usuários (com EAS preenchida) atendidos no Ambulatório de Sexualidade/HUUFMA.



Fonte: Elaboração da autora.

Os achados da pesquisa documental, alicerçados pelos resultados da pesquisa empírica, demonstram que poucos usuários foram encaminhados ao Ambulatório de Sexualidade por profissionais de saúde da rede pública. Mencionamos na segunda seção desta dissertação que o Processo Transexualizador (PrTr) no SUS aponta, entre suas diretrizes, a importância da integralidade da saúde e do trabalho interdisciplinar e multiprofissional. O documento também destaca a necessidade de integração entre as ações do PrTr e os demais níveis de atenção à saúde, sobretudo a Atenção Básica – porta de entrada para o atendimento. Mesmo que o Ambulatório de Sexualidade não seja habilitado para o serviço, sua organização é pensada com base na portaria. Além disso, as diretrizes acima se aplicam a todo e qualquer atendimento à população trans e travesti no âmbito do SUS.

Um sistema de referência e contrarreferência eficaz permite maior articulação entre os níveis de atenção à saúde, favorece a troca de informações, o trânsito do usuário e a continuidade do cuidado. A fixação de diretrizes sobre referência e contrarreferência é responsabilidade das Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT), sendo ferramentas essenciais para a integralidade da saúde. Contudo, muitos profissionais de saúde desconhecem os serviços voltados para a população trans e travesti, ou, nas palavras de João, não tem interesse em conhecê-los.

Poucos conhecem... Hoje em dia eu vejo que já é mais conhecido, mas eles não sabem o que é, eles dizem assim: “Ah, lá no Dutra tem um núcleo de mulher que quer virar homem e homem que quer virar mulher” [...]. Eles [profissionais de saúde] não tem interesse, não é dizer assim “Ah, não sei o que é, quero ajudar, mas não sei como”, pode ir [nas outras unidades de saúde] que tu não vai ver interesse (João).

A postura e a conduta dos profissionais de outras unidades de saúde são também ressaltadas em outros relatos de nossos usuários colaboradores. Xica relata que já passou por situações de assédio sexual em consultórios médicos, enquanto Baena afirma que, quando ainda era adolescente e estava buscando se conhecer melhor, sua sexualidade foi invalidada por meio de discurso religioso durante atendimento psicológico. Dandara e Lourival abordam episódios em que se sentiram constrangidos pelo comportamento de pessoas que trabalham nesses locais.

Os médicos em si têm uns que são preparados, tem uns que não. A gente vê muito no sexo masculino, nos médicos homens, né? A gente sente muito o despreparo deles na questão de saber que a pessoa é trans, de perguntar algumas coisas que não é pra perguntar. Por exemplo, entender a demanda de uma mulher trans ir no mastologista, porque a gente precisa de mastologista. E urologista também. Tanto homens, quanto mulheres. Sinto que não estão preparados para receber esse nosso público, de homens e mulheres trans [...]. Assédio mesmo. Têm uns que ficam dando em cima [...]. Já aconteceu assédio de médico, de pegar no peito, de querer beijar, querer apalpar teus seios. Então assim, a gente passa por esses constrangimentos nos consultórios (Xica).

No Socorrão, eu tinha me machucado, aí minha tia tava assim comigo e falou “Menina, que coisa, né?”. Aí o homem [maqueiro] ficou olhando assim pra mim e eu percebi. Aí ele disse “Esses viados não têm jeito mesmo”. Aí titia só disse assim “não, muito obrigado”, ela não tratou ele mal não, só disse “não, deixa que daqui eu levo ela, só me diz onde é que é” pra ele. Porque assim, acho desnecessário né, a tua opinião sexual ou a minha não diz respeito a ninguém, só diz respeito assim a eu te respeitar e você me respeitar (Dandara).

Foi no [Pam] Diamante. A mulher falou assim “Isso aqui é uma transvaginal”, eu digo sim, é isso mesmo. Aí ela falou “É pra você mesmo?”, aí eu digo é. Mas também ficou nisso, ela não ficou fazendo perguntas. Só, tipo, os outros pacientes, as outras mulheres que ficaram lá me olhando [risos]. Mas também, não me importo mais também com os olhares dos outros não (Lourival).

No início da adolescência, eu fui numa psicóloga no postinho perto da minha casa e ela foi muito pro lado religioso. Ela sempre citava a Bíblia, “Ah, a Bíblia diz isso e isso, então você tem que fazer isso e isso”. Quando falei da minha sexualidade, ela disse que isso não fazia sentido, que eu tinha que escolher, porque isso não era natural. Isso fez eu me fechar pra falar sobre isso com qualquer outro profissional de saúde durante muito tempo. [...] Teve um caso de um amigo meu, que ele passou por diversos perrengues, porque ele teve um problema no útero, por conta que ele tava tendo diversas dores e sangramentos intensos e aí ele foi no hospital e o médico disse que ele tava com um cisto hemorrágico, só que esse médico destratou ele de diversas formas, disse que a única solução pra ele era se ele engravidasse, não tratava ele no masculino, não usava o nome social dele [...]. Outro médico que ele foi depois disse que ele pode fazer uma cirurgia pra resolver, aí agora ele tá atrás [da cirurgia] (Baena).

Situações envolvendo trabalhadores do HUUFMA também foram destacadas por alguns usuários que colaboraram com a pesquisa empírica.

Teve uma vez naquela parte ali debaixo do Materno, que eu fui fazer um exame transvaginal, aí a moça que fica lá disse na frente dos outros: “Ah, mas por que que você tá fazendo exame de mulher? Isso aqui não é pra homem não” [...]. Às vezes, acho que é falta de entendimento, de informação. Por exemplo, uma moça lá do Dutra que entrega exame... Ali eu já não sei se é tanto informação ou não. Fui receber um exame aí ela “Ah, minha princesa, não sei o quê”, aí eu falei “Não, é ele, meu nome é [omitido] e tal”. Aí eu falei pra ela “Quando a senhora não conseguir identificar o gênero de alguém, não faça suposições”. Aí fui lá de novo e ela me chamou de princesa de novo (João).

Tinha um guarda aqui em específico... Eram umas certas piadinhas, que foram direcionadas para uma certa pessoa que eu acho que nem era trans, não, não era uma pessoa trans, era um menino gay [e aguardava atendimento]. E essas piadinhas eu fiquei meio assim... (Baena).

Um aspecto que chama a atenção é a menção à “curiosidade” dos profissionais de saúde sobre a identidade de gênero de nossos entrevistados – mesmo quando o motivo da consulta nada tem a ver com questões de gênero. Infere-se, nas falas, que nem sempre tal comportamento é percebido como inadequado ou, em outros casos, é minimizado.

Tipo, o que eu vejo é só curiosidade assim, que eles não conseguem identificar. Aí alguns falam assim “Ei, posso te fazer uma pergunta?”, aí eu falo “Pode, acho que eu já sei o que é”, aí eles “Tu é trans, né?” e eu digo “Sou” (João).

Tipo assim, é visível como eles [profissionais de saúde] não têm preparo ou não se interessam pelo assunto, eles não se importam pelo público que eles vão atender. Primeiro que eles nem sabem diferenciar identidade de gênero de orientação sexual, eles colocam tudo numa mesma caixa e vão só falando. E tem uns que chega a ser invasivo, literalmente eles chegam a perguntar, parece que a gente é um corpo, um estudo que tá ali só pra isso. Já aconteceu de não falar nada, mas eu sentir um olhar estranho em cima de mim (Anderson).

Assim que eu comecei a tomar hormônio, lá na Unidade Mista do Bequimão, o médico se trancafiou comigo na sala e começou a fazer um monte de pergunta [risos]. Tipo, era só pra ele me passar a receita. Mas também as perguntas dele não foram tãoão assim... Mas ele ficou bem curioso (Lourival).

Durante nossa pesquisa empírica com as profissionais do Ambulatório de Sexualidade, somente a Profissional 1 afirmou já ter trabalhado no atendimento à população trans e travesti em experiência anterior ao seu vínculo com o HUUFMA. Mesmo assim, relata incerteza ao se deparar com as possíveis demandas do Processo Transexualizador. Aponta também que, no campo do gênero e da sexualidade, todas as capacitações realizadas foram custeadas por ela.

Quando a chefia me chamou e falou “vamos trabalhar agora com as pessoas trans”, nesse momento eu fiquei em pânico. Eu pensei “nossa, eu vou precisar estudar”. E aí

eu mesma, por iniciativa própria eu fui pra um curso em São Paulo, paguei do meu bolso tudo. Depois fui pra um curso no Rio Grande do Sul, também tudo pagando do meu bolso. E até hoje a instituição nunca me favoreceu nenhum tipo de capacitação (Profissional 1).

A gente buscou capacitação, nós profissionais, pra melhor atender essa população. Então foi a gente que buscou na UNA-SUS, a gente que buscou autorização pra viajar pra Recife pra conhecer o serviço deles pra gente poder implementar aqui, mas tudo iniciativa da equipe – que foi sendo montada por afinidade, por achar mesmo que tinha que ter esse serviço aqui, mas o HU nunca proporcionou não (Profissional 3).

Na avaliação da Profissional 2, a ida à Recife, para conhecer o Hospital das Clínicas (que é habilitado no Processo Transexualizador), teve incentivo do HUUFMA. “*Como era da Rede EBSEH, nós fomos lá para conhecer o trabalho [...]. Fora essa experiência, não teve mais nada não. De lá pra cá foi interesse nosso, de alguma coisa online, a gente tá sempre buscando assim. Mas aquele modelo lá, da gente ir no local, partindo do HUUFMA, foi somente essa capacitação e só para mim e para [omitido]*” (Profissional 2).

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais determina, em suas diretrizes, que os temas da orientação sexual e identidade de gênero devem ser incluídos nos processos de educação permanente desenvolvidos pelo SUS, os quais devem envolver não apenas trabalhadores da saúde, mas também lideranças sociais, usuários e integrantes dos Conselhos de Saúde. Em seu plano operativo, também possui um eixo voltado para a educação permanente e educação popular em saúde com foco na população LGBT. O Relatório de Gestão do HUUFMA de 2022 identificou como macroproblema “a ausência de protagonismo do ensino na instituição”, apontando como uma das soluções a valorização “da formação permanente” (EBSEH, 2022). Contudo, não há menção à área de abrangência do Ambulatório de Sexualidade.

Retornando à nossa pesquisa documental, no instrumental da EAS questiona-se, no momento do primeiro atendimento, qual a unidade de saúde de referência para aquele usuário/a. Após a análise das respostas, verificou-se que 48 indicaram a Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima de sua casa (38,71%), 18 apontaram as Unidades Mistas de Saúde distribuídas em São Luís (14,52%), 17 escolheram as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) (13,71%), 10 afirmaram que utilizam serviços de saúde da rede particular (8,06%), 4 citaram os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), uma pessoa mencionou o Consultório de Rua (0,81%) e outra escolheu Programa de Saúde da Família (PSF) (0,81%). 25 respostas não foram registradas, o que representou 20,16%.

Apesar da maioria das respostas indicar a UBS como unidade de saúde de referência, poucos foram encaminhados ao Ambulatório de Sexualidade por profissionais de saúde da

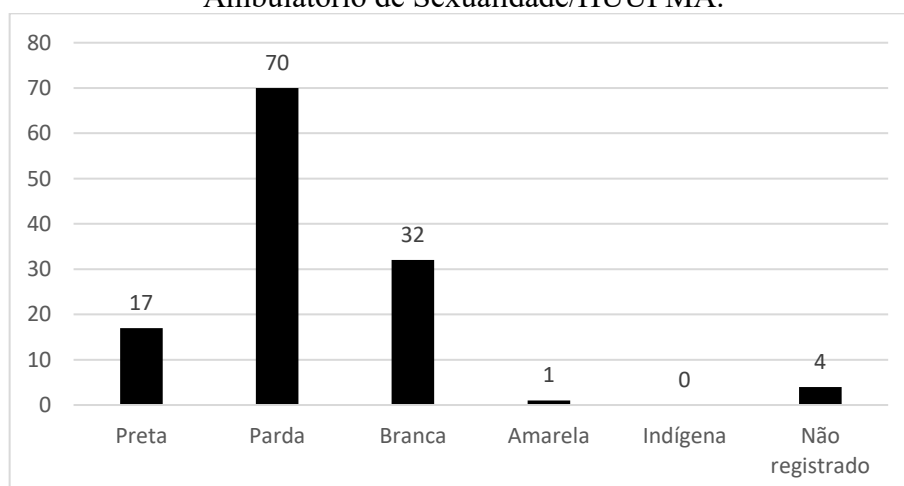
Atenção Básica, como verificamos anteriormente. Por outro lado, dos 10 usuários que, nos achados da pesquisa documental, mencionaram utilizar os serviços de saúde da rede particular, 5 foram encaminhados ao ambulatório por profissionais de saúde. Importante destacar que destes 10, somente um abandonou o serviço – número baixo se comparado aos níveis gerais de evasão no ambulatório.

Dentre os usuários entrevistados em nossa pesquisa empírica, somente um possui plano de saúde: Anderson. Durante nossa conversa, compartilhou que naquele dia havia ido ao ambulatório solicitar ao psiquiatra um relatório de acompanhamento exigido pelo plano de saúde para realização da mastectomia (cirurgia de retirada das mamas). No caminho, uma jornada de espera e sofrimento.

Primeiro que no plano de saúde é a maior burocracia pra retificar [o nome]. Agora, eu consegui pegar o último laudo, porque eu tô nessa briga desde julho [de 2023], e aí eu levo as coisas eles dizem que tem mais, levo as coisas eles dizem que tem mais. Aí agora falaram pra mim que só tá faltando do psiquiatra. Já levei do endócrino, do médico que vai fazer a cirurgia, do psicólogo, de todo mundo. Aí já peguei tudo, agora não tem desculpa pra me vetar, quero ver qual vai ser a desculpa... Porque, cara, é frustrante. É um desconforto muito grande, não dá pra esperar (Anderson).

No que diz respeito à variável raça/cor (Gráfico 6) contida na EAS, a maioria se declarou negra, sendo 17 pretos (13,71%), 70 pardos (56,45%), 32 brancos (25,81%), 1 amarelo (0,81%) e 4 não registrados (3,23%). Todavia, cabe destacar que quando analisamos esses dados a partir dos que ainda permanecem no serviço, notamos que a evasão é muito maior para aqueles que se declararam pretos e pardos (76,47% e 71,42% de evasão, respectivamente) em comparação com os brancos (48,87% de evasão).

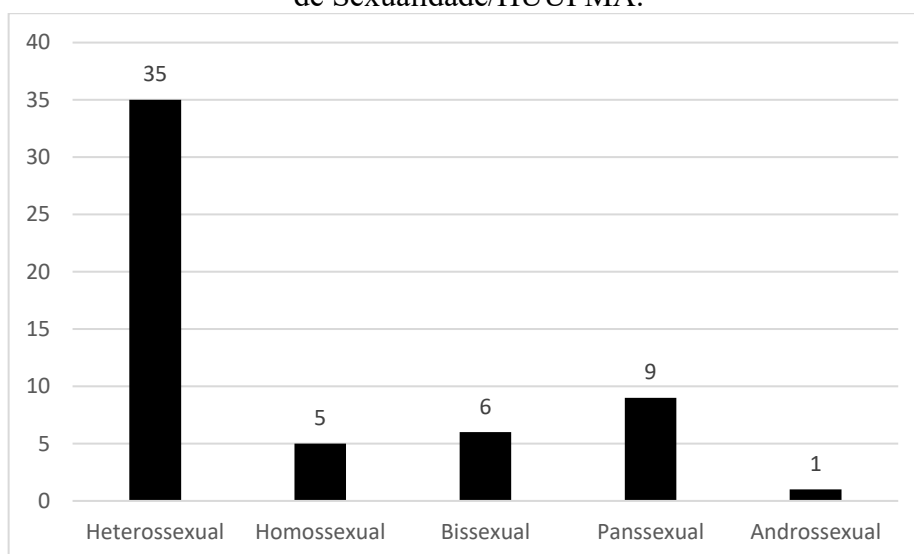
Gráfico 6 – Cor/raça autodeclarada dos usuários (com EAS preenchida) atendidos no Ambulatório de Sexualidade/HUUFMA.



Fonte: Elaboração da autora.

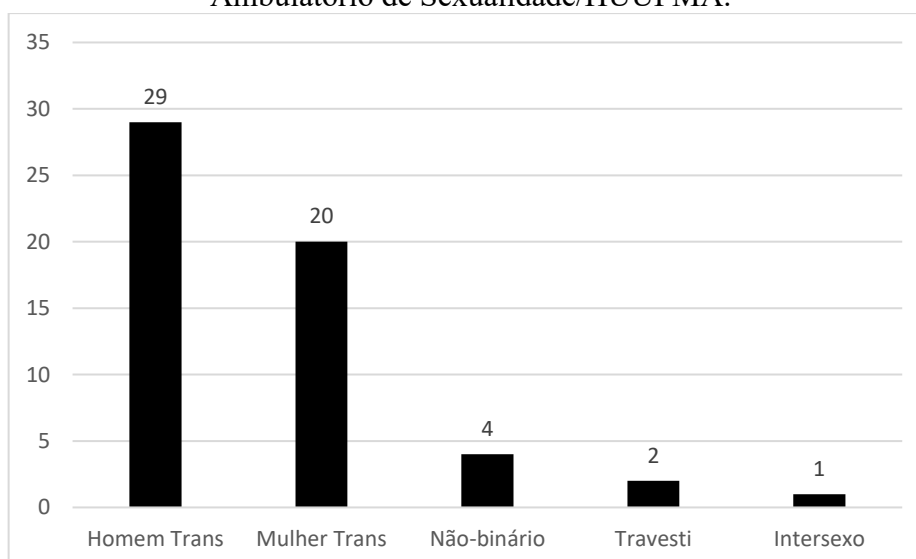
Dos 124 documentos analisados, 56 possuem os campos “identidade de gênero” e “orientação sexual” disponíveis para preenchimento (após a última atualização da EAS em 2020). Desse público, 35 são heterossexuais (62,50%), 9 panssexuais (16,07%), 6 bissexuais (10,71%), 5 homossexuais (8,93%) e 1 androssexual (1,79%). Os homens trans foram os que mais buscaram atendimento no Ambulatório de Sexualidade: 29 usuários (51,79%). As mulheres trans aparecem em segundo lugar, com 20 usuárias (35,71%). Em seguida, 4 não-binários (7,14%), 2 travestis (3,57%) e 1 pessoa intersexo (1,79%).

Gráfico 7 – Orientação sexual dos usuários (com EAS preenchida) atendidos no Ambulatório de Sexualidade/HUUFMA.



Fonte: Elaboração da autora.

Gráfico 8 – Identidade de gênero dos usuários (com EAS preenchida) atendidos no Ambulatório de Sexualidade/HUUFMA.



Fonte: Elaboração da autora.

Desse recorte (56 entrevistas), analisamos os documentos daqueles que permanecem no ambulatório, com o propósito de verificar o grau de evasão entre as diferentes identidades de gênero. Das 20 mulheres trans que buscaram o ambulatório, somente 4 permaneceram no serviço – uma queda de 80%. Dos 29 homens trans, 14 permaneceram, o que representa 51,72% de evasão. Certamente estes dados representam apenas uma parte de nosso banco de dados, o qual já é limitado. Contudo, tal realidade é sentida também pelas profissionais de saúde da equipe que participaram de nossa pesquisa, compartilhando a mesma observação a partir de suas experiências.

As mulheres trans têm mais dificuldade de alcançar efeitos [a partir da hormonização] se comparado aos homens trans [...]. Então, o homem trans logo que ele começa a usar os hormônios, já se percebe os efeitos. Ele se beneficia mais rápido e melhor desse processo. Até porque o tipo de hormônio é diferente, tem mulher trans que toma o anticoncepcional que as mulheres cis usam. E aí elas alcançam poucos resultados... tem que ser algo muito a longo prazo, fazendo direitinho, e nem todo mundo quer passar por esse processo (Profissional 1).

As mulheres... Eu acredito que o resultado da hormonização, que é o que muitas almejam, que é as transformações corporais, é mais lento. E como a questão da passabilidade do homem trans, dos meninos, com o início dos hormônios, é mais rápida, eu acho que eles permanecem mais em função disso. Porque existe um comércio paralelo para as mulheres trans, de silicone industrial... de outras coisas... de outras possibilidades de transformação corporal... Então, eu acredito que a maioria [das mulheres trans] não fica por conta disso, de ser um processo mais lento de transformação corporal. Muitas delas trabalham com a imagem, algumas são profissionais do sexo, e a cobrança em estar o mais feminina possível é muito grande, e isso tem que acontecer de forma rápida. A gente tem também algumas meninas que são soropositivas, eu acho que isso é um dado importante, porque precisa tá tudo ok clinicamente, carga viral, etc., para iniciar a hormonização (Profissional 3).

As profissionais reconhecem que as mulheres trans têm evadido mais que os demais usuários do ambulatório e atribuem esse fato à lentidão no alcance dos resultados esperados por elas por meio da hormonização. Além da necessidade de suspender possível automedicação por pelo menos 3 meses, é preciso estar em boas condições de saúde para iniciar a terapia hormonal, o que requer tempo para a avaliação clínica e laboratorial. Keila Simpson, atual presidenta da ANTRA, em entrevista concedida à Carvalho (2011, p. 114), comenta sobre os perigos dessa realidade: “A questão do silicone torna-se um mal necessário e que por mais que a gente desestime a utilização pelas travestis, elas vão continuar usando porque não tem uma outra alternativa de feminizar seu corpo tão rapidamente. Os hormônios fazem um processo completamente lento e demorado e as travestis têm a necessidade das coisas muito, muito urgente e aí recorrem ao silicone líquido”.

A demanda pela colocação de próteses mamárias para mulheres trans e travestis é muito maior que a oferta pelo SUS, uma vez que são consideradas cirurgias eletivas e poucos locais a

realizam. Em entrevista concedida em 2023 ao Portal Drauzio Varella¹²¹, a ginecologista Aleide Tavares, profissional que integra o Espaço Trans do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (local habilitado para realização de cirurgias pelo Processo Transexualizador), afirma que a equipe é pequena diante da demanda recebida e que o tempo de espera é, em média, de quatro anos. Importante lembrar que, como vimos em seção anterior, grande parte das unidades de saúde que hoje atendem a população trans e travesti ainda não são sequer habilitadas na modalidade ambulatorial. No Nordeste, por exemplo, somente Pernambuco possui hospital habilitado para realização de cirurgias atualmente.

Outro aspecto mencionado pela Profissional 3 diz respeito à questão da passabilidade. Para Júlia Naomí Rodrigues (2023), a passabilidade está relacionada ao quanto uma pessoa trans, travesti ou não-binária se “parece” com uma pessoa cisgênero, sendo utilizada em alguns casos como estratégia de defesa contra a transfobia. O conceito é baseado na imagem, cuja norma dita o acesso a espaços diversos e a uma vida aparentemente com menos violências. Todavia, a autora também pontua que a passabilidade esconde armadilhas, pois força as pessoas trans a se encaixarem em estereótipos de gênero como condição para continuarem existindo. Além disso, para aquelas pessoas não consideradas “passáveis”, resta todo tipo de preconceito, discriminação e violações, os quais não cessam, pelo contrário, são exacerbados.

Segundo a autora, “os homens trans conseguem alcançar a passabilidade mais rapidamente que as mulheres trans, pois os critérios que configuram um homem são rasos se comparados às exigências sociais que configuram uma mulher” (Rodrigues, 2023, p. 29). Ademais, a evasão das mulheres trans nos serviços de saúde perpassa, principalmente, por questões de classe e raça. As mulheres trans negras, assim como as mulheres cis negras, estão mais expostas a violências. Conforme mencionamos anteriormente, das 56 Entrevistas de Acolhimento Social com o item “identidade de gênero” preenchido, 20 eram mulheres trans. Destas, 9 se autodeclararam pardas, 6 se autodeclararam pretas e 5 se autodeclararam brancas. Desse grupo, somente 4 ainda permanecem no serviço: 2 mulheres trans brancas, 1 mulher trans preta e 1 uma mulher trans parda. Os dados apontam que, apesar de serem maioria na busca pelo ambulatório – no período retratado –, as mulheres negras evadiram em uma proporção muito maior.

Há um modo estrutural pelo qual as mulheres trans negras são submetidas às violências do sexismo, da transfobia e do racismo. Conforme já assinalamos na primeira seção desta dissertação (Tabela 1), dados da ANTRA apontam que dos assassinatos da população trans em

¹²¹ A entrevista pode ser acessada no seguinte endereço eletrônico: <https://drauziovarella.uol.com.br/sexualidade/lgbtqiap/servicos-de-saude-voltados-a-populacao-trans-no-brasil/>.

2023, 94% foram de mulheres trans e travestis e 72% eram pessoas negras (Benevides, 2024). A autora questiona: se a expectativa média de vida da população trans é de apenas 35 anos, qual será esta quando verificarmos somente as travestis e mulheres trans negras? Diante do genocídio da juventude negra no Brasil e do transfeminicídio, as maiores vítimas são jovens trans negras, pobres, moradoras da periferia, onde os racismos (estrutural, policial, institucional, etc.), cruzados com uma identidade de gênero não cisgênera, acabam amplificando os riscos de morte (Benevides, 2024).

No Ambulatório de Sexualidade, os homens trans – público majoritário e com percentual de evasão menor, mas significativo –, também apresentam dados semelhantes com base na cor/raça. Dos 29 que buscaram o serviço, 17 se declararam pardos, 7 brancos e 5 pretos. Dos 14 que permanecem, 7 são pardos, 6 são brancos e 1 é preto. Assim como as mulheres negras, os homens negros também evadiram em uma proporção bem maior.

Apesar de serem maioria no Brasil, e maioria expressiva no Maranhão, os dados de saúde das pessoas negras demonstram que as desigualdades também se apresentam nas dificuldades em permanecer ou utilizar com a frequência necessária os serviços ou aparatos de saúde. Dificuldades de inserção no mercado de trabalho, moradia distante, insatisfação com os serviços, ausência de suporte familiar, além de outras questões, contribuem para essa realidade. Tão importante quanto acessar, é ter condições para permanecer. O primeiro, ainda permeado de desafios, tem nos mostrado avanços. Contudo, os altos índices de evasão no Ambulatório de Sexualidade, sobretudo das mulheres e da população preta e parda, nos indicam que os espaços de saúde ainda são atravessados pelos denominadores de gênero, raça e classe.

É preciso destacar que sem a articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde, qualquer tentativa de estabelecimento de uma rede de atendimento permanece fragilizada. A pactuação entre as esferas estaduais e municipais, por meio da CIB (Comissão Intergestores Bipartite), é de suma importância para que seja definido fluxo de atendimento, o qual envolva as unidades básicas de saúde, os ambulatórios especializados e os hospitais de alta complexidade, conforme mapeamento das áreas de abrangência e responsabilidade de cada esfera. Além disso, é necessário estabelecer fluxo para dispensação dos medicamentos, de modo que a garantia deste direito não fique restrita a uma unidade de saúde, mas a todos os usuários trans do SUS que realizam a hormonioterapia.

Quanto menor a relação entre os serviços de saúde e a população trans e travesti, maior é a sua exposição a riscos de saúde. Nesse cenário, a busca ativa e os diálogos interinstitucionais se apresentam como importantes aliados. Comumente utilizada como estratégia das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica, a busca ativa está diretamente conectada ao princípio da

integralidade, pois aproxima as necessidades de saúde da população adstrita às ações da equipe multiprofissional.

Apesar do histórico subfinanciamento, dos problemas de infraestrutura e das dificuldades de atração de profissionais da área médica, os anos 2000 foram marcados pela expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF), pela incorporação das Equipes de Saúde Bucal, pela criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e pela criação de diferentes modalidades de equipes (consultórios de rua, ribeirinhas, fluviais) (Melo et al., 2018). No entanto, a atenção básica, tida como de menor lucratividade, tem sido alvo de vários desmontes. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), na última atualização em 2017, fez alterações significativas em sua dimensão organizativa e funcional, com maior flexibilização da ESF e privilegiamento da Atenção Básica (AB) tradicional.

Em nota publicada pela Cebes e pela Abrasco em 2017, as instituições se posicionaram contra a revogação da prioridade do modelo assistencial da ESF imposta pela revisão da PNAB. As noções de padrão “essencial” e “ampliado”, introduzidas em 2017 de modo genérico, abrem margem para a seletividade dos serviços. A depender das intenções dos gestores locais, o padrão essencial pode se transformar em mínimo, o qual “pressupõe supressão ou cortes de atendimentos, tal como propõe a ideologia liberal” (Pereira, 2002, p. 26). As mudanças corroboram para uma AB desarticulada da rede de atenção à saúde, alheia aos princípios do SUS e com baixa participação social.

De volta aos relatos dos profissionais de saúde de nossa pesquisa empírica, a Profissional 1 levanta um ponto importante quando comenta que se prescreve, para muitas mulheres trans, o anticoncepcional utilizado por mulheres cis. Na concepção de Rodrigues (2023), as tecnologias de modificação corporal para pessoas trans são “gambiaras”, pois não são pensadas e desenvolvidas a partir de suas necessidades e experiências. A autora cita como exemplo a prescrição para mulheres trans de medicamentos usados no tratamento de calvície e distúrbios edematosos – os quais são voltados para corpos cis. Por não serem direcionadas às demandas da população trans e travesti, essas tecnologias nem sempre trazem os resultados esperados. Isso dificulta a permanência dessas pessoas nos serviços de saúde que ofertam a hormonização, fazendo com que muitas optem por processos de modificação corporal sem acompanhamento profissional, correndo sérios riscos de saúde.

Ao analisarmos às respostas abertas ao item “motivo da procura”, contido na EAS, constatou-se que os termos “hormonização”, “terapia hormonal” e “hormônio” apareceram em 45 das 124 entrevistas. Outras 21 pessoas citaram desejo de realizar mudanças corporais, seja por meio de cirurgia ou não. 7 pessoas relataram que buscaram o Ambulatório de Sexualidade

com a intenção de cessar automedicação – uma delas tomava hormônios por conta própria há mais de 20 anos. A busca por transformações corporais também é citada pelos usuários colaboradores da pesquisa empírica, assim como o uso de medicação sem prescrição médica.

Fazia [automedicação]. Eu fiz uns 5 anos, fiz por conta própria [...]. Sintomas graves nunca senti, mas eu já tava sentindo algumas coisas não graves. E eu fiquei com medo quando eu fiquei sabendo da trombose, né, que o anticoncepcional dá (Xica).

Eu tomei por conta própria uns 6 meses antes de vir pra cá, mas graças à Deus nunca deu nada, porque a gente sabe que pode dar algum problema, né? (João).

Real eu vim pela hormonioterapia e a cirurgia [mastectomia]. Porque tipo, de verdade, é um impacto muito grande se sentir tão desconfortável com o próprio corpo. Porque não é uma coisa que tem como tu fugir, como tu dar uma pausa, dar um tempo [...]. Eu não [me automediquei], mas eu conheço pessoas que já (Anderson).

Tem um povo que não entende, eu já falo que são leigos, que ficam falando “Ah, tu é um viadinho, tu quer ser mais que uma mulher”. Não é, Bárbara. Tu sabe qual a minha maior vontade pra fazer essa cirurgia? É poder ir numa praia, tá operada e poder olhar e dizer assim “Agora sim, eu tô no meu corpo” [...]. Aí assim, o que mais me motivou a vir aqui foi isso [...]. Eu comecei a tomar as pílulas que eram da minha irmã, eu tomava escondida. O anticoncepcional. Aí depois eu parei e tal, porque diziam que fazia mal e tal. Aí depois eu tomei um que era de três em três meses, que era injeção. Eu ficava era inchada [risos]. Menina, era uma suadeira, aquela agonia. Aí também eu tomei uma que tu pega no posto, todo mês. Depois disso eu parei mesmo. [No posto de saúde você pegava com a receita do médico?]. Não, minha amiga pegava como se fosse pra ela, aí eu tomava em casa. Como eu tenho uma tia enfermeira... Mas depois eu disse “Não quero mais isso pra mim não”, porque minha amiga disse que pode dar trombose e tal. Então, eu prefiro ficar aqui, que aqui eu tenho acompanhamento, eu tomo a dosagem certa (Dandara).

Teve duas vezes, quando eu tive uma recaída em relação às bebidas e que eu não tava assim numa fase muito legal, e aí eu não tinha feito os exames, aí eu precisei comprar de outra pessoa [os remédios da hormonização]. Eu já era acompanhado aqui, aí eu não consegui fazer os exames pra retornar pra endócrino, aí tomei assim [...]. Porque tem época que a gente encontra os hormônios [na farmácia], tem época que não, então geralmente quando a gente não encontra a gente tem que ir pra esse recurso, que é o ilegal vamos dizer assim, porque geralmente quem fica com essa medicação em grande quantidade é o pessoal que trabalha com academia, e aí foi assim que eu consegui [...]. Ela me forneceu sem receita (Days).

Rocón et al. (2018) lembra que é importante não individualizar as consequências negativas da automedicação como mero resultado de escolhas inconsequentes. A perda de laços familiares e a necessidade de sobreviver, em muitas ocasiões, contribui para a maior exposição a situações de vulnerabilidade, as quais exigem transformações corporais rápidas e baratas dentro do contexto de produção da vida.

Por outro lado, há também relatos que descrevem a busca pelo Ambulatório de Sexualidade a partir de uma perspectiva multifacetada, como é o caso de Paulo:

Busquei pelos cuidados em geral. Porque assim, eu já tinha uma noção de quem eu era, mas não tinha certeza absoluta assim. Antes de vir pra cá, a única noção que eu tinha era a possibilidade de existirem mulheres lésbicas e eu não me identificava dessa forma. Ai quando eu tive conhecimento daqui, tive conhecimento mais aprofundado, ouvindo o relato de outras pessoas trans, muitas histórias muito parecidas com a minha, então ficou mais claro pra mim. A partir daí minha qualidade de vida foi melhorando (Paulo).

Lourival e Baena também mencionam sua inserção no Ambulatório de Sexualidade por motivos relacionados à sua saúde mental e ao desejo de entenderem melhor aspectos voltados ao gênero e à sexualidade. *“Eu me olhava e não sentia que era eu. Eu ficava olhando... Eu pensava que eu era meio perturbado da cabeça [risos], eu olhava no espelho e não me reconhecia. Eu queria me entender primeiro. Foi por isso” (Lourival).* *“Na época eu ainda estava descobrindo minha identidade de gênero. Eu iniciei com a equipe pelas questões da sexualidade e da identidade de gênero... Com o psiquiatra, a sexóloga e o restante” (Baena).*

As diferentes narrativas também demonstram que é preciso rever os parâmetros estabelecidos para a criação de um “processo transexualizador”. As demandas da população trans e travesti acerca das modificações corporais são legítimas, mas não podem ser objeto único na composição do serviço, visto que há outras demandas. Ser uma pessoa trans, travesti ou não-binária não é doença, mas traz determinantes em saúde que urgem cuidados especializados. Assim, é necessário renomear, redesenhar e ampliar a iniciativa sem ignorar a importância das modificações corporais para parte do seu público. Em todos os casos, a articulação entre os níveis de atenção à saúde é fundamental para o sucesso da proposta.

Sobre o assunto, destacamos o relato de Baena, que traz outras nuances sobre o tema. Em sua fala, revela que o contexto familiar conturbado o impede de realizar a hormonização e a retificação de seu nome. Cita uma situação específica em que se sentiu pressionado por uma profissional de saúde para tomar uma decisão sobre a hormonização.

*É a questão de me fazer uma certa pressão, talvez na mente dela isso não era intencional, mas era o que passava pra mim, que era uma pressão pra eu realizar o uso de hormônios. [Você não deseja fazer uso de hormônios, é isso?]. É algo muito mais complexo que isso. **Minha vida é uma contradição** [risos]. Eu moro com os meus pais e os meus pais são extremamente conservadores e eu nunca me assumi pra eles. A orientação sexual já tentei algumas vezes, só que a identidade de gênero é algo muito mais complexo, porque a gente já chegou a ter algumas discussões onde eles foram extremamente transfóbicos e isso me causou um certo receio, um certo medo de algum dia conversar sobre isso. Então, ela [profissional de saúde] insistia muito nessa questão da hormonioterapia pra que, de alguma forma... Porque eu relatava os casos de transfobia da diretora do curso que na época eu fazia. Eu conversava com ela sobre essas questões de transfobia que a gente sofria por conta da diretora do curso que era uma pessoa extremamente preconceituosa e que não acontecia só comigo [...]. E eu estava relatando esses casos pra ela e ela meio que insinuou que era aceitável e compreensível que ela [diretora] tivesse sido transfóbica comigo,*

porque eu não aparento ser uma pessoa trans. E que a única forma de que isso não acontecesse de novo era se eu comesse o processo de hormonioterapia (Baena).

A fala de Baena traz à tona um aspecto já bastante debatido por pessoas trans: a redução dos seus corpos e vivências à cisheteronormatividade, que dita socialmente como deve ser ou não a aparência de pessoas trans, travestis e não-binárias. Há uma expectativa em “adequá-las” às normas binárias de gênero ou, ainda, supor que o objetivo final das pessoas trans seja sempre se aproximar cada vez mais ao “ideal de mulher” ou “ideal de homem”. O caso de Baena, cerceado nas suas possibilidades de refletir se deseja ou não realizar a hormonização, exemplifica o que mencionamos anteriormente sobre a intensificação da transfobia para aquelas pessoas consideradas “não passáveis” (Rodrigues, 2023). Essa realidade traz também impactos à sua saúde mental, conforme o próprio menciona:

Inclusive, talvez isso seja relevante pra sua pesquisa, porque essa questão... Na verdade, atualmente, tudo tem me levado a uma certa ansiedade em retificar meu nome... Até mesmo em questão da minha aparência, porque as roupas que eu utilizo hoje em dia elas vão pra um lado mais neutro e o neutro acaba indo pra um lado mais masculino, justamente por conta dos meus pais, mas não é exatamente o estilo que eu me vejo, na verdade eu me vejo num estilo muito mais feminino do que esse... E atualmente isso tem crescido, né, essa ansiedade em relação a tudo isso [nome social e uso de hormônios]. [...] A questão da vida sexual mesmo, a minha vida sexual é extremamente inativa justamente por conta disso, por conta desse medo... Do meu corpo ser visto como objeto ou talvez até como indigno, porque é toda aquela questão, né? Do tipo, você vai se relacionar com uma pessoa trans, então você é o que? Gay? Você é... Enfim. E aí ficam naquela questão, porque até mesmo pessoas que eu já... Isso não é uma generalização, mas pessoas com quem eu já convivi, não foram todas, mas umas específicas que são bissexuais, e ainda assim viam como problema se relacionar com pessoas trans e na verdade eu nunca consegui entender isso, sabe? Porque de certa forma as pessoas têm um receio de se relacionar com pessoas trans. E também a questão de, como eu posso dizer, de pessoas ficarem comigo por puro fetiche e que depois ainda me trataram como se eu fosse nada. Então tudo isso acaba acarretando pra um certo medo de lidar com qualquer tipo de afeto (Baena).

Sobre o último ponto, Serano (2008) afirma que a hipersexualização e consequente desumanização de pessoas trans (sobretudo de mulheres trans) cria a impressão de que todas são trabalhadoras sexuais ou “impostoras” – inserindo a ideia de que as modificações corporais são feitas primariamente por motivos sexuais, seja para satisfazer homens cis e heterossexuais, seja para realizar algum tipo de fantasia sexual. Desse modo, constrói-se uma narrativa na qual pessoas trans não possuem valor, sendo reduzidas à objetificação sexual. É nessa lógica que o Brasil, o país que mais mata a população trans no mundo, também é um dos maiores consumidores de pornografia com pessoas trans.

Durante nossa pesquisa empírica também foram frequentes relatos de transfobia fora do âmbito das unidades de saúde, realidade que traz fortes impactos à saúde física e mental de

nossos entrevistados. Muitos mudam seus comportamentos a fim de evitarem serem alvos de preconceito, discriminação e violência, deixam de frequentarem certos lugares (de utilizar o banheiro público, por exemplo) e interrompem o acompanhamento no Ambulatório de Sexualidade por medo de saírem de casa.

A gente pode ser agredida a qualquer momento, estuprada assim como a mulher cis, como eu no meu caso já fui. Quando a gente vai servir o serviço militar, que é uma coisa que ainda mexe comigo, mas eu já aprendi a lidar com esse sentimento, mas eu fui obrigada a servir. Fui obrigada e fui abusada dentro do quartel. [...] A pressão psicológica da sociedade, essa questão do ensino religioso, que eles fazem uma lavagem, que tu é assim, que tu não vai pro céu, então isso mexe muito com o psicológico das pessoas trans, tanto homens quanto mulheres. A partir do momento que tu se assume, não é nem que tu se assume, é que tu se entende um homem ou uma mulher trans, tu vai ser bombardeado 24 horas (Xica).

A gente saiu ali na Alemanha, perto da CEMARC, fomos pra parada [de ônibus]. Ai eu cheguei na parada tinha uma senhora, ela olhou assim pra mim e cuspiu. E falou “O que essa coisa tá fazendo aqui?”. Na hora minha amiga me defendeu, porque fiquei sem reação (João).

Sempre acontece, seja de comentários, até assim o mais extremo que eu passei de ser empurrado no ônibus. Eu tava no ônibus, aí um senhor foi descer do ônibus e me agrediu, né? Me empurrou. Quando aconteceu assim foi um choque muito grande, e como eu tinha, tenho depressão profunda, e aquilo ali já foi assim um gatilho pra eu evoluir pra pior, né? Foi quando eu assim fiquei ao ponto de ter fobia mesmo de espaço público e foi a partir desse momento que eu parei total de sair de casa. Eu só saía de casa pra consulta e pra coisa importante, acabei ficando recluso mesmo em casa durante assim muito tempo (Lou).

Eu já passei por umas situações bem chatas, tanto que eu falei que eu tinha medo de sair; era por conta disso. Acho que foi um pouquinho depois que eu entrei no ambulatório... É, tipo, de me agredirem verbalmente e tudo. E teve uma vez que eu fui quase agredido, não sei... o pessoal do ônibus achou muito estranho um cara vir assim pra cima de mim, acharam que ele fosse me assaltar, mas eu sei que ele não ia me assaltar, ele só tava querendo me amedrontar. Nessa época eu não fazia hormonização, então minha voz era bem fina. Eu tava mandando um áudio e ele ficou extremamente incomodado comigo, começou a falar um monte de coisa e ficar com raiva. Tipo, eu não fiz nada, só fiquei esperando [ele parar]. Foi numa época assim bem chata, que as coisas tavam punk, que foi na época que Bolsonaro tava quase pra ser eleito. [...] Eu era uma pessoa bem sociável nas redes sociais, tava sempre assim na ativa e depois que isso começou a acontecer, tem certos tipos de coisas assim que eu evito. Tipo, se tem uma postagem assim de um evento, alguma coisa assim trans, eu evito ler os comentários, porque tem muito comentário transfóbico, muito. Às vezes eu também evito assim de fazer algum tipo de postagem, justamente porque eu sei que pode ter comentários, porque é uma coisa assim que me deixa bem mal. Eu vou evitando o que eu posso evitar pra minha saúde mental ficar de boa, sabe? (Days).

Benevides (2024) alerta que o aumento das violências – físicas, psicológicas, verbais e sexuais – contra pessoas trans nos espaços públicos faz parte de um projeto político, o qual coloca essa população como grande ameaça à família patriarcal, ao Estado capitalista e mais recentemente às mulheres e crianças cis. Na fala de Days, a menção ao contexto de medo

durante a eleição de Jair Bolsonaro se justifica pelo fato de as pautas antitrans terem se convertido em agendas prioritárias da extrema direita nos últimos anos.

No que diz respeito à rede de apoio, todos os usuários entrevistados durante nossa pesquisa empírica, com exceção de Baena, apontaram a família como principal suporte. 8 moram com parentes de primeiro grau, 1 com parentes de segundo grau e 1 mora sozinho. Segundo dados da ANTRA, para as crianças e adolescentes trans, o ambiente familiar tem se constituído como o principal espaço de violências (Benevides, 2024). Essa realidade culmina, muitas vezes, em processos de expulsão de casa, dando início a uma série de outras violações de direitos. Assim que podemos inferir que o suporte familiar é uma peça importante no cuidado em saúde, contribuindo para a permanência daqueles que são acompanhados no Ambulatório de Sexualidade.

Dentre as principais dificuldades enfrentadas nos serviços de saúde pública, o respeito ao nome social foi o mais mencionado durante nossa pesquisa empírica. No HUUFMA, alguns usuários relataram que recentemente receberam resultados de exames com seu nome morto¹²² e que isso já havia acontecido antes. Mediante reclamação, a situação foi corrigida, mas voltou a ocorrer.

Em São Luís nunca aconteceu assim de não me chamarem pelo nome. Agora sobre a documentação dos meus exames, continuam mandando os meus exames com o nome morto e eu já fiz a reclamação umas duas vezes [na Ouvidoria do HUUFMA] (Xica).

Tem uns 2 meses que recebi um exame e apareceu só o nome morto, a moça lá não soube me explicar o porquê, ela até perguntou se tinha problema. E os exames laboratoriais também, esses últimos que recebi, tá com o gênero feminino, não sei o que foi que aconteceu (João).

Com os profissionais daqui eu nunca tive problema, mas já aconteceu de errarem muito meu pronome na recepção. Mas ela acho que nem trabalha mais aqui, porque faz tempo isso já (Alan).

Por aqui assim nunca aconteceu, só de pronome mesmo, me chamavam muito pelo pronome feminino, mas era só lá no começo. No particular já aconteceu muito, quando eu ainda não tinha retificado, nunca tinha esse respeito, raramente acontecia assim de alguém me respeitar como homem, me chamar como homem, mesmo eu pedindo que me chamassem assim, eles sempre recusavam, sempre acontecia de me chamar pelo nome morto (Lou).

Eu nunca cheguei a usar meu nome social fora daqui [do Ambulatório de Sexualidade], porque como eu falei eu nunca me assumi para os meus pais. E os outros lugares acabam sendo lugares que a gente compartilha muito, então ela mesma, minha mãe, quando ela vai pra alguma consulta, ela marca pra mim também [com o nome morto] [...]. Eu quero retificar meu nome, mas nessa situação específica, eu ainda não vejo uma linha viável (Baena).

¹²² Nome morto é a forma como as pessoas trans e travestis costumam chamar o nome lhes dado ao nascer.

Eu demorei a fazer a retificação do meu nome, eu já tinha tentado uma vez, e aí aconteceu umas paradas bem chatas. Algumas pessoas se recusaram a me dar os documentos que eu precisava pra levar lá [no Cartório], pode ser porque não sabia das informações direito, pode ser porque... caso de transfobia mesmo. Então, quando isso aconteceu eu fiquei extremamente frustrado, aí eu fiquei bastante mal com isso até que veio agora esse ano [...]. Agora tem alguns lugares que eu vejo o seguinte, tem a fichinha pra colocar o nome de registro, o nome social, só que eles nunca perguntam, só pulam essa parte na hora de preencher [o prontuário ou a anamnese]. Eu acho isso bem peculiar. [Onde acontece isso?]. Postinho perto de casa mesmo e no Hospital Municipal (Days).

A dificuldade para marcar exames de imagem também foi citada pelos usuários, assim como a demora para habilitação do serviço para realização de cirurgias. Os usuários e as usuárias que participaram de nossa pesquisa empírica têm conhecimento sobre os serviços de saúde direcionados às pessoas trans, conhecem o Processo Transexualizador e acompanham as tentativas de habilitação. Muitos consideram que “falta vontade” quando o assunto é a garantia dos seus direitos, como se fossem “menos importantes” diante de outras demandas de saúde. Existe a possibilidade de realizar as cirurgias em hospitais habilitados de outros estados, por meio do TFD interestadual. No entanto, as filas de espera são longas, o que desestimula as tentativas.

Eu só consegui agendar esses exames de imagem uma única vez aqui, e ainda assim não tinha todos. É algo que é nosso direito e que deveria tá muito mais acessível, muito mais direcionado pra o nosso público, não que eu queira dizer que nós somos mais importantes do que os outros pacientes, não é isso, mas a hormonização tem seus riscos e precisa de avaliação constante (Paulo).

Aqui é tudo muito rápido, só que exames de imagem eu tô com 3 meses já tentando conseguir, que seria ultrassom da mama, da axila... Essas coisas demoram muito [...]. Eu não entendo também porque aqui não faz cirurgia, porque já me falaram que tem todos os profissionais, tem a estrutura, só não tem a autorização. Acho que falta vontade mesmo [...]. Eu já pensei em pedir pra fazer em outro estado, mas não teria como eu me afastar assim tanto tempo daqui, nem sei se alguém poderia me acompanhar, porque tem que ter, né? Acompanhante (Alan).

Exame assim é uma luta pra conseguir, nunca tem vaga lá no Dutra pra todos que tem que fazer. Nunca consegui fazer exame de imagem por aqui, só particular [...]. E assim a cirurgia devia ter, né? Porque é um hospital grande, tem estrutura pra isso (Lou).

Para as profissionais de saúde entrevistadas, os maiores desafios do Ambulatório de Sexualidade também perpassam pela falta de habilitação para o Processo Transexualizador. A conquista de um espaço físico próprio é reconhecida, mas são citados problemas de infraestrutura, como ar condicionados e computadores que nem sempre funcionam, dificultando os atendimentos. Os recursos próprios oriundos da habilitação são vistos como necessários para a continuidade do ambulatório.

O ambulatório até hoje não é habilitado, então eu acho que isso é uma estagnação. Ele não foi habilitado pelo Ministério da Saúde ainda. Ele começou com muito gás, mas ele meio que parou. E por exemplo, a gente precisa de capacitações, pra poder melhor ajudar nossos pacientes, e isso precisa de verba também. E como ele não é habilitado, a gente não recebe recursos financeiros pra melhorar o ambulatório. Outra coisa também, se os pacientes não valorizam o ambulatório, não tem peso pra a gestão do hospital, então é “me prove, por produtividade, como é que tá sendo a procura desse público, se realmente é um ambulatório que faz diferença”, e a gente não tem isso (Profissional 1).

Além da questão física, uma das nossas maiores dificuldades eu acho que é a gente não ter a habilitação. Então aqui acontece como acontece pra qualquer usuário do SUS. Ainda bem que nós temos o apoio desde a superintendência da EBSEH até a chefia imediata, são as duas pontas que a gente precisa que estejam conosco pra fazer esse trabalho acontecer. Então, eu acho que a gente precisaria que o hospital investisse mais em capacitação, acho que isso é uma coisa importante, a gente de fato ser habilitado, dispensar medicamentos, acho que isso é fundamental (Profissional 2).

Um dos maiores desafios é a não habilitação dele [ambulatório], a falta de incentivo da gestão e o fato de não reconhecerem o trabalho realizado no ambulatório, entendeu? A grandiosidade, as repercussões sociais que o trabalho que a gente faz tem nessa parcela da população. Então assim, ainda é mal visto, inclusive dentro da própria instituição. O maior desafio é quebrar mesmo esse preconceito que tem a esse atendimento às pessoas trans, a própria unidade. E no momento atual, as próprias condições de estrutura física, porque assim só tem um computador funcionando, o espaço tá insalubre. O fato da gente não ser habilitado inviabiliza muitas coisas, a questão da medicação, a questão da possibilidade de cirurgia, impacta bastante na permanência (Profissional 3).

A Profissional 1 e a Profissional 2 apontam como desafios a falta de incentivos, por parte do HUUFMA, para realização de capacitações aos profissionais do ambulatório. Ainda que não atribua negatividade ao fato, a Profissional 1 aponta a supervalorização da produtividade pela gestão do HUUFMA, situação que deve ser comprovada pela quantidade de atendimentos. Assim, se há poucas consultas, o ambulatório não tem valor. Essa lógica é compatível com a governança estabelecida pela EBSEH, a qual prima pela medição de resultados e custos, estratégia que se baseia também no controle dos trabalhadores como forma de aperfeiçoar os serviços. Para a Profissional 3, não há reconhecimento acerca do impacto positivo do ambulatório nas vidas daqueles que são atendidos no local. Impacto esse que não pode ser mensurado em eficiência e eficácia, pois move-se sobretudo pelo princípio da igualdade em saúde.

Não foram feitas menções sobre o cenário de desmonte do SUS e das políticas sociais nos últimos anos. É possível inferir na fala da Profissional 3 que há o reconhecimento do privilegiamento de determinadas demandas em detrimento de outras, mas não são feitas conexões com a forma de gestão a qual a EBSEH está inserida. Observa-se que a equipe tem resistido e ocupado o espaço do Ambulatório de Sexualidade mesmo diante das adversidades,

buscando melhorias junto às chefias imediatas e esforçando-se para manter a qualidade dos atendimentos. Entendemos que a continuidade do serviço urge a melhor interação entre os usuários e os profissionais de saúde, de modo a discutir de forma coletiva estratégias de resistência na operacionalização dos serviços. Tais discussões precisam envolver também os gestores do SUS e os movimentos sociais, pois, segundo frisa Jovanna Baby, “costumam dizer não para uma, duas pessoas, mas para três já vão refletir”¹²³.

Até aqui, foi possível perceber que o Ambulatório de Sexualidade não é “apenas” um espaço para “transição” de gênero. Apesar de, do ponto de vista do Processo Transexualizador, responder apenas parcialmente às demandas apresentadas (a nível ambulatorial), é muito mais do que isso. O serviço se traduz em um meio de convivência, de trocas, de referência – não só em saúde – para a população trans e travesti no estado do Maranhão. Por ter sido pioneiro e por ser porta aberta, tem garantido acesso àqueles que já tiveram muitas “portas” fechadas. Foi a partir do Ambulatório de Sexualidade que muitos e muitas conheceram, pela primeira vez, outras pessoas trans e puderam, dali em diante, construir e fortalecer suas redes de apoio. Quando perguntados, 8 dos 10 usuários entrevistados em nossa pesquisa empírica afirmaram que o Ambulatório de Sexualidade é sua unidade de saúde de referência – local que mais frequentam e se sentem seguros.

Para Paulo, os benefícios de sua permanência no local são muitos: *“Minha qualidade psicológica melhorou muito. Hoje eu vivo com muita naturalidade, mas já tive numa situação bem ruim. Hoje vivo muito bem, sem nenhuma necessidade de ser algo que não sou, eu sou eu. Quando eu tinha de 8 pra 9 anos, eu acreditava que ia nascer um pênis em mim [risos]. Eu acreditava, eu sou de uma família bem católica e eu ouvia dizer assim ‘milagre, milagre’, aí eu rezava, eu pedia à Deus, mas, enfim, criança, né? [risos]. Foi bem difícil quando chegou a adolescência, mas hoje me sinto melhor”*. Days menciona que as atividades em grupo, cessadas durante a pandemia e as quais ainda não foram retomadas, eram bem proveitosas. Como resultado, laços foram criados. *“A gente tem um grupo de whats, a gente troca informação, troca experiência [...]. A gente fez depois que a gente se conheceu aqui, é bem bacana, bem legal”*. Xica e Lourival também relataram ter se inserido em movimentos sociais ligados à temática trans após inserção no ambulatório. Xica, em especial, destaca que o Ambulatório de Sexualidade oportunizou, para ela, conhecimento sobre seus direitos: *“Mudou muita coisa. Em questão de política, porque até então eu não sabia que eu tinha direito a muita coisa e hoje eu sei que tenho, sou assistida [...]. Com outros colegas também, as pessoas trans que eu fiz*

¹²³ Trecho do documentário “Jovanna Baby: uma trajetória do Movimento de Travestis e Trans no Brasil”.

amizade aqui, os profissionais de saúde daqui também... Hoje se eu tenho acesso ao TFD, foi porque eu fiquei sabendo dele aqui. Se hoje eu recebo a minha medicação, que foi pela Defensoria Pública, foi também porque as pessoas daqui me falaram que eu tinha esse direito”.

Os avanços possibilitados pelo Ambulatório de Sexualidade, ainda que atinjam uma pequena parcela da população trans maranhense, encontram-se ameaçados – assim como a Seguridade Social construída nos marcos da Carta Magna de 1988. Isso porque “o neoliberalismo tem revogado as reformas que o movimento operário e popular impôs ao capitalismo” (Boito Jr., 2007, p. 261). É assim que a cidadania, mesmo quando considerada precária, “é um fenômeno contraditório que, dependendo da conjuntura e da correlação política de forças, cabe ao movimento operário defender” (Boito Jr., 2007, p. 261). Todavia, essa defesa só faz sentido quando nos afastamos de concepções que apresentam o desenvolvimento do acesso ao direito à saúde como uma linha progressiva descolada do desenvolvimento das forças produtivas e dos interesses históricos do capital.

Ao longo deste tópico, observamos algumas contradições por trás dos avanços e desafios apresentados pelos usuários e profissionais de saúde do Ambulatório de Sexualidade. Ainda que a patologização das identidades trans seja rechaçada em suas falas, na prática há uma ênfase aos procedimentos que visam as modificações corporais como o fim último do ambulatório. As atividades em grupo, atualmente suspensas, não foram aprofundadas como fundamentais para a efetivação da promoção à saúde. A prevalência do modelo biomédico como condutor da atenção à saúde denota que, a despeito das indicações contrárias do SUS, permanecem estratégias de disciplinarização dos corpos. Ademais, o Ambulatório de Sexualidade apresenta-se afastado do restante do HUUFMA, uma vez que não há interação, para além de capacitações pontuais, com os demais setores do hospital, muito menos com outras unidades de saúde.

Nota-se que o acesso ao direito à saúde para pessoas trans e travestis se apresenta parcialmente garantido. A partir da realidade do Ambulatório de Sexualidade, verifica-se que, apesar de sua implantação configurar-se como uma conquista importante diante das demandas em saúde da população referida no contexto local, seu alcance permanece restrito e, sua continuidade, ameaçada. O Ambulatório de Sexualidade não chega a todas pessoas que dele precisam ou que dele poderiam usufruir, pois permanece inserido em um modelo de saúde subordinado aos ditames do capital. Na prática, os princípios organizativos do SUS, como a universalidade, a equidade, a integralidade e a participação social, esbarram na redução progressiva dos investimentos econômicos e na vontade política governamental de partidos conservadores, como dita a economia neoliberal.

A alta evasão no Ambulatório de Sexualidade nos mostra que a legalização de um direito e a implantação de um serviço não são suficientes para sua garantia. Como buscar um serviço, ofertado apenas em um município do Maranhão, sem a garantia da “ajuda de custo” para aqueles que moram em outras localidades? Como permanecer sem as condições necessárias para adquirir os medicamentos? Como permanecer se, ao rejeitarem a visão reducionista e patológica imprimida aos corpos trans, decidem por não fazer uso de hormônios e não realizar cirurgias? O que o ambulatório tem a oferecer para as pessoas trans que não desejam modificar seu corpo? São questões que clamam por mais problematizações e pesquisas acadêmicas em todos os níveis.

O perfil dos usuários que permanecem no ambulatório nos mostra que as barreiras ao acesso têm sido mais intransponíveis às mulheres trans e travestis e às pessoas negras. De modo geral, ainda que os usuários e usuárias trans do Ambulatório de Sexualidade possuam nível de escolaridade acima da média da população trans brasileira apresentada ao longo de nossa dissertação e, ainda que possuam, em alguns casos, formações especializadas, além de suporte familiar e financeiro, estes permanecem enfrentando dificuldades para se inserir e permanecer no mercado de trabalho formal, para existirem sem temerem a morte, a fome, a pobreza e a violência de gênero. Isso porque, historicamente, para as populações trans e travesti, expulsas de casa e da escola, tem sido negada inclusive a possibilidade de vender a sua força de trabalho, uma vez que têm composto os mais baixos níveis do exército industrial de reserva em situação estagnada.

Marx (2011), no Livro I do Capital, explica que o proletariado, ao vender sua força de trabalho, se encontra em situação ativa, isto é, na condição de assalariado. No entanto, tal condição é inconstante e a grande maioria é composta por uma superpopulação relativa – também conhecida como exército industrial de reserva –, a qual pode ser classificada em flutuante, latente ou estagnada. A superpopulação relativa é o alicerce sobre o qual se move a lei da oferta e da demanda de trabalho. Segundo o autor, todo trabalhador faz parte desse conjunto quando está parcial ou integralmente desocupado. No cenário atual, é possível compreender o proletariado flutuante como aquele sem estabilidade formal, submetido a temporariedade salarial. Já o grupo considerado latente comporta um largo número de pessoas continuamente a espera de trabalho, as quais são imediatamente aproveitadas (na maior parte de forma precária) desde que haja necessidade ao capital.

A superpopulação estagnada é formada por uma grande parcela da população cuja possibilidade de ser recrutada pelo capital é mínima, o que proporciona confortavelmente “[...] um depósito inesgotável de força de trabalho disponível” (Marx, 2011, p. 873). A condição de

vida dessas pessoas está, geralmente, abaixo do nível médio da classe trabalhadora, sendo uma base importante para a exploração no modo de produção capitalista. Nesse contexto, observa-se que a superpopulação relativa representa, de modo geral, uma necessidade do capital na medida em que esta é fundamental para sua acumulação. O caráter contraditório dessa acumulação pode ser explicado, em linhas gerais, da seguinte forma:

Quanto maiores forem a riqueza social, o capital em funcionamento, o volume e o vigor de seu crescimento e, portanto, também a grandeza absoluta do proletariado e a força produtiva de seu trabalho, tanto maior será o exército industrial de reserva. A força de trabalho disponível se desenvolve pelas mesmas causas que a força expansiva do capital. A grandeza proporcional do exército industrial de reserva acompanha, pois, o aumento das potências da riqueza. Mas quanto maior for esse exército de reserva em relação ao exército ativo de trabalhadores, tanto maior será a massa da superpopulação consolidada, cuja miséria está na razão inversa do martírio de seu trabalho. Por fim, quanto maior forem as camadas lazentas da classe trabalhadora e o exército industrial de reserva, tanto maior será o pauperismo oficial. Essa é a lei geral, absoluta, da acumulação capitalista [...] (Marx, 2011, p. 875).

Assim, quanto maior o grau de exploração e acumulação de riquezas, mais expressiva é a força de trabalho disponível e conseqüentemente a massa de trabalhadores que compõem o exército industrial de reserva. O resultado disso é observado no aumento do pauperismo para aqueles que vivem do trabalho. Isso contribui e nos faz entender melhor por quais motivos não apenas os movimentos de travestis e transexuais, mas o movimento operário como um todo, têm sido empurrados para uma perspectiva reformista em suas lutas sociais. Contudo, o proletariado, afirmam Marx e Engels, abarcam em si o potencial revolucionário. Dessa forma, e nos parece apropriado retomar o título desta dissertação, não basta apenas **existir e resistir**, é preciso constantemente **reagir**. E essa reação deve incluir uma tomada de consciência e de ação que nos levem à classe em si e para si.

Virginia Guitzel (2021), em notas sobre o Brasil no livro “Marxism Transgender”, afirma que nos encontramos em um momento em que o crescimento da visibilidade LGBT nas décadas recentes tem se confrontado com o avanço da extrema direita à serviço do capital. Segundo a autora, somos testemunhas de que avanços legais nos marcos do capitalismo não são progressivos de graus rumo à verdadeira emancipação, haja vista que os poucos direitos conquistados não são permanentes e estão em constante risco.

A redução das questões relacionadas à diversidade sexual e de gênero à mera manifestação cultural tem sido pauta recorrente nos movimentos alinhados à esquerda. Há uma insistência em tratar determinadas lutas como fruto do “identitarismo”, descoladas da realidade material. Sua utilização faz parte de uma estratégia de deslegitimação e subalternização de pautas consideradas secundárias ou bloqueadoras do horizonte revolucionário.

A discussão se assenta numa clara oposição entre classe e identidade, por acreditar que esta última necessariamente apresenta um caráter conservador, ou seja, antirrevolucionário. No entanto, conforme Bogo (2010, p. 59), as identidades “estão marcadas [tanto] pela aceitação e manutenção do presente, [quanto] pela resistência a ele, ou pelo desejo de destruição e transformação do poder presente”. Vimos na primeira seção desta dissertação que a identidade é uma categoria socialmente construída, com possibilidade real de transformação da sociedade, como revela a historicidade dos Movimentos de Travestis e Transexuais no Brasil. Os desdobramentos das relações de exploração e opressão às quais estão submetidas as pessoas trans e travestis, com impactos no acesso à saúde, demonstram a necessidade de sua organização junto ao restante da classe trabalhadora, afastando-se de uma perspectiva idealista e reacionária acerca da emancipação política. Questionar e transgredir, individualmente, os padrões socialmente atribuídos a cada gênero não são suficientes para romper com a estrutura social que os alicerça.

Observamos ainda que as contradições do direito social à saúde da população trans e travesti acompanham as determinações inerentes às relações sociais capitalistas. E nem poderia ser diferente. Analisar o direito à saúde é uma tarefa que ultrapassa o acesso aos serviços propriamente ditos, nos levando à incompatibilidade entre os interesses capitalistas e a plena efetivação de um “estado completo de bem-estar físico, mental e social”, como preconizado pela OMS. Não há como garantir o acesso ao direito à saúde em uma sociabilidade que tem como pressuposto a exploração, o adoecimento e a desumanização da maior parte da população.

Os próprios direitos sociais e as políticas sociais estão assentados em um processo contraditório, pois, ao mesmo tempo em que significam conquistas importantes direcionadas às condições de sobrevivência da classe trabalhadora, são também instrumentos de reprodução da força de trabalho, atenuando conflitos que possam vir a ameaçar a continuidade do capital. Para Boito Jr. (2007, p. 256), a ideologia da cidadania mistifica relações sociais típicas do capitalismo. Ainda que não tenha sido criada pela burguesia, a cidadania se revelou funcional à sua forma de dominação. Isso porque, “no modo de produção capitalista, a igualdade de direitos civis, políticos e sociais coexiste com a desigualdade de classes”. Assim, esta última nega a igualdade formal proclamada no ordenamento jurídico burguês.

Dessa forma, embora a cidadania faça parte de uma estratégia progressista na passagem do feudalismo para o capitalismo, na Europa e na Ásia, e do escravismo para o capitalismo, nas Américas, ela adquire aspecto conservador na passagem do capitalismo para o socialismo. O direito igualitário oculta a desigualdade de classes e a exploração que ocorre na produção, contribuindo para que estas se reproduzam no tempo. Os indivíduos que pertencem à classe

trabalhadora, ao contrário dos que fazem parte da classe dominante, somente usufruem dos direitos políticos e sociais por meio de um esforço coletivo, cuja viabilidade depende da conjuntura e se realiza apenas de modo parcial (Boito Jr., 2007).

Essa realização parcial é percebida nos relatos das pessoas entrevistadas durante nossa pesquisa empírica e nas informações alcançadas por meio da pesquisa documental. A saúde, enquanto um direito universal, pautado na igualdade e integralidade, não se realiza para todos. A própria sentença, do ponto de vista da língua portuguesa, já apresenta sua contradição, pois não há como conceber um direito universal que não seja para todos. Mas é assim que tem acontecido na realidade concreta. Seja pelo fato de poucos conhecerem os serviços especializados em saúde para a população trans e travesti, seja pela insuficiência do Processo Transexualizador, seja pela ausência de cobertura nos demais municípios do Maranhão, seja pelos desmontes à Atenção Básica e ao SUS como um todo, seja pela forma de gerenciamento do HUUFMA, seja pela desvalorização do Ambulatório de Sexualidade em detrimento de outras áreas de atendimento no hospital, seja pela precarização das condições e relações de trabalho, seja pelas práticas discriminatórias dos profissionais de saúde, seja pelo avanço do ultraconservadorismo e de uma agenda política antitrans, seja pelos entraves ao acesso e à permanência no serviços de saúde, seja pela transfobia estrutural, o fato é que a saúde, como realização do humano e desenvolvimento máximo de seu potencial (e não somente como um direito formal), e o modo de produção capitalista não possuem possibilidade de coexistir.

O que temos, e isso está claro na análise da realidade do Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA, é o acesso parcial a um direito que se realiza em maior ou menor grau de acordo com as condições objetivas e subjetivas da população em tela e do SUS. Se acreditamos que a luta pela diversidade de gênero não é somente uma luta particular identitária, mas tem como base a diversidade humana, e se entendemos que a saúde, determinada socialmente, não se realiza plenamente no atual modelo de sociedade em que vivemos, então a tarefa que se impõe é de superação da ordem estabelecida e não de aperfeiçoamento das políticas de saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração de uma dissertação (ou tese), costumam dizer, é solitária. Talvez isso se aplique ao processo de escrita, realmente. No entanto, o processo de investigação desta dissertação é produto coletivo de todas as pessoas que colaboraram, direta ou indiretamente, para sua concretização. A caminhada, com algumas curvas, me inseriu em um movimento de articulações, seminários, eventos, amostras, apresentações, reivindicações, demandas, entrevistas, debates. Lembro-me que ainda quando escrevia o pré-projeto, a fim de ingressar no Mestrado, pensava que talvez teria dificuldades para encontrar “materiais” suficientes de estudo. Não poderia estar mais enganada. A dúvida adivinha, na verdade, do quão pouco eu conhecia sobre a história daquelas e daqueles que, ainda hoje, tentam invisibilizar.

É certo que o caminho ainda possui seus desafios e carece de atenção em campos estratégicos. Mas, se hoje podemos dizer que há um rico espaço de discussões propiciado por ativistas e pesquisadores trans, seus resultados são fruto das mobilizações e da memória viva dos que trilharam os primeiros passos. A inserção política das travestis e transexuais no cenário público brasileiro, sobretudo a partir da década de 1990, contribuiu para uma leitura e formação críticas da sociedade a partir de suas vivências e inquietações. É neste processo que se inscreve o debate feito até aqui, o qual entende-se não por encerrado, mas sim provocado.

As opressões às quais a população trans e travesti têm sido submetidas nos marcos do sistema capitalista contemporâneo mostram que é preciso ir além da garantia de direitos numa democracia burguesa, mas também nos apontam que as estratégias de propagação da transfobia, do machismo e do racismo não funcionam unicamente para manter este sistema econômico e nem tampouco serão superadas automaticamente com a sua extinção. Daí a importância da luta conjunta.

A população trans e travesti subverte padrões de gênero que delegam como e quem devem ser as mulheres e os homens. Suas existências e suas resistências são incômodas a todos que defendem a conservação de uma sociedade pautada na rigidez das sexualidades, na binariedade dos gêneros e na naturalização da subordinação dos corpos femininos. A preservação das relações patriarcais de gênero tem designado às mulheres as atividades que reproduzem a vida e a força de trabalho. Sob os princípios da separação e da hierarquização, as atividades domésticas e de cuidados não foram apenas inferiorizadas, mas também invisibilizadas no processo de reprodução social.

A capacidade do capitalismo de mobilizar políticas sexistas e racistas, favoráveis ao seu desenvolvimento, contribuiu para a complexificação das mais variadas formas de opressão. As

lutas contra o *cistema* e o *sistema* devem, assim, caminhar juntas, com o objetivo de superar não apenas as formas de exploração econômica da classe trabalhadora, mas as diversas desigualdades a ela impostas, reconhecíveis na diversidade humana.

A análise do direito social à saúde no levou, dessa forma, a duas grandes contradições. A primeira delas diz respeito à negação da existência e da dignidade humana de pessoa trans, travestis e não-binárias, aspecto que tem culminado no aumento da violência direcionada a esta população. Ousamos apontar que está em curso, de modo aberto e institucionalizado, um trans extermínio no Brasil, propagado sobretudo por grupos políticos de extrema-direita e fundamentalistas religiosos, que se utilizam de narrativas patriarcais para assegurar a dominação masculina, cisgênera e branca. Ao mesmo tempo, a população trans e travesti, incluída nas relações sociais desumanizadas, alienadas e coisificadas, serve ao propósito do exército industrial de reserva na distribuição da força de trabalho. Está inserida, portanto, quando não totalmente desocupada e a espera de ser minimamente aproveitada, nas atividades informais ou precárias de subsistência.

Os ataques à população trans e travesti são históricos, emaranhados tanto na preservação da família nuclear patriarcal, quanto no aprisionamento de corpos e mentes que fogem à cisheteronormatividade. A sociedade capitalista tem objetivado restringir a diversidade sexual e de gênero como meio de controle social, relaxando sua aversão apenas até certo ponto.

A rejeição generalizada à diversidade de gênero traz impactos às políticas sociais, pois contribui para a priorização de padrões de gênero cisnormativos e para a afirmação de uma composição familiar patriarcal e burguesa, formada unicamente por pai, mãe e filhos. A transfobia ainda perpassa os ambientes do executivo, judiciário e legislativo – com destaque para este último, uma vez que verdadeiras batalhas têm sido travadas nesta esfera de poder em decorrência do avanço de uma agenda pública antitrans. Por outro lado, os Movimentos de Travestis e Transexuais no Brasil, organizados politicamente, têm aumentado sua representação nas Casas Legislativas, demonstrando sua capacidade de mobilização e enfrentamento.

Ainda assim, as conquistas legais, mencionadas sobretudo na segunda seção desta dissertação, também foram acompanhadas do aumento da violência contra as pessoas trans e travestis nos últimos anos, o que demonstra mais uma vez a contradição entre o ordenamento jurídico burguês e a realidade concreta. No caso específico da LGBTfobia, cabe questionarmos se a criminalização e o encarceramento dão conta de resolvê-la, tendo em vista que o nosso sistema prisional é racista e classista, afetando em proporção muito menor a classe dominante branca, cis e heterossexual – beneficiada e perpetuadora de tais discriminações. De posse da negativa de tal reflexão, podemos perceber que se trata de um mecanismo legal importante do

ponto de vista do reconhecimento social contra as consequências da LGBTfobia, mas que acaba por transparecer uma possibilidade de experimentar a diversidade de gênero de forma plena e segura – efetivação ilusória no modo de produção capitalista.

Da mesma forma, os projetos de lei e as iniciativas governamentais que trazem incentivos à empregabilidade de pessoas trans e travestis são necessárias, considerando que, como resultado dos processos de expulsão de casa e da escola, essas pessoas tem tido, muitas vezes, o trabalho sexual como única opção. Indianarae Siqueira, liderança nos Movimentos de Travestis e Transexuais no Brasil, questiona a moralidade por trás da abordagem acerca da profissão e se reivindica como puta, mas também lembra que esta não pode continuar sendo a única opção e o único espaço ocupado por pessoas trans.

Em muitas ocasiões, há benefícios ao empresariado que dispõe de vagas de emprego para o público LGBT, seja por receber incentivos fiscais por parte do poder público, seja como estratégia para angariar “prestígio” diante desta população, enxergando-a apenas consumidora e não necessariamente a partir do reconhecimento dos processos históricos de exclusão aos quais foi submetida. Ainda que o faça, permanece o “direito” à venda de sua força de trabalho. “No lugar do pomposo catálogo dos ‘direitos humanos inalienáveis’, tem-se a modesta *Magna Charta* de uma jornada de trabalho legalmente limitada, que ‘afinal deixa claro quando acaba o tempo que o trabalhador vende e quando começa o tempo que lhe pertence’. Quanto se mudou do que era!” (Marx, 2011, p. 466).

A segunda grande contradição refere-se aos limites da efetivação do direito social à saúde no sistema capitalista. Vimos que, por estar assentada na exploração de uma classe (trabalhadora) sobre a outra (burguesa), a sociedade capitalista, baseada nos valores da competitividade e do individualismo, colide diretamente com a proposta de universalização dos direitos sociais e consequentemente com os princípios e as diretrizes do SUS. Nesse embate, observamos que há dois projetos societários em disputa: o Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto Privatista, de ordem neoliberal.

O Projeto de Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde são, assim, contracorrentes na longa trajetória da saúde no Brasil, marcada principalmente pelos interesses privados e pela lógica fragmentada, curativa e hospitalocêntrica. O receituário neoliberal, adotado pelo Brasil, traz fortes impactos à política de saúde, pois concorre para o subfinanciamento generalizado, intensificação da mercantilização da saúde, focalização dos serviços e programas na área, precarização das relações de trabalho e inserção da ótica do “gerencialismo” na saúde pública. O Processo Transexualizador (Portaria nº 2.803/2013), apesar das válidas críticas, pouco tem avançado desde sua redefinição, permanecendo numa lógica patologizadora e sem incluir as

pessoas não-binárias. Apenas seis unidades de saúde no Nordeste são habilitadas na modalidade ambulatorial e apenas uma na modalidade hospitalar.

Ao analisar o acesso e a permanência das pessoas trans e travestis no Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA, percebe-se que o serviço tem atuado como espaço de referência para esse público à nível local. Pioneiro no Maranhão, o Ambulatório de Sexualidade efervesceu as discussões sobre a necessidade de ampliação do cuidado em saúde às pessoas trans e travestis no estado. Resultado da luta histórica do Movimento de Travestis e Transexuais no Maranhão, posteriormente, tivemos a inauguração do Ambulatório Sabrina Drummond na rede estadual, voltado à mesma população. Tais iniciativas ainda são insuficientes diante das demandas apresentadas, haja vista que se concentram apenas na modalidade ambulatorial e na capital do estado.

Nota-se, pelas falas de nossos colaboradores (usuários e profissionais de saúde), uma preocupante realidade: os serviços de saúde não estão preparados para receber as pessoas trans e travestis e nem para atender suas demandas. A transfobia, recorrente durante os atendimentos, demonstra que as questões relacionadas à identidade de gênero e à orientação sexual ainda são tratadas de forma conservadora, baseadas em normativas cisheterossexuais. Os cuidados específicos em saúde, seja para homens trans, mulheres trans, travestis ou pessoas não-binárias, são ignorados, mal interpretados ou desrespeitados. Essa relação contraditória com os serviços de saúde pública colabora para o afastamento dessa população desses espaços – o que contribui para o agravamento de aspectos relacionados a sua saúde física e mental, uma vez que deixam ou evitam de frequentar tais locais como forma de autopreservação.

Observamos que a transfobia tem se apresentado como fator dificultador para garantia do direito social à saúde. Isso se expressa no relacionamento entre a população trans e travesti e os serviços de saúde de modo geral. As dificuldades parecem ser maiores nas unidades de saúde consideradas não especializadas, nas quais os relatos de discriminação e preconceito são frequentes. A falta de acolhimento, o despreparado técnico e o desconhecimento sobre a rede de saúde são alguns dos fatores que tem afastado essa população dos serviços de saúde pública.

Nos serviços especializados, a exemplo do Ambulatório de Sexualidade (e suas dependências no HUUFMA), apesar da incidência dos relatos de transfobia ser menor, outras questões se fazem presentes. A forma de gestão a qual o hospital está inserido, submetido a uma empresa pública de direito privado, corrobora para a precarização das condições e relações de trabalho, diminuindo o poder de organização dos profissionais que nele atuam e cerceando suas possibilidades de mobilização junto a outros atores da cena política.

Muitos dos desafios enfrentados hoje pelo Ambulatório de Sexualidade fazem parte do histórico subfinanciamento da saúde pública no Brasil, anterior à gestão da EBSEH (mas não desta descolada), os quais dificultam a expansão dos serviços de forma qualificada. Somado a isso, a ênfase nos preceitos, técnicas e métodos de gestão privada, baseados na maximização de sua eficiência e eficácia e em conformidade com a Reforma Gerencial do Estado, tem empurrado uma lógica quantitativa aos serviços de saúde pública, com priorização de determinadas áreas sobre outras – consideradas de menor importância ou demanda.

Os altos índices de evasão no Ambulatório de Sexualidade evidenciam que a população trans e travesti tem enfrentado dificuldades para permanecer no serviço. Os dados divulgados pela Rede Trans Brasil e pela ANTRA, expostos durante esta dissertação, indicam que muitos e muitas já sofreram violências nos espaços de saúde, principalmente advindas de profissionais de saúde. Nas falas de nossos usuários, entrevistados durante a pesquisa empírica, condições financeiras, dificuldades em se manter no emprego, distância entre o local de residência e o ambulatório (sobretudo para aqueles que moram em outros municípios) e os impactos da transfobia nos espaços públicos foram alguns dos aspectos dificultadores mencionados em suas trajetórias desde a inserção no Ambulatório de Sexualidade até os dias atuais.

Os resultados da pesquisa documental, por meio da análise das Entrevistas de Acolhimento Social (EAS), também nos possibilitaram perceber que este é frequentado majoritariamente por homens trans, negros, com ensino médio completo e que residem na região metropolitana de São Luís. A maioria conheceu o ambulatório por indicação de outro usuário que já estava inserido no serviço – apontando que a Atenção Básica não tem atuado como porta de entrada, segundo recomenda a Portaria nº 2.803/2013. O que nos indica a necessidade de sua maior publicização em locais estratégicos, mas também de adequação das informações entre os diferentes níveis de atenção à saúde, haja vista que os profissionais de saúde também são fundamentais no processo de referência.

Ademais, a evasão, mencionada acima, se dá de forma muito mais acentuada para as mulheres trans e para as pessoas pretas e pardas, ilustrando que vivemos em uma sociedade racializada e generificada. As mulheres trans e travestis são as maiores vítimas dos assassinatos cometidos contra a população trans, estando mais expostas às violências cotidianas e à violação de direitos básicos (Benevides, 2024). O fato de muitos procedimentos no campo da saúde não serem pensados e ofertados tendo como base as experiências e demandas da população trans, sobretudo para as mulheres trans e travestis, as tem afastado dos serviços. Os processos lentos de transformação corporal, alinhados à existência de um mercado clandestino em paralelo, conforme lembrado pelas profissionais de saúde entrevistadas em nossa pesquisa, são também

dificultadores para sua permanência. Historicamente, a população negra, maioria da população brasileira, também tem tido mais dificuldades para acessar e permanecer nos espaços de saúde. O racismo incide nas incompletudes do campo raça/cor nos sistemas de informações e no agravamento das condições de saúde da população negra.

A atuação dos Movimentos de Travestis e Transexuais no Brasil tem sido fundamental para alterar essa realidade. Foi a partir da sua organização e das suas lutas que muitos direitos foram conquistados, sempre a duras penas. As análises conjunturais realizadas pelas principais associações do movimento trans e travesti demonstram a conexão de suas lutas com outras na sociedade, a exemplo da combatividade ao racismo e ao sexismo. Bruna Benevides, atual presidente da ANTRA, afirma, no último dossiê da associação publicado em janeiro de 2024, que é preciso qualificar cada vez mais a luta feminista, antirracista e anticapitalista, a fim de que incorporem também ações antitransfobia.

O direito à saúde, durante muito tempo no Brasil, esteve restrito a uma pequena parcela da população. Assim o vimos quando resgatamos sua trajetória na segunda seção desta dissertação. Quando este direito se torna universal por meio de um sistema unificado e integral, apesar de se tratar de uma importante, árdua e histórica conquista, permanece sua restrição. Ora, isso nos mostra os limites do direito à saúde, mesmo diante das condições legais favoráveis postas a ele a partir daquele momento. A emancipação política é enviesada justamente porque é mediada pelo direito e pelo Estado, reduzindo as pessoas a meros cidadãos.

A emancipação humana, por outro lado, pressupõe a eliminação de todas as formas de alienação, inclusive o Estado. Essa emancipação só ocorrerá quando a cisão entre indivíduo (ser social) e cidadão for superada. Contudo, essa separação não ocorrerá por meio da engenharia política ou do próprio aperfeiçoamento do universo jurídico. O ponto chave da análise das contradições que permeiam o direito social à saúde de pessoas trans e travesti está no reconhecimento de que o direito torna formalmente igual aquilo que na sociedade capitalista é substantivamente diferente.

O debate sobre a diferença entre emancipação política e humana não significa o descarte ou o menosprezo à luta por direitos no seio da sociedade capitalista. O aprisionamento da ideia de que os direitos sociais, neles inscrito o direito à saúde, serve tão somente à manutenção do capital nos leva a um fatalismo de dimensões éticas irreconciliáveis. Até porque não se pode ignorar que os direitos sociais são também e sobretudo resultado da luta de classes, motor da história.

A despeito da conquista de direitos, presentes na disputa pelas condições de sobrevivência, as violências e discriminações permanecem, o que denota que a luta permanece

para além do ordenamento jurídico burguês. Resistir e reagir tem sido, assim, uma **necessidade**. A luta pelo direito social à saúde é também a luta pela defesa do SUS e por uma sociedade diversa. Afinal, o esmagamento da diversidade humana é também projeto político que nega a liberdade e a emancipação humana como valores centrais. Finalizo esta dissertação com a música de Ayô Tupinambá, intitulada “Ancestravas”. A canção, segundo a intérprete, é uma promessa.

Ancestravas

Matriarcas de muitas Nações

Esse corpo ancestral

Nunca precisou de aval para existir

E hoje todos vivem a nos punir

E nossa opção é resistir

Para existir

Desistir não é opção

Não importa a sua opinião

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Guilherme Souza Cavalcanti de; SILVA, Marcelo José de Souza. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 953-965, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Q4fVqRpm5XfVnfq8HSCymkH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 mar. 2024.

ALIANÇA NACIONAL LGBTI+. **20 Pessoas LGBTI+ são eleitas no Brasil no 1º turno das eleições de 2022**. 2022. Disponível em: <https://aliancagbti.org.br/2022/10/04/20-pessoas-lgbti-sao-eleitas-no-brasil-no-1o-turno-das-eleicoes-de-2022/>. Acesso em: 08 jan. 2024.

ALMEIDA, Guilherme; MURTA, Daniela. Reflexões sobre a possibilidade da despatologização da transexualidade e a necessidade da assistência integral à saúde de transexuais no Brasil. **Sexualidad, Salud y Sociedad** (Rio de Janeiro), p. 380-407, 2013.

ALMEIDA, Silvio Luiz de. **Racismo estrutural**. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.

ARAÚJO, Bruna Barbosa. **Direito à saúde para a população trans: uma análise sobre a universalização do acesso para pessoas trans ao ambulatório de sexualidade do Hospital Universitário da UFMA, entre 2016 e 2020**. 2023. 196 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas/CCSO) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2023.

BEHRING, Elaine; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez Editora, 2016.

BENEVIDES, Bruna; NOGUEIRA, Sayonara. **Dossiê dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2020**. São Paulo: Expressão Popular, ANTRA, IBTE, 2021.

BENEVIDES, Bruna. **Dossiê dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2023**. Brasília: Distrito Drag, ANTRA, 2024.

BENTO, Berenice. Nome social para pessoas trans: cidadania precária e gambiarra legal. **Contemporânea-Revista de Sociologia da UFSCar**, v. 4, n. 1, p. 165-182, 2014. Disponível em: <https://www.contemporanea.ufscar.br/index.php/contemporanea/article/view/197/101>. Acesso em: 17 jan. 2024.

BENTO, Berenice. **O que é transexualidade**. São Paulo: Brasiliense, 2008.

BENTO, Berenice; PELÚCIO, Larissa. Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. **Revista Estudos Feministas**, v. 20, p. 569-581, 2012.

BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, Rosangela Maria. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Rev.Esc.Enf.USP**, v. 30, n. 3, p. 380-398, dez. 1996. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/nvBCWN369CLGJPQzB6k9HyL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 mar. 2024.

BOGO, Ademar. **Identidade e luta de classes**. Editora Expressão Popular, 2010.

BOITO JR., Armando. **Estado, política e classes sociais**: ensaios teóricos e históricos. São Paulo: Editora UNESP, 2007.

BONI, Valdete; QUARESMA, Sílvia Jurema. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. In: **Em Tese**, vol. 2, n. 1, janeiro-julho, p. 68-80, 2005. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/18027/16976>>. Acesso em: 28 out. 2023.

BORGES, Janiele Cristine Peres; BARCELOS, Márcio; RODRIGUES, Marcio Silva. Empresarização da saúde pública: o caso da EBSEH. **Revista Pensamento Contemporâneo em Administração**, v. 12, n. 4, p. 75-90, 2018.

BORGHI, Carolina Michelin Sanches de Oliveira et al. Determinação ou determinantes sociais da saúde: texto e contexto na América Latina. **Trabalho, educação e saúde**, v. 16, p. 869-897, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/jJpLdWtYsCMVV8YQm6PqMFk/>. Acesso em: 17 dez. 2023.

BOURDIEU, Pierre. **A miséria do mundo**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

BRASIL. **Cronologia Histórica da Saúde Pública**. Funasa, 2017. Disponível em: <https://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica>. Acesso em: 17 dez. 2023.

BRASIL. Decreto nº 8.727, de 28 de abril de 2016. **Dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional**. Disponível em: Acesso em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Decreto/D8727.htm. 21 jan. 2024.

BRASIL. Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. **Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde**. 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html. Acesso em: 18 jan. 2024.

BRASIL. Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. **Redefine e amplia o Processo Transsexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html. Acesso em: 12 out. 2023.

BRASIL. **Relatório final – VIII Conferência Nacional de Saúde**. 1986. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_8.pdf. Acesso em: 10 dez. 2023.

BRASIL. Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT)**. Diário Oficial [da] União, 2011. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html. Acesso em: 12 out. 2023.

BRAVO, Maria Inês; MATOS, Maurílio Castro de. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, Maria Inês; PEREIRA, Potyara (Org.). **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2008.

BRAVO, Maria Inês. Política de Saúde no Brasil. **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, Ministério da Saúde, 2006.

BRAVO, Maria Inês. **Saúde e Serviço Social no capitalismo**: fundamentos sócio-históricos. São Paulo: Cortez, 2014.

BRAVO, Maria Inês. **Serviço Social e Reforma Sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez, 2007.

CAMILO, Jully. Veja como foi: mobilização contra a EBSEH no HUUFMA. **Frente Nacional Contra a Privatização**. 2012. Disponível em: <https://www.contraprivatizacao.com.br/2012/12/veja-como-foi-mobilizacao-contr-ebserh.html>. Acesso em: 22 fev. 2024.

CANTANHEDE, Jaksoel Aroucha. **A estruturação das políticas LGBTI+ no Maranhão**: As linhas, curvas e laços da engenharia política. 2023. 226 f. Dissertação (Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas/CCSO) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2023.

CARREIRO, Gamaliel Silva; CARREIRO, Katiana da Silva. A Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares (EMSERH): a estratégia do Maranhão para a gestão da saúde pública do estado. **Revista Pós Ciências Sociais**, v. 19, n. 1, p. 195-2020, 2022. Disponível em: <https://periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/rpcsoc/article/view/18848/10247>. Acesso em: 22 fev. 2024.

CARVALHO, Mario; CARRARA, Sérgio. Em direção a um futuro trans? Contribuição para a história do movimento de travestis e transexuais no Brasil. **Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana**, n. 14, p. 319-351, ago./2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sess/a/bwWdcsDTNwS9mxzBkX6MSmx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jan. 2024.

CARVALHO, Mario Felipe de Lima. **Que mulher é essa?** Identidade, política e saúde no movimento de travestis e transexuais. 2011. 149 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2011.

CASTILHO, Cleide de Fátima Viana; CARLOTO, Cássia Maria. O familismo na política de Assistência Social: um reforço à desigualdade de gênero? In: **Anais do I Simpósio sobre Estudos de Gênero e Políticas Públicas**, 2010. Disponível em: <https://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/2.CleideCastilho.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2023.

CHAUÍ, Marilena de Souza. **Brasil**: mito fundador e sociedade autoritária. São Paulo: Perseu Abramo, 2000.

CISNE, Mirla. **Feminismo, luta de classes e consciência militante feminista no Brasil**. 2013. 408f. Tese de Doutorado. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

CISNE, Mirla; SANTOS, Silvana Mara Moraes dos. **Feminismo, diversidade sexual e Serviço Social**. Cortez Editora, 2018.

COHN, Amélia. Caminhos da reforma sanitária. **Lua Nova**: revista de cultura e política, p. 123-140, 1989. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/ln/a/q3sRL6qtG7NPGzmdMvtVVPz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 dez. 2023.

COLLINS, Patricia Hill. **BEM MAIS QUE IDEIAS**: a interseccionalidade como teoria social crítica [recurso eletrônico]. São Paulo: Boitempo, 2022.

CONNEL, Raewyn. **Gênero**: uma perspectiva global. São Paulo: nVersos, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução nº 2.265, de 20 de setembro de 2019. **Dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero e revoga a Resolução CFM nº 1.955/2010**. Disponível em:
<http://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-2.265-de-20-de-setembro-de-2019-237203294>. Acesso em: 20 nov. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). Resolução nº 845, de 26 de fevereiro de 2018. **Dispõe sobre atuação profissional do/a assistente social em relação ao processo transexualizador**. Disponível em:
 <<http://www.cfess.org.br/arquivos/ResolucaoCfess845-2018.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2023.

COUTO, Berenice. **O Direito social e a Assistência social na sociedade brasileira**: uma equação possível? São Paulo: Cortez, 2006.

DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo**. Boitempo Editorial, 2017.

DUTRA, Livia Almeida. **Rios não recomendados**: atendimento socioeducativo de meninas trans e travestis em cumprimento de medidas privativas de liberdade no Maranhão. 2023. 202 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas/CCSO) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2023.

EBSERH. **RELATÓRIO DE GESTÃO HU-UFMA**. 2022. Disponível em:
https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hu-ufma/governanca/superintendencia/copy_of_Relatriodegesto2022_compressed.pdf. Acesso em: 22 fev. 2024.

ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flavio Coelho. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade (Org.) et al. **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. Disponível em:
https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7626199/mod_resource/content/1/coll.%20-%20Sa%C3%BAde%20e%20Democracia_%20Hist%C3%B3ria%20e%20perspectivas%20d

o%20SUS-Fiocruz%20_%20OPAS-PAHO%20_%20OMS-WHO%20%282005%29.pdf#page=63. Acesso em: 13 dez. 2023.

ESPITIA-PACHÓN, Natália. **Corporalidades transgressoras**: desafios das transformações corporais de pessoas transgênero no contexto da Política Social de Saúde na Colômbia. 2017. 155 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2017.

FAVERO, Sofia. Cisgeneridades precárias: raça, gênero e sexualidade na contramão da política do relato. **Bagoas-Estudos gays**: gêneros e sexualidades, v. 13, n. 20, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/bagoas/article/view/18675/12861>. Acesso em: 25 mar. 2024.

FEDERICI, Silvia. **O patriarcado do salário**: Notas sobre Marx, gênero e feminismo (v. 1). Boitempo Editorial, 2021.

FERREIRA, Breno de Oliveira; NASCIMENTO, Marcos. A construção de políticas de saúde para as populações LGBT no Brasil: perspectivas históricas e desafios contemporâneos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 3825-3834, 2022.

FISHER, Mark. **Realismo capitalista**: ¿no hay alternativa? Buenos Aires: Caja Negra, 2018.

FOLHA DE SÃO PAULO. **Brasil tem pelo menos 77 leis antitrans em vigor em 18 estados**. 2024. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2024/01/brasil-tem-pelo-menos-77-leis-antitrans-em-vigor-em-18-estados.shtml>. Acesso em: 01 fev. 2024.

G1. **IBGE divulga primeiro levantamento sobre homossexuais e bissexuais no Brasil**. 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2022/05/25/ibge-divulga-primeiro-levantamento-sobre-homossexuais-e-bissexuais-no-brasil.ghtml>. Acesso em 15 mar. 2024.

G1. **Taxa de desemprego cai de 8,8% para 6,7% no Maranhão no terceiro trimestre do ano, aponta IBGE**. G1 MA, 2023. Disponível em: <https://g1.globo.com/ma/maranhao/noticia/2023/11/22/taxa-de-desemprego-cai-de-88percent-para-67percent-no-maranhao-no-terceiro-trimestre-do-ano-aponta-ibge.ghtml>. Acesso em 15 mar. 2024.

GALVÃO, Márcio Antônio Moreira. Origem das políticas de saúde pública no Brasil: do Brasil-Colônia a 1930. **Caderno de Textos do Departamento de Ciências Médicas**. Escola da Farmácia da Universidade Federal de Ouro Preto, p. 1-33, 2009. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/origem_politicas_saude_publica_brasil.pdf. Acesso em: 09 jan. 2024.

GALVÃO, Anna Larice Meneses et al. Determinantes estruturais da saúde, raça, gênero e classe social: uma revisão de escopo. **Saúde e Sociedade**, v. 30, p. 1-14, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/rPgBQsrGNMDmvt5FJFLz6sS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 dez. 2023.

GIL, Antônio Carlos. Como delinear uma pesquisa bibliográfica? In: **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2010.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2008.

GIOVANELLA, Ligia; TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. Universalidade da Atenção à Saúde: Acesso como Categoria de Análise. In: EIBENSCHUTZ, Catalina (org.). **Política de saúde: o público e o privado** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996. 312 p.

GUITZEL, Virgínia. Notes from Brasil. In: GLEESON, Jules Joanne; O'ROURKE, Elle. **Marxism Transgender**. Pluto Press, 2021.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2022**. Rio de Janeiro, 2024. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/3106/cd_2022_domicilios.pdf. Acesso em: 9 abril 2024.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. 2023. <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9221-sintese-de-indicadores-sociais.html?=&t=resultados>. Acesso em: 9 abril 2024.

JESUS, Jaqueline Gomes de. **Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos**. 2. ed. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.diversidadessexual.com.br/wp-content/uploads/2013/04/G%C3%8ANERO-CONCEITOS-E-TERMOS.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2024.

KAAS, Hailey. **O que é Transfeminismo?** Uma Breve Introdução. 2015. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/371874/mod_resource/content/0/Encontro%206%20-%20O-que-%c3%a9-Transfeminismo.pdf. Acesso em: 10 mar. 2024.

KERGOAT, Danièle. Divisão Sexual do trabalho e relações sociais de sexo. In: HIRATA, Helena et al. (Org.). **Dicionário crítico do feminismo**. São Paulo: Unesp, 2009, p. 67-75. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4295660/mod_resource/content/1/KERGOAT%2C%20Dani%20A8le.%20Rela%20A7%20B5es%20sociais%20de%20sexo.pdf. Acesso em: 17 fev. 2023.

KONDER, L. **O que é dialética**. São Paulo: Brasiliense, Primeiros Passos, 1981.

LESSA, Sérgio. A Emancipação Política e a Defesa de Direitos. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo: Cortez, n. 90, 2007.

LUKÁCS, György. **História e consciência de classe: estudos sobre a dialética marxista**. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

LUKÁCS, György. **Para uma ontologia do ser social**. Coletivo Veredas, 2018.

MACHADO, Roberto et al. **Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MARINHO, Silvana; ALMEIDA, Guilherme. Trabalho contemporâneo e pessoas trans: considerações sobre a inferiorização social dos corpos trans como necessidade estrutural do capitalismo. **Sociedade e Cultura**, v. 22, n. 1, p. 114-134, 2019. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/journal/703/70361437008/70361437008.pdf>>. Acesso em: 4 set. 2023.

MARINHO, Silvana. Diversidade de gênero na sociabilidade capitalista patriarcal: as identidades trans em perspectiva. **Revista Katálisis**, v. 21, p. 602-610, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/DkGR4J9yWnXpBRwjpBpMd6r/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 17 dez. 2023.

MARTINS, José de Souza. **Sobre o modo capitalista de pensar**. São Paulo: Editora Hucitec, 1982.

MARX, Karl. **Grundrisse, manuscritos econômicos de 1857-1858**: esboços da crítica da economia política. Boitempo Editorial, 2015.

MARX, Karl. **O Capital** [Livro I. O processo de produção do capital]. Boitempo Editorial, 2011.

MARX, Karl. **O Capital** [Livro III. O processo global da produção capitalista]. Boitempo Editorial, 2017.

MARX, Karl. **Sobre a questão judaica**. São Paulo: Boitempo, 2010.

MÁXIMO, Wellton. **Pesquisa revela apagão de políticas públicas LGBTI+ em estados**. Agência Brasil, 2023. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2023-03/pesquisa-revela-apagao-de-politicas-publicas-lgbti-em-estados>. Acesso em: 5 mai. 2024.

MELO, Eduardo Alves et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em debate**, v. 42, p. 38-51, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/38-51/>. Acesso em: 01 dez. 2023.

MENDES, Aquilas; CARNUT, Leonardo. Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. **Saúde e sociedade**, v. 27, p. 1105-1119, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/NWtCkYJVcjzM5frKfWskvBF/>. Acesso em: 01 dez. 2023.

MENEZES, Ana Paula do Rego; MORETTI, Bruno; REIS, Ademar Arthur Chioro dos. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública—austeridade versus universalidade. **Saúde em debate**, v. 43, n. 5, p. 58-70, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2019.v43nspe5/58-70/pt>. Acesso em: 5 mar. 2024.

MERCADANTE, Otávio Azevedo. Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Editora Fiocruz, 2002.

MÉSZÁROS, István. **Filosofia, ideologia e ciência social**: ensaios de negação e afirmação. Boitempo Editorial, 2008.

MINAYO, Maria Cecília; SANCHES, Odécio. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? In: **Cad. de Saúde Pública**, vol. 9, n. 3, Jul/Set. Rio de Janeiro, 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/02.pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2023.

MONTAÑO, Carlos. **“Identidade” e classe social**: uma análise crítica para a articulação das lutas de classes e antiopressivas. São Paulo: Anita Garibaldi, 2021.

MONTEIRO, Simone; BRIGEIRO, Mauro. Experiências de acesso de mulheres trans/travestis aos serviços de saúde: avanços, limites e tensões. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, 2019. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v35n4/1678-4464-csp-35-04-e00111318.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2023.

NASCIMENTO, Letícia Carolina Pereira do. **Transfeminismo**. São Paulo: Jandaíra, 2021.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social**: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. São Paulo: Cortez, 2015.

NUNES, Everardo Duarte. Sobre a história da saúde pública: ideias e autores. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, p. 251-264, 2000. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v5n2/7095.pdf. Acesso em: 09 jan. 2024.

OBSERVATÓRIO DE POLÍTICAS PÚBLICAS LGBTI DO MARANHÃO. **Boletim da violência letal contra população Trans e Travesti no Maranhão em 2022**. 2023. Disponível em: <https://observatoriolgbtima.com.br/docs/4394-2/>. Acesso em: 15 fev. 2024.

OBSERVATÓRIO DE POLÍTICAS PÚBLICAS LGBTI DO MARANHÃO. **Boletim da violência letal LGBTI+ no Maranhão em 2021**. 2022. Disponível em: <https://observatoriolgbtima.com.br/docs/boletim-da-violencia-letal-lgbti-do-maranhao/>. Acesso em: 15 fev. 2024.

OCANHA, Rafael Freitas. **“AMOR, FEIJÃO, ABAIXO CAMBURÃO”**: imprensa, violência e *trottoir* em São Paulo (1979-1983). 2014. 217 f. Dissertação (Mestrado em História) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2014.

OLIVEIRA, Francisco de. Privatização do público, destituição da fala e anulação da política: o totalitarismo neoliberal. In: OLIVEIRA, Francisco; PAOLI, Maria Célia (Org.). **Os sentidos da democracia**: políticas do dissenso e hegemonia global. Petrópolis: Vozes, 2000.

OLIVEIRA, João Felipe Zini Cavalcante de. **“E travesti trabalha?”**: divisão transexual do trabalho e messianismo patronal. 2019. 163f. Mestrado (Direito) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

OLIVEIRA, Megg Raynara Gomes de. EU (R)EXISTI, EU (R)EXISTO E VOU CONTINUAR (R)EXISTINDO: travestis, mulheres transexuais e movimento social! In: CAETANO, Marcio et al (Org.). **Quando ousamos existir**: itinerários fotobiográficos do movimento LGBTI Brasileiro (1978-2018). Santa Catarina: Editora Copiart, 2018.

PASSOS, Maria Clara Araújo dos; GARCIA, Carla Cristina. Entre Inexistências e Visibilidades: a agência sociopolítica de travestis e mulheres transexuais negras no Brasil (1979-2020). **Revista Brasileira de Estudos da Homocultura**, v. 4, n. 14, p. 32-53, 2021. Disponível em: <https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/rebeh/article/view/12282>. Acesso em: 15 jan. 2024.

PAULANI, Leda. **A hegemonia neoliberal**. O desenvolvimento econômico brasileiro e a Caixa. Rio de Janeiro, Centro Celso Furtado/Caixa Econômica Federal, 2011. Disponível em http://www.centrocelsofurtado.org.br/arquivos/image/201109261233410.LivroCAIXA_C_0_35.pdf. Acesso em: 01 dez. 2023.

PEGA, Frank; VEALE, Jaimie. The case for the World Health Organization's commission on social determinants of health to address gender identity. **American Journal of Public Health**, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4330845/>. Acesso em: 10 dez. 2023.

PEREIRA, Potyara. Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem-estar. In: SALES, Mione Apolinário; MATOS, Maurilio Castro de; LEAL, Maria Cristina (Org.). **Política social, família e juventude**: uma questão de direitos. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

PEREIRA, Potyara. **Necessidades humanas**: subsídios à crítica dos mínimos sociais. São Paulo: Cortez, 2002.

PEREIRA, Potyara. **Política Social**: temas & questões. São Paulo: Cortez, 2008.

PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA. **Princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero**. Yogyakarta, Indonésia, 2007. Disponível em: https://www.clam.org.br/uploads/conteudo/principios_de_yogyakarta.pdf. Acesso em: 17 dez. 2023.

PONTE, Carlos Fidélis; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do. Os anos de chumbo: a saúde sob a ditadura. In: FIDÉLIS, Carlos; FALLEIROS, Ialê (Org.). **Na corda bamba de sombrinha**: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC, 2010.

POULANTZAS, Nicos. **O Estado, o poder e o socialismo**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

QUADROS, Marcos Paulo dos Reis; MADEIRA, Rafael Machado. Fim da direita envergonhada? Atuação da bancada evangélica e da bancada da bala e os caminhos da representação do conservadorismo no Brasil. **Opinião Pública**, v. 24, p. 486-522, 2018.

QUINALHA, Renan. **Contra a moral e os bons costumes**: a política sexual da ditadura brasileira (1964-1988). 2017. 329 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade de São Paulo (USP), 2017.

QUINALHA, Renan. **Movimento LGBTI+**: Uma breve história do século XIX aos nossos dias. Belo Horizonte: Autêntica, 2022. Edição do Kindle.

REDE TRANS. **Reflexões sobre os dados do Censo Trans**. 2022. Disponível em: https://storage.googleapis.com/wzukusers/user-31335485/documents/1522a23d2de24794adee6101db162ce8/REDE-TRANS_Censo-Trans-2020-pub-web.pdf. Acesso em: 10 dez. 2023.

ROCÓN, Pablo Cardozo et al. O que esperam pessoas trans do Sistema Único de Saúde?. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 43-53, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/V3t4XwP5dNGDHkcfXSfJDcj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 mar. 2024.

RODRIGUES, Júlia Naomí. **Passabilidade e Possibilidades**. 2023. 200f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Maranhão (UFMA), São Luís, 2023.

RODRIGUES, Liliana; CARNEIRO, Nuno Santos; NOGUEIRA, Conceição. História das abordagens científicas, médicas e psicológicas sobre as transexualidades e suas aproximações críticas. **Saúde e Sociedade**, v. 30, n. 2, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200768>. Acesso em: 27 dez. 2023.

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

SAFFIOTI, Heleieth. **O poder do macho**. São Paulo: Moderna, 1987.

SANTOS, Karolyn Marilyn de Oliveira; SILVA, Lígia Carolina Oliveira. Marcadas pelo mercado: inserção profissional e carreira de mulheres transexuais e travestis. **Cadernos Pagu**, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cpa/a/yxChpWPJynxSSZbZvP47nFH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 dez. 2023.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**, v. 20, n. 2, jul./dez., 1995. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/71721/40667>. Acesso em: 10 dez. 2023.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE. Superintendência de Atenção Primária em Saúde. **Política Estadual de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexos (LGBTI+) do Maranhão**. SES, 2023.

SERANO, Julia. **Whipping girl**: A transsexual woman on sexism and the scapegoating of femininity. Hachette UK, 2008.

SILVA, Jovanna Cardoso da. Movimento Político Social da População T no Brasil. In: CAETANO, Marcio et al (Org.). **Quando ousamos existir**: itinerários fotobiográficos do movimento LGBTI Brasileiro (1978-2018). Santa Catarina: Editora Copiart, 2018.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e. Avaliação de políticas e programas sociais: uma reflexão sobre o conteúdo teórico e metodológico da pesquisa avaliativa. In: SILVA, Maria Ozanira da Silva e (Coord.). **Pesquisa Avaliativa**: aspectos teórico-metodológicos. 2ª ed. São Paulo: Veras, 2014.

SILVA, Marlise Vinagre. Diversidade humana, relações sociais de gênero e luta de classes: emancipação para além da cultura. **Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea**, n. 28, p. 51-64, 2011. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revistaempauta/article/view/2933/2097>. Acesso em: 17 dez. 2023.

SIMPSON, Keila. Transexualidade e travestilidade na Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Transexualidade e travestilidade na Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

SOUSA, Celina. Estado da Arte da Pesquisa em Políticas Pública. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo (orgs.). **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

SOUZA, Dediane; ARAÚJO, Tathiane. **REFLEXÕES SOBRE OS DADOS DO CENSO TRANS**. Sem motivos para orgulho: diálogos e análises do contexto socioeconômico de mulheres travestis e transexuais no Brasil. Rede Trans, 2022. Disponível em: https://storage.googleapis.com/wzukusers/user-31335485/documents/1522a23d2de24794adee6101db162ce8/REDE-TRANS_Censo-Trans2020-pub-web.pdf. Acesso em: 10 mar. 2024.

SOUZA FILHO, Rodrigo de; GURGEL, Claudio. **Gestão democrática e serviço social: princípios e propostas para a intervenção crítica**. Cortez Editora, 2018.

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. Política de saúde na transição conservadora. **Saúde em debate**, p. 42-53, 1989. Disponível em: http://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=TODO&pesq=&x=95&y=9. Acesso em: 10 dez. 2023.

TENÓRIO, Leonardo Farias Pessoa; PRADO, Marco Aurélio Máximo. As contradições da patologização das identidades trans e argumentos para a mudança de paradigma. **Revista Periódicus**, v. 1, n. 5, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/revistaperiodicus/article/view/17175/11332>. Acesso em: 17 dez. 2023.

TONET, Ivo. O fim da democracia burguesa. **Revista Novos Rumos**, v. 55, n. 2, 2017.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **ICD-11 for mortality and morbidity statistics**. Geneva, 2019. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>. Acesso em: 15 dez. 2023.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Constitution of the World Health Organization**. 1946. Disponível em: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>. Acesso em: 15 dez. 2023.

WOLF, Sherry. **Sexualidade e socialismo: história, política e teoria da libertação LGBT**. Autonomia Literária, 2022.

APÊNDICES

**APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA –
USUÁRIOS/AS DO AMBULATÓRIO DE SEXUALIDADE**

1. Idade: _____ 2. Identidade de gênero/Orientação sexual: _____ 3. Bairro/Município onde mora: _____ 4. Raça/cor (autodeclarada): (1) preta (2) parda (3) branca (4) amarela (5) indígena (6) não informado 5. Estado Civil: (1) solteiro(a) (2) casado(a) (3) união consensual (4) viúvo(a) (5) divorciado(a) (6) não informado 6. Ocupação/Vínculo de trabalho: _____ 7. Escolaridade: <table border="0"> <tr> <td>(1) analfabeto</td> <td>(6) ensino médio incompleto</td> </tr> <tr> <td>(2) 1ª a 4ª série incompleta do EF</td> <td>(7) ensino médio completo</td> </tr> <tr> <td>(3) 4ª série completa do EF</td> <td>(8) educação superior incompleta</td> </tr> <tr> <td>(4) 5ª a 8ª série incompleta do EF</td> <td>(9) educação superior completa</td> </tr> <tr> <td>(5) ensino fundamental completo</td> <td>(10) não informado</td> </tr> </table> 8. Tipo de moradia: (1) próprio (2) alugado (3) cedido (4) outro: _____ (5) não informado 9. Com quem reside: _____ _____ _____		(1) analfabeto	(6) ensino médio incompleto	(2) 1ª a 4ª série incompleta do EF	(7) ensino médio completo	(3) 4ª série completa do EF	(8) educação superior incompleta	(4) 5ª a 8ª série incompleta do EF	(9) educação superior completa	(5) ensino fundamental completo	(10) não informado
(1) analfabeto	(6) ensino médio incompleto										
(2) 1ª a 4ª série incompleta do EF	(7) ensino médio completo										
(3) 4ª série completa do EF	(8) educação superior incompleta										
(4) 5ª a 8ª série incompleta do EF	(9) educação superior completa										
(5) ensino fundamental completo	(10) não informado										
10. Possui plano de saúde? (1) Não (2) Sim 11. Como conheceu o Ambulatório de Sexualidade deste hospital? 12. Quando você percebeu a necessidade de buscar este serviço? 13. Há quanto tempo é usuário/usuária dos serviços oferecidos por este ambulatório? 14. Alguma vez já teve dificuldade para comparecer aos atendimentos/reuniões neste ambulatório? Se sim, quais? 15. Qual unidade de saúde pública mais próxima da sua casa? Costuma buscar atendimento nesse local? 16. Quais as suas experiências ao buscar atendimento em outras unidades de saúde (urgência/emergência, UBS, Unidade Mista, hospital ou clínica privada)? 17. O seu nome social tem sido respeitado nos serviços de saúde? 18. Em algum momento sentiu-se vítima de algum tipo de preconceito, discriminação, humilhação, julgamento moral ou desrespeito neste ambulatório ou demais serviços de saúde? Se afirmativo, comente a respeito. 19. Você considera que a transfobia traz impactos à sua saúde (física e/ou mental)? Se sim, que tipo de impactos? 20. Você já fez uso de medicamentos hormonais sem prescrição médica? 21. Algo mudou em sua vida após sua inserção neste ambulatório? 22. Como você avalia o acolhimento especializado e o atendimento recebido pela equipe interprofissional deste ambulatório? 23. Você gostaria de fazer mais algum comentário a respeito deste serviço?											

**APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA –
PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO AMBULATÓRIO DE SEXUALIDADE**

1. Idade: _____
2. Raça/cor (autodeclarada): () Preta () Parda () Branca () Indígena
() Amarela
3. Identidade de gênero: _____
4. Orientação sexual: _____
- Escolaridade: () Ensino superior completo () Residência/Pós-graduação
() Mestrado () Doutorado () Pós-doutorado
5. Há quanto tempo trabalha no HUUFMA? E neste ambulatório? Já havia trabalhado com este público antes?
6. Como surgiu o Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA?
7. Quais as principais demandas da população trans, travesti e não-binária atendida neste ambulatório?
8. Desde sua inserção neste ambulatório, até os dias atuais, considera que seus conhecimentos/percepções sobre a população trans foram modificados?
9. Já participou de capacitações ou estudos sobre gênero e sexualidade? Se sim, por iniciativa própria ou houve incentivo/oferta por parte do HUUFMA ou outra instituição a qual trabalhou?
10. Acredita que a população trans, travesti e não-binária enfrenta desafios para acessar os serviços de saúde pública e permanecer neles? Se sim, quais?
11. Quais os maiores desafios do ambulatório hoje?

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Universidade Federal do Maranhão
Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas
Mestrado em Políticas Públicas

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Prezado (a) Senhor (a),

Convidamos você para participar da pesquisa: “RESISTIR PARA EXISTIR, EXISTIR PARA REAGIR’: análise do direito social à saúde da população trans e travesti a partir do Ambulatório de Sexualidade de um Hospital de Alta Complexidade do Maranhão”, que tem como pesquisadora Bárbara Cristina Silva Pereira, mestrande do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão (PGPP/UFMA), sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Marly de Jesus Sá Dias, docente do PGPP/UFMA. O estudo, ao ser finalizado, culminará na minha dissertação de Mestrado.

Esta pesquisa pretende analisar as contradições que permeiam o direito social à saúde de pessoas trans e travestis, particularmente a partir da materialização do atendimento realizado no Ambulatório de Sexualidade de um Hospital de Alta Complexidade do Maranhão. O motivo que nos leva a fazer este estudo justifica-se pela relevância da temática no campo das políticas públicas, em particular das políticas de saúde, uma vez que estas exercem grande papel na manutenção ou amenização das discriminações de gênero.

A coleta de dados será realizada entre outubro de 2023 e fevereiro de 2024. Caso decida participar, será realizada uma entrevista com você, através de suas respostas sobre o tema em questão, com duração entre 20 e 40 minutos. Você poderá ter acesso às perguntas antes de aceitar participar da pesquisa, caso isso contribua na sua decisão. Porém, por ser uma entrevista semiestruturada, a pesquisadora poderá incluir novas perguntas no decorrer da conversa. Mas não se preocupe, você poderá escolher não responder determinadas questões.

O conteúdo da entrevista é dividido em duas sessões: dados socioeconômicos e demográficos; e acesso aos serviços de saúde pública e percepções sobre atendimento. A pesquisa não tem como finalidade medir, testar ou julgar seus conhecimentos e suas vivências.

Página 1 de 3

_____ (rubrica do/a Participante) _____ (rubrica da Pesquisadora)

Espera-se que esta pesquisa traga benefícios para toda a sociedade, de modo particular para a população trans e travesti. Logo, suas respostas, por meio de sua trajetória de vida, contribuirão para dar visibilidade ao tema, destacando as contradições que permeiam o direito social à saúde atualmente, de modo a ampliar o debate sobre a temática.

A participação nesta pesquisa não gera nenhum tipo de risco à sua integridade física e/ou moral. Contudo, devido ao conteúdo da entrevista, poderão ocorrer desconfortos emocionais, já que existe a possibilidade de algumas questões trazerem à tona lembranças acerca de situações difíceis. Você poderá recusar respondê-las, ou, ainda, interromper a entrevista a qualquer momento, sem nenhum tipo de dano ou constrangimento. Ademais, estes riscos poderão ser minimizados através da garantia de local reservado e tranquilo, permitindo ambiente adequado para realização da entrevista, com suporte qualificado por parte da pesquisadora.

Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa. Os dados que você irá nos fornecer serão confidenciais e divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, sempre de forma anônima, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar.

Você não terá nenhum gasto financeiro durante a participação nesta pesquisa. Da mesma forma, esta pesquisa não acarretará ganho financeiro a você. Ressaltamos também que, caso se recuse a participar da pesquisa, ou, ainda, desista em qualquer etapa, não haverá modificação ou prejuízo na assistência que vem recebendo pelos profissionais do hospital.

Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas junto à pesquisadora executora, Bárbara Cristina Silva Pereira, pelo e-mail: barbara.silva@discente.ufma.br. Caso tenha qualquer dúvida sobre aspectos éticos dessa pesquisa, você deverá ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, no telefone (98) 2109-1250 ou por meio do e-mail cep@huufma.br.

Você ainda pode ir pessoalmente à sede do CEP, de segunda a sexta, das 08:00h às 12:00h e das 14:00h às 17:00h, no Hospital Universitário Presidente Dutra, Rua Barão de Itapary, nº 227, Centro, São Luís-MA, CEP: 65020-070. Os Comitês de Ética em Pesquisa são colegiados interdisciplinares e independentes, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para garantir a proteção dos participantes da pesquisa em sua integridade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Com a sua prévia autorização, esta entrevista poderá ser gravada. Quanto à segurança e armazenamento dos dados da pesquisa, informamos que o registro se dará em um dispositivo eletrônico privado, por um período de até 7 (sete) meses – tempo necessário para finalização da pesquisa –, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual ou ambiente compartilhado.

Este documento foi impresso em duas vias e deverá ser rubricado em todas as páginas e assinadas na última página por você. Uma via ficará com você e a outra com a pesquisadora responsável.

Consentimento Livre e Esclarecido

Após ter sido esclarecido/a sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar desta pesquisa e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

São Luís (MA), ____ de _____ de 2023.

Assinatura do/a participante da pesquisa

Assinatura da pesquisadora responsável

ANEXOS

ANEXO A – ENTREVISTA DE ACOLHIMENTO SOCIAL (EAS)

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
AMBULATÓRIO DE SEXUALIDADE/UNIDADE MATERNOINFANTIL

EBSERH

Entrevista de Acolhimento Social

DADOS PESSOAIS

Nome Social: _____ Prontuário: _____

Nome Civil: _____ SUS: _____

RG: _____ Idade: _____ Telefone: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Endereço: _____

Nº: _____ Bairro: _____ Complemento: _____

Referência: _____ Naturalidade: _____

E-mail: _____

1. ETNIA/RAÇA (AUTO DECLARADA): ☐ 1. Branca ☐ 2. Parda ☐ 3. Preta ☐ 4. Amarela ☐ 5. Indígena

2. RELIGIÃO: ☐ 1. Católica ☐ 2. Espírita ☐ 3. Umbandista ☐ 4. Ateísta ☐ 5. Agnóstico ☐ 6. Não possui ☐ 7. Outra

3. RELACIONAMENTO: ☐ 1. Casado(a) ☐ 2. União Estável ☐ 3. Solteiro(a) ☐ 4. Separado(a) ☐ 5. Divorciado(a) ☐ 6. Namorando

Tempo de relacionamento: _____

4. FILHOS: ☐ (1) SIM ☐ (2) NÃO

Se sim, quantos? _____

5. DESEJA TER FILHOS: ☐ (1) SIM ☐ (1) NÃO

6. DE QUE FORMA: ☐ 1. Gestando ☐ 2. Adotando

7. IDENTIDADE DE GÊNERO: ☐ 1. Homem Trans ☐ 2. Mulher Trans ☐ 3. Travesti ☐ 4. Não Binário

8. ORIENTAÇÃO SEXUAL: ☐ 1. Heterossexual ☐ 2. Homossexual ☐ 3. Bissexual ☐ 4. Panssexual ☐ 5. Assexual ☐ 6. Outro

9. ORIGEM DA DEMANDA: ☐ 1. Indicação de usuário do serviço ☐ 2. Redes Sociais ☐ 3. Encaminhada por outro profissional de saúde ☐ 4. Defensoria Pública

10. MOTIVO DA PROCURA (DEMANDA DECLARADA)

11. ESCOLARIDADE ☐ (1) Analfabeto (2) 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) (3) 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) (4) 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) (5) Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) (6) Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) (7) Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) (8) Educação superior incompleta (9) Educação superior completa

12. FORMAÇÃO COMPLEMENTAR (CURSOS, ESTÁGIO, CAPACITAÇÃO)

13. OCUPAÇÃO ☐ 1. Desempregado 2. Autônomo 3. Carteira Assinada 4. Faz bico

Rendimento: _____

14. BENEFÍCIOS ☐ (1) Auxílio Doença (2) Auxílio Acidente (3) Auxílio Reclusão (4) Salário Maternidade (5) Benefício assistencial ao idoso (6) Benefício assistencial ao deficiente (7) Bolsa Família (8) Auxílio Emergencial

15. TIPO DE HABITAÇÃO ☐ 1. Casa 2. Apartamento 3. Quintinete 4. Pensão 5. Palaflita

15.1 - Regime de ocupação ☐ (1) Própria (2) Alugada (3) Financiada (4) Arrendada (5) Cedida (6) Invasão

15.2 - Tipo de Construção ☐ (1) Tijolo/bloco (2) Taipa revestida (3) Taipa não revestida (4) Adobe (5) Madeira moldada (6) Pré moldada (7) Material aproveitado (Palha/papelão/latao) (8) Mista (bloco/adobe)

15.3 - Tipo de piso ☐ (1) Com revestimento (2) Sem revestimento

15.4 - Tipo de Cobertura ☐ (1) Telha (2) Telha com forro (3) Laje (4) Taipa (5) outros _____

☐ Nº DE CÔMODOS

(1) Apenas 1 (2) De 2 a 3 (3) De 4 a 6 (4) Acima de 6

17. SANEAMENTO BÁSICO

☐ 1 Energia	(1) Sim (2) Não	☐ 4 - Destino dos dejetos	☐ 5 - Destino do lixo
☐ 2 Água	☐ 3 Condição do uso da água	(1) Esgoto	(1) Coleta Pública
(1) Poço	(1) Filtrada	(2) Fossa negra/seca	(2) Queimado
(2) Rio	(2) Fervida	(3) Fossa séptica	(3) Enterrado
(3) Rede Geral	(3) Mineral	(4) Céu aberto	(4) Céu aberto
(4) Chafariz	(4) Sem cuidado prévio		
(5) Outros			

COMPOSIÇÃO FAMILIAR

☐ COM QUANTAS PESSOAS VOCÊ MORA?

(1) 1 Pessoa (2) 2 Pessoas (3) 3 Pessoas (4) 4 Pessoas (5) 5 Pessoas (6) 6+ Pessoas

Nome	Grau de parentesco	Data de Nascimento	Escolaridade

19. COMO É A RELAÇÃO COM A SUA FAMÍLIA (MÃE, PAI, IRMÃOS, AVÓS, CÔNJUGE, ETC.)? ELES TÊM CONHECIMENTO DA SUA IDENTIDADE DE GÊNERO E ORIENTAÇÃO SEXUAL? QUEM É SUA REDE DE APOIO? HISTÓRICO FAMILIAR/CONJUGAL

20. QUAL A SUA REDE DE APOIO AFETIVA:

ACESSO A SERVIÇOS

SAÚDE

☐ FAZ USO DO TFD (TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO) (1) SIM (2) NÃO

☐ QUAL TIPO DE RECURSO UTILIZADO: (1) Transporte (2) Vale-transporte (3) Alimentação

(4) Ajuda de custo (5) Próprio (6) Ajuda de terceiros

23. CONTATOS DO TFD DO MUNICÍPIO DE ORIGEM:

24. UNIDADE BÁSICA DE REFERÊNCIA

25. REALIZA REGULARMENTE EXAMES PREVENTIVOS? QUAIS?

☐ FAZ USO DE HORMÔNIOS? 27. COM PRESCRIÇÃO MÉDICA?

(1) SIM (2) NÃO (1) SIM (2) NÃO

Quais:

☐ EFEITOS COLATERAIS? (1) SIM (2) NÃO

Quais:

☐ FAZ USO DE ÁLCOOL? (1) SIM (2) NÃO

☐ FAZ USO DE DROGAS? (1) SIM (2) NÃO

☐ DESEJA FAZER ALGUM PROCEDIMENTO CIRÚRGICO? (1) SIM (2) NÃO

☐ QUAIS OS PROCEDIMENTOS DESEJADOS

- | | | | |
|---------------------|--------------------------|---------------------|--------------------|
| (1) Hormonização | (2) Mastectomia | (3) Histerectomia | (4) Neofaloplastia |
| (5) Metoidioplastia | (6) Neocolpovulvoplastia | (7) Prótese mamária | (8) Tireoplastia |
| (9) Laser (fase) | (10) Feminização da face | (11) Fonoaudiologia | (12) Psicologia |
| (13) Serviço Social | (14) Enfermagem | (15) Psiquiatria | (16) Sexologia |

ASSISTÊNCIA SOCIAL

ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA/HUUFMA

11/05/2023, 13:16

SEI/SEDE - 29639692 - Carta - SEI



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
Rua Barão de Itapary, nº 227 - Bairro Centro
São Luís-MA, CEP 65020-070
(98) 2109-1000 - <http://huufma.ebserh.gov.br>

Carta - SEI nº 61/2023/SGPITS/GEP/HU-UFMA-EBSEH

São Luís, data da assinatura eletrônica.

CARTA DE ANUÊNCIA

1. Informo para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, estar ciente do projeto de pesquisa: “RESISTIR PARA EXISTIR, EXISTIR PARA REAGIR”: ANÁLISE DO DIREITO SOCIAL À SAÚDE DA POPULAÇÃO TRANS E TRAVESTI A PARTIR DO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR EM UM HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE DO MARANHÃO”, sob a responsabilidade do Pesquisador Principal MARLY DE JESUS SA DIAS.
2. Declaro ainda conhecer e cumprir as orientações e determinações fixadas na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde e demais legislações complementares.
3. No caso do não cumprimento, por parte do pesquisador, das determinações éticas e legais, a Gerência de Ensino e Pesquisa tem a liberdade de retirar a anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.
4. Considerando que esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos mediante a plena aprovação do CEP competente.

(assinada eletronicamente)

Gerente de Ensino e Pesquisa



Documento assinado eletronicamente por Gyl Eanes Barros Silva, Chefe de Setor, em 11/05/2023, às 11:28, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 29639692 e o código CRC B3672436.

Referência: Processo nº 23523.013453/2023-05 SEI nº 29639692

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/UFMA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO - UFMA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RESISTIR PARA EXISTIR, EXISTIR PARA REAGIR: análise do direito social à saúde da população trans e travesti a partir do Processo Transexualizador em um Hospital de Alta Complexidade do Maranhão

Pesquisador: Marly de Jesus Sá Dias

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 69650223.6.0000.5087

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.323.240

Apresentação do Projeto:

Quanto aos objetivos da pesquisa, trata-se de estudo exploratório e qualitativo. Quanto aos procedimentos técnicos adotados, será composta por

revisão de literatura, pesquisa documental e pesquisa empírica. A amostra consiste em 10 usuários e/ou usuárias trans do Ambulatório de

Sexualidade do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, sendo o universo, portanto, todos os pacientes trans atendidos no local

até março de 2023. A pesquisa é exploratória, pois intenta-se realizar primeiras aproximações sobre o fato a ser estudado; e qualitativa, pois está

centrada nas experiências de vida dos sujeitos participantes. A revisão de literatura será realizada com o intuito de aprofundar as categorias teóricas

centrais, a saber: capitalismo, relações patriarcais de gênero, divisão sexual do trabalho, identidade de gênero e política de saúde. A pesquisa

documental será realizada a partir da coleta de dados secundários em prontuários, momento a ser feito com o universo da pesquisa, a fim de

comparar o perfil sociodemográfico deste total com o grupo amostral a ser entrevistado. Logo, na coleta de dados secundários serão colhidas as

seguintes informações presentes na Entrevista de Acolhimento Social (EAS), realizada pelo Serviço

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho Cidade Universitária Dom Delgado

Bairro: Bacanga

CEP: 65.080-805

UF: MA

Município: SÃO LUIS

Telefone: (98)3272-8708

E-mail: cepufma@ufma.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO - UFMA



Continuação do Parecer: 6.323.240

Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma pendência

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2140192.pdf	15/05/2023 16:38:28		Aceito
Folha de Rosto	Folha_dde_Rosto.pdf	15/05/2023 16:37:57	Marly de Jesus Sá Dias	Aceito
Declaração de concordância	Declaracao_de_concordancia.pdf	15/05/2023 12:17:17	Marly de Jesus Sá Dias	Aceito
Outros	Outros.docx	15/05/2023 12:15:05	Marly de Jesus Sá Dias	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_dos_Pesquisadores.docx	15/05/2023 12:13:00	Marly de Jesus Sá Dias	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	15/05/2023 12:11:56	Marly de Jesus Sá Dias	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_de_Anuencia_HUUFMA.pdf	15/05/2023 12:11:33	Marly de Jesus Sá Dias	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	15/05/2023 12:09:16	Marly de Jesus Sá Dias	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	15/05/2023 12:08:58	Marly de Jesus Sá Dias	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado_CEP.docx	15/05/2023 12:08:43	Marly de Jesus Sá Dias	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho Cidade Universitária Dom Delgado

Bairro: Bacanga

CEP: 65.080-805

UF: MA

Município: SÃO LUIS

Telefone: (98)3272-8708

E-mail: cepufma@ufma.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO - UFMA



Continuação do Parecer: 6.323.240

SAO LUIS, 25 de Setembro de 2023

Assinado por:
Emanuel Pércles Salvador
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho Cidade Universitária Dom Delgado

Bairro: Bacanga

CEP: 65.080-805

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)3272-8708

E-mail: cepufma@ufma.br