



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS – CCSO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E INOVAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS – PPGPP
MESTRADO

BRUNA BARBOSA ARAUJO

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

São Luís-MA

2023

BRUNA BARBOSA ARAUJO

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

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

Orientadora: Profa. Dra. Marly de Jesus Sá Dias

São Luís-MA

2023

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

Barbosa Araujo, Bruna.

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 / Bruna Barbosa Araujo. - 2023. 196 p.

Orientador(a): Profa. Dra. Marly de Jesus Sá Dias.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas/ccso, Universidade Federal do Maranhão, São Luis, 2023.

1. Processo transexualizador. 2. Transexualidade. 3. Universalidade no SUS. I. de Jesus Sá Dias, Profa. Dra. Marly. II. Título.

BRUNA BARBOSA ARAUJO

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

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

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Marly de Jesus Sá Dias (Orientadora)

Profa. Dra. Cristiana Costa Lima
Universidade Federal do Maranhão (PPGPP)

Prof. Dr. Carlos Wellington Soares Martins
(Examinador Externo)

Dedico este trabalho aos meus antepassados que nunca tiveram a oportunidade de acessar os bancos de uma Universidade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, ao Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão por todas as oportunidades, as experiências compartilhadas e os conhecimentos adquiridos.

Agradeço, em especial, à professora Marly Dias, por todo carinho e gentileza em conduzir a produção desta dissertação, pelas palavras de incentivo, por sempre estar disponível e por acreditar na realização deste trabalho.

Agradeço à Lívia, que não deixou, em tempo algum, os caminhos do Mestrado serem solitários e vazios como aparentou que seria, pelos limites impostos no início da pandemia Covid-19. Quase nunca nos vimos, mas os laços da amizade ultrapassaram as barreiras físicas. Obrigada por tudo!

Agradeço aos meus colegas de turma, especialmente a Gisele, Diminick, Elielton e Jaksoel, pelo compartilhamento de conhecimentos e angústias.

Agradeço à Marlene, por todo suporte e amizade. Dedico a ela meu ingresso no Mestrado.

Agradeço às minhas amigas, Lyvia, Anaian, Raquel, Dayara, Kelly e Debora. Como diria Emicida, “quem tem um amigo, tem tudo”, sem vocês não teria chegado até aqui. Obrigada por não terem me deixado desistir.

Agradeço aos meus familiares, minha mãe, avó, tia, irmãos e tias-avós, a quem dedico a minha existência humana e o meu caráter.

Agradeço à Mariana, pelo companheirismo, pelo incentivo diário, pelo carinho e pelo amor nesses três anos de caminhada.

Agradeço à Luciana, por todo suporte no desenvolvimento desta pesquisa.

Agradeço a Ivila, Ingrid, Sarah, Clara, Gabi e Rosângela, por toda compreensão junto à Residência para a elaboração deste trabalho.

Agradeço as minhas amigas de trabalho, Carla, Ellen, Genilza, Ray, Dani, Flor, Karla, Juliene e Geisa, pelo abraço cotidiano de esperança.

Agradeço a todos que, de alguma forma, me fizeram chegar até aqui.

Agradeço à Vida e todos os Seres que me iluminam e guiam meus caminhos.

*“Faltará tinta
No dia que o céu for livre
Pra todos serem o que são
Cobertos pelo sol, sem nenhum tipo de
opressão
Faltará nomes
Pra descrever o mundo sem as misérias
O que sentimos, o que nos tornamos
O novo ser sem medo de viver
Faltará a falta que nos entristece
Que hoje enche o peito de vazio e fumaça
Não faltará amor, não faltará sonhos
O novo mundo se abrirá para o futuro
Onde o presente dominará o passado
E nossos corações enfim serão salvos”.*

(Virgínia Guitzel)

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo analisar como a população LGBTI+, mais especificamente as pessoas Trans, tem acessado o direito à saúde nesta conjuntura de avanço do conservadorismo e dos desmontes de garantias legais, a partir da realidade concreta experienciada pelo ambulatório de sexualidade do Hospital Universitário da UFMA, no período de 2016 a 2020, tendo como norte os princípios fundamentais de Universalidade e Integralidade do Sistema Único de Saúde. Trata-se de uma pesquisa exploratória de base qualitativa, que utilizou como método de análise do objeto o Materialismo Histórico Dialético, no esforço de apreender o movimento do objeto da pesquisa em suas múltiplas determinações, captar o processo de desmonte das políticas públicas como fenômeno inserido na totalidade complexa e contraditória e, no contexto de avanço do conservadorismo no Brasil. Como procedimentos metodológicos, houve levantamento bibliográfico, documental e empírico; ocasião em que foram realizadas 14 entrevistas semiestruturadas junto a 4 profissionais que compõem a equipe multiprofissional e 10 pessoas Trans acompanhadas no Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA, no período de dezembro de 2022 – junho de 2023. As informações coletadas foram analisadas e interpretadas a partir da tessitura e sistematização das narrativas. Seus resultados apontam para os impactos gerados pelo avanço do conservadorismo no Brasil, sobretudo a partir de 2016, comprometendo a implementação do Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA e efetivação da garantia das cirurgias de modificações corporais e hormonioterapia que fazem parte do “Processo Transexualizador” na política pública de saúde. Situação que revelam debilidades na estrutura do SUS, agravados com desfinanciamentos sucessivos, sucateamento e privatização ocasionada pelo sistema de recessão neoliberal.

Palavras-chave: universalidade no SUS; transexualidade; processo transexualizador.

ABSTRACT

This research aimed to analyze how the LGBTI+ population has accessed their right to health in the context of advancing conservatism and withdrawal of legal rights, based on the experience of the sexuality outpatient clinic of the Hospital Universitario da UFMA (HUUFMA) from 2016 to 2020, standing on the principles of Universality and Integrality of the Sistema Unico de Saude (SUS). This is an exploratory study with a qualitative basis, which used Dialectical and Historical Materialism as its method of analysis, seeking to describe the research object in its multiple determinations and considering the process of overthrowing public policies as a phenomenon inserted in the complex and contradictory advance of the conservatism in Brazil. A semi-structured interview was applied with four professionals from the multidisciplinary team and ten transgender people attended by the sexuality outpatient clinic of the hospital from December 2022 to June 2023. The questions of the interview included their dynamics of life, socioeconomic profile and the main barriers and challenges to access healthcare in the public system as a transgender person. The collected data was analyzed and interpreted by detailing and systematizing the narratives. The results point to the impacts generated by the advance of conservatism in Brazil, especially from 2016 onwards, which directly impacted the implementation of the Sexuality Outpatient Clinic of the HUUFMA and the access to body-changing surgeries and hormone therapy. Weaknesses were found in the structure of the Sistema Unico de Saude, such as the lack of funding and the privatization caused by the neoliberal recession system. This scenario makes it difficult for transgender people to find in the public health system the support needed for a safe gender transition, contradicting the principles of Universality and Integrality of the SUS.

Keywords: health policy; health unic system; public policy; transgeneridade

LISTA DE SIGLAS

ABGLT - Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

ANTRA - Associação Nacional de Travestis e Transexuais

APA - Associação Americana de Psiquiatria

CAPS - Caixas de Aposentadoria e Pensão

CEBES - Centro Brasileiro de Estudo de Saúde

CEBS - Comunidades Eclesiais de Base

CF - Constituição Federal

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social

CFM - Conselho Federal de Medicina

CID - Código Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

COMIC - Comissão Científica

DOI-CODI - Departamento de Operações de Informação e aos Centros de Operação de Defesa Interna

DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico das Desordens Mentais

EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

EMSERH - Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

FONATRANS - Fórum Nacional de Travestis e Transexuais Negra e Negros

GLF - Gay Liberation Front

HIV - Virus da Imunodeficiência Humana

HU - Hospital Universitário

HUUFMA - Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão

IAPS - Institutos de Aposentadorias e Pensões

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

IMESC - Instituto Maranhense de Estudos Socioeconômicos e Cartográficos

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis

LGBTI - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros e Intersexuais

MS Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde
ONG - Organização Não Governamental
OS - Organizações Sociais
OSCIPS - Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PBF - Programa Bolsa Família
PEC - Proposta de Emenda Constitucional
PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPA - Plano de Pronto Ação
PSTU - Partido Socialista dos Trabalhadores Unificado
PT - Partido dos Trabalhadores
SESP - Serviço Especial de Saúde Pública
STF - Supremo Tribunal Federal
SUS - Sistema Único de Saúde
UFMA - Universidade Federal do Maranhão

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 O SUS é para todos? considerações sobre o direito a saúde no Brasil	23
2.1 Antecedentes sociohistóricos do Sistema Único de Saúde	24
2.2 O Sistema Único de Saúde e seus princípios legais	43
2.3 O princípio da universalidade do SUS sob a égide neoliberal	51
3 A UNIVERSALIDADE DO DIREITO À SAÚDE E A POPULAÇÃO LGBTI+	59
3.1 Considerações sobre gênero e sexualidade	59
3.2 A luta e a resistência do movimento LGBTI+ pela diversidade sexual no Brasil	70
3.3 A complexidade da saúde de LGBTI+ e suas demandas	91
3.4 A universalidade do SUS e as ações e os serviços para as pessoas trans	98
3.5 O princípio da universalidade sob a lógica de desmontes das políticas públicas e do estado brasileiro e seus rebatimentos na saúde da população LGBTI+	105
4 O PRINCÍPIO DA UNIVERSALIDADE E O DIREITO À SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTI+ EXPERIENCIADO PELO AMBULATÓRIO DE SEXUALIDADE NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFMA	116
4.1 Aspectos sociopolíticos da implantação do Ambulatório de Sexualidade do Hospital Universitário da UFMA	122
4.2 Perfil dos usuários entrevistados e da equipe multiprofissional do Ambulatório de Sexualidade do Hospital Universitário da UFMA	127
4.2.1 Perfil dos usuários entrevistados	128
4.2.2 Perfil da equipe multiprofissional do Ambulatório de Sexualidade do Hospital Universitário da UFMA	130
4.3 Apontamentos da Equipe Multiprofissional sobre as condições de acesso das pessoas Trans ao Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA	132
4.4 Considerações dos usuários sobre o acesso ao Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA, a partir do princípio da universalidade do SUS	144
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	158
REFERÊNCIAS	163
APÊNDICES	174
ANEXO.....	183

1 INTRODUÇÃO

As formulações que envolvem as categorias de gênero e sexualidade aparecem na literatura, nas manifestações dos indivíduos e em suas coletividades compreendendo diversas expressões ligadas à identidade, ao corpo e à mente performadas no processo de sociabilidade, uma vez que “não fazemos o gênero a sós” (Butler, 2022). Essas manifestações, no entanto, são atravessadas pelo recrudescimento do conservadorismo forjado na formação da sociedade ocidental regulada pelas religiões tradicionais, como o cristianismo, em que o entendimento sobre gênero e sexualidade é disciplinado por modelos de comportamentos e relações normativas, historicamente determinadas pela anatomia corporal em que homens e mulheres desenvolvem papéis de gênero a partir de suas conformações genitais e corporais marcadas como naturais.

Partindo da discussão de Jaqueline G. de Jesus¹, para o entendimento sobre gênero e sexualidade, é imperativo entender que as pessoas são únicas, com características comuns a toda a humanidade, com semelhanças a uns e diferenças a outros, “como a região em que nascemos e crescemos, nossa raça, classe social, se temos ou não uma religião, idade, nossas habilidades físicas, entre outras que marcam a diversidade humana” (Jesus, 2012, p. 7).

Logo, as questões de gênero não permitem traçar limites sobre onde termina a natureza ou onde começa a cultura, pois sua formulação possui múltiplas dimensões que propiciam aos indivíduos a produção de si mesmas (Nascimento, 2021). Nessa perspectiva entre gênero e sexualidade, no desenvolvimento da história, as transgeneridades “ocupam um lugar de não existência: como mulheres transexuais e travestis, somos forasteiras da humanidade, estrangeiras do gênero” (Nascimento, 2021, p. 49).

Desse modo, faz-se necessário demarcar o entendimento sobre cisgeneridade² e transgeneridade, onde aquela se trata de “pessoas que se identificam com o gênero que lhes foi atribuído quando ao nascimento” (Jesus, 2012,

¹ Jaqueline Gomes de Jesus é psicóloga, professora e ativista dos direitos LGBTI+. Foi a primeira mulher trans e negra a receber a medalha Chiquinha Gonzaga, pela Câmara de Vereadores do Estado do Rio de Janeiro, por iniciativa da Vereadora Marielle Franco. Matéria disponível na Revista Fórum.

² “O conceito de cisgeneridade convida as pessoas cis a se colocarem diante do espelho para que mirem a si mesmas e percebam que seus gêneros são tão artificiais e produzidos como os das pessoas trans” (Nascimento, 2021, p. 97).

p. 10), e são denominadas pessoas não-cisgêneras aquelas que não se identificam com o gênero que lhes foi determinado, como as pessoas transgêneras ou, mais popularmente, pessoas trans (Jesus, 2012). Ressalta-se que não há um consenso definido, pois:

Há quem se considere transgênero, como uma categoria à parte das pessoas travestis e transexuais. Existem ainda as pessoas que não se identificam com qualquer gênero, não há consenso quanto a como denominá-las. Alguns utilizam o termo queer, outros, a antiga denominação “andrógino”, ou reutilizam a palavra transgênero (Jesus, 2012, p. 10). Destarte, as pessoas trans³ sofrem, historicamente, com mecanismos violentos de exclusão motivada por uma convicção de anormalidade oriunda de uma crença de que o gênero é atribuído ao nascimento, conforme sexo/genitálias, em que se espera comportamentos de acordo com o que se julga ser normal ou adequado para esse ou aquele gênero (Jesus, 2012).

Em um recorte feito por Nascimento (2021), o termo pessoas trans traduz identidades como: transexuais, mulheres transgêneras, homens transgêneros, transmasculines e pessoas não binárias, bem como mulheres trans se refere a mulheres transexuais e mulheres transgêneras. A autora ressalta que o termo travesti também está contemplado no termo Trans; no entanto, faz referência a uma postura política de afirmação das identidades travestis. Outro ponto importante, e que será respeitado nesta construção, é o protagonismo das pessoas trans em suas definições.

Não há como instituir um único conceito sobre a travestigeneridade, transexualidade, não binaridade, [...]; e por aí vão, as diferenças que constituem nossas performances trans*. Essas variações e conceituações devem ser disputadas, negociadas, definidas e validadas entre as pessoas trans* (Nascimento, 2021, p. 107).

Ademais, as conformações sociais, culturais, econômicas e políticas se manifestam como pontos centrais para a formação da análise sobre o acesso a serviços públicos no contexto de vida das pessoas LGBTI+. Assim, compreender essa discussão na sociedade brasileira reluz a formação de um país nos moldes coloniais do cristianismo, cujos princípios de moralidade se consolidaram a partir do conservadorismo religioso que padronizou as relações e os comportamentos como

³ Nesta dissertação, será utilizada a terminologia pessoas trans como conceito guarda-chuva das transgeneridades.

mecanismos de dominação, tornando-se objeto de resistência e organização social materializada pelo movimento LGBTI+⁴.

A luta do movimento LGBTI+ atravessa as fronteiras do mundo na reivindicação pela visibilidade de seus segmentos a partir da mobilização social enquanto instrumento de pressão, impulsionando agendas públicas governamentais para o desenvolvimento e a formulação de políticas públicas voltadas para essa população como resposta do Estado frente ao combate à discriminação, ao preconceito social e institucional, à exclusão e, sobretudo, à violência.

Nesse ponto, os dados de 2022 ⁵ evidenciaram 273 mortes de pessoas LGBTI no Brasil ocorridas em diferentes ambientes, como doméstico, via pública, cárcere e local de trabalho. Dentre as vítimas, 159 (58%) eram Travestis e Mulheres Transexuais, 96 (35,16%) eram gays, 8 (2,93%) eram lésbicas, 8 (2,93%) homens trans e pessoa transmasculina, 1 (0,37%) era pessoa não binária e 1 (0,37%) demarca outros seguimentos não especificados. Observou-se, ainda, que 228 (83,52) das mortes foram assassinatos, 30 (10,99%) suicídios, além de 15 (5,49%) mortes não especificadas. A região nordeste registrou o maior número de mortes, com 118, o que representa 2,13 mortes para cada um milhão de habitantes. O estado do Ceará é o mais violento, com 34 mortes. No Maranhão, segundo dados do Boletim de Violência Letal da população Trans e Travesti ⁶ (2022), foram registradas seis mortes de travestis e mulheres trans no Estado.

Tais números desnudam um sistema brutal de violências, subnotificadas e que incidem sobre a vida de pessoas LGBTI+ no país. Poucos são os dados e estatísticas disponibilizados em bases oficiais do governo. Informações nesse sentido têm sido feitas por organizações da sociedade civil por iniciativa da própria população LGBTI+, a exemplo do Observatório de Mortes e Violências contra LGBTI+, resultante de parcerias entre a Acontece Arte e Política LGBTI+, a Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA) e a Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexos (ABGLT) que, na ausência de dados oficiais tem recorrido aos casos noticiados nas mídias.

⁴ Nesta dissertação, será utilizada a sigla LGBTI+ para denotar pessoas lésbicas, gays, bissexuais, transgêneras e intersexuais acrescidas do símbolo +, o qual diz respeito à inclusão de outras orientações sexuais, identidades e expressões de gênero, respeitando com que preconiza o Manual de Comunicação LGBTI+, da Aliança Nacional LGBTI+, 2018.

⁵ Informações do Dossiê Mortes e Violências contra LGBTI+ em 2022.

⁶ Levantamentos do Observatório de Políticas Públicas LGBTI do Maranhão.

Fato que também expressa a indiferença/inércia do Estado em dar visibilidade a essa situação. Tal silenciamento reflete a ocultação ou a insignificância de seus sujeitos, ao mesmo tempo em que pode impulsionar representações negativas dessa diversidade, cujos direitos seguem violados. Cumpre esclarecer que a demanda por uma base de dados oficial que quantifique, previna e puna abusos, crimes de ódio e violências motivados pela orientação sexual ou identidade de gênero das vítimas têm sido uma antiga reivindicação da população LGBTQI+. Destarte, essa ausência de dados específicos sobre as violências e seus impactos nas pessoas LGBTQI+ dificulta a criação de políticas públicas efetivas para combater, inclusive a LGBTfobia, uma vez que, se não há prioridade na agenda, como avançar nessa proteção social?

As lutas do movimento LGBTI+ no Brasil ainda encontram desafios, porém conquistas importantes aparecem nesse cenário. Nesse sentido, no contexto das políticas públicas, a política de saúde se expressa como protagonista na tentativa de proporcionar acesso e garantia legais a toda população brasileira com a tentativa de trabalhar suas particularidades a partir de programas, serviços e políticas específicas dentro das redes do SUS. Desse modo, em 2013, foi formulada a Política Nacional de Saúde Integral para as pessoas LGBTI+ no SUS, contendo como marco o reconhecimento dos efeitos nocivos da discriminação e exclusão dessa população no acesso aos serviços de saúde, reafirmando o compromisso do SUS com seus princípios norteadores de Universalidade e Integralidade.

De modo particular às pessoas Trans, o Ministério da Saúde redefiniu e ampliou no âmbito do SUS o processo transexualizador a partir da Portaria n.º 2.803 de 2013, porém instituído no SUS desde 2008, quando passou a permitir procedimentos como harmonização as cirurgias de modificação corporal — cirurgias que, até então, só eram realizadas nos Hospitais Universitários a títulos experimentais, conforme a Resolução n.º 1482/97 do Conselho Federal de Medicina.

Há uma dicotomia quanto à denominação das cirurgias. O SUS as caracteriza como cirurgias de afirmação ou adequação de gênero ao passo que a ANTRA as denomina como cirurgias de modificações corporais.

Não utilizamos os termos *Afirmação de Gênero*, pois partimos de uma ideia onde nenhuma modificação corporal (ou a ausência dela), apesar de serem importantes, definem nossa transgeneridade e que nosso gênero já está muito bem estabelecido quando optamos por qualquer mudança. Portanto, utilizamos o termo ***cirurgias de modificações corporais*** quando nos referirmos aos procedimentos cirúrgicos (Antra, 2020, s/n, grifo nosso).

Nesta dissertação será utilizada a concepção da ANTRA, tendo em vista seu protagonismo na luta e na representação das pessoas trans no país e em respeito à importância das falas dos sujeitos de direito em detrimento das concepções a eles atribuídas. Quanto à terminologia do “Processo Transexualizador”, será utilizada entre aspas e com ressalvas ao uso do termo, em consenso com a análise feita por Letícia Nascimento⁷ ao pontuar que o uso das expressões, reforçam a perspectiva de que os corpos cisgêneros são naturais e os corpos transgêneros, artificiais (Nascimento, 2021, p. 146). Além disso, ela ressalta que o “processo” parece demarcar corpos Trans como passíveis de fabricação dos seus gêneros. É como se somente a partir desse “processo” esses corpos fossem legitimados, consoante o poder e saber médico, de seus diagnósticos, laudos e pareceres. O que exige atenção e fortalecimento das pautas e lutas das pessoas LTGBTI+, sobretudo pessoas Trans, pelo direito de autodeclaração e respeito às suas identidades.

Diante disso, esta pesquisa partiu da análise do acesso de pessoas Trans ao Ambulatório de Sexualidade do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA), em São Luís. Tendo como objetivo analisar como a população LGBTI+ tem acessado o direito à saúde na conjuntura de avanço do conservadorismo e dos desmontes de garantias legais, a partir da realidade concreta experienciada pelo Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA no período de 2016 a 2020. Pontua-se, nesse espaço temporal, a tensão política após o golpe sofrido pela ex-presidenta Dilma Rousseff e a consolidação dos governos subsequentes, a saber, o de Michel Temer e Jair Bolsonaro; momento no qual se avança com grande expressividade no país ideais neoconservadores como parte de um movimento internacional. O neoconservadorismo se estrutura no mundo como reação à contracultura, à esquerda, aos fenômenos atrelados ao pós-Segunda Guerra Mundial (Almeida, 2018).

Após o golpe de 2016, evidencia-se com mais vigor os discursos de combate à esquerda no país, assim como a defesa dos ideais cristãos pautada na família nuclear e seus costumes tradicionais, marcados pela cisgeneridade e heterossexualidade, estabelecendo com mais amplitude uma forte ideologia e discurso de ódio sobre as ideias e manifestações laicas, impulsionadoras de

⁷ Letícia Nascimento é professora da Universidade Federal do Piauí. Doutora em Educação pela UFPI, ativista do Acolhe Trans e do Fórum Nacional de Travestis e Transexuais Negra e Negros (FONATRANS).

mudanças não só nos costumes, mas na proteção social recém inauguradas a partir da atual carta magna. Tais premissas conservadoras incidiram fortemente em garantias constitucionais, permitindo retrocessos nas conquistas da população LGBTI+, sobretudo nas políticas públicas, com impactos em iniciativas, como a do Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA, que sofreu consequências dessa conjuntura política neoconservadora implementada no país.

Com base nisso, diversas indagações surgem nesse cenário: Quais os principais impasses e desafios enfrentados pela população LGBTI+ para o acesso ao SUS que se constitui como a principal política pública universal do Brasil?; Quais limites o exponencial avanço do conservadorismo e desmontes de garantias legais entre 2016 e 2020 impôs a esse processo?; Como tais impasses e desafios se expressam no atendimento às demandas das pessoas Trans que buscam o Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA, a partir da realidade maranhense?; Como a equipe multiprofissional do Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA as tem atendido de modo a contribuir para a garantia do direito universal da saúde?

Logo, esta pesquisa tem como pressuposto principal compreender as ferramentas de acesso ao Sistema Único de Saúde que se constitui com uma das políticas públicas mais importantes do país. Análise que parte do princípio da universalidade que supõe o acesso de todos, demarcando como elemento principal uma população historicamente excluída como as pessoas LGBTI+, nas quais se incluem as pessoas Trans, público alvo do presente estudo, dadas as suas históricas dificuldades para acessar direitos básicos, como os de saúde, não somente por desconhecimento e desinformação, mas, e principalmente, pelo temor de ser, de se expor, tornar-se “alvo” de piadas e constrangimentos em face dos preconceitos e desrespeitos às identidades de gênero, por orientação sexual reinantes, uma vez que comumente lhes falta respeito, acolhimento e, principalmente, reconhecimento de que são pessoas, sujeitos de direitos. Outrossim, destaca-se que a população LGBTI+ não é homogênea, mas sim diversa, com distintas necessidades (geográficas, inclusive), sofrem mecanismos de exclusão diversos associadas as questões de gênero e que precisam ser debatidos e combatidos.

Desse modo, o interesse em desenvolver esta pesquisa está centrado na aproximação com as lutas do Movimento LGBTI+, suas vivências e experiências, as quais motivaram os questionamentos que cercam esta dissertação, no intuito de construir um debate amplo e frutífero para além da academia, podendo alcançar a

sociedade que se constitui como o principal espaço de discussão e, talvez, o mais importante. Além disso, demarca-se a motivação pessoal enquanto pessoa LGBTI+ e membro do movimento LGBTI+. Destaca-se, também, enquanto Assistente Social, o compromisso com as organizações e lutas sociais e pelos Direitos Humanos, na construção de uma sociedade livre de todas as formas de opressão e discriminação contra raça, etnia, gênero e religiosidades.

Outrossim, foi o contato com o Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA, por intermédio do Programa de Residência Multiprofissional, onde foi possível acompanhar seu processo de implantação, em 2016, momento no qual foram observados diversos entraves no acesso de pessoas Trans que buscavam o Ambulatório. Além disso, foi possível identificar necessidades importantes quanto ao entendimento sobre a categoria de gênero e a transgeneridade por parte dos profissionais e funcionários do HUUFMA, bem como a presença constante de diversas manifestações de discriminação atreladas ao processo de invisibilidade e preconceito, o que fere, frontalmente, o princípio de universalidade do SUS.

Como objetivos desta pesquisa, delimitaram-se:

- a. Apreender como a população LGBTI+, em especial pessoas Trans, tem acessado os serviços de saúde ofertados pelo SUS;
- b. Levantar impasses e desafios enfrentados por pessoas Trans no atendimento às suas demandas de saúde na realidade Maranhense, a partir da realidade vivenciada no HUUFMA;
- c. Averiguar como a equipe multiprofissional do Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA tem atendido de modo a contribuir para a garantia do direito universal da saúde.

Como pressupostos metodológicos, trata-se de uma pesquisa exploratória de base qualitativa, aqui entendida como aquela que se ocupa do nível subjetivo e relacional da realidade social e é tratado por meio da história (Minayo, 2013) a partir do seu movimento contraditório. A investigação foi orientada a partir do materialismo histórico dialético buscando a reprodução do movimento do objeto da pesquisa em suas múltiplas determinações, com vistas a apreender o processo de desmonte das políticas públicas como fenômeno inserido na totalidade complexa e contraditória no contexto do desenvolvimento do capitalismo dependente brasileiro que, sob orientação neoliberal, tem se pautado na reconfiguração das políticas públicas sociais mediante a lógica da focalização, da privatização e da mercantilização.

Assim, a base da análise do referido estudo terá sustentação no materialismo dialético, pois busca apreender a realidade a partir de três categorias centrais — totalidade, contradição e mediação — como as principais do ser social. A utilização desse método possibilitará a apreensão do objeto não na sua aparência ou na sua forma dada, mas na sua essência, estrutura e dinâmica (Netto, 2009, p. 675), capturando-o por meio de procedimentos de pesquisa que operam conforme o seu movimento real em determinado momento histórico.

Desse modo, a teoria marxista tem prestado importante contribuição aos estudos das políticas públicas, no sentido de desvelar os interesses contraditórios dos diferentes sujeitos permitindo, assim, a abordagem da realidade numa relação permanente com a totalidade dos processos sociais em seus aspectos históricos, econômicos, políticos e culturais, reproduzindo criticamente o movimento historicamente situado do objeto.

No que se refere aos procedimentos, teve como base o aprofundamento dos estudos teóricos e a abordagem empírica do objeto a partir do levantamento de literatura com pesquisa bibliográfica. A bibliografia foi levantada em trabalhos acadêmicos com buscas em bancos de publicações, jornais, sites de instituições de ensino superior, anais de congressos científicos, sites de periódicos científicos, dissertação de mestrado, tese de doutorado e livros.

A organização da pesquisa de campo precedeu o encaminhamento de providências administrativas e éticas necessárias para a autorização e a realização da pesquisa, como a submissão do projeto de pesquisa à Comissão Científica do Hospital Universitário (COMIC-HUUFMA) e a Plataforma Brasil para análise do Comitê de Ética em Pesquisa, em consonância com as Resoluções n.º 466/12 e a n.º 510/16. A escolha de tais órgãos corresponde aos interesses da análise em evidência, pois versam sobre pesquisas com seres humanos.

Foi utilizado para coleta de dados entrevista semiestruturada com os usuários e profissionais que compõem a equipe multiprofissional do HUUFMA. Os sujeitos participantes foram previamente esclarecidos sobre os procedimentos da referida pesquisa através de uma explicitação verbal individualizada pela pesquisadora e apresentação do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) com os objetivos, os riscos, os desconfortos e os benefícios da pesquisa.

A amostragem da pesquisa foi feita por acessibilidade e conveniência. Nesta, consoante Gil (2002), o/a pesquisador/a seleciona os elementos que têm acesso,

representando o universo da pesquisa. Desse modo, o número de pessoas entrevistadas foi aqui representado pelo universo de 14 colaboradores, divididos entre 10 pessoas Trans que estão em acompanhamento no Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA e 4 profissionais que integram a equipe multiprofissional.

Na análise dos dados, o estudo buscou apreender o universo expresso pelos sujeitos envolvidos na pesquisa e as múltiplas determinações sociais e culturais que envolvem suas vivências e experiências enquanto sujeitos sociais e público-alvo da pesquisa. Na elaboração do texto, aos profissionais e usuários foi garantindo o anonimato, como segurança ética. Desse modo, os usuários receberam pseudônimos de borboletas. Por estas figurarem, sob o nosso ponto de vista, como lindos insetos, por simbolizarem a metamorfose que transforma, por refletirem mudanças e renovações na saída do casulo, inaugurando uma nova fase: a de recomeços. Assim, tivemos relatos da Aricia, Bela Dama, Danaus, Apollo, Greta Oro, Campoleta, Actias Luna, Biston Betularia, Panacea Prola e Methona. Aos/as profissionais, foi dado pseudônimos de flores, fundamentais no equilíbrio ecológico, na purificação do ar, no embelezamento das paisagens, atrativas de polinizadores como as borboletas. Aqui tivemos Margarida, Orquídea, Girassol e Tulipa. As falas de tais sujeitos entrevistados/as foram colocados em *itálico*.

A pesquisa também contou com a observação dos cenários, nos espaços de atendimentos, nas filas de espera de atendimentos dos profissionais do Ambulatório de Sexualidade, no ambiente de recepção, na interação com os profissionais do ambulatório e atendentes, bem como na dinâmica da unidade Lilian Flores.

Na análise dos dados foi utilizada a técnica análise das narrativas, que consoante Nunes *et al.* (2017, p. 9), “é um instrumento utilizado em pesquisas de cunho qualitativo que tem sido amplamente aplicado como forma de atingir os objetivos (capturar circunstâncias nas quais o pesquisador almeja investigar) tanto no âmbito científico, investigativo, pedagógico e social”. Desse modo, as informações coletadas nas entrevistas foram analisadas e interpretadas pela pesquisadora a partir da tessitura entre os fundamentos teóricos adotados e a realidade concreta, organizadas e sistematizadas em amostras de narrativas na redação final composta por informações e narrativas que respondam aos objetivos e questões norteadoras da pesquisa.

Vale ressaltar, como entraves para o desenvolvimento desta pesquisa, o início da pandemia Covid-19 que levou a suspensão de atendimentos no Ambulatório de

Sexualidade do HUUFMA, que ainda não retornaram de forma integral, permanecendo suspensas as atividades em grupo. Por essas circunstâncias, foi dificultado o acesso aos usuários e a observação participante. Outro fator importante foi a morosidade nas repostas da COMIC-HUUFMA e da Plataforma Brasil na liberação das pesquisas.

Após esse percurso, foi possível o desenvolvimento desta dissertação que foi trabalhada em cinco seções. A primeira corresponde à Introdução, que apresenta o delineamento da dissertação, manifesta as motivações da pesquisa, os objetivos, as questões problematizadoras, a metodologia, as técnicas de coleta de dados e o modelo de análise e a breve apresentação do texto. O Segundo Capítulo apresenta um panorama sobre os antecedentes sociohistóricos do SUS desde o Brasil Colônia até a implementação do SUS, em 1990; a partir disso, discutiu-se os princípios legais do SUS, suas normativas e organização, na perspectiva de garantia de direitos a partir do princípio da universalidade, ameaçado pelo agravamento do desmonte das políticas de saúde sobre a égide neoliberal.

No terceiro capítulo, analisa-se a universalidade do direito à saúde a partir da população LGBTI+, fazendo um breve recorte sobre as concepções de gênero e sexualidade e, posteriormente, inicia-se o diálogo sobre a luta e a resistência do movimento LGBTI+ na reivindicação por direitos sociais, políticas públicas e visibilidade, levando suas manifestações à agenda pública do Estado. Além disso, apresentam-se os aspectos referentes às demandas em saúde da população LGBTI+, em particular, os serviços disponibilizados para a população Trans, bem como se analisou o princípio da universalidade sob a lógica de desmontes das políticas públicas e do Estado brasileiro e seus rebatimentos na saúde da população LGBTI+.

No quarto capítulo, apresenta-se uma breve contextualização sobre os aspectos socioculturais e econômicos do Maranhão. Posteriormente, tratou-se sobre os aspectos sociopolíticos da implantação do Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA, com os impactos do contexto sociopolítico do Brasil a partir de 2016. Foram apresentados os resultados da pesquisa de campo com a elaboração do perfil dos usuários entrevistados e da Equipe Multiprofissional do Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA, seguido dos apontamentos da Equipe Multiprofissional sobre as condições de acesso das pessoas Trans ao Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA e, logo após, as considerações das pessoas Trans sobre o acesso ao

Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA, a partir da ótica do princípio da Universalidade do SUS.

Nas Considerações Finais, é elucidada a negativa de acesso das pessoas Trans aos serviços de saúde pública mediante as próprias fragilidades do SUS em atender as demandas da população em sua totalidade, mas também pelo desequilíbrio social ocasionado por desigualdade social, questões socioeconômicas, trabalho e renda, oportunidades de acesso à educação, que são negadas às pessoas Trans como reflexo do preconceito e sistemas de exclusão e violência.

É preciso ressaltar que será respeitado neste trabalho o protagonismo das pessoas Trans e de seu discurso, suas afirmações e questionamentos, tendo no espaço de construção desta dissertação na centralidade, observando os limites postos à pesquisadora enquanto uma mulher cisgênero, pertencente à comunidade LGBTI+. Destaca-se que esta pesquisa não visa a exposição de pessoas Trans como mero objeto de estudo. Este trabalho esboça uma tentativa de levantar as questões principais que cercam as pessoas Trans no acesso às políticas públicas e de que maneira será possível suscitar melhorias ou até mesmo formalizar denúncias acerca dos limites impostos pelo Estado.

Não há pretensão, nesta dissertação, em apenas falar de pessoas Trans, mas para pessoas Trans (e para toda sociedade) — respeitando os entraves que distanciam e aproximam a pesquisadora e a pesquisa. Os incômodos trazidos neste trabalho também pontuam o protagonismo de pessoas cisgêneras em falar de vivências Trans, ressaltando que, assim como afirmou a médica paliativista Cláudia Quintana em uma aula sobre dor, “ninguém é capaz de experimentar o lugar de sofrimento do outro”. O convite a esta dissertação também permite a crítica sobre sua construção, valendo-se dos privilégios, sobretudo acadêmicos, que ainda são majoritariamente produzidos por pessoas cisgêneras.

2 O SUS É PARA TODOS? CONSIDERAÇÕES SOBRE O DIREITO A SAÚDE NO BRASIL

É inquestionável a importância do Sistema Único de Saúde (SUS) para a população brasileira. No entanto, para melhor apreensão da política de saúde no país, torna-se imperativo uma incursão na história seja da saúde, seja da conjuntura sociopolítica e econômica do país. Até a implementação do SUS, o país experienciou vários problemas sociais, tais como pobreza, desemprego, ausência de saneamento básico etc., e de saúde, a exemplo de epidemias como malária, varíola, gripe espanhola, febre amarela, tifo, peste bubônica, cólera, tuberculose, hanseníase e parasitoses. As medidas implantadas no século XIX, por exemplo, restringiam-se ao saneamento pontual e tão somente dos espaços em que havia a circulação de mercadorias, a fim de conter situações que impactassem no modelo agroexportador dominante pautado na cultura do café e da cana-de-açúcar.

Nos primórdios do século XX, situam-se iniciativas promovidas tanto pelo Estado, como pela sociedade civil e pela igreja para que a população conseguisse ter respostas mínimas às problemáticas em saúde. Muitas delas pautadas em ações focalizadas, higienistas, caritativas e filantrópicas que não conseguiam sanar — tampouco diminuir — as questões de saúde pública decorrentes de múltiplas determinações sociais, correlacionáveis também a eventos de morbimortalidades; fruto das iniquidades sociais vigentes nas relações entre capital e trabalho na sociedade capitalista.

Em muitos casos, tais medidas em saúde apareceram na História como intervenções punitivistas e conservadoras do Estado, uma vez que as problemáticas sociais eram interpretadas sobre a ótica de sujeitos desajustados, de modo que o problema estava nos indivíduos e que estes deveriam se moldar e se ajustar à sociedade. Desse modo, compreendendo a importância do curso da História na construção do direito e no desenvolvimento das sociedades, é necessário um breve resgate histórico sobre os antecedentes sociohistóricos da saúde no Brasil ao longo dos anos.

2.1 Antecedentes sociohistóricos do Sistema Único de Saúde

As primeiras ações direcionadas à saúde para a população no Brasil surgem desde o período de colonização, em que não havia preocupações com a legalização das práticas ou dos questionamentos voltados para a questão da saúde enquanto bem-estar, de modo que o interesse iminente estava centrado nas práticas de higiene mínima da população para o controle de doenças trazidas nas embarcações⁸ e aquelas encontradas no continente.

Oliveira (2012) destaca que o processo de expansão marítima dos países europeus iniciado nos séculos XV e XVI incorreu em um aumento expressivo da circulação de mercadorias e no contato entre os povos, tornando essa mistura uma verdadeira “união microbiana” com novos trânsitos de doenças entre os territórios.

Com a chegada dos portugueses à Terra de Santa Cruz, um mundo novo e desafiante se formava em relação às enfermidades. Aqui, juntaram-se à malária, doença tropical, até então desconhecida para os europeus, aquelas trazidas pelos colonizadores, como peste bubônica, cólera e varíola e, posteriormente, com a chegada dos africanos, a filariose e a febre amarela (Oliveira, 2012, p. 32).

As necessidades em saúde oriundas do processo de colonização e a falta de estrutura das capitanias levaram contaminação, adoecimento e mortes precoces das etnias indígenas, dos povos negros e dos colonizadores trazendo as práticas culturais na tentativa de tratamento e cura da população. Assim, “rezas, feitiços, plantas e ervas nativas eram utilizados rotineiramente por pajés, na população indígena, e por curandeiros, na população negra, únicas formas de acesso à saúde para a maioria da população” (Oliveira, 2012, p. 33).

Com o avançar dos anos, já em 1543, os atendimentos em saúde no Brasil Colônia começam a ser praticados pela Irmandade das Santas Casas de Misericórdia⁹ mantidas pela Igreja Católica, constituindo as primeiras instituições hospitalares da história do país, destinadas a atender a população pobre das cidades e os doentes que atracavam nos portos.

⁸ Os indígenas foram acometidos de doenças como: sarampo, varíola, rubéola, escarlatina, tuberculose, febre tifoide, malária, disenteria e gripe, todas trazidas pelos colonizadores europeus, enfermidades para as quais não tinham defesa genética. Disponível em: http://www.historiacolonial.arquivonacional.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=5120&Itemid=372. Acesso em: 02 fev.2023.

⁹ Fundada em 1498, pela Rainha Leonor, em Lisboa, uma irmandade dedicada à Virgem da Misericórdia que se tornou uma instituição paradigmática de assistência aos pobres. “As Misericórdias mais pujantes, especialmente a partir do século XVIII, administravam entre outros serviços hospitais, recolhimento de órfãos, rodas dos enjeitados (custeados com o auxílio das câmaras municipais), boticas, cemitérios “públicos” (Franco, 2014, p. 9).

Na época, não havia uma assistência médica pautada na medicina científica, pois não tinham médicos suficientes; o atendimento, a princípio, era realizado por freiras, parteiras, padres e pouquíssimos médicos ou quando não havia esse suporte, existia a figura do prático ou do barbeiro que usavam técnicas da medicina europeia, tais como sangria ou aplicação de sanguessugas e “também da Europa, os Jesuítas trouxeram a prática médica da disciplina e do isolamento, para o tratamento dos doentes” (Oliveira, 2012, p. 33).

Segundo Franco (2014), estima-se que as primeiras Casas de Misericórdia fundadas no Brasil foram a Santa Casa de Olinda (1539); em Santos (1543); no Espírito Santo (1545); em Salvador (1549); em São Paulo (1560); no Rio de Janeiro (1582); Paraíba (1585); São Luís (1622); Igarassu capitania de Pernambuco (1629); Belém (1650); Vila Rica (1735) e Recife (1735). No entanto, as Santas Casas não possuíam um caráter de atenção à saúde política tampouco universal.

Alguns registros da época mostram que nem todos os indivíduos que buscavam as instituições eram assistidos.

No interior das instituições de auxílio, poderiam ser exemplos de pobres “meritórios” aqueles que, por condições físicas e/ou morais (doentes, cegos, aleijados, órfãos, viúvas, velhos...), ou por condições estruturais ou conjunturais (subemprego, épocas de crise, fome generalizada), não conseguiam se manter. A partir desse universo de pobres dignos de auxílio, as instituições de caridade poderiam selecionar novamente, utilizando diferentes critérios para diferentes serviços (Franco, 2014, p. 6).

A pobreza, desde então, era vista por uma ótica moral, um problema estrutural dos indivíduos, vistos como desajustados, vadios e ociosos, que não eram dignos de valorização, logo, deveriam se ajustar à sociedade. Concepção que perdurou por muitos séculos adentrando até os dias atuais no debate da pobreza relacionada a violência e criminalidade; um objeto constante de discussão nas Ciências Sociais, tratando-se de uma visão conservadora, positivista e discriminatória herdada historicamente. O que restava aos pobres eram as medidas punitivas, a miséria, a exclusão e, em muitos casos, aprisionamento sem nenhuma garantia mínima de assistência e saúde, sendo que o pouco que recebiam eram de ações vinculadas à Igreja Católica.

Apesar de inúmeras fragilidades e de problemas relacionados às Santas Casas de Misericórdia – presentes até a contemporaneidade atreladas ao Sistema Único de Saúde – é importante frisar sua importância no curso da história da saúde pública do Brasil, sobretudo nos primeiros séculos de formação do país, onde não

havia assistência médica para a população. Franco (2014) ressalta o papel das Santas Casas na assistência à população apesar das problemáticas da época.

O papel central das Misericórdias na assistência institucional prestada pelos leigos é inegável. Essas instituições mantiveram o protagonismo do atendimento, reuniram os setores mais abastados de cada localidade e, na medida do que lhes era possível, conservaram vivos valores caros à tradição religiosa. No entanto, convém esclarecer também que as Misericórdias não eram as únicas instituições de ajuda, não esgotavam as soluções dadas para a questão da pobreza, não atendiam a todos indistintamente, mas, por sua vez, representavam o auge das pretensões de universalidade entre as instituições portuguesas de auxílio (Franco, 2014, p. 18).

Ao se estudar a origem da saúde pública no Brasil no decorrer da história, apesar dos poucos registros em livros e ínfimos artigos científicos que mensurassem esse processo no Brasil Colônia e na Primeira República, há dados que permitem apreender o surgimento da saúde pública com ações relacionadas à população já no século XIX. De acordo com Machado (1978 apud Galvão, s.d, p. 8), “a saúde pública brasileira teve seu nascimento no século XIX, por peculiaridades históricas que distinguem esse período dos três primeiros séculos da colonização do Brasil”.

Os autores elaboram uma discussão sugestiva de que, inicialmente, a preocupação da coroa com a saúde da colônia era meramente fiscalizatória entre as camadas pobres para controle de doenças infectocontagiosas e, por outro lado, o acesso à saúde por meio da atividade médica era um privilégio, uma vez que poucos médicos vinham de Portugal. Até então não havia um controle sobre a medicina na colônia, que só teve maior organização com o surgimento da Fisicatura¹⁰, um órgão responsável por questões relacionadas à saúde com regimentos, leis, alvarás, estatutos e poder restrito à regulamentação da profissão médica, para que houvesse, de alguma forma, um controle das ações médicas na colônia para aqueles que podiam pagar pela assistência (Machado, 1978 apud Galvão, s.d.).

Ainda segundo tais autores, outro dado importante para a saúde nesse período foi a Ordem das Filipinas de 1604, a qual organizou todas as Câmaras Municipais das cidades e vilas de Portugal e colônias portuguesas impondo diretrizes aos municípios, dentre eles, a limpeza dos centros populacionais, a fiscalização dos comércios de alimentos e a vigilância dos portos. Aqui é nítido que as questões relacionadas à saúde da população estavam vinculadas à necessidade de manter a mão-de-obra em movimento, desenvolver a economia e a boa imagem da colônia. O

¹⁰ Fisicatura-mor era o órgão responsável por conceder autorizações e licenças para a atuação de terapêuticas, atividades médicas - “arte da cura” - entre 1808 e 1828“. Assim, tanto os curandeiros como os terapeutas acadêmicos - médicos e cirurgiões - e práticos - sangradores ou barbeiros, boticários e parteiras - precisavam ter autorizações para atuarem” (Torres, 2008, p. 1).

objetivo era coibir a proliferação de doenças e melhorar o quadro de adoecimento da população.

Portanto, a administração portuguesa não se caracterizou, pelo menos até a segunda metade do século XVIII pela organização do espaço social, visando a um ataque planejado e contínuo às causas da doença, agindo dentro de uma perspectiva mais de combater o mal do que o de cultivar o bem. A saúde não aparece como algo que possa ser produzido, incentivado, organizado, aumentado; só é percebida negativamente por causa da realidade representada pelas doenças (Galvão, s.d, p. 10).

Já no século XIX, medidas foram acrescentadas nessa área do país devido ao avanço de doenças tropicais e à chegada da Família Real ao Brasil, onde “se criou a necessidade da organização de uma estrutura sanitária mínima, capaz de dar suporte ao poder que se instalava na cidade do Rio de Janeiro” (Polignano, 2006, p. 3). O que representou um momento importante, sobretudo, no que diz respeito à saúde, pois, conforme evidencia Avelar¹¹:

foram criadas instâncias públicas de saúde, que tinham como atribuições, a fiscalização do exercício da medicina, assim como, a aplicação de exames para os interessados em trabalhar nessa área oficialmente, aplicação de multas para aqueles que exerciam tal profissão sem autorização, assim como, e talvez, mais importante, garantir a salubridade na Corte. Esse sem dúvida foi um primeiro passo para a consolidação do sentido de saúde pública no Brasil. Mesmo que sendo um tanto quanto restrito, uma vez que o objetivo maior era manter a Corte, ou seja, a elite, longe das doenças e higiene nos portos (Avelar, s.d, p. 2).

Nesse período, com a necessidade de mais médicos no país, criou-se, na Bahia, em 1808, a Academia Real de Medicina Social para dar suporte à saúde da população. Nove meses depois, a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro foi criada e a saúde pública passou a ser colocada em intervenções engendradas na corrente de pensamento do sanitarismo, que se operacionalizava no âmbito urbano das cidades com a comercialização e o transporte de alimentos e a cobertura dos portos marítimos (Rosen, 1994). Tais medidas eram focalizadas e promovidas pontualmente na forma de campanhas que eram abandonadas assim que se conseguiam controlar os surtos de doenças da época.

Essas ações não se preocupavam com a população de modo particular, apesar das altas taxas de mortalidade causadas por surtos e epidemias. O que existia na época era um questionamento voltado aos impactos causados na economia do país, uma vez que, além da mortalidade da mão de obra, as companhias marítimas de outros países evitavam os portos brasileiros, isolando o

¹¹ AVELAR, Paulo Ricardo de. Faculdade de Economia da Universidade Federal de Juiz de Fora. Disponível em: https://www.ufjf.br/oliveira_junior/files/2011/08/Aula-6-EcoUFJF.pdf. Acesso em: 10 fev. 2023.

país das rotas de navegação e diminuindo o fluxo de exportação e importação do Brasil. Nesse sentido, Lyda (1994) constatou que as políticas públicas foram concebidas como um instrumento que buscava sanear os espaços de circulação e distribuição de mercadorias; a organização sanitária que estava estreitamente articulada com as necessidades de desenvolvimento do mercado e avanço do capitalismo no mundo e sua entrada no Brasil.

No que concerne a organização social e econômica, nesse período, o Brasil estava sob domínio econômico e político de Portugal, cuja exploração central se deu por meio dos ciclos do pau-brasil, da cana de açúcar, da mineração e do café (Bertolozzi; Greco, 1996). Assim, as autoras trouxeram algumas contribuições sobre esse período para a compreensão sobre os ciclos de exploração e organização da sociedade brasileira.

O ciclo de extração do pau-brasil não chegou a determinar com objetividade uma estruturação de classes na sociedade brasileira, caracterizando-se, basicamente, pela extração vegetal. Posteriormente, com o ciclo da cana de açúcar, já foram exigidas aplicações iniciais de capital e concentração de renda, trazendo para o país a presença de grandes propriedades escravistas. Adiante, o ciclo da mineração proporcionou um maior desenvolvimento urbano, comercial e social com grande crescimento demográfico no país. E o ciclo do café, por sua vez, dinamizou o mercado e marcou o período pela sua hegemonia com a predominância de grupos oligárquicos regionais (Bertolozzi, Greco, 1996).

Com a abolição da escravatura, em 1888, e a diminuição da mão de obra escravizada, um fluxo imigratório crescente se consolida no país, com pessoas oriundas de países como Espanha, Itália, entre outros lugares. Dados do IBGE¹² (2011) apontam que “entre 1871 e 1880, chegam ao Brasil 219 mil imigrantes. Na década seguinte, o número salta para 525 mil. E, no último decênio do século XIX, após a Abolição, o total soma 1,13 milhão”. Vale ponderar, a partir das análises trazidas, que esse processo imigratório sem condições sanitárias mínimas trouxe uma onda de epidemias que somatizaram às já existentes no país.

Registros dessa época apontam a incidência endêmica de varíola e febre amarela desde o período colonial, acentuando-se com o fluxo migratório e o

¹²

Disponível em: https://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&id=2673%3Acatid%3D28. Acesso em: 10 fev. 2023

desenvolvimento das cidades; dentre elas, a cidade do Rio de Janeiro, a qual sofreu graves impactos da epidemia de febre amarela com altas taxas de letalidade. Segundo Finkelman (2002, p. 39), “o fato de ter feito vítimas fatais na elite favoreceu a compreensão do quadro sanitário do Brasil como um problema científico e político importante, ampliando a repercussão das polêmicas médicas sobre o assunto”.

Posteriormente, com a promulgação da República em 1889, novos arranjos políticos e econômicos no país foram acordados, centralizando-se na política do café com leite¹³. Elaborou-se, nessa época, uma organização jurídica-política essencial do estado capitalista, “essa nova forma de organização do aparelho estatal assegurou apenas as condições formais da representação burguesa clássica, especialmente a adoção do voto direto pelo sufrágio universal” (Polignano, 2006, p. 4).

A tradição de controle político pelos grandes proprietários (o coronelismo) impôs ainda normas de exercício do poder que representavam os interesses capitalistas predominantemente agrários. Apenas a eleição do Presidente da República pelo voto direto, de quatro em quatro anos, produziu lutas efetivas em que se condensavam os conflitos no interior do sistema (Polignano, 2006, p. 4).

Esse contexto de organização social e econômica do Brasil esteve centrado na produção do café com o objetivo de exportação sem, contudo, abdicar dos demais produtos protagonistas dos ciclos anteriores. Reafirmam a exploração da burguesia local que, no período da República, passou a assumir o controle do desenvolvimento social com a reestruturação da formação social capitalista brasileira (Rossi, 1980). Bertolozzi e Greco (1996) assinalam que inexistia uma política ou um programa de saúde organizado para a população, que recorria a pessoas leigas, com conhecimentos tradicionais, curandeiros e assistência religiosa vinculada à igreja católica, enquanto os senhores do café e, posteriormente, a burguesia tinham acesso à medicina legal trazida de Portugal.

No início do século XX, um surto de peste bubônica assolou a cidade de Santos agravando o quadro sanitário do país, alterando a visão sobre os riscos das epidemias, o que contribuiu para a criação do Instituto Butantan, em São Paulo, no ano de 1901, e do Instituto Soroterápico Federal, em 1900, atual Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), na cidade do Rio de Janeiro.

¹³ Acordo entre as oligarquias estaduais para que a disputa governamental da República fosse feita entre os políticos dos Estados de São Paulo e Minas Gerais. Ler mais em: O Federalismo Oligárquico Brasileiro: uma revisão da “política do café-com-leite”. Disponível em: <https://www.pucrs.br/humanidades/wp-content/uploads/sites/30/2016/03/Federalismo-Argentina.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2023.

No início desse século, a cidade do Rio de Janeiro apresentava um quadro sanitário caótico caracterizado pela presença de diversas doenças graves que acometiam à população, como a varíola, a malária, a febre amarela, e posteriormente a peste, o que acabou gerando sérias consequências tanto para saúde coletiva quanto para outros setores como o do comércio exterior, visto que os navios estrangeiros não mais queriam atracar no porto do Rio de Janeiro em função da situação sanitária existente na cidade (Polignano, 2006, p. 4).

Uma figura importante para a saúde nesse contexto é a do médico sanitarista Osvaldo Cruz¹⁴, que pôs a questão sanitária na pauta política do país. Um ponto crucial daí decorrente é a lei sobre a vacinação contra a varíola, em 1904, que fez eclodir uma série de revoltas da população civil contra o sentido militar e repressivo da campanha, chamada Revolta da Vacina. Esse modelo de intervenção denominado “campanhista” foi concebido dentro de uma visão militar em que os fins justificam os meios, e no qual o uso da força e da autoridade eram considerados os instrumentos preferenciais de ação” (Polignano, 2006, p. 5).

Com o avanço do debate sobre a saúde enquanto uma questão que necessitava de intervenção do Estado e em meio às inúmeras problemáticas que aumentavam com o passar dos anos, impactando no crescimento do país, tendo em vista o adoecimento em massa da população com surtos e epidemias, criou-se o Departamento Nacional de Saúde Pública, sob a direção de Carlos Chagas¹⁵, uma instituição que buscava atender as demandas de saneamento das populações urbanas e rurais, em uma óptica higienista, além de ser considerada como ponto importante do debate sobre a saúde materno-infantil e a saúde pública. Nesse período foram registrados encontros de sanitaristas que buscavam soluções para as questões de saúde, difundindo a necessidade de uma “educação sanitária” como mecanismo de promoção da saúde em que os discursos eram permeados de intensa fermentação de ordem liberal (Braga; Paula, 1987).

No curso da história mais recente, percebeu-se maior assiduidade no que se refere à intervenção estatal no início do século XX, em que algumas iniciativas de organização da nascente previdência social se irradiavam, aprofundadas a partir de 1930. Segundo Bravo (2009), a saúde pública no país recebe, a partir da década de 1920, um novo aparato no discurso do poder, havendo investidas de extensão dos seus serviços por todo país com a reforma Carlos Chagas, em 1923, a qual buscou

¹⁴ Nomeado pelo presidente do Brasil, Rodrigues Alves, como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, que se propôs a erradicar a epidemia de febre-amarela na cidade do Rio de Janeiro (Polignano, 2006, p. 4).

¹⁵ Carlos Ribeiro Justiniano das Chagas foi um Biólogo, Médico Sanitarista, infectologista, importante cientista brasileiro com atuação exemplar na construção da saúde pública do país.

ampliar o atendimento à saúde por parte do poder central, constituindo uma das estratégias da União de ampliação do poder nacional no interior da crise política em curso a partir de 1922.

A autora supracitada afirma ainda que a saúde e a higiene do trabalhador nesse período resultaram em medidas que, posteriormente, culminaram em uma política de assistência ao trabalhador de forma contributiva, constituindo um sistema previdenciário, ilustrada com as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) em 1923, com a promulgação da Lei Elói Chaves cujo objetivo era atender os trabalhadores ferroviários, marítimos e estivadores.

As CAPs eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados. Elas eram organizadas por empresas, de modo que só os grandes estabelecimentos tinham condições de mantê-las. O presidente das mesmas era nomeado pelo presidente da República e os patrões e empregados participavam paritariamente da administração. Os benefícios eram proporcionais às contribuições e foram previstos: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral (Bravo, 2009, p. 90).

Alterações significativas ocorreram na sociedade brasileira que refletiram, a posteriori, nas CAPs com a ascensão do governo de Getúlio Vargas no ano de 1930, pós-crise de 1929¹⁶, “que permitiu a expansão do processo de substituição de importações, aumentando a urbanização e ampliando o mercado interno” (Martins, 2005, p. 66), iniciando o processo de industrialização do país e, por conseguinte, acarretando mudanças significativas na estruturação da sociedade brasileira, cuja economia — que era basicamente do campo — passou a se consolidar em polos industriais centralizados na região sudeste e sul do Brasil.

Destarte, esse processo também desencadeou um êxodo rural no país com grande transição da população do campo para os centros urbanos em busca de oportunidades de emprego. No entanto, a falta de estrutura das cidades e o processo de exclusão social do Estado levaram ao crescimento de grandes aglomerados populacionais à margem dos centros das cidades, os quais não contavam com estruturas de saneamento básico, acarretando a proliferação de doenças prevalentes na época e a disseminação de novas. Além desses espaços, foram criados os polos industriais, que reuniam muitos operários advindos de várias regiões do Brasil;

¹⁶ Conhecida como a Grande Depressão, esse período foi marcado pela forte recessão econômica, a crise do capital no final da década de 1920, marcada pela superprodução e falta de regulação econômica, teve seu início com a quebra da Bolsa de Valores de Nova York, em outubro de 1929.

grande parte deles não possuíam o conhecimento adequado sobre o trabalho na indústria, ocasionando muitos acidentes.

Até o final de 1932, existiam aproximadamente 140 CAPS com cerca de 19 mil segurados ativos, 10.300 aposentados e 8.800 pensionistas (Mercadante, 2002). Os registros mostram que existiam expressivas diferenças entre os planos de benefício devido à inexistência de regras comuns de funcionamento técnico, administrativo e a capacidade de receita disponível por meio das contribuições que foram alvo de desvios e corrupção (Mercadante, 2002)

Bertolozzi e Greco (1996) apontam uma grande aceleração do ritmo industrial com a expansão de investimentos, fazendo com que o Estado respondesse às reivindicações da classe trabalhadora através da criação do salário mínimo, que, por outro lado, limitava-se aos gastos para a sobrevivência do trabalhador, atrelado à intensa inflação da época, acentuando a piora das condições de vida e saúde da população.

Desse modo, nos últimos anos do século, a saúde já aparece como reivindicação do movimento operário, que começou a se organizar nos polos industriais a partir de inúmeras necessidades sentidas por eles e na sociedade em geral. Logo, em substituição ao sistema fragmentado das CAPS, foram fundados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que “pretendeu estender para um número maior de categorias de assalariados urbanos os seus benefícios como forma de “antecipar” as reivindicações destas categorias e não proceder uma cobertura mais ampla” (Bravo, 2009, p. 91).

A ideia dos institutos era de iniciar o sistema previdenciário no país, no entanto, era um sistema que atendia aos interesses do governo, pois nem todos os trabalhadores contribuíam; assim, não tinham direito aos benefícios. Para os que podiam contribuir, os benefícios eram fornecidos inclusive na assistência à saúde e as desigualdades entre os trabalhadores se acentuaram (Finkelman, 2002). Os IAPs, assim como as CAPS, foram alvos de desvio de verbas oriundas das contribuições dos trabalhadores, utilizadas para subsidiar empresas farmacêuticas e a consolidação de “hospitais privados no país, com fins lucrativos, já estava montada a partir dos anos 50 e apontava na direção da formação das empresas médicas” (Bravo, 2009, p. 92).

Desse modo, vale listar algumas das principais medidas adotadas na saúde pública no período entre 1930 e 1940:

- Ênfase nas campanhas sanitárias;
- Coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico, em 1937, pelo Departamento Nacional de Saúde;
- Interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, a partir de 1937, em decorrência dos fluxos migratórios de mão-de-obra para as cidades;
- Criação de serviços de combate às endemias (Serviço Nacional de Febre Amarela, 1937; Serviço de Malária do Nordeste, 1939; Serviço de Malária da Baixada Fluminense, 1940, financiados, os dois primeiros, pela Fundação Rockefeller – de origem norte-americana);
- Reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941, que incorporou vários serviços de combate às endemias e assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública (Braga; Paula, 1986, p. 53 apud Bravo, 2009, p. 91).

A Política Nacional de Saúde, que viu seus primeiros passos em 1930, foi consolidada entre 1945 e 1950, sobretudo com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), cujas atividades incluíram o combate à malária, ações de saúde e saneamento, assistência médico-sanitária dos trabalhadores e aperfeiçoamento das equipes de saúde. Esse serviço recebeu patrocínio e convênio do órgão americano da Fundação Rockefeller¹⁷.

Em 1953, criou-se o Ministério da Saúde, o qual possuía uma estrutura frágil, com baixo financiamento, um terço do imposto sobre a educação e a saúde, limitando suas ações e fragilizando as já existentes no país, além de centralizar as medidas sanitárias. Não houve mudanças consideráveis em relação à saúde daqueles que não possuíam vínculos empregatícios e assistência dos Hospitais vinculados aos IAPs.

Acontecimentos significativos no âmbito da saúde no período, foi a criação do Ministério da Saúde (1953) e a reorganização dos serviços de controle das endemias rurais no Departamento Nacional de Endemias Rurais (Deneru – 1956). Tratou-se de uma política de saúde pública com ênfase na prevenção de doenças transmissíveis, aliada a uma política de saúde previdenciária restrita aos contribuintes da previdência e seus dependentes (Oliveira, 2012, p. 37).

No plano econômico em curso, iniciava-se a segunda etapa do processo de industrialização do país com a produção de bens de capital, máquinas e equipamentos que requeriam volumosos investimentos. Já no plano político, ocorria um acirrado embate entre os “Nacionalistas”, os quais combatiam o capital estrangeiro e os “Desenvolvimentistas”, que defendiam a expansão industrial, mesmo que com capital estrangeiro (Bertolozzi; Greco, 1996).

É a partir principalmente da segunda metade da década de 50, com o maior desenvolvimento industrial, com a consequente aceleração da urbanização, e o assalariamento de parcelas crescente da população, que ocorre maior pressão pela assistência médica via institutos, e viabiliza-se o crescimento

¹⁷ Fundação Norte Americana criada em 1913 que tinha como objetivo promover e estimular a saúde, ensino, pesquisa e filantropia no exterior.

de um complexo médico hospitalar para prestar atendimento aos previdenciários, em que se privilegiam abertamente a contratação de serviços de terceiros (Polignano, 2006, p. 11).

Portanto, analisar os avanços sobre a questão de saúde do Brasil se materializa a partir da organização de movimentos de trabalhadores e grupos de profissionais ligados à saúde em busca de medidas junto ao Estado na resolução de problemas sanitários que se alastravam no país. Tudo isso atrelado ao seu processo de desenvolvimento que, embora não tivesse uma visão de saúde como direito universal e como política pública, já preanunciava a necessidade de respostas às manifestações em prol do direito do trabalhador, de vacinações para diminuir crises endêmicas e de medidas para reduzir os índices de mortes materno-infantil com a criação de serviços e programas.

Nos anos de 1960, conforme Netto (2014), a sociedade brasileira era composta por uma população rural de 53,7% e nenhuma grande cidade, com exceção de São Paulo e Rio de Janeiro, chegavam a ter um milhão de habitantes.

À época, transportes e comunicações valiam-se muito da rede ferroviária (então de 38.287 km), mas a malha rodoviária já se expandia rapidamente (somava cerca de 24.000 km, dos quais menos de 10.000 pavimentados). A força de trabalho ainda se ocupava mais em atividades agropecuárias (53,97%); a indústria empregava dela uma parte bem menor (17,61%), assim como o comércio (6,57%), os transportes e comunicações (4,60%), os bancos e as atividades financeiras (4,60%), a administração pública (5,66%) e outros serviços (10,69%). Mas, desde o fim da Segunda Guerra Mundial, a industrialização (a chamada industrialização substitutiva de importações) avançava com celeridade — na segunda metade dos anos 1950, a renda do setor industrial já superava a da agricultura (Netto, 2014, p. 12).

A partir da referida década, inicia-se o ciclo de movimentação totalitarista no Brasil, que culminou com a Ditadura Militar de 1964 (até 1985). Em 1961, já na posse de João Goulart, várias ameaças foram colocadas em curso, uma vez que o presidente apresentava aproximação com o sindicalismo brasileiro, o que levou a acusações de envolvimento com os ideais comunistas. Incômodo não apenas em âmbito nacional como internacional, pois os Estados Unidos, a partir da Guerra Fria, encontrava-se em conflito ideopolítico com a União Soviética após a Segunda Guerra Mundial, criando a polarização entre países para o avanço do capitalismo e a repressão às ideias socialistas.

Na conjuntura política do governo Goulart, a iniciativa e o protagonismo das “classes produtoras” foram essenciais: tiveram papel central no golpe do 1º de abril de 1964 — e se o regime dele derivado foi uma ditadura que se valeu do poder militar, este serviu aos interesses do grande capital: as Forças Armadas foram instrumentalizadas para instaurar o que Florestan Fernandes caracterizou como autocracia burguesa. Evidentemente, o golpismo militar operou vigorosamente desde 1961; todavia, foi a conspirata

patrocinada pelo grande empresariado e pelo latifúndio que lhe ofereceu as condições necessárias para o seu êxito político (Netto, 2014, p. 36).

Para Netto (2014, p. 56), o “golpe não foi puramente um golpe militar”, mas “um golpe civil-militar” com forte instrumentalidade do grande capital sobre as Forças Armadas, cujo interesse era predominantemente entre os empresários, os banqueiros, os latifundiários e as empresas estrangeiras. Além de líderes sindicais, agentes políticos, líderes de comunidades e associações de bairro, jornalistas, professores, padres, membros do movimento estudantil e todos aqueles que pensavam em contramão ao regime militar eram considerados criminosos e terroristas sendo levados para o Departamento de Operações de Informação e aos Centros de Operação de Defesa Interna -DOI-CODI, que funcionavam como tribunal da ditadura para deter aqueles que iam contra o regime.

As denúncias sobre o regime recaíam sobre a utilização de torturas, prisões e assassinatos. Muitas pessoas levadas ao DOI-CODI desapareceram nos porões da ditadura. Na tentativa de salvar suas vidas, muitas pessoas procuradas pelos militares buscaram exílio em outros países, retornando após a abertura política dos anos 80. A violência causada pelo regime militar ficou marcada na história do Brasil apesar do crescente movimento da pós-verdade que busca mascarar a verdade científica dos fatos no decorrer da História em detrimento do avanço das vertentes neoconservadoras no mundo.

O período da Ditadura Militar proporcionou cenários de extrema violência, usurpação de direitos, censura e perseguições que penetraram a sociedade brasileira, sobretudo, grupos políticos, movimentos e organizações sociais contrários às ideias conservadoras e suprematistas impostas à época. Vale ressaltar que esse processo não ocorreu de modo isolado no Brasil, mas em vários países da América Latina, como Bolívia, Argentina, Chile e Uruguai; reflexo da forte dependência imposta pelo imperialismo norte americano.

La evolución histórica de América Latina y el Caribe está marcada por la constitución de Estados económicamente dependientes; sociedades altamente segmentadas, con considerables niveles de exclusión y marginalidad social; bases territoriales socialmente desintegradas; instituciones con baja capacidad de implementación de políticas y de regulación social; y estructuras de derechos de ciudadanía extremadamente frágiles y parciales (Almeida, 2002, p. 907).

Conforme evidencia Bravo (2009), no período entre 1964 e 1974, as ações do Estado obedeciam ao binômio repressão-assistência com ampliação da política assistencial, burocratizada e modernizada pela máquina estatal, com o objetivo de

aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, amenizar os conflitos sociais e conseguir legitimidade para o regime, servindo de mecanismo de acumulação do capital.

Nesse contexto, segundo Oliveira e Teixeira (1986, p. 207 apud Bravo, 2009, p. 93), foi implementado no país o modelo de privilegiamento do produto privado com as seguintes características:

- Extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana, incluindo, após 73, os trabalhadores rurais, empregadas domésticas e trabalhadores autônomos;
- Ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, e articulação do Estado com os interesses do capital internacional, via indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalar;
- Criação do complexo médico-industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação de capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos;
- Interferência estatal na previdência, desenvolvendo um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e privilegiando o produtor privado desses serviços;
- Organização da prática médica em moldes compatíveis com a expansão do capitalismo no Brasil, com a diferenciação do atendimento em relação à clientela e das finalidades que esta prática cumpre em cada uma das formas de organização da atenção médica (Oliveira; Teixeira, 1986, p. 207 apud Bravo, 2009, p. 93).

Uma das principais características desse período no país, segundo levantamento de Bertolozzi e Greco (1996), foi a alta concentração de renda em resposta parcial ao crescimento das indústrias de bens de consumo. Outra característica marcante foi a expansão do sistema de crédito ao consumidor com a participação da classe média no mercado dos bens duráveis. Ademais, outros elementos importantes foram a abertura externa da economia por meio do comércio e o maciço investimento estrangeiro no país, além do papel das empresas estatais na indústria pesada, que passou a garantir a acumulação de capital através da modernização e da dinamização das empresas, como a Petrobrás e a Eletrobrás.

Na organização das políticas de garantias do trabalhador, em 1966, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) com o objetivo de unificar todos os Institutos de Aposentadoria e Pensões, centralizando os recursos financeiros com a justificativa de aumentar a eficiência do sistema. Nesse período, houve a incorporação de trabalhadores rurais ao sistema de previdência social, embora, a princípio, tenha sido de maneira segmentar e fragilizada, dada a pouca importância estendida aos trabalhadores rurais.

Na saúde, houve um forte impulso nos serviços médicos privados orquestrado pelo Estado que reforçou a privatização destes em suas políticas de planejamento, mediante a compra de serviços pela Previdência sob a forma de unidades de serviço. As palavras de ordem eram produtividade, crescimento, desburocratização e descentralização da execução de atividades (Braga; Paula, 1987).

Em 1968, foi criado o Plano Nacional de Saúde, elaborado pelo Ministério da Saúde, o qual apontava para a universalização do acesso e a integração da assistência médica. No entanto, o plano continha falhas graves que incluíam a privatização da rede pública e a remuneração dos profissionais conforme o número e a complexidade de atendimentos, gerando uma onda de mobilização dos profissionais de saúde e dos sindicatos; o que levou ao fracasso da proposta.

No ano seguinte, foi criado o Plano de Pronto Ação (PPA) que tinha como objetivo garantir, progressivamente, a universalização da Previdência Social, cuja ação principal era que os casos de emergência deveriam ser atendidos por todos os serviços próprios e/ou contratados independentemente do paciente ser ou não um beneficiário – segurado ou dependente – da previdência, e, quando o atendido não fosse previdenciário, as despesas com os serviços prestados limitar-se-iam à duração do estado de emergência (Mercadante, 2002). No entanto, essas medidas foram tomadas devido às altíssimas taxas de denúncias na imprensa sobre a omissão do Estado no socorro aos problemas de saúde na época, sobretudo em situações de adoecimento grave e risco de letalidade. Associado a isso, havia as denúncias quanto ao superávit da previdência social.

O Sistema Nacional de Saúde é instituído no ano de 1975, cuja implementação já havia sido discutida outrora, mas que não encontrara força para se efetivar. Dessa vez, oficialmente implementado, tinha como objetivo corrigir a multiplicidade institucional descoordenada no setor público, conceituado como: “O complexo de serviços do setor público e do setor privado, voltados para as ações de interesse de saúde, organizado e disciplinado nos termos desta Lei, abrangendo as atividades que visem a promoção, proteção e recuperação da saúde” (Mercadante, 2002, p. 243).

Segundo Bravo (2009), as reformas realizadas na estrutura organizacional não conseguiram reverter a ênfase da política de saúde, caracterizada pela predominância da participação da Previdência Social através de ações curativas comandadas pelo setor privado. O Ministério da Saúde, entretanto, retomou as

medidas de saúde pública que aumentaram as contradições no Sistema Nacional de Saúde, embora de forma limitada.

Dessa maneira, a política nacional de saúde enfrentou grandes tensões mobilizadas pela crise econômica gerada pela ditadura militar. O regime começa a perder força e a articulação dos movimentos sociais ganham força no Brasil, sendo assim, questionava-se, nesse momento, a ampliação dos serviços, os recursos financeiros dispensados, o interesse empresarial médico dando luz ao emergente movimento sanitário, que surge a partir dos anos 70 reivindicando uma política de saúde universal a todos os brasileiros.

Destarte, “um movimento postulando a democratização da saúde, justamente num período no qual novos sujeitos sociais emergiram nas lutas contra a ditadura” (Paim, 2007, p. 21), reunindo profissionais de saúde, estudantes universitários, organizações de bairros e comunidades que, somando a isto, lutavam contra o fim do regime ditatorial e a retomada do Estado democrático de direito. O Movimento de Reforma Sanitária trazia dentre as principais bandeiras:

1) a melhoria das condições de saúde da população; 2) o reconhecimento da saúde como direito social universal; 3) a responsabilidade estatal na provisão das condições de acesso a esse direito; 4) a reorientação do modelo de atenção, sob a égide dos princípios da integralidade da atenção e da equidade; 5) a reorganização do sistema com a descentralização da responsabilidade pela provisão de ações e serviços (Mercadante, 2002, p.246).

Vale ponderar que o Movimento de Reforma Sanitária teve reflexos da Conferência de Alma Ata, em 1978¹⁸, contando com a participação de estudantes e profissionais brasileiros da saúde; cujo objetivo foi debater a importância dos cuidados primários em saúde em detrimento da medicina hospitalar que não conseguia mais abarcar as necessidades sanitárias da população, havendo a urgência de se ampliar o debate sobre a Atenção Primária, a prevenção, a educação em saúde, a integralidade dos serviços e a cobertura universal a todos.

Reforma Sanitária Brasileira, portanto, não se reduzia a uma política de proteção social ou a uma reforma setorial (da Saúde), buscando uma “reforma geral” da sociedade brasileira. Lembremos, nesse sentido, de seus constantes subtítulos: melhoria das condições de saúde (entenda-se, necessidades em saúde) e da qualidade de vida da população brasileira (entenda-se um projeto de socialidade) (Paim, 2008, p.15).

Com a chegada dos anos 1980, a efervescência de movimentos sociais eclode em todo o país pela retomada dos direitos civis, a abertura democrática e o fim da

¹⁸ Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde na cidade de Alma-Ata, no Cazaquistão, 1978.

ditadura militar. Contexto em que movimentos tomaram conta da América Latina conclamando o fim dos regimes totalitários sobre a égide, ditames do capitalismo monopolista no controle estatal e combate às ideias comunistas após a Segunda Guerra Mundial.

Bravo (2009) aponta que os personagens que entraram em cena nessa conjuntura estavam, em primeiro lugar, os profissionais da saúde, representados pelas suas entidades de classe que ultrapassaram o corporativismo defendendo questões mais gerais, tais como a melhoria da situação da saúde e o fortalecimento do setor público. O movimento sanitário contou também com o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da Saúde e da Democracia e a elaboração de contrapropostas e os partidos políticos de oposição, os quais começaram a colocar a temática nos seus programas e viabilizaram debates no Congresso para discussão da política do setor e os movimentos sociais urbanos que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil.

Outros membros importantes nesse contexto pela saúde foram as Comunidades Eclesiais de Base (CEBS), vinculadas à igreja católica, as quais devolviam um trabalho religioso, mas possuíam uma ação voltada às reivindicações comunitárias no terreno de combate aos problemas sociais relacionados a saneamento básico, escolas, luz, água, creches, justiça social, de modo a somar forças e levantar a bandeira do direito à saúde; buscando propostas concretas para além do discurso ou uma simples reivindicação.

As Universidades também estiveram presentes desde os primeiros levantes de mobilização e articulação de movimentos sanitaristas no Brasil com relevante discussão sobre uma política de saúde que conseguisse abarcar as problemáticas sociais para além das crises sanitárias, ampliando o escopo de atenção à saúde. Professores e alunos do curso de Medicina, Enfermagem, entre outras categorias, desenvolveram uma frente de luta pela saúde em todo o país.

As reivindicações do movimento de reforma sanitária eram vastas e englobavam, principalmente, as necessidades das pessoas que tinham acesso à saúde previdenciária, estando à margem dos serviços de saúde mais complexos. Segundo Bravo (2009, p. 96), entre as principais propostas debatidas por esses sujeitos teve destaque para:

a universalização do acesso a saúde; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde.

O ponto crucial da luta pela reforma sanitária foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, na cidade de Brasília, cujo tema tratava sobre “A saúde como direito inerente a personalidade e cidadania”; “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde”; e o “Financiamento Setorial”.

VIII Conferência representou um avanço técnico e um pacto político, ao propor a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como diretrizes: a universalidade, a integralidade das ações e a participação social, além de ampliar o conceito de saúde, colocando-o como um direito dos cidadãos e um dever do Estado, entretanto, cabe explicitar que o Estado se antecipou a implementação do SUS, criando por decreto o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUI)S). que incluía a redução da máquina previdenciária do nível estadual, a transferência dos serviços de saúde para os estados e municípios e o estabelecimento de um gestor único da saúde em cada esfera de governo. Além disso, a implementação do SUDS dependia do grau de compromisso dos governantes (Bertolozzi; Greco, 1996, p. 392).

A VIII Conferência Nacional de Saúde se diferenciava das sete primeiras, que, por sua vez, concutiam-se em eventos essencialmente técnicos com a presença de especialistas, pessoas vinculadas ao Ministério da Saúde. Enquanto a VIII CNS não só ampliou a participação popular, como de outros técnicos, sobretudo da previdência social, como incluiu ampla representação de usuários dos serviços de saúde (Mercadante, 2002 p.246).

Além dos temas abordados dando ênfase à importância da Conferência, outro destaque primordial para a marca histórica da 8ª Conferência Nacional de Saúde foi a participação de aproximadamente quatro mil e quinhentas pessoas, destes contavam-se mil delegados. Para Bravo (2009, p.96) esse momento,

Representou, inegavelmente, um marco, pois introduziu no cenário da discussão da saúde a sociedade. Os debates saíram dos seus fóruns específicos (ABRASCO, CEBES, Medicina Preventiva, Saúde Pública) e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento. A questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária (Bravo, 2009, p. 96).

Atrelada à luta pela saúde, a conjuntura de manifestações dos anos 80 possibilitou também a reorganização e o fortalecimento de movimentos sociais e políticos em detrimento da necessidade da construção de uma sociedade livre, justa e democrática, que levou à promulgação da Constituição Federal de 1988; um marco

na formulação de direitos fundamentais, no respeito à dignidade humana e no direito à liberdade em todas as suas dimensões.

A relevância pública dada à saúde declarada na CF tem o significado do destaque e proeminência da saúde entre tantas outras áreas e setores. Destaque--se que foram consideradas como de relevância pública tanto a saúde pública como a privada. Os juristas entendem nessa relevância pública uma limitação ao simples entendimento de que a saúde seja apenas, pura e simplesmente, um bem de mercado. Os serviços privados de saúde, além de serem de relevância pública, estão subordinados à Regulamentação, Fiscalização e CONTROLE DO SUS. Aí se incluem tanto o sistema privado lucrativo exercido por pessoas físicas ou jurídicas individuais ou coletivas, prestadoras ou proprietárias de planos, seguros, cooperativas e autogestão, quanto o sistema privado não lucrativo, filantrópico ou não. Incluem-se: hospitais, clínicas, consultórios, laboratórios bioquímicos, de imagem e outros, de todas as profissões de saúde e com todas as ações de saúde (Carvalho, 2013, p. 10).

Esse momento foi marcado em todo país por uma arena de disputas políticas e ideológicas em torno da Assembleia Constituinte de 1988. Segundo Bravo (2009, p. 97), em relação à saúde, dois blocos se polarizaram na disputa de interesses e por espaço.

Os grupos empresariais, sob a liderança da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da Associação de Indústrias Farmacêuticas (Multinacionais), e as forças propugnadoras da Reforma Sanitária, representadas pela Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte, órgão que passou a congregar cerca de duas centenas de entidades representativas do setor. A eficácia da Plenária das Entidades, para atingir seus objetivos, foi resultado do uso adequado de três instrumentos de luta: a capacidade técnica de formular com antecipação um projeto de texto constitucional claro e consistente; a pressão constante sobre os constituintes; a mobilização da sociedade. A proposta de emenda popular apresentada por Sérgio Arouca, indicado pela plenária de Saúde para defendê-la no Plenário da Constituinte, foi assinada por mais de cinquenta (50) mil eleitores, representando 167 entidades (Bravo, 2009, p. 97).

Os ganhos conquistados pelo movimento de reforma sanitária foram expressivos, no entanto, o projeto privatista avançou sobre o ainda embrionário Sistema Único de Saúde (SUS), que se acentuara a partir de 1990. Os principais resultados conquistados pelo movimento de reforma sanitária no texto constitucional foi a saúde como um direito universal sem distinção entre os brasileiros, as ações e os serviços de saúde passaram a ser dever do Estado, cabendo a ele próprio a devida execução e assistência, bem como caberia ao poder público regulamentação e fiscalização. A participação do setor privado teria caráter complementar preferencialmente em instituições sem fins lucrativos.

Com a chegada dos anos de 1990, o Sistema Único de Saúde foi instituído por meio da Lei n.º 8.080 de setembro de 1990, a qual regulamenta os serviços de saúde em todo o território nacional e estabelece os princípios, os objetivos e as diretrizes do

SUS. Posteriormente, a Lei n.º 8.142 de dezembro de 1990, que versa sobre a participação e o controle social na gestão e na fiscalização do Sistema Único de Saúde que havia sido barrada por membros da corrente privatista da saúde no Congresso, gerando novas ondas de manifestações e mobilizações em torno das reivindicações do movimento de reforma sanitária aprovadas na Constituinte de 1988.

Partindo desse contexto, é nos anos 1990 que se agudizam nas estruturas do Estado as políticas de ajustes neoliberais, que propunham uma reforma do Estado ou uma contrarreforma que, segundo Bravo (2009), tratava-se de uma estratégia de desviar o Estado de suas funções básicas ao ampliar sua presença no setor produtivo, dando ênfase ao modelo econômico vigente.

O seu Plano Diretor considera que há o esgotamento da estratégia estatizante e a necessidade de superação de um estilo de administração pública burocrática, a favor de um modelo gerencial que tem como principais características a descentralização, a eficiência, o controle dos resultados, a redução dos custos e a produtividade. O Estado deve deixar de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar o promotor e regulador, transferindo para o setor privado as atividades que antes eram suas (Bravo, 2009, p. 97).

A política de saúde proposta pelo movimento de reforma sanitária tem sido destruída em razão do avanço do projeto privatista no Brasil impulsionado pelo Neoliberalismo, que avança na sociedade brasileira a partir de 1990, com a sua ideologia de mercado – de mínima participação do Estado diante das problemáticas sociais com a mercantilização e a privatização de bens e serviços – e com a ampliação dos Planos Privados de Saúde ligados a grandes empresas. E, por conseguinte, o proposital sucateamento da saúde com poucos recursos, restrição de verbas, desvalorização dos profissionais de saúde, desestruturação dos serviços e desmonte de programas.

O projeto saúde articulado ao mercado ou a reatualização do modelo médico assistencial privatista, está pautado na Política de Ajuste que tem como principais tendências a contenção dos gastos com racionalização da oferta; descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado (Bravo, 2009, p. 98).

A saúde, portanto, passou a ser vinculada ao mercado, ampliando-se a crença de parcerias com a sociedade civil e sua responsabilização pelos custos da crise. Outrossim, foi a refilantropização com a utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais com o objetivo de reduzir os custos dos serviços (Bravo, 2009).

Desse modo, percebeu-se que a política de saúde travou muitas lutas ao longo da história. Nasceu, enquanto política, como parte da previdência social no país, atendendo aos trabalhadores assalariados, mantendo-se a partir do SUS como tripé da Seguridade Social junto à Assistência Social e Previdência. Apesar dos avanços conquistados ao longo do século, ainda são necessárias muitas mudanças para que se consiga efetivar o SUS previsto e evocado pelo movimento de Reforma Sanitária. Com o avanço das medidas neoliberais, a efetivação do direito à saúde tem se distanciado, sobretudo, para as camadas populares.

Partindo desses pressupostos, a luta pela saúde no Brasil é um sinônimo de resistência constante em vários períodos da história, suscitando, com veemência, a urgência na defesa do Sistema Único de Saúde, bem como dos seus programas e serviços, suas políticas, normativas e diretrizes, e seus princípios doutrinários e organizativos.

2.2 O Sistema Único de Saúde e seus princípios legais

As mudanças ocorridas na década de 80 que levaram à Constituição Federal de 1988 também possibilitaram a ampliação do debate sobre a Seguridade Social enquanto “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (Brasil, 1988). Processo que também reluz uma breve aproximação do nosso marco jurídico com os princípios do *Welfare State*¹⁹, contraposto às investidas liberal e neoliberal, com questionamentos sobre o regulacionismo estatal, sobretudo no que se refere aos valores de equidade e de justiça social (Teixeira, 2011). Cumpre esclarecer que o desenvolvimento do *Welfare*

¹⁹ O Estado de Bem-Estar Social ou Welfare State se apresentou como a interseção histórica entre o Estado Liberal e o Estado Neoliberal, a partir da ação do Estado Capitalista em resposta a demandas sociais emergentes do pós-guerra que precisavam ser respondidas para apaziguar a classe operária e a sociedade diante da ameaça do socialismo. Para Draibe e Riesco (2011, p. 223), “uma formulação mais sofisticada se encontra no pensamento keynesiano, que captou com precisão o círculo virtuoso com que o econômico e o social se inscrevem na dinâmica de crescimento econômico e desenvolvimento social, visível no capitalismo regulado do pós-guerra. Por distintas que sejam, correntes intelectuais como as referidas, além de apontar a questão da equidade, não perderam de vista a relação entre as modernas instituições da política social e o processo de desenvolvimento e modernização capitalista”.

State e da Política Social²⁰ no Brasil e na América Latina teve particularidades importantes, posto que este não se organizou segundo um modelo ou tipo único. Behring e Boschetti (2008) apontam que o termo se originou na Inglaterra, na década de 1940, apresentando variações para “Estado de Previdência” na França e “Estado Social” na Alemanha.

Caracterizado pelo seu aparato assistencial, o Welfare State trouxe ampliação de direitos sociais e as condições necessárias para a produção e reprodução social, além de representar conquistas sociais; em contrapartida, também significou concessões e pactuações para a manutenção do poder hemônico da burguesia, que se sentia ameaçada principalmente pelo avanço das concepções do socialismo em um conjunto de ideais contrárias ao capital. Desse modo, o Welfare State representou uma nova ordem de pactuação entre capital e trabalho, com suporte e estruturação social do Estado; logo, fundamentou-se em uma forma de regulação social sob a égide da cidadania e do pleno emprego, diferente das políticas sociais dos países subdesenvolvidos latino-americanos onde a regulação social data do final do século XX, ao qual Sposati (2002) denomina de regulação social tardia.

Na realidade brasileira, Pereira (2011) coloca que a proteção social não se apoiou nos pilares do pleno emprego e dos serviços universais, tampouco armou uma rede de proteção que impedisse a reprodução da extrema pobreza, demonstrando que o Estado de Bem-Estar Social não se deu da mesma forma, muito menos seguiu um padrão. Segundo Draibe (1995), existiu aqui um sistema de proteção social meritocrático-particularista com forte marca do corporativismo e do clientelismo, que Pereira (2002) tipifica como sistema de bem-estar periférico. Silva (s.d) corrobora ao inferir que os marcos do sistema de proteção social brasileiro se situam na década de 1930, na passagem do modelo agroexportador para o modelo urbano-industrial, com a expansão nas décadas de 1970 e 1980, sob orientação da ditadura militar. Entretanto, foi na década de 1980, no bojo da redemocratização brasileira com a consolidação da Constituição Federal de 1988, que se consolida a Seguridade Social do país ancorada no tripé políticas de saúde, assistência social e previdência.

²⁰ Segundo Silva (1999, p. 32), “a política social nasce nos primórdios do capital industrial para regular a participação - exclusão do mercado de trabalho; nasce para proteger o desemprego, fenômeno típico e cíclico do processo de acumulação capitalista; é introduzida e institucionalizada por exigências da dinâmica monopolista de acumulação do capital para atenuar a consequente explosão da mão-de-obra excedente”.

É nesse contexto de reabertura política e implementação da Constituinte de 1988 que emergem políticas públicas e sociais como resposta do Estado ante a questão social. Logo, “pela primeira vez na história do Brasil, foi promulgada uma constituição que reconhece a saúde como direito social, dispondo de uma seção específica e contando com cinco artigos destinados à saúde” (Paim, 2015, p. 43). A saúde, portanto, passa a ser um direito de todos e dever do Estado, conforme o art.196. Garantia que deve ser concretizada mediante políticas económicas e sociais que visem a redução dos riscos de doenças e de outros agravos, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação (Paim, 2015).

A partir de então, o Sistema Único de Saúde foi regulamentado em 1990 e com ele uma conquista exponencial no que concerne à garantia do direito à saúde pública pela população brasileira. Expoente de política de saúde pública oriunda da manifestação popular por meio da reforma sanitária e de diversos movimentos sociais que reivindicaram, nacionalmente, a garantia do direito universal à saúde, transformando o que antes era acessado apenas por parte da população que possuía carteira assinada em um direito de todos e dever do Estado.

Sendo assim, a saúde passou a ser destinada a todos os sujeitos que se encontravam no território nacional por meio de um sistema único gratuito que visa a equidade, a integralidade dos serviços e a participação social. Dessa maneira, o SUS passou a ser assegurado e estruturado em todo país como uma Política Pública que possui como mola propulsora um novo sentido sobre a saúde, englobando as necessidades humanas e a forma como os indivíduos vivem e se relacionam na sociedade. Um conceito de saúde em sua totalidade que leva em consideração não somente os aspectos biológicos, mas também os determinantes sociais com os quais os sujeitos estão inseridos.

[...] a determinação social do processo saúde-doença está relacionada com a exclusão social [...] pela falta de acesso à moradia e à alimentação e as dificuldades encontradas no acesso à educação, à saúde, ao lazer e à cultura que interferem substancialmente e diretamente na qualidade de vida e saúde dos sujeitos (Castro *et al.*, 2014, p. 34).

O conceito ampliado de saúde elaborado pelo novo Sistema Único de Saúde sugere a compreensão do indivíduo como um todo particular dentro de um contexto socialmente definido de uma sociedade composta por uma estrutura que implica em todos os aspectos da vida do sujeito e o seu comportamento, como intervém Sérgio

Arouca (1987, p. 36) ao sugerir que a saúde não é simplesmente não estar doente, é mais:

(...) é um bem-estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e até a informação sobre como se pode dominar o mundo e transformá-lo. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas que, pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente; a um sistema, político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo. É não estar todo tempo submetido ao medo da violência, tanto daquela violência resultante da miséria, que é o roubo, o ataque, como a violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos os interesses que não sejam os do povo (Arouca, 1987, p. 36).

Percebendo a saúde coadunada às necessidades emergentes da população, o SUS – orientado por um conjunto de princípios e diretrizes válidos para todo o território nacional – parte de uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito, incorporando em sua estrutura institucional e decisória espaços e instrumentos para a democratização e o compartilhamento da gestão do sistema de saúde (Noronha; Lima; Machado, 2008).

Estruturado a partir de princípios doutrinários e organizativos que possibilitam o desenvolvimento de programas intersetoriais que visam a cobertura universal e integral para a promoção da saúde e a descentralização dos serviços, organizando-se em níveis de complexidade²¹ e Redes de Atenção à Saúde²², cujos objetivos são melhorar a qualidade da atenção, a qualidade de vida das pessoas usuárias, os resultados sanitários do sistema de atenção à saúde, a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde (Rosen; Ham, 2008).

Dentre os princípios do SUS, vale mencionar:

Capítulo II - Dos Princípios e Diretrizes

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

²¹ Atenção Básica (ou Primária), que dispõe dos serviços de maior amplitude e cobertura, a exemplo da Estratégia de Saúde da Família; Atenção de Média Complexidade (ou Secundária), que são unidades de média cobertura, como as Urgências; e a Alta Complexidade (ou Terciária), que são as unidades de maior porte que atendem serviços de longa internação, maiores serviços e especializados.

²² As principais redes do SUS: Rede Cegonha, Rede Urgência e Emergência (RUE), Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção às Doenças Crônicas.

- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;
- e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (Brasil, 1990a, p. 69).

Aqui, buscar-se-á os princípios da universalidade, equidade e integralidade como pontos principais para o acesso ao direito à saúde da população brasileira. Desse modo, inicia-se a compreensão sobre o princípio da universalidade a partir de Carvalho (2013) que postula este princípio como:

O direito à saúde, bem-estar, felicidade é de todos: pobres, ricos; empregados, desempregados; quem tem plano e quem não tem plano (...). O SUS não pode discriminar quem tem direito: nem discriminação positiva, nem negativa. Universalidade significa o Para Todos (Carvalho, 2013, p. 13).

O princípio da universalidade é um dos fundamentos basilares do SUS e vem sofrendo resistência dos formuladores do projeto de saúde voltado para o mercado. Esse projeto tem pressupostos individualistas e fragmentadores da realidade em contraposição às concepções coletivas e universais do projeto contra-hegemônico (Bravo, 2009).

Consoante Teixeira (2011), a universalidade é um princípio finalístico; ou seja, representa um ideal a ser alcançado, e indica uma das características do SUS que se propõe construir. Para tal princípio, o SUS só conseguirá alcançá-lo a partir de um processo de universalização, isto é, um processo de extensão da cobertura e dos serviços que possa, paulatinamente, tornar-se acessível para toda a população. Contudo, a autora ainda traz alguns impasses relevantes, como as barreiras jurídicas, econômicas, culturais e sociais que se interpõem entre o povo e os serviços públicos.

A primeira delas, a barreira jurídica, foi eliminada com a Constituição Federal de 88, na medida em que universalizou o direito à saúde, e com isso, eliminou a necessidade do usuário do sistema público colocar-se como trabalhador ou como “indigente”, situações que condicionavam o acesso aos serviços públicos antes do SUS. De fato, os trabalhadores “de carteira assinada”, fossem empregados ou autônomos, ativos ou aposentados, trabalhadores urbanos ou rurais, e seus dependentes, tinham o direito assegurado aos serviços do antigo INAMPS, na medida em que contribuíam

(como contribuem ainda hoje) para a Previdência Social. Aos excluídos do mercado formal de trabalho restava a condição de “indigentes”, pobres que recorriam às instituições filantrópicas ou, mais freqüentemente, aos serviços públicos mantidos pelo Ministério da Saúde ou da Educação (Centros e Hospitais universitários) e pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (Teixeira, 2011, p. 03).

Além desses mecanismos que impossibilitam a execução e a efetividade do princípio da universalidade, outro ponto importante a ser citado é o sociocultural, que Teixeira (2011) considera como sendo a principal barreira. Destaque para a linguagem, a comunicação entre os prestadores de serviços e os usuários, desde a chegada aos serviços de saúde, em que grande parte da população possui um perfil com baixo grau educacional e cultural; que, muitas vezes, não são percebidas e/ou respeitadas pelos profissionais e trabalhadores da saúde, causando um grande impacto no atendimento a esses usuários e dificultando ainda mais o entendimento destes sobre o seu processo de adoecimento e, principalmente, das estratégias postas para seu provável tratamento.

Os usuários não conseguem ter autonomia ou sequer compreender passos simples, tais como receita médica, orientação nutricional ou social. Quanto às problemáticas perante a universalidade, tem-se analisado fundamentalmente:

[...] do ponto de vista da contraposição da perspectiva social-democrata embutida no texto constitucional e a perspectiva neoliberal que tese difundido no âmbito das políticas públicas no Brasil nos últimos 20 anos. Assim, de um lado, argumenta-se a favor da garantia do acesso a qualquer das ações e serviços produzidos pelo SUS, o que tem gerado uma grande iniquidade, devido aos diferenciais de informação e de consciência do direito assegurado entre os vários segmentos da população e, por outro, defende-se a necessidade de se estabelecer certa “priorização”, devido às dificuldades financeiras, gerenciais e operacionais do sistema, enquanto, no pólo oposto, argumenta-se à favor de uma definição do “pacote básico” a ser prestado pelo SUS, subvertendo-se, com isso, a proposta de universalização (Teixeira, 2011, p. 6).

Outrossim, nesse contexto de análise sobre os princípios inerentes ao SUS, é necessário situar o princípio da equidade, que precisa de mecanismos concretos conforme a realidade social dos(as) usuários(as), assim como o da universalidade, respeitando suas particularidades, suas prioridades, sua cultura, suas fragilidades e dificuldades, para que se possa chegar na ponta dos serviços e se consiga alcançar o objetivo principal: o acesso, com qualidade, dos usuários aos serviços e programas do SUS em todas as suas dimensões e seus propósitos.

Portanto, a equidade trabalhada por Carvalho (2013) se apresenta como:

[...] a qualificação da igualdade. O princípio da equidade é muitas vezes invocado, mas ele não existe na legislação federal a não ser em algumas legislações, como a do Estado de São Paulo. Equidade é a igualdade adjetivada pela justiça. Pela equidade buscamos tratar diferentemente os

diferentes (equidade vertical) e igualmente os iguais (equidade horizontal) (Carvalho, 2013, p. 14).

À medida que Teixeira (2011) equipara a noção de equidade à noção do respeito, observa-se a necessidade de repensá-la consoante critérios de justiça em termos de acesso, oportunidades de sobrevivência, desenvolvimento pessoal e social entre os membros de determinada sociedade. A noção de equidade se faz imperativa pelo reconhecimento das desigualdades existentes entre os sujeitos e os grupos sociais; desigualdades injustas e que precisam ser superadas. Para a autora, na saúde, especificamente, as desigualdades sociais se mostram como desigualdades diante do adoecer e do morrer, reconhecendo-se a possibilidade de redução destas de modo a garantir condições de vida e saúde mais igualitárias para todos.

Só é possível fazer equidade no SUS e tratar diferentemente a partir das necessidades em saúde, priorizando a atenção e o tratamento provenientes de carências de saúde. Muitas pessoas imaginam que o SUS realiza diferenças a partir da pobreza de seus usuários ou pensam que o Sistema além de ser para pobres, prioriza tratamentos e medicamentos para pessoas carentes, cujo raciocínio é incorreto. A diferença, no SUS, só pode ser analisada, sobretudo, mediante as necessidades em saúde (Carvalho, 2013).

Outra problemática referente à equidade, para Teixeira (2011), diz respeito a algumas polêmicas que a autora aponta como dificuldades para a efetividade do referido princípio dentro do SUS. Ou seja,

(...) de um lado, do questionamento da “pertinência” de políticas específicas para determinados grupos, vista como uma forma de “neocorporativismo” ou de “clientelismo”, na medida em que atendem pressões de movimentos sociais mais bem organizados, ou que conseguem estabelecer lobbies, ou anéis “tecnoburocráticos” com setores das instituições gestoras das políticas. De outro, defende-se a pertinência dessas políticas, não só como resposta a pressões específicas, senão como forma de expressão da 4ª geração de direitos, como assinala Bobbio (Teixeira, 2011, p. 09).

No que compete à integralidade, Bravo (2009) afirma que o referido princípio diz respeito ao leque de possíveis ações para a promoção da saúde, a prevenção de riscos e agravos e a assistência a doentes. Implica a sistematização de um conjunto de práticas que vêm sendo desenvolvidas para o enfrentamento dos problemas e o atendimento das necessidades de saúde. Assim, a integralidade pode ser, ou não, um atributo do modelo de atenção, entendendo-se que um “modelo de atenção integral à saúde” contempla o conjunto de ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, assistência e recuperação (Bravo, 2009).

Um modelo “integral”, portanto, é aquele que dispõe de estabelecimentos, unidades de prestação de serviços, pessoal capacitado e recursos necessários, à produção de ações de saúde que vão desde as ações inespecíficas de promoção da saúde em grupos populacionais definidos, às ações específicas de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica dirigidas ao controle de riscos e danos, até ações de assistência e recuperação de indivíduos enfermos, sejam ações para a detecção precoce de doenças, sejam ações de diagnóstico, tratamento e reabilitação (Bravo, 2009, p. 14).

A integralidade também pode ser vista sob dois prismas. Há, a partir das análises de Carvalho (2013):

a integralidade vertical que lembra a necessidade de se ver o ser humano como um todo e não apenas como um somatório de órgãos e aparelhos. O segundo prisma é o da integralidade horizontal onde se entende que a ação deva abranger seus três enfoques: promoção, proteção e recuperação da saúde. Ver como um todo e agir nesse todo, integralmente (Carvalho, 2013, p. 14).

Enquanto problemática, Teixeira (2011) aponta fundamentos distintos acerca dos determinantes do processo saúde-doença e das formas de atenção perante os diversos momentos desse processo, por meio do qual está se constituindo uma ampla discussão marcada pela multiplicidade de ideias e propostas de diferentes autores a respeito da reorganização das práticas, dos serviços e do próprio sistema de saúde. Nesse contexto, a autora aponta para a problemática do cuidado em saúde “ora privilegiando a dimensão micro política (das relações entre profissionais de saúde, trabalhadores e usuários, ora privilegiando a dimensão organizacional, quer se trate da organização do processo de trabalho dos diversos profissionais da área” (Teixeira, 2011, p. 11).

A política pública de saúde tem encontrado, desde sua gênese, dificuldades para a sua efetivação que se expressa através das desigualdades de acesso da população aos serviços de saúde, os desafios da construção de práticas de integralidade, os dilemas para alcançar a equidade no financiamento do setor, os avanços e recuos nas experiências de controle social, a desarticulação entre os movimentos sociais, entre outros. Essas questões são exemplos claros de que a construção e a consolidação dos princípios da Reforma Sanitária permanecem como desafios fundamentais na agenda contemporânea da política de saúde (CFESS, 2010). O que ressalta:

[...] enorme distância entre a proposta do movimento sanitário e a prática do sistema público de saúde vigente. O SUS foi se consolidando como espaço destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado. A proposição inscrita na Constituição de 1988 de um sistema público universal não se efetivou, apesar de alguns avanços, como o acesso de camadas da população que antes não tinham direito; o sistema de imunização e de vigilância epidemiológica e sanitária; os

progressos na alta complexidade, como os transplantes, entre outros (CFESS, 2010, p. 22).

Portanto, o SUS encontra inúmeras dificuldades para seu avanço como uma política social, dentre elas, o princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estadual e municipal, o afastamento do princípio da integralidade, ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa havendo prioridade para a assistência médico-hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde. A proposta de reforma do Estado para o setor de saúde ou contrarreforma propunha separar o SUS em dois: o hospitalar e o básico (Bravo, 2009).

Nesse contexto, Bertolozzie e Greco (1996) colocam a realidade de dois projetos ideológicos, políticos e técnicos diferentes: de um lado, o projeto neoliberal e, de outro, o projeto da reforma sanitária, que tenta sobreviver ao tentar resgatar os pressupostos da Constituição de saúde como um direito de todos e dever do Estado. Cabe à defesa do SUS, observando a exclusão social que toma conta da sociedade brasileira oriunda do projeto econômico neoliberal. Assim, faz-se fundamental a clareza de que é impossível superar a crise sem a presença de um Estado forte que busque por eficiência e eficácia.

2.3 O princípio da universalidade do SUS sob a égide neoliberal

O avanço da política neoliberal tangencia análises no campo das Ciências Sociais sobre a relação entre as ações estatais e os interesses de classes sociais nas relações de poder. Assim, é possível refletir a relação entre o avanço do neoliberalismo e o desmonte das políticas públicas, sobretudo a política de saúde e o princípio da universalidade.

A universalidade no acesso aos programas e projetos sociais, abertos a todos os cidadãos, só é possível no âmbito do Estado, ainda que não dependam apenas do Estado. Sendo um Estado de classe expressa a sociedade politicamente organizada e condensa um campo de lutas e compromissos em que a sociedade civil joga um papel decisivo para democratizá-lo e controlá-lo. Ao mesmo tempo, é necessário que o Estado se expanda para a sociedade de modo a fazer prevalecer interesses mais coletivos e compartilhados, o que depende da luta entre as forças sociais (Iamamoto, 2009, p. 190).

O neoliberalismo tem sua estruturação majoritária no Brasil após aprovação do Plano Real, no governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), entre 1995 a 2002, ocasionando mudanças estatais importantes em detrimento da ampliação das

atividades de mercado e privatização no país, entregando ao capital internacional a participação e a exploração da economia brasileira. Trazendo, como um dos pilares ideológicos, a mínima interferência do Estado, principalmente, nas problemáticas sociais como políticas de corte social, programas sociais e políticas públicas e sociais que são respostas estatais às refrações da questão social inerente ao desenvolvimento capitalista.

O neoliberalismo desativa o jogo democrático, nos fazendo adentrar num período antidemocrático, e o que estamos vivendo no Brasil não deixa margem de dúvidas sobre isso. Há uma espécie de subjetivação neoliberal que opera no sentido do egoísmo social como norma, como ethos do tempo. E o neoliberalismo, que marca a reação burguesa a esse momento do capitalismo em crise estrutural (Behring, 2016, p. 22).

Essa nova cadeia de privatização desencadeou um reordenamento na estrutura socioeconômica brasileira que havia recém-saído de uma estrutura de autocracia, a qual impôs limites no acesso aos direitos básicos, tais como a liberdade, a educação e a saúde. Todas as conquistas asseguradas na Constituição de 1988 vão enfrentar, desse modo, desafios no seu processo de implementação; o que representa uma contrarreforma nas estruturas do Estado. Nas palavras de Behring e Boschetti (2006), uma contrarreforma que, ao contrário de reafirmar direitos, restringe-os, ou seja, promove um retrocesso dos direitos sociais, públicos, universais. Nesse ordenamento, aplicou-se um conjunto de medidas que visam: o corte de direitos sociais; a privatização de empresas estatais; reformas trabalhistas e previdenciárias; a abertura ao capital estrangeiro; entre outras ações (Behring; Boschetti, 2006).

Saes (2001), ao analisar o avanço do neoliberalismo no Brasil garantido pelo Estado, traz as seguintes contribuições:

a política de privatização das atividades estatais: não só a desestatização de empresas públicas, geradoras de produtos industriais ou serviços pessoais como até mesmo a desestatização de atividades administrativas, tais como o serviço penitenciário, o banco central, a receita federal etc. a segunda delas é a política de desregulamentação: isto é, a redução da atividade reguladora e disciplinadora do Estado no terreno da economia (em geral) e das relações de trabalho (em particular). A última dessas políticas é a política de abertura da economia ao capital internacional: eliminação incondicional das reservas de mercado e do protecionismo econômico (Saes, 2001, p. 82).

As políticas neoliberais ganharam força no país, uma vez que a própria formação da sociedade brasileira sustenta um sistema de hierarquização de poder que age sobre as camadas mais pobres com domínio e exploração, centralizando as tomadas de decisões a quem de fato detém a máquina estatal nas mãos, personificados nas grandes empresas, nos bancos, no agronegócio – que também

faz parte da cadeia legislativa e executiva – ocupando cargos políticos importantes. O que facilita o domínio e a exploração da classe trabalhadora, fragilizando o sistema educacional, socioassistencial e trabalhista, fortalecendo os mecanismos de alienação, hegemonia e dominação.

Tudo isso possibilitou a consolidação das políticas neoliberais no país atrelada, ainda, na justificativa de diminuição da dívida pública e na melhoria da qualidade dos serviços a partir da privatização; por conseguinte, com a desvalorização dos serviços públicos. O que viabilizou a entrega do patrimônio público do país às multinacionais.

Penso que os acontecimentos recentes no Brasil expressam nitidamente o movimento do capital em busca de superlucros, orquestrado pelo capital portador de juros, dada a imensa disponibilidade de capitais na forma de dinheiro e de papéis e títulos, condicionando os investimentos, a oferta de serviços públicos e o desenvolvimento das forças produtivas. Essa enorme ofensiva sobre os trabalhadores tendo em vista retomar as taxas de lucro – já que o mais-valor sempre advém da exploração da força de trabalho – num ambiente de baixo ou inexistente crescimento econômico marca intensa e profundamente a política social e os direitos sociais no Brasil e em todos os quadrantes, a partir das condições históricas de cada país e região (Behring, 2016, p. 22).

No que tange à política de saúde, o recém-criado SUS, que já enfrentou dificuldades desde sua formação, teve sua organização paralisada e fragmentada com a política de cortes neoliberais pelo “círculo vicioso da austeridade, cortes do gasto público induzem à redução do crescimento que provoca novas quedas da arrecadação e exige novos cortes de gasto” (Rossi; Dweck, 2016, p. 1); com isso, a efetivação do Sistema de Saúde sofre severas perdas e cortes recorrentes. O novo reordenamento criou um SUS que mal consegue suprir as necessidades da população em razão do baixo número de unidades de saúde (em todas as suas complexidades), da diminuição no orçamento para a estruturação dos serviços, dos baixos salários dos profissionais e da desvalorização da categoria, cujas consequências se materializam em um sistema sucateado, com filas vagarosas, serviços precários e exaustão das equipes de saúde.

Em contrapartida, tem-se a supervalorização dos Planos de Saúde Privados, a superestruturação de hospitais, clínicas e laboratórios particulares que, em sua maioria, pertencem a grupos empresariais vinculados a grupos políticos que exercem seu poder sobre o desmonte do Sistema de Saúde Público. Um projeto muito bem orquestrado que inviabiliza, propositadamente, um serviço público de excelência e prioriza serviços particulares, chamativos e extremamente lucrativos, transformando

a saúde em um verdadeiro mercado para aqueles que podem pagar, ou seja, um número pequeno da população.

Os impactos desse processo para a grande massa da população também é um reflexo da política ideológica neoliberal que paralisa as lutas coletivas, limita o discurso sobre os direitos básicos, como saúde e educação, empurrando cada vez mais fundo a narrativa da privatização como excelência e o público como ruim, vagaroso, desqualificado, sujo e sem valor.

Outrossim, são os incentivos de privatização do próprio SUS com a criação de empresas para gerir hospitais e serviços de saúde em âmbito estadual e federal, a exemplo da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), criada em 2011. Segundo a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (2015), a criação da EBSERH foi apresentada pelo Governo Federal como solução para a crise dos Hospitais Universitários (HU's), e como resultado desse processo, observou-se a redução de recursos humanos nas unidades e a falta de investimentos que impactaram diretamente o ensino, a pesquisa, a extensão e a assistência à saúde. A EBSERH tem como objetivo gerenciar os Hospitais Universitários em todo o país. Uma proposta de gestão que permite convênios com planos de saúde privados; aplicação da lógica empresarial em um serviço público, além da quebra de autonomia das universidades, uma vez que fica a cargo da empresa a administração das ações dos HU's.

Destarte, trata-se apenas de um dos inúmeros exemplos de empresas que fazem a gestão dos serviços de saúde, conhecidas como prestadoras de serviços para o Estado, sobretudo, unidades hospitalares de média e alta complexidade, o que implica em profissionais desvalorizados, com baixos salários, carga de trabalho excessiva sob a lógica da produtividade, abrindo margem para uma atuação precarizada atrelada ao sucateamento dos serviços com falta ou redução de materiais, baixo quadro de profissionais, máquinas e estruturas insuficientes. Haja vista que a lógica é gerar lucratividade sobre as verbas do SUS, o que inclui toda a estrutura dos setores de serviços, laboratórios, farmácia, entendimentos ambulatoriais, clínicos e cirúrgicos.

Tudo isso dentro da lógica de um projeto de desmonte e solavancos gigantescos dentro da estruturação do SUS, inviabilizando a concretização de seus princípios basilares, como a universalidade de acesso e a integralidade dos serviços. É impossível existir dentro do neoliberalismo um sistema de saúde que consiga

atender um universo de usuários de forma integral, pois mesmo com muita bravura e luta do Sistema e de seus profissionais, ainda faltam mãos, materiais, profissionais, unidades, máquinas, leitos e investimentos suficientes para abarcar a população em sua plenitude e pluralidade, entendendo a necessidade dos usuários a partir de suas características regionais, culturais, econômicas, sociais e educacionais.

Foram inúmeros os ataques sofridos pelo SUS ao longo dos mais de trinta anos de existência. Um dos seus ataques mais expressivos ocorreu no ano de 2016, em que a Câmara dos Deputados e o Senado aprovaram a proposta de emenda constitucional que criou um teto para os gastos públicos, sobretudo na área da saúde e educação, denominada PEC 241 ou PEC 55, transformada pela Casa Legislativa em Emenda Constitucional n.º 95 de 2016, popularmente conhecida como “PEC do teto dos gastos públicos”, cuja proposta visa o congelamento das verbas do Governo Federal com correção da inflação no período de até vinte anos.

Nessa regra, os gastos federais, menos o pagamento de juros sobre a dívida pública, ficarão limitados a um teto definido pelo montante gasto do ano anterior reajustados pela inflação acumulada, medida pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Em síntese, o Novo Regime Fiscal implica um congelamento real das despesas totais do Governo Federal que pressupõe uma redução do gasto público relativamente ao Produto Interno Bruto (PIB) e ao número de habitantes. Ou seja, de acordo com a regra proposta, os gastos públicos não vão acompanhar o crescimento da renda e da população (Rossi; Dweck, 2016, p. 1).

A aprovação veio mediante a ampliação do discurso de crise financeira do Estado impulsionado pelos gastos públicos para fixar um teto de gastos que deverá ser avaliado nos dez primeiros anos, com ajustes apenas na inflação corrigida ao ano. Medida que se estendeu aos três poderes, com ajustes na saúde e na educação iniciados no ano de 2018.

Institui o Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, que vigorará por 20 exercícios financeiros, existindo limites individualizados para as despesas primárias de cada um dos três Poderes, do Ministério Público da União e da Defensoria Pública da União; sendo que cada um dos limites equivalerá: I - para o exercício de 2017, à despesa primária paga no exercício de 2016, incluídos os restos a pagar pagos e demais operações que afetam o resultado primário, corrigida em 7,2% e II - para os exercícios posteriores, ao valor do limite referente ao exercício imediatamente anterior, corrigido pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA. Determina que não se incluem na base de cálculo e nos limites estabelecidos: I - transferências constitucionais; II - créditos extraordinários III - despesas não recorrentes da Justiça Eleitoral com a realização de eleições; e IV - despesas com aumento de capital de empresas estatais não dependentes (Brasil, 2016).

A aprovação da PEC mobilizou movimentos sociais, entidades educacionais, políticas, científicas, instituições de saúde, partidos políticos e vários órgãos que

lutam pela manutenção dos direitos sociais no país. A Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, por exemplo, repudiou tal medida, entendendo como uma reforma do Ensino Médio que estabelece um currículo mínimo que “orientará uma formação dual e desigual para a juventude brasileira e ampliará o acesso da iniciativa privada aos recursos do Fundo Nacional de Educação” (Fiocruz, 2016).

Outros lugares no mundo já adotaram medidas parecidas: países como Holanda, Finlândia e Suécia²³, estipulando condições e limites de gastos públicos a serem revisados depois de quatro ou cinco anos, diferente do proposto pelo governo Temer. Outros países não limitaram o crescimento das despesas, apenas a correção inflacionária, a exemplo da Dinamarca, que limitou o crescimento anual a 0,5%, não havendo registros de nações que tenham incluído tal congelamento na Constituição Federal.

Além da discrepância econômica e social desses países supracitados, o Brasil possui tamanho e estruturas regionais em proporções continentais que exigem uma organização de saúde que consiga chegar às regiões mais remotas possíveis. A Dinamarca oferece um atendimento de saúde pública gratuito para consultas, clínica geral, algumas especialidades e emergência 24 horas, com uma população composta por 5,4 milhões de pessoas; enquanto o Brasil possui uma população aproximada de 212,6 milhões de pessoas.

O impacto dessa medida gera consequências em todos os níveis de atenção à saúde, nos mais variados serviços e programas do SUS, como a redução de leitos, o fechamento de unidades, a restrição de acesso da população, ou seja, seletividade dos usuários, a sobrecarga dos profissionais de saúde, entre outras respostas negativas. Ademais, essa proposta faz parte de um projeto de desmonte das políticas públicas e privatização que avança sobre a Seguridade Social do país, suscitando a mobilização social diante das perdas de direitos, como evidencia a Carta de Maceió, do ano de 2002, do Conjunto CFESS-CRESS, que traz a defesa da Seguridade Social trabalhada por Behring.

(...) a seguridade social é, sobretudo, um campo de luta e de formação de consciências críticas em relação à desigualdade social no Brasil, de organização dos trabalhadores. Um terreno de embate que requer competência teórica, política e técnica. Que exige uma rigorosa análise crítica da correlação de forças entre classes e segmentos de classe, que interferem nas decisões em cada conjuntura. Que força a construção de

²³Ver mais em:

<https://apublica.org/chechagem/2016/10/truco-nenhum-país-adotou-teto-de-gastos-como-o-da-pec-241/>.

proposições que se contraponham às reações das elites político-econômicas do país, difusoras de uma responsabilização dos pobres pela sua condição, ideologia que expressa uma verdadeira indisposição de abrir mão de suas taxas de lucro, de juros, de sua renda da terra (CFESS-CRESS apud Behring, 2016, p. 27).

Com isso, as ameaças no contexto de implementação de políticas de privatização representam uma outra forma de intervenção do Estado no capitalismo na economia. Enquanto o Estado avança sua atuação na garantia de medidas que favorecem o capital financeiro internacional, seu sentido é esvaziado na garantia de políticas públicas para segmentos das classes sociais subalternas, “a intervenção do Estado no atendimento às necessidades sociais é pouco recomendada, transferida ao mercado e à filantropia, como alternativas aos direitos sociais” (Iamamoto, 2009, p. 163).

Além dessas medidas de apoio ao avanço do neoliberalismo no Brasil, houve tentativa e efetivação do sucateamento de empresas estatais tendo sido construída uma narrativa jurídica que adota a privatização dessas empresas estatais como solução para a corrupção brasileira. Toda essa conjuntura de narrativas deu margem ao avanço da extrema-direita, forjado pelo discurso de combate à corrupção, possibilitando a tomada de poder pelas forças neofacistas no Brasil.

No Brasil temos, hoje, um governo predominantemente neofascista, baseado num movimento neofascista, mas até aqui o que ainda temos, no que diz respeito ao regime político, é uma democracia burguesa, embora deteriorada. Por que democracia burguesa? Porque os mandatários foram eleitos e o Congresso Nacional segue funcionando e tendo influência efetiva no processo decisório – influência limitada pelo hiperpresidencialismo brasileiro, mas tal limitação não é novidade desta conjuntura. Por que deteriorada? Fundamentalmente, por dois motivos. Porque, em primeiro lugar, desde o início da Operação Lava-Jato e graças à chamada Lei da Ficha Limpa, foi criado pelo aparelho judiciário um filtro político para impugnar candidaturas de esquerda ou de centro-esquerda com chances de vitória, e porque, em segundo lugar, as instituições políticas, inclusive o Supremo Tribunal Federal (STF), encontram-se sob a tutela das Forças Armadas, particularmente do Exército. Como exemplos, basta lembrar o enquadramento público do STF em abril de 2018 pelo general Eduardo Villas Bôas, então comandante do Exército, determinando a rejeição do habeas corpus solicitado pela defesa do ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva e também a proibição que pesa sobre o Legislativo de legislar, ele próprio, sobre a aposentadoria dos militares – o projeto em tramitação foi elaborado pelas próprias Forças Armadas. A essa deterioração na forma de organização democrática das instituições do Estado correspondem alterações no regime político vigente, plano no qual podemos observar ameaças e atentados às liberdades políticas – censura, atentados ao direito de reunião, prisões arbitrárias etc. (Boito, 2020, p. 112).

As reformas previdenciária e trabalhista formuladas e implantadas nos últimos anos no Brasil manifestam o poder do aparato estatal na implementação de medidas

que permitem o avanço do neoliberalismo, que representa, por sua vez, uma desregulamentação nas relações de trabalho entre patrão e empregado.

No plano ideológico prático, o avanço do conservadorismo representado pelo governo bolsonarista desorganizou movimentos de classe e identidade, diminuiu a atuação dos sindicatos, sucateou e reduziu recursos aos espaços de produção intelectual, cerceou liberdades políticas que representavam ameaças e inviabilizou a participação popular no Estado. Dessa forma, vislumbra-se um Estado assolado por uma perspectiva de atuação mínima no que diz respeito às problemáticas sociais e que não exerce a sua função de forma integral, ou seja, não garante de forma efetiva direitos fundamentais — vida, liberdade, igualdade, segurança e propriedade — previstos na Constituição Federal de 1988.

No que tange aos grupos em discriminação, como a população LGBTI+, o direito à saúde consolidado em uma política pública específica é um marco garantido mediante o longo e penoso processo de consolidação de direitos, programas e políticas para esse grupo no país, tendo em vista ações focalizadas do Estado que consegue, minimamente, assegurar direitos basilares à população. Em se tratando dos sujeitos LGBTI+, essa garantia se fragmenta em maiores proporções, manifestando-se nos índices de violência, discriminação e exclusão sociais desse público.

3 A UNIVERSALIDADE DO DIREITO À SAÚDE E A POPULAÇÃO LGBTI+

Para avançar na elaboração do debate sobre o direito à saúde para a população LGBTI+ no Brasil, faz-se necessário compreender o desenvolvimento das lutas dessas pessoas no curso da História, os surgimentos, as manifestações, as formas de embates e expressões que vão exigir do Estado reconhecimento enquanto sujeitos políticos e de direitos a partir de políticas públicas, programas, serviços e leis com a finalidade de atenuar o sistema de discriminação e violência sofridas por indivíduos componentes desses seguimentos em meio ao cenário avesso a tais conquistas, como o de crise estrutural do capital e a égide neoliberal.

A formação desses sujeitos coletivos e as manifestações se materializam pela necessidade de “fala pública e da voz política para anunciar que tiveram seus direitos violados e que necessitam da presença organizada para explicitar e reagir às formas opressivas desenvolvidas pelo Estado, instituições” (Santos, 2009, p. 78). Vale lembrar que diversos setores da sociedade se ordenam pela configuração de ditames conservadores que, historicamente, têm alicerçado as relações sociais de poder.

Resgatar as projeções sobre gênero e sexualidade no desenvolvimento da sociedade ocidental se torna fundamental para o delineamento das formas de desigualdade e opressão impostas às pessoas LGBTI+; indivíduos “sociais e históricos, cujas ações e sentimentos não podem ser entendidas fora da vida social, de forma isolada e autônoma” (Santos, 2009, p. 75), posto que manifestações sobre o gênero e a sexualidade estão diretamente ligados aos mecanismo de dominação e exploração social.

3.1 Considerações sobre gênero e sexualidade

Aqui, o ponto de partida da serão os processos sociohistóricos na construção dos papéis sociais que vão determinar as manifestações entre (ser ou não) Homem e Mulher para além de suas anatomias físicas, sem perder de vista as especificidades que circundam o gênero e a sexualidade na formação da sociedade ocidental contemporânea de modo particular, a partir da ascensão e do desdobramento do Capitalismo na Europa e, posteriormente, em todo o globo. Parte-se da assertiva de coexistência de relação estrutural entre patriarcado-racismo e capitalismo no esteio dos estudos feministas, nos quais o controle da sexualidade se faz primordial para a

efetivação da divisão sexual do trabalho; uma vez que conformam um potente sistema de dominação-exploração (Saffioti, 2004).

A naturalização de tais processos socioculturais se consubstanciam por uma distribuição desigual de poder, autoridade, prestígio entre as pessoas consoante o seu sexo, contexto em que o masculino, branco, heterossexual e com posses materiais pode mais. Resultam em discriminações diversas, não apenas contra as mulheres, mas também sobre outras minorias sociais com vastas repercussões no trabalho, na vida pública, na sexualidade, na reprodução e na família.

Nesse sentido, Alambert (2004) demonstra que nem sempre foi assim. A autora apresenta em seus escritos que, nos primórdios da História, a mulher e o homem coexistiam em mecanismos de igualdade; ademais, ressalta que o início da formação social humana se deu em grupos envoltos por parentescos que viviam em comunidades onde possuíam a sobrevivência e a reprodução no meio em que habitavam como objetivo e estilo de vida. A autora aponta que:

Na aurora da humanidade não podemos falar na existência de desigualdades entre o homem e a mulher. Naquele tempo, não existiam povos, nem Estados separados; os seres humanos viviam em pequenos grupos (hordas) e, depois em famílias e tribos. (...) os seres humanos tinham que se manter agregados, solidários entre si, para sobreviver e se defender dos animais ferozes e das intempéries. Logo, não havia uma superioridade cultural entre homens e mulheres (Alambert, 2004, p. 27).

A condição humana, até então, compunha um sistema de vida composta por divisão das tarefas e do trabalho, sem que isso correspondesse à exploração ou submissão de um ser humano ao outro, cuja finalidade objetivava a vivência comunitária e o trabalho igualitário entre todos sem ferramentas definidas de hierarquia e poder.

As mudanças ocorridas na sociedade, a exemplo o surgimento da propriedade privada, as guerras, as disputas territoriais, a formação de cidades e o desenvolvimento do comércio, produzindo acumulação e geração de bens, levaram à crença que as condições físicas do homem o colocariam em vantagem e o garantiriam um papel fundamental na forma de proteção e na liderança nos grupos.

Tais circunstâncias incidiram como um divisor de águas na estruturação e na configuração social das famílias a partir de então. A mulher que exercia a função principal de gerar outros seres humanos, garantidora da linha de descendência dos filhos — um papel importante —, perde seu protagonismo pela inversão das prioridades percebidas pelo homem, que agora detém a força e a liderança dentro

dos grupos e estabelece a sua própria descendência por linha paterna, repassando adiante os frutos da herança e suas propriedades privadas apenas aos filhos homens, supostamente mais aptos para manterem sua linhagem, seus bens, sua propriedade privada e sua honra. Assim, Engels (2000) vai dizer que o desmoronamento do direito materno consolida a derrota do sexo feminino em todo o mundo, além de consolidar os caminhos do patriarcado; regime pelo qual há dominação-exploração das mulheres pelos homens (Saffioti, 2004).

O patriarcado constitui um potente sistema de dominação e exploração que se estrutura a partir da cultura, das estruturas e das relações sociais que favorecem homens, especialmente o branco, o cisgênero e o heterossexual. Sistema em que as relações de gênero baseadas na desigualdade e hierarquia admitem a subjugação das mulheres com a sua consequente opressão. Uma forma de estruturação do poder que tem como aparato-base a ideologia misógina e a violência que impregnam a sociedade e o Estado; expressas não apenas pela dominação por gênero, mas também por raça, etnia, classe social e orientação sexual (Saffioti, 2004).

A concepção de família demanda atenção no contexto da formação da sociedade ocidental, especialmente com o desenvolvimento da sociedade capitalista. A família se constitui um organismo social que não representa apenas a relação de afetividade entre os seus entes, mas a consolidação do poder do homem sobre aqueles que coexistem com ele, bem como representará um símbolo de força, aliança, poder, continuidade da descendência e da herança, como aponta Engels em *A origem da família, da propriedade privada e do Estado* (2000).

[...] não se aplicava sequer ao par de cônjuges e aos seus filhos, mas somente aos escravos. Famulos quer dizer escravos domésticos e família é o conjunto de escravos pertencentes a um mesmo homem. Nos tempos de Gaio, a família "id est patrimonium" (isto é, herança) era transmitida por testamento. A expressão foi inventada pelos romanos para designar um novo organismo social, cujo chefe mantinha sob seu poder a mulher, os filhos e certo número de escravos, com o pátrio poder romano e o direito de vida e morte sobre todos eles (Engels, 2000, p. 61, **grifo do autor**).

Assim como a família, o casamento nessa concepção também se torna um símbolo expressivo do patriarcado e vai consolidar-se como um grande negócio, um dispositivo para fins de aumento de riquezas, propriedade privada, alianças políticas e econômicas; logo, a estruturação de heranças e a representação do poder, tornando-se um modelo social padrão, estabelecido como natural e normativo, constituído e repassado por gerações através das socializações vivenciadas. Terá

nas religiões, sobretudo nas monoteístas, como o Cristianismo, seu principal expoente.

Com o desenvolvimento do capitalismo, após a crise do sistema feudal no século XIV, materializou-se a estruturação do comércio, da moeda e da produção de ferramentas consolidadas com a Revolução Industrial a partir do século XVIII na Inglaterra. O capitalismo tomou forma de um sistema de exploração-dominação daqueles que exerciam sua força de trabalho nas fábricas e indústrias e agora possuíam uma remuneração salarial pela venda de sua força de trabalho, a qual garantia, literalmente, a manutenção mínima das formas de subsistência e reprodução social. O que, por sua vez, possibilitava mecanismos de controle diversos, acirramento de desigualdades sociais, exacerbação da pobreza, adoecimentos, violências, entre outros fenômenos que compõem a questão social.

Uma das formas de controle possível é realizado no centro da formação da classe operária: a família nuclear²⁴. Nela será possível a reprodução das “necessidades” humanas supridas pelo processo de exploração e venda da mão de obra remunerada, servirá ora como reprodução social enquanto classe, ora como um centro formador de opiniões e reprodução ideológica, como atesta Mészáros (2011a).

[...] a consolidação da família nuclear – sintonizada com a necessidade de *relações flexíveis de propriedade* adequadas às condições de alienabilidade e reificação universais e também à exigência essencial da boa reprodução de uma *força de trabalho móvel* sem a qual a fase *capitalista* do desenvolvimento do sistema do capital talvez não funcionasse – é um fenômeno histórico bem posterior ao aparecimento das relações dinâmicas de troca monetária (Mészáros, 2002, p. 207).

Assim, a família assume papel importante, nos moldes nuclear, dentro do modo de ordenamento do capitalismo enquanto instituição responsável pela reprodução dos seres humanos e do sistema de valores que ratificarão o domínio do capitalismo. Segundo Mészáros (2002, p. 271), “o aspecto mais importante da família na manutenção do domínio do capital sobre a sociedade é a perpetuação – e a internalização – do sistema de valores profundamente iníquo, que não permite contestar a autoridade do capital”. A família contará ainda com outras instituições importantes nesse curso “a serviço da reprodução do sistema dominante de valores, ocupando uma posição essencial em relação a elas, dentre as quais estão as igrejas e as instituições de educação formal da sociedade” (Mészáros, 2002, p. 272).

²⁴ A Família Nuclear “corresponde ao modelo de referência no ocidente, está apoiada na ideia biológica de procriação de crianças a partir de um homem e uma mulher. Assim, esse modelo familiar se impõe como modelo inquestionável, por estar associado ao fator biológico” (Horst, 2020, p. 372).

Desse modo, as relações sociais foram se delineando em novas conjunturas, com impacto direto na organização social para o mundo do trabalho, na consolidação de novas formas de exploração (Souza, 2015).

A característica marcante do modo de produção capitalista, que nesse período conhece um grande impulso, é a de revolucionar constantemente os meios de produção como condição para existir. Em consequência disto, a forma de organização em indústrias domésticas se tornou insuficiente para atender a procura que crescia junto com os novos mercados e foi suplantada. Assim, como as indústrias domésticas não supriam mais as necessidades do capital, essas perdiam o seu caráter de manufatura familiar e assumiam, cada vez mais, o caráter de trabalho executado por mulheres, pois permitiam que essas exercessem o trabalho pago, a gerência da casa e os cuidados com os(as) filhos(as), isto é, que continuassem a exercer suas obrigações de gênero, enquanto os homens se deslocavam para um local de trabalho, fora da casa. Essa passagem da história evidencia o papel crucial que o patriarcado exerce na implantação e perpetuação do capitalismo (bem como de quaisquer outras sociedades de classe, sempre de um modo apropriado à dominação vigente). Nessa necessidade que o capital apresenta de constituir indústria em locais separados do domicílio, se não houvesse o patriarcado, seria necessário o desenvolvimento de novas formas de dominação para escolher quem iria para a fábrica, quem ficaria em casa e quem se responsabilizaria pelas tarefas da produção ou da reprodução. Além das dificuldades inerentes a essa possível nova forma, haveria sempre o risco de suscitar objeções de toda ordem. Entretanto, nada disso se fez necessário, dada a existência e solidez do patriarcado, internalizado e legitimado por homens e mulheres (Souza, 2015, p. 478).

Retomando as discussões acerca do patriarcado, a partir da consolidação do capitalismo na sociedade, duas questões se tornam importantes a serem aqui estudadas: as construções identitárias de gênero e a sexualidade. Para trabalhar sobre as questões relacionadas à sexualidade, Foucault aparece como um dos principais autores que desenvolve questões e proposições relativas ao discurso, à sexualidade e ao poder em suas obras, elucidando a influência dos mecanismos políticos e econômicos na construção de padrões comportamentais na sociedade capitalista ocidental.

Foucault²⁵ foi um filósofo e historiador francês (1926-1984) que escreveu sobre a sexualidade a partir de observações e mudanças ocorridas com o apogeu do desenvolvimento da economia inglesa proveniente da consolidação do sistema capitalista na Europa e sua expansão para países, como França, Bélgica, Alemanha, Itália, Rússia, Japão, dentre outros; período este correspondente à era vitoriana (1837-1901). As observações de Foucault denotaram um período de acirramento do puritanismo, alavanco pela pressão catequética do cristianismo e uma forte marca da

²⁵ Foucault nasceu em 1926 e faleceu em 1984, vítima da Aids. Teve um relacionamento com Daniel Defert (1937-2023), também filósofo, ativista e fundador da primeira Associação Francesa Contra A Aids (1984-1991).

hierarquização social com classes sociais bem definidas, em que o trabalho possuía uma essência moral alicerçada nos costumes com uma educação rígida para a proliferação de uma perspectiva moralizante e conservadora.

As mulheres, por sua vez, mantinham como pano de fundo a vivência doméstica, enquanto os homens exerciam a vida pública, social e econômica. Nesse pretexto, usava-se a própria rainha Vitória como exemplo de família, respeito e maternidade, com a representação do casamento estável como virtude, com papéis sociais bem precisos entre homens e mulheres, de modo que a moral burguesa conduziria a sexualidade para o centro da família conjugal heterossexual que legitimaria, por meio da função reprodutora, um modelo de família e relação dominante configuradores dos discursos sobre os comportamentos sexuais e sociais em que “o casal, legítimo e procriador, dita a lei. Impõe-se como modelo, faz reinar a norma, detém a verdade, guarda o direito de falar” (Foucault, 1988, p. 09).

Para Foucault, até o século XVII ainda se tinha uma certa franqueza nas práticas, pois naquele período “eram frouxos os códigos da grosseria, da obscenidade, da decência, se comparados com os do século XIX”. Havia “discursos sem vergonha, transgressões visíveis, anatomias mostradas e facilmente misturadas” (Foucault, 1988, p. 09).

Século XVII: seria o início de uma época de repressão própria das sociedades chamadas burguesas, e da qual talvez ainda não estivéssemos completamente liberados. Denominar o sexo seria, a partir desse momento, mais difícil e custoso. Como se, para dominá-lo no plano real, tivesse sido necessário, primeiro, reduzi-lo ao nível da linguagem, controlar sua livre circulação no discurso, bani-lo das coisas ditas e extinguir as palavras que o tornam presente de maneira demasiado sensível (Foucault, 1988, p. 21)

Assim, Foucault vai criar sua análise a partir da concepção de dispositivos que, segundo ele, é “um tipo de formação que, em um determinado momento histórico, teve como função principal responder a uma urgência” (Foucault, 1996, p. 244). Os dispositivos têm a função de configurar os corpos, as almas e constrói populações para atenderem determinada necessidade na história, a exemplo das escolas, das igrejas, do exército, da prisão, da família etc. (Foucault, 1979). E, dessa forma, chegou aos conceitos de poder-saber, em que aquele representa as relações de força que esculpem os corpos e as subjetividades dos indivíduos; e este compreende a formação discursiva do conjunto de regras criadas historicamente, determinadas no tempo e no espaço, que foram se constituindo e perpetuando como um saber verdadeiro que serão ensinados a partir das relações de poder (Foucault, 2006).

Em vista disso, a sexualidade aparece nos escritos de Foucault mediante sua inquietação ao perceber que o comportamento sexual ganha notoriedade pública dos governantes, com significações políticas, como as questões relacionadas à taxa de natalidade e fecundidade que não podiam mais ser negligenciadas pelos governantes, tampouco pela saúde pública, fazendo com que fossem criados mecanismos de intervenção e controle comportamental, objetivando o dispositivo da sexualidade como ferramenta de repressão da sociedade burguesa perante a exploração da força de trabalho.

após centenas de anos de arejamento e de expressão livre, faz-se com que coincida com o desenvolvimento do capitalismo: ela faria parte da ordem burguesa. A crônica menor do sexo e de suas vexações se transpõe, imediatamente, na cerimoniosa história dos modos de produção: sua futilidade se dissipa. Um princípio de explicação se esboça por isso mesmo: se o sexo é reprimido com tanto rigor, é por ser incompatível com uma colocação no trabalho, geral e intensa; na época em que se explora sistematicamente a força de trabalho, poder-se-ia tolerar que ela fosse dissipar-se nos prazeres, salvo naqueles, reduzidos ao mínimo, que lhe permitem reproduzir-se? (Foucault, 1988, p. 11).

Ao relacionar a sexualidade à força de trabalho, Foucault percebeu que o sexo é controlado por dispositivos que direcionariam suas energias ao trabalho e não aos prazeres inúteis. Apesar de fazer parte do âmbito privado da vida dos indivíduos, a sexualidade passa a se configurar cada vez mais forte como uma instância de domínio público, que Foucault denomina como mecanismo de “autoafirmação de classe”. E mais do que o controle dos corpos, a sexualidade se apresenta como uma problemática de interesse público.

(...) é necessário analisar a taxa de natalidade, a idade do casamento, os nascimentos legítimos e ilegítimos, a precocidade e a frequência das relações sexuais, a maneira de torná-las fecunda ou estéreis, o efeito do celibato ou das interdições, a incidência das práticas contraceptivas - desses famosos “segredos funestos” [...] É verdade que há muito tempo se afirma que um país devia ser povoado se quisesse ser rico e poderoso. Mas é a primeira vez em que, pelo menos de maneira constante, uma sociedade afirma que seu futuro e sua fortuna estão ligados não somente ao número e à virtude dos cidadãos, [...], mas a maneira como cada qual usa seu sexo (Foucault, 1988, p. 28).

É a partir do contexto de discussão sobre o dispositivo da sexualidade que a homossexualidade será reproduzida historicamente. Para Foucault, a partir de 1870, quando “os psiquiatras começaram a constitui-la (a homossexualidade) como objeto de análise médica: ponto de partida, certamente, de toda uma série de intervenções e de controles novos” (Foucault, 1996, p. 233), as pessoas homossexuais passaram a ser tratadas como uma espécie a ser estudada, seguido, posteriormente, pelas pessoas Trans. O interesse médico em estudar categorias ditas desviantes — pelo

modelo de sociedade que criou papéis fixos de sexualidade e gênero — levou à margem tudo aquilo que destoava do padrão de “normalidades” criado e reproduzido historicamente, especialmente a partir das reconfigurações da sociedade sobre a égide do sistema capitalista, que mecaniza as relações sociais para a manutenção da dominação e exploração sistemáticas de uma classe sobre a outra. Nessa lógica:

No Ocidente, os discursos sobre a sexualidade durante os séculos XVIII e XIX enfatizaram o modelo de normalidade baseado na “monogamia heterossexual”, apresentando “o casal legítimo” como norma (Foucault, 1988, p.39). A cultura ocidental desenvolveu, assim, uma ciência da sexualidade. O campo da ciência médica produziu discursos sobre o sexo. A monogamia heterossexual é concebida como regra, ou padrão de normatividade. Estabelece-se, dessa maneira, uma relação entre perversão, delinquência e loucura que caracteriza as sexualidades periféricas (Carvalho; Oliveira, 2017).

Assim, a força do discurso sobre a sexualidade e as relações de poder vão construir na heterossexualidade o padrão dominante e “legítimo” no ocidente, que Butler chamará de heterossexualidade compulsória “parte de uma prática regulatória que produz os corpos que governa” (Butler, 2000, p. 153). A homossexualidade e a transgeneridade aparecem no percurso da História a partir de uma necessidade biomédica de entendimento biopsíquico corretivo que visa a explicação e os reajustes dessas pessoas aos papéis sociais que envolvem o masculino e o feminino, e ao sexo biológico cuja “a crença de que os órgãos genitais definem se uma pessoa é homem ou mulher” (Jesus, 2012, p. 08) e ao padrão heterossexual compulsório.

No entanto, as construções da identificação humana como homem ou como mulher vão para além de uma determinação biológica e fisiológica genital. O processo identitário sobre o gênero perpassa pelos processos sociais de pertencimento — ou não — a um determinado papel social e as características atinentes a ele.

Para a ciência biológica, o que determina o sexo de uma pessoa é o tamanho das suas células reprodutivas (pequenas: espermatozóides, logo, macho; grandes: óvulos, logo, fêmea), e só. Biologicamente, isso não define o comportamento masculino ou feminino das pessoas: o que faz isso é a cultura, a qual define alguém como masculino ou feminino, e isso muda de acordo com a cultura de que falamos. [...] Sexo é biológico, gênero é social, construído pelas diferentes culturas. E o gênero vai além do sexo: O que importa, na definição do que é ser homem ou mulher, não são os cromossomos ou a conformação genital, mas a auto-percepção e a forma como a pessoa se expressa socialmente (Jesus, 2012, p. 08).

Dessa forma, a transgeneridade atravessa a história e encontra nela formas de resistência e visibilidade, apesar das tentativas de apagar e minimizar sua existência, suas manifestações foram colocando em aparência as suas necessidades, as formas de expressão e manifestação que foram percebidas.

Para tratarmos do percurso histórico da transexualidade, vamos nos referir primeiramente a Millot et al. (1988), que aborda sobre os primeiros registros acerca da transexualidade que haviam sido publicados em um artigo de uma revista do interior da França, descoberto em um arquivo religioso mais ou menos no século XV, no qual se relata a história de uma mulher que chegou “como homem” a um povoado de Champanhe, região da França [...] Outro exemplo de transexualidade, célebre na França, é o do Chevalier D'Eon/Madame Beaumont, excelente espadachim, que pertenceu ao serviço secreto francês e era alto funcionário do rei Luís XV (Bento, 2008, p. 13). Por 49 anos, Charles D'Eon de Beaumont foi uma mulher que, algumas vezes, vestia-se de homem. Pela maneira como vivia, parecia tratar-se de um homem, o que acabava provocando rumores públicos e dúvidas em relação a seu sexo (Moreira; Marcos, 2019, p.596).

Com as manifestações das identidades trans, formas de controle e interdição foram criadas, sendo que algumas tinham como premissa a explicação do surgimento de tais identidades e quais as respostas fisiológicas poderiam esclarecer a indagação da medicina. No período renascentista, os médicos consideraram que havia um sexo único, no entanto, existia a manifestação de pelo menos dois sexos sociais; estes, por sua vez, tinham direitos e obrigações totalmente distintos (Moreira; Marcos, 2019). Já no século XVII, havia a proposição do isomorfismo, cujo significado viria da existência de um corpo e dois gêneros, onde o útero seria o escroto feminino; os ovários seriam os testículos; e a vagina seria o pênis invertido. E no século XIX, o dimorfismo se tornou a nova interpretação, “nele existia dois corpos diferentes, radicalmente opostos, e no fato de que as justificativas para as condutas dos gêneros estariam nesses corpos” (Moreira; Marcos, 2019, p. 600).

No século XX, de acordo com Bento (2006), a categorização científica da transgeneridade seguiu duas vertentes: uma biologista, que relacionava as identidades trans a um transtorno, algo da estrutura biológica do corpo e, por sua vez, defensora das cirurgias de modificações corporais; e outra psicanalítica, que considerava o papel da socialização primária, durante a infância, na constituição da identidade de gênero e entendia a transgeneridade como um desvio da socialização “correta”, sendo assim contra a banalização das cirurgias de transição.

O médico endocrinologista norte americano, Harry Benjamin, como aponta o autor Rodrigo Borba (2016), aparece como o principal expoente nos estudos acerca da transgeneridade. Sua primeira contribuição foi a publicação do artigo *Transvestism and Transexualism*, em 1953, em que buscava diferenciar travestis de pessoas transexuais, evidenciando o travestismo como “uma forma de fetichismo” no qual o homem busca ficar mais perto do seu desejo de “ser uma mulher aparente”, e a transexualidade:

Constitui um problema diferente e de muito maior amplitude. Trata-se, aqui, de algo muito mais sério do que simplesmente desempenhar o papel do sexo oposto. Trata-se, aqui, do desejo intenso, por vezes obsessivo, de mudar completamente de estado sexual, inclusive da estrutura orgânica (Benjamin, 1953/1965, p. 213).

Para Benjamin (1953/1965), a modificação corporal pautada na biologia corporal e no diagnóstico era uma questão fundamental e necessária, sendo ele o principal defensor das cirurgias de modificação corporal. Por outro lado, existiam outras vertentes, como a psicanalítica do norte-americano Robert Stoller, cuja obra *A Experiência Transexual* (1975/1982) é referência para os profissionais da saúde que trabalham com pessoas trans até hoje (Bento, 2006). Stoller é seguidor do referenciado professor de psicopediatria, John Money, do reconhecido Hospital Universitário John Hopkins, que desenvolvia trabalhos com crianças intersexuais.

Money (1947) utilizou pela primeira vez a ideia de gênero em seus estudos para designar certa maleabilidade sobre a sexualidade, passível, na sua ideação, de ser moldada a partir da interação social. Para ele, a educação seria modeladora do gênero dos indivíduos e este, por sua vez, prevaleceria em relação ao sexo. Money constrói “uma discussão em torno do conceito de identidade de gênero e papel sexual, instaurando no âmbito médico o debate sobre os comportamentos sexuais para além da dimensão biológica do sexo” (Lima, 2011, p. 124).

Desse modo, seguindo o trabalho de Money, Stoller traz à luz, pela primeira vez, um novo entendimento sobre gênero e sua construção social através dos processos de socialização que supostamente levariam a uma identidade de gênero. No entanto, Stoller propõe que a origem do comportamento inadequado de gênero ocorreria quando criança – que poderia motivar o desejo de se submeter às cirurgias de modificação corporal no futuro – seria produto de dinâmicas psicossociais traumáticas impostas pela relação disfuncional com seus pais, especialmente com a mãe (Borba, 2016).

Judith Butler (2022) confronta John Money ao explicitar o “caso joan/john”, da criança nascida com cromossomo XY, que teve o pênis acidentalmente queimado aos oito meses de idade e foi levada para o Hospital Universitário John Hopkins onde Money recomendou que a criança fosse criada como uma menina. A partir de então, expôs a criança a vivências femininas e com ações truculentas mediante exposição de fotos de vaginas e partos. Após várias negativas, já na adolescência, outra equipe médica realizou a destransição, pois ele afirmava não se identificar com o gênero feminino imposto por Money. Butler (2022) refuta o construcionismo social de Money,

pois para ela “o gênero é uma forma diferente de identidade e sua relação com a anatomia é complexa” (Butler, 2022, p. 111).

Minha opinião é que nenhuma definição de gênero será suficiente, e que a capacidade de acompanhar o percurso do termo em meio a cultura pública é mais importante do que alcançar uma definição rigorosa e aplicável deste (Butler, 2022, p. 309).

Para a autora supracitada, as vivências são materializadas pelo processo de sociabilidade, na dinâmica com o outro de modo que “meu corpo é e não é meu”.

Embora lutemos por direito sobre nossos próprios corpos, os mesmos corpos pelos quais lutamos nem sempre são nossos. O corpo tem invariavelmente uma dimensão pública: se constituiu como um fenômeno social na esfera pública (Butler, 2022, p. 43).

Destaca-se que tanto para Butler, como para Foucault, as formulações que envolvem as concepções sobre gênero e sexualidade se pautam pela ótica das narrativas e do discurso que, na estrutura capitalista, é formado e disseminado pela classe dominante que usa de sua posição e de aparatos do Estado para performar suas ações de dominação e exploração, colocando à margem fatores nos quais julgam como desviantes e que coloquem em risco a manutenção do seu status de opressão.

Logo, é entendido que com as narrativas essencialistas e as fronteiras entre o biológico e o cultural “entendendo gênero como performance, como processo de produção dos nossos corpos, do sexo” (Nascimento, 2021, p. 41). No entanto, as vertentes postuladas por Harry Benjamin e John Money se tornaram um mecanismo científico importante na construção do entendimento sobre a transgeneridade trabalhada pela saúde em vários países surge como os primeiros passos na atenção à saúde trans no mundo. Serviram de base para o entendimento sobre a transgeneridade elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), no Código Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) e pela Associação Americana de Psiquiatria (APA), no Manual Diagnóstico e Estatístico das Desordens Mentais (DSM), que refere a transgeneridade sobre a ótica da “disforia de gênero” que para Butler só é considerado um “transtorno psicológico”

Apenas pelo fato de que uma pessoa de determinado gênero manifesta atributos de outro gênero ou um desejo de viver como outro gênero. Essa prática impõe um modelo de vida generificada coerente, que rebaixa os modos complexos pelos quais as vidas generificadas são construídas e vividas (Butler, 2022, p. 17).

Desse modo, a concepção de transgeneridade vai encontrar dentro dos programas de saúde as determinações colocadas pela OMS e pela APA no

entendimento da “disforia de gênero” para a consolidação de políticas e serviços importantes, como o “Processo Transexualizador” no SUS.

Não obstante, um feito importante nesse percurso foi a formação e a mobilização social para que se desse materialidade a questões relacionadas às pessoas LGBTI+ na História para além da sexualidade em si enquanto comportamento sexual e as definições de gênero. Ademais, a formação das pessoas LGBTI+ como sujeitos coletivos se organiza como movimentos de resistência que surgiram como proposições de reivindicação de reconhecimento legal, de afirmação social, na abertura de espaços públicos a partir de suas manifestações coletivas e na ocupação em diversas instâncias enquanto sujeitos de direito.

3.2 A luta e a resistência do movimento LGBTI+ pela diversidade sexual no Brasil

Os primeiros registros de articulação e luta do movimento LGBTI+ apontam para os EUA, com a organização de grupos populares após a rebelião de Stonewall, em 1969²⁶, em um bar localizado em Nova York, frequentado, majoritariamente, por homossexuais (gays e lésbicas) e imigrantes. No dia 28 de Junho de 1969, a polícia norte-americana, que promovia batidas no bar constantemente, agiu de forma truculenta levando ao confronto contra pessoas LGBTI+; ação que resultou em prisões arbitrárias, humilhações e/ou exposição da orientação sexual de clientes presos (Calixto, 2015). Posteriormente, promovendo a mobilização e as manifestações que chegaram a durar cerca de quatro dias, trazendo visibilidade sobre a violência sofrida e, ao mesmo tempo, impulsionando a criação do primeiro grupo gay organizado, denominado *Gay Liberation Front*²⁷, que trouxe ao cenário social e político da época uma questão crucial: assumir-se homossexual como ato político.

²⁶ A resistência durou a madrugada do dia 28 e as quatro noites posteriores, como ressalta Colling (2011). Foi uma batalha travada por homossexuais, incluindo travestis e garotos de programa, a qual teve um imenso grau de violência, em que os homossexuais, além de ressaltar uma grande e inusitada fúria contra os seus opressores, também vociferavam palavras de ordem como: ‘Poder Gay’, ‘Sou bicha e me orgulho disso’, ‘Eu gosto de rapazes’, etc. As travestis marcaram presença com grande força nessa batalha (Calixto, 2015, p. 18).

²⁷ O Gay Liberation Front (GLF) foi “um conjunto de organizações e indivíduos que defendiam o orgulho de ser homossexual e o ato de assumir sua identidade sexual como um ato político” (Nogueira *et al.*, 2020, p. 120).

Autores como Filho e Melo (2014) apontam que grande parte dos trabalhos encontrados na história do movimento homossexual no pós-modernismo foi feito nos Estados Unidos.

Compreende-se que o período entre o final do século XIX até meados do século XX, mais precisamente na década de 60, foi marcado pela movimentação homófila (The Homophile Movement) ou pela cultura de pré-liberação gay. Nesse sentido Chauncey (1994) ao descrever e analisar seu trabalho sobre a cultura gay em New York entre os anos de 1890 a 1940, expõe que a rotulação do comportamento homossexual e a sua posterior auto identificação de homens como “homens gays” somente aconteceria nos finais da década de 60, a partir do movimento da chamada Liberação Gay (The Gay Liberation Movement) (Filho; Melo, 2014, n.p.)

As primeiras aparições do movimento homófilo citado por esses autores foram registradas em 1951. Para Costa (2013, p. 31), “[o] movimento homófilo é o nome dado à coleção um tanto variada de organizações, comitês e iniciativas que fizeram uma campanha por uma reforma legal e uma melhor compreensão da homossexualidade nos anos anteriores a Stonewall”. Vale destacar que o movimento homófilo não foi capaz de promover grandes mudanças nas condições do tratamento da sociedade heterossexual em relação às comunidades homossexuais recém surgidas (Filho; Melo, 2014, n.p.). Destarte, cabe contextualizar que o surgimento das primeiras identidades gays ocorreram, em parte, nos grandes centros urbanos, onde o padrão da comunidade gay era composta, essencialmente, por homens brancos e da classe média estadunidense, com forte discriminação a negros e asiáticos (Sinfield, 1998).

Ao lado dos aspectos racistas, havia uma nuvem machista gigantesca perante os comportamentos efeminados dentro das performances da homossexualidade e das identidades trans. O comportamento físico e visual trazia para a sociedade, e para dentro do próprio movimento, uma série de exclusões e fissuras que foi perpassando por gerações e entre os grupos pelo direito LGBTI+ durante a história. Reflexo da sociedade sexista e patriarcal que repudia comportamentos e identidades visuais que não traduzem os padrões heteronormativos hegemônicos. Desse modo:

[...] a questão da efeminação ou do estereótipo está relacionada ao ideológico e ao social. O problema não é ser efeminado, mas sim os valores que a efeminação traz para o epicentro da discussão de papéis sociais: o efeminado ou passivo na relação entre dois homens retificaria a submissão e a manutenção do patriarcado repressor, assim como entre lésbicas, a masculinizada seria a autoritária e dominadora, reciclando o que existe de pior das relações heterossexuais. Sinfield afirma que ser “ativo”, “passivo”, “masculino” ou “feminino” são construções ideológicas, não atribuições naturais e que suas funções primárias é [sic] a de manter o modelo das relações heterossexuais [...] (Silva, 2007, p. 192).

Assim, Filho e Melo (2014) destacam que o comportamento sexual durante o movimento homófilo era diferente dos comportamentos pós-liberação gay. Os autores denotam, a partir do trabalho *Gay New York: geder, urban culture, and the making of the gay male world de Chauncey* (1994), que:

(...) a rotulação ou tratamento pejorativo como “queer” somente aconteceria se homens que praticavam sexo com outros homens expressassem ou assumissem papéis femininos; os gays do período homófilo não mantinham relações sexuais com outros gays, o parceiro de suas fantasias sexuais deveriam ser homens heterossexuais, ou seja, exatamente aqueles que os taxavam como doentes ou anormais; o senso comum da sociedade americana deste período, não percebia a possibilidade de um homem ser homossexual e masculino ao mesmo tempo, assim a construção do homem efeminado e respectivamente da mulher masculinizada, não era somente acatada pela sociedade heterossexual, como também era não aceita pelas comunidades homossexuais; e as práticas sexuais eram majoritariamente o sexo oral, e menos frequentemente a masturbação, e muito raramente verificava-se o coito anal. Desse modo à sociedade americana legítima esses sujeitos como doentes, já que não se enquadram em um padrão heteronormativo (FILHO; MELO, 2014, n.p. apud Chauncey, 1994).

Após a Segunda Guerra Mundial, a homossexualidade ultrapassa a visão religiosa de pecado e imoralidade e chega ao discurso patológico das doenças mentais e psíquicas tanto nos EUA, quanto na Europa e no mundo. A partir das experiências da comunidade gay e lésbica, durante a guerra e pós guerra, despertou o processo de identidade sexual e, posteriormente, no surgimento de um “novo orgulho” e de uma nova “auto percepção”, a partir dos quais as comunidades gays e lésbicas viriam desenvolver e fazer valer os seus direitos a partir do Movimento Homossexual (Filho; Melo, 2014, n.p.).

Facchini (2003) vai conceituar o movimento homossexual a partir do conjunto de sujeitos que tinham por objetivo garantir a livre orientação sexual, mas não só isso, pois:

o termo movimento homossexual é aqui entendido como um conjunto das associações e entidades mais ou menos institucionalizadas, constituídas com o objetivo de defender e garantir direitos relacionados a livre orientação sexual e/ou reunir, com finalidades não exclusivamente, mas necessariamente políticas, indivíduos que se reconheçam a partir de qualquer uma das identidades sexuais tomadas como sujeito desse movimento (Facchini, 2003, p. 84).

Além dos EUA, foram registradas organizações em outras partes do mundo, tais como Europa e América Latina, a exemplo Argentina, México e Porto Rico (Green, 2003), e, ao longo de 1970, esse processo se difundiu com mais capilaridade desencadeado pelo contexto sociopolítico de ampliação do debate sobre a diversidade, os direitos humanos, a sexualidade e os direitos reprodutivos.

Nogueira *et al.* (2020) apontam que o surgimento desses movimentos em tais países foi devido às suas posturas punitivas diante das relações não-heterossexuais proibidas de forma explícita por meio de leis e ações estatais fiscalizatórias altamente violentas.

Prisões, internações em hospícios, trabalho forçado, tratamento químico, lobotomias e torturas foram algumas agressões cometidas pelo Estado Liberal para punir a diversidade sexual e de gênero, durante o século XIX e a maior parte do século XX (Nogueira *et al.*, 2020).

Assim, o movimento LGBTI+ foi se concebendo também como resistência ao conservadorismo oriundo de uma sociedade ocidental pautada no cristianismo, cujo entendimento sobre sexualidade é disciplinado por um modelo de relação heterossexual que, conforme Saffioti (1994), reproduziu, historicamente, relações desiguais de gênero que se apresentam como objetivação do patriarcado enquanto sistema de dominação.

No contexto sociopolítico brasileiro²⁸, as décadas de 60 e 70 aprofundaram as lacunas dos direitos civis das pessoas LGBTI+ no país. A retórica sobre a moralidade pública e os bons costumes foram elementos centrais na construção da estrutura ideológica que deu sustentação à ditadura militar de 1964 (Quinalha, 2017), com centralidade na defesa de proteção à família tradicional e no cultivo dos valores religiosos cristãos, culminando em uma “verdadeira cruzada repressiva contra setores classificados como indesejáveis e considerados ameaçadores à ordem moral e sexual então vigente” (Quinalha, 2017, p. 25).

A expansão do discurso sobre a segurança nacional não se prendeu apenas nas esferas públicas de barreiras para o avanço de um suposto comunismo no Brasil. Mas, sobretudo, atuou como mecanismo de controle das esferas da vida privada dos sujeitos, visto que os comportamentos e pensamentos também precisavam ser controlados como forma de proteção social e respeito à ordem e às tradições, encontrando forte apelo na ideologia de conservação da família – instituição constitutiva da sociedade –, cuja formação também está marcada pela proteção da igreja, da fé e dos costumes cristãos da “sagrada família”.

²⁸ Católicos conservadores, grupos femininos de direita, moralistas de ocasião, grandes proprietários rurais e outros ramos do empresariado, bem como outras camadas das classes médias insufladas pelo discurso do combate à “corrupção” e à “ameaça comunista”, ocuparam as ruas de diversas cidades brasileiras contra o governo João Goulart clamando por uma intervenção redentora das Forças Armadas e, a partir de abril, efetivamente em apoio ao golpe civil-militar (Quinalha, 2017, p. 26).

Os aparatos de repressão envolviam todas as formas de expressão e manifestação pessoal ou coletiva que tinham como objetivo o controle social e a manutenção da ordem social vigente.

O controle da sociedade e, especialmente, dos elementos “subversivos” que se opunham à ditadura começa logo após o golpe de 1964 com a estruturação de um amplo e complexo aparato de repressão e perseguição a dissidentes. Mas, apesar do elevado grau de centralização de poder durante a ditadura, não houve um organismo único ou uma agência estatal responsável isoladamente pela política de “saneamento” da sociedade, de modo a expurgar os elementos tidos como indesejáveis. Pelo contrário, a estrutura do aparato repressivo foi sendo progressivamente construída a partir de diferentes vértices, conjugando organismos de controle moral preexistentes com outras agências criadas sob inspiração da “doutrina de segurança nacional” do regime. Além disso, o complexo aparato foi se modificando conforme as necessidades conjunturais de cada momento e, assim, assumindo distintas formas institucionais durante os anos da ditadura, a depender dos embates e negociações travados dentro do conjunto das elites civis e militares que capitanearam a edificação do regime autoritário (Quinalha, 2017, p. 29).

Havia ainda uma preocupação ideológica sobre a pornografia, o erotismo, a homossexualidade e a transgeneridade. Fenômenos que foram classificados como temas e práticas ameaçadoras da estabilidade política, da segurança nacional contra a ordem sexual; os valores éticos que, supostamente, integravam a sociedade brasileira (Quinalha, 2017). As repressões do Estado não ficaram apenas na censura²⁹ dos “atos libidinosos” ou na limitação dos espaços públicos, das organizações artísticas ou manifestações populares. Houve um ordenamento dos aparelhos do Estado em prol de uma repressão física, moral e violenta sobre as pessoas LGBTI+ no país.

A violência contra as pessoas LGBTI+ durante a ditadura militar teve forte organização do Estado. O Relatório Final sobre a Comissão Nacional da Verdade traz dados importantes sobre os porões da ditadura militar brasileira, ao referenciar que, durante esse período, quatrocentas e trinta e quatro pessoas morreram ou desapareceram, além dos achados da Vala de Perus³⁰, em 1990, onde fora encontrada uma vala clandestina com mil e quarenta e nove ossadas sem

²⁹ Toda censura, sem dúvida, tem uma dimensão política inegável. Afinal, é da própria definição do processo censório impedir a produção de determinadas informações, restringir a liberdade de pensamento e de expressão, colocar obstáculos para que opiniões circulem no espaço público e acabar com essa vocação autoritária, impondo uma visão única sobre assuntos complexos e que deveriam comportar uma pluralidade de perspectivas. Trata-se, portanto, de um ato essencialmente político (Quinalha, 2017, p. 38).

³⁰ Cemitério Dom Bosco, no Bairro de Perus, em São Paulo. O local era usado para o enterro de indigentes.

identificação, com fortes indícios de depósitos humanos da repressão política da ditadura.

Quinalha (2017) traz uma observação importante sobre a Comissão Nacional da Verdade ao destacar que houve uma resistência acerca da relevância sobre as pessoas LGBTI+ para pesquisa, pois alguns comissionados não viam como prioritárias, ou até mesmo importantes, ter um capítulo ou uma seção que tratasse das vidas de pessoas LGBTI+ vitimadas pela ditadura militar. Inclusão que só foi possível após a pressão de grupos do Movimento LGBTI+.

Logo, o Relatório Final da Comissão Nacional da Verdade aponta que as violações dos direitos orquestradas pelo Estado contra os seguimentos LGBTI+ tiveram um padrão de policiamento organizado e estruturado particular. Cita-se, como exemplo, a cidade de São Paulo entre os anos de 1976 e 1982, onde as polícias civis e militares elaboraram operações específicas autorizadas pela Secretaria de Segurança Pública sob o comando do coronel Erasmo Dias. Um trecho do Relatório mostra a organização policial para criminalização das pessoas LGBTI+ na cidade de São Paulo.

(...) o delegado Guido Fonseca elaborou estudos criminológicos de centenas de travestis, recomendando a contravenção penal de vadiagem como instrumento para o combate à homossexualidade. Ainda, durante o governo de Paulo Maluf (1979-1982), rondas de policiamento ostensivo intensificaram-se na área central da cidade, região sob o comando do delegado José Wilson Richetti, perseguindo claramente grupos vulneráveis e estigmatizados. Em 1º de abril de 1980, O Estado de S. Paulo publicou matéria intitulada “Polícia já tem plano conjunto contra travestis”, no qual registra a proposta das polícias civil e militar de “tirar os travestis das ruas de bairros estritamente residenciais; reforçar a Delegacia de Vadiagem do DEIC para aplicar o artigo 59 da Lei de Contravenções Penais; destinar um prédio para recolher somente homossexuais; e abrir uma parte da cidade para fixá-los são alguns pontos do plano elaborado para combater de imediato os travestis, em São Paulo” (Brasil, 2014, p. 307).

As rondas aplicadas pelos policiais tinham como objetivo principal limpar as regiões centrais com a retirada de prostitutas, travestis e homossexuais, com ações pontuais nas áreas frequentadas por essas pessoas. Os dados do relatório apontam que cerca de trezentas a quinhentas pessoas eram levadas por dia às delegacias, “tendo por fundamentos legais a contravenção penal de vadiagem e a prisão cautelar prevista no Código de Processo Penal de 1941, então em vigor” (Brasil, 2014, p. 307).

Outro ponto importante se refere à centralidade dada às pessoas trans nessas operações. Desde o ano de 1976, travestis já eram alvos do policiamento na cidade de São Paulo com base na Portaria n.º 390/76:

Entre 14 de dezembro de 1976 e 21 de julho de 1977, 460 travestis foram sindicadas para o estudo, sendo lavrados 62 flagrantes. O resultado mostra que 398 travestis foram importunadas com interrogatório sem serem “vadios”, tendo sido obrigadas a demonstrar comprovação de trabalho com mais exigências que o restante da população, já que a Portaria 390/1976 da Delegacia Seccional Centro estabelecia que travestis deveriam apresentar RG e carteira de trabalho acompanhada de xerocópia, sendo esta última encaminhada pela autoridade seccional para arquivo destinado somente às travestis. Se não tivessem os documentos referidos, as travestis eram encaminhadas ao distrito policial para lavratura do respectivo inquérito por vadiagem (Brasil, 2014, p. 309).

A forte repressão e perseguição sofrida por esses grupos consolidou a formação de organizações entre os anos de 1960 e 1980, que tinham como objetivo a resistência enquanto sujeitos de direitos e a sobrevivência durante a ditadura, tendo como inspiração as lutas LGBTI+ surgidas no contexto internacional. Estratégias importantes foram visualizadas na cultura, no teatro e na música, as quais tiveram um papel importante para o levante do debate sobre gênero e sexualidade. Nesse momento, artistas³¹, como o cantor Ney Matogrosso e os grupos musicais Secos & Molhados e Dzi Croquettes, colocaram em questão os papéis de gênero masculino e feminino através de espetáculos nos quais surgiam vestidos com trajes considerados femininos, usando salto alto e maquiagens.

Além da organização dos grupos LGBTI+, outros movimentos sociais exerciam pressão para o fim da ditadura militar no Brasil, como os movimentos estudantis, movimentos operários, movimento de mulheres, organizações sindicais, grupos universitários, movimento feminista, movimento negro, movimento pelas Diretas Já, movimento pela reforma sanitária, dentre outros; fato que ocorreu apenas em 1985. Os novos agrupamentos LGBTI+ passaram a reivindicar, então, dentro da agenda pública do Estado, reconhecimento de necessidades coletivas desses segmentos, o que demandaria a formulação de políticas públicas específicas.

Deste modo, a tônica das demandas passou a ser a supressão de legislações discriminatórias, a inscrição da proteção legal no ordenamento jurídico, o abandono de um discurso médico-legal de estigmatização pelas entidades de classe da área da saúde, acolhimento para vítimas de violência e investigação dos responsáveis, além de uma disputa aberta na imprensa contra veiculação de notícias sensacionalistas e preconceituosa (Quinalha, 2017, p. 74).

Mesmo com dificuldades, o Movimento LGBTI+ começou a se organizar no “sentido de articular um discurso e uma prática de liberação, não apenas deles próprios, mas também dos demais grupos vulneráveis que ficavam às margens do projeto de abertura política então em curso” (Quinalha, 2017, p. 227). Algumas

³¹ Memórias da Ditadura. Leitura disponível em: <https://memoriasdadtadura.org.br/lgbt/>.

estratégias foram importantes para dar visibilidade aos grupos LGBTI+ que buscavam articulação no espaço público, tais como:

Eventos sociais, apresentações de travestis, folias carnavalescas, concursos de miss, desfiles de fantasias, boletins, e outras publicações mimeografadas, são alguns exemplos de iniciativas criativas e coletivas dos homossexuais que desafiavam as normas rígidas de gênero e sexualidade (Quinalha, 2017, p. 227).

Essas articulações, apesar de importantes, ainda abarcavam um número pequeno de pessoas, pois, na maioria das vezes, era restrito a alguns guetos em territórios específicos. Somente em meados de 1976, a formação do movimento apresenta uma organização mais específica por meio de encontros coletivos e debates de suas problemáticas. Em São Paulo, um dos incentivadores dessas reuniões foi João Trevisan³², que trouxe sua experiência e vivência com o movimento gay internacional após retorno do exílio nos EUA.

Nesta fase, a construção de uma identidade de grupo era a tarefa central e mais difícil para dar o pontapé na organização. A busca por pontos em comum, a partir de concepções e práticas de homossexualidade tão distintas e em um momento no qual não era possível falar abertamente sobre essas experiências, constituiu um desafio desde a primeira hora [...] Tudo ainda era novo, não havia clareza quanto aos objetivos e à linha política que unificariam minimamente essa diversidade de expectativas e demandas, com o empecilho adicional de haver uma enorme rotatividade de pessoas que entravam e saíam porque não encontravam ali (Quinalha, 2017, p. 236).

Outras dificuldades foram surgindo no caminho, como o medo de assumir-se abertamente homossexual ante os riscos que tal exposição traria, sobretudo em termos de segurança pessoal diante de violências de gêneros vigentes, poucos recursos financeiros e culturais para a formação dos grupos de resistências, pois eram trabalhadores, em sua grande maioria, em condições precárias e com pouco tempo para se debruçar na formação de uma organização social que traçaria ferramentas de luta.

Foi então, sob essas condições, e a partir dessas limitações, que o incipiente movimento homossexual brasileiro lançou suas bases. Mas não bastava apenas contornar estes obstáculos mais urgentes, era preciso também inaugurar uma forma de fazer política que estivesse à altura da novidade da iniciativa (Quinalha, 2017, p. 236).

A trajetória desse movimento no país, segundo Facchini (2003), desenvolve-se em momentos importantes e distintos referenciados como sendo a primeira onda, observados a partir da expansão do movimento durante o período de abertura política do Brasil e o surgimento de diversas organizações e personalidades, com o

³² João Silvério Trevisan é diretor de cinema, romancista, contista e dramaturgo. Participou da fundação do Jornal Lâmpioes da Esquina e do Grupo Somos.

maior número de registros na bibliografia disponível sobre o tema com a concentração das iniciativas no eixo Rio-São Paulo mediante ações marcadas por um caráter antiautoritário e comunitarista por sua relação com propostas de transformações sociais para o conjunto da sociedade, tratados na bibliografia da época como movimentos alternativos. Esse primeiro período é finalizado nos últimos anos de 1980 (Facchini, 2003).

Logo, o movimento homossexual no Brasil surge definindo seu projeto de politização sobre a questão da homossexualidade com a criação do Grupo SOMOS – grupo de afirmação homossexual, anteriormente chamado de Núcleo de Ação pelo Direitos dos Homossexuais – em São Paulo, no ano de 1978. Importante destacar a composição do referido grupo: homens gays brancos, de classe média, com boas condições financeiras, cuja narrativa hegemônica possibilitou que o grupo ganhasse grande notoriedade e visibilidade na história do movimento LGBTI+. Vale ressaltar que existiam associações anteriores ao SOMOS que possuíam uma atuação exclusivamente voltada para a “sociabilidade” (Facchini, 2003). Em 1978, também foi lançado o Jornal Lampiões da Esquina³³, um tipo de tabloide produzido por intelectuais do Rio de Janeiro e de São Paulo que pautavam discussões sobre homossexualidade, discriminações raciais, machismos e outros assuntos. O veículo em foco teve um grande papel na articulação das iniciativas do movimento. Após divergências dentro dos grupos, houve a rachadura do SOMOS e a extinção do Lampiões (Facchini, 2003, p. 94).

Outros grupos importantes à época são o Grupo Gay da Bahia e o grupo Triângulo Rosa. Este último, grupo carioca pertencente à segunda onda do movimento homossexual brasileiro e que esteve fortemente à frente da luta pela não discriminação por orientação sexual na Constituinte de 1988, com a fundamental participação dos deputados do Partido do Trabalhadores (PT) (Nogueira *et al.*, 2020). Também enfrentou forte barreira interposta pela ala conservadora da Assembleia Constituinte. Vale mencionar que foram os partidos de esquerda que defenderam – e defendem – as pautas pela diversidade e pelo respeito ao pluralismo no Brasil.

No início dos anos 90, foram fundados os primeiros setoriais gays e lésbicas no PT e no Partido Socialista dos Trabalhadores Unificado (PSTU), começando a abrigar as primeiras candidaturas de militantes LGBTI+ para mandatos públicos no

³³ As Edições do Jornal Lampião da Esquina estão disponíveis no Grupo Dignidades, no site: <https://www.grupodignidade.org.br/projetos/lampiao-da-esquina/>.

país (Nogueira *et al.*, 2020). No que se refere ao Grupo Gay da Bahia, os registros históricos do movimento LGBTI+ mostram que sua fundação ocorreu pelo antropólogo Luís Mott, em Salvador, no ano de 1980; figura tida como o mais antigo grupo de resistência LGBTI+ do país e da América Latina, com duas décadas e meia de luta na história do Estado e no país. Junto com o Triângulo Rosa, iniciou a campanha pela despatologização da homossexualidade na OMS.

Trata-se de um grupo que resiste até a atualidade, com significativas contribuições ao movimento LGBTI+, a exemplo do levantamento de dados sobre a violência contra a população LGBTI+ negligenciada pelo Estado. Além de trazer à superfície produções e debates amplos sobre a diversidade e direito LGBTI+. Ao final dos anos 70 e início dos anos 80, uma doença até então pouco conhecida se alastrou mundo a fora. Trata-se da Síndrome da Imunodeficiência Humana, ocasionada pelo vírus HIV/Aids³⁴, doença transmitida através de relações sexuais inseguras, transfusões de sangue que iriam atingir muitos homossexuais.

A Aids se espalhou rapidamente, levando à morte de pessoas em todo o mundo e no Brasil. Ícones gays famosos da música, da arte e da moda, da academia, tiveram suas vidas marcadas pela epidemia da Aids, alguns memoráveis como: Michel Foucault (1984); Freddie Mercury (1991); Cazuza (1990); Renato Russo (1996); Herbert de Souza (1997); Karen Dalton (1993); Carlos Leite (1991); Dack Rambo (1994); Gia Carangi (1986). Trevisan (2018) aponta que apesar das assustadoras estatísticas que confirmaram a disseminação da Aids nos mais diversos grupos sociais, o imaginário popular intitulava essa doença como “peste guei”, relacionada à prática sexual entre homens e ao gueto homossexual; lócus onde a doença havia sido anunciada no eixo Europa-América do Norte-América Latina.

Ao chegar ao Brasil, na cidade de São Paulo e Rio de Janeiro, a doença matou muitos homossexuais e foi inevitável a não associação preconceituosa da transmissão do HIV com as relações homossexuais. Logo, notícias se espalharam sobre o fechamento de saunas gays americanas e alguns países adotaram políticas

³⁴ Dentre os concessos sobre o surgimento do vírus HIV no mundo, a mais relevante sugere que o vírus é decorrente de uma mutação do vírus SIV (vírus da imunodeficiência símio), identificado em mais de trinta e cinco espécies africanas de primatas. O processo de caça desses animais por seres humanos, a utilização da sua carne na alimentação ou pelo contato direto com sangue infectado pode ter iniciado a infecção no século XIX e, assim, o vírus se dispersou por décadas pelo continente africano e posteriormente para todo o mundo (Levy, 2010; Unaid, 2016). Segundo Levy (2010), a primeira infecção por HIV documentada foi a de um casal norueguês e sua filha, que, depois de dez anos de evidência clínica de infecção, morreram em 1976.

de internação compulsória dos infectados, a exemplo dos antigos leprosários (MacRae, 2018). As ações do Estado brasileiro diante dessa população eram pontuais ou até mesmo inexistentes. Em âmbito nacional, houve omissão dos entes federados e governantes, sem liderança nacional, de modo que as respostas à epidemia surgiram das comunidades afetadas e de setores progressistas, levando à formação das primeiras organizações não governamentais³⁵ para o enfrentamento da Aids (Villarinho *et al.*, 2013).

Segundo MacRae (2018), houve uma grande mobilização no país, uma vez que militantes se uniram com o propósito de prestar assistência às pessoas adoecidas pela Aids. O movimento não abandonou a luta, pelo contrário:

Não abandonavam suas posturas militantes e aguerridas ao cobrar medidas efetivas do governo. Suas atividades foram bastante bem-sucedida, servindo de importantes propulsoras dos programas nacionais e regionais de atenção a aids, exigindo a construção de serviços dignos e eficazes para a prevenção e tratamento da moléstia. Enfatizavam sobretudo a importância de preservar os direitos dos pacientes e de suas comunidades (MacRae, 2018, p. 32).

A Aids ficou associada durante anos como a peste gay; mais um mecanismo pejorativo e excludente que persegue até hoje a comunidade LGBTI+. Após forte pressão social, o Estado começou a desenvolver políticas e programas voltados para o combate às IST/Aids, com a formulação de eventos e campanhas sanitárias para controle da doença. Assim, “o Ministério da Saúde criou em 1986, o Programa Nacional de DST e AIDS (PN-DST/AIDS), que em 2003 foi considerado referência mundial por diversas agências internacionais” (Villarinho *et al.*, 2013, p. 273).

A partir de 1990, o movimento LGBTI+ foi ganhando cada vez mais pluralidade e espaço no Brasil a fora. Momento que Facchini (2005) chama de terceira onda, caracterizada pelo fortalecimento e a proliferação dos movimentos homossexuais que começam a tomar novas configurações em sua estrutura; agora não mais como um movimento exclusivo para homossexuais gays e lésbicas.

Entre os mais de vinte grupos homossexuais identificados por MacRae (1985) no início da década de 1980 no Brasil, apenas três ---O Dialogay, o GGB e o GALF/ Rede Um Outro Olhar--- sobreviveram à “crise” de meados dessa década, chegando, ainda que modificados, aos anos 1990. Entre transformações e reflorescimentos, as ações coletivas que se convencionou agrupar sob o nome “movimento homossexual” chegaram aos dias de hoje, sobrevivendo ao processo de “redemocratização”, à falência de seu modelo de organização comunitário e autonomista e ao surgimento da Aids (Facchini, 2005, p. 185).

³⁵ Em 1985, foi fundada a primeira Organização Não Governamental (ONG) com atividade em HIV/AIDS no país: o Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS (GAPA) (Villarinho *et al.*, 2013).

A partir do avanço dos debates sobre o direito e o respeito às diversidades, a incorporação da mídia, a abertura do espaço político e o reconhecimento do Estado para as questões de saúde da população gay e lésbica, o movimento começa a agregar novos sujeitos, como as pessoas trans. O movimento trans já tinha sua luta em disputa, desde 1979, pelo reconhecimento das identidades transexuais e travestis, por espaços seguros e legalizados para o acesso aos processos de modificações corporais que começaram a ser realizados nos hospitais universitários do país. O movimento trans possuía em sua formação organizações, encontros, fóruns e uma rede de apoio que também teve impactos da epidemia de Aids.

Com isso, muito se questionou sobre a sigla, suas mudanças no decorrer da história e a relevância para o movimento. Assim, em 1993, o movimento foi denominado por Movimento de Gays e Lésbicas (MGL), pois ainda não englobava com tanta propriedade as pessoas trans. Já em 1995, chamou-se GLT, em consonância a Gays, Lésbicas e Travestis, e, a partir de 1999, passa a ser denominado de GLBT, na busca de compor todos os seguimentos de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Posteriormente a isso, na I Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais, realizado no ano de 2008, em Brasília, houve a mudança da sigla GLBT para LGBT³⁶, com o início do “L” em referência às lésbicas e à visibilidade das mulheres na luta pela diversidade.

No entanto, houve muitos questionamentos entre alguns seguimentos que acreditavam que a mudança fez ligação a grupos feministas e não a gays e lésbicas, além de acreditarem que deveria ser feita nas atitudes do coletivo e não na nomenclatura, o que levou anos depois a novas mudanças e acréscimos de novos membros.

Quanto aos encontros dos grupos e das organizações de atos públicos, o 1º Encontro de Homossexuais Militantes, realizado na Associação Brasileira de Imprensa, no dia 16 de dezembro de 1979, no Rio de Janeiro, participaram 61 pessoas - 11 lésbicas e 50 gays, dentre nove grupos de movimentos LGBTI+. Em 1980, ocorreu o 1º Encontro de Grupos Homossexuais Organizados, fechado para

³⁶ A partir de 2008, no Brasil, a sigla LGBT começou a ser utilizada para definir a ação política e social na luta pela diversidade de gênero e sexual entre Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, derivada das observâncias postas na I Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais, ocorrida em Brasília-DF, no referido ano. No entanto, na atualidade, houve a inclusão de variações da sigla LGBT para designar outros movimentos e identidades em construção, como os Queer, Intersexos, Assexuais e se acrescentou o sinal de +, indicando que há uma infinita diversidade de sujeitos que fazem parte desse movimento.

grupos homossexuais e convidados e o 1º Encontro Brasileiro de Homossexuais com o comparecimento de cerca de 200 pessoas (Facchini, 2003).

Prado e Machado (2012) assinalam que no dia 28 de julho de 1970, com a Rebelião de Stonewall, começaram a aparecer marchas em Nova York e em outros lugares do mundo, com a tarefa de comemorar e protestar contra o preconceito ainda hegemônico. Essas marchas vieram se configurando no que hoje representa um fenômeno internacional de enorme proporção, denominadas de Paradas LGBTIs ou Parada do Orgulho Gay, nomenclatura adotada neste estudo.

A parada do Orgulho LGBTI+ é um dos maiores eventos LGBTIs realizados no mundo, reúne milhares de pessoas no intuito de dar visibilidade às problemáticas da população LGBTI+; é um movimento artístico e político na luta contra o preconceito, a opressão e a invisibilidade. É uma manifestação que busca respeito e permite conhecer, para além dos discursos impostos pela sociedade, a luta por igualdade de tratamento e a não discriminação.

A primeira parada gay de São Paulo aconteceu no dia 28 de julho de 1996, e hoje é considerada o maior evento cívico do planeta e a maior parada gay do mundo, chegando a reunir cerca de 3 milhões de pessoas na Avenida Paulista. Em 1999, foi fundada a Associação da Parada do Orgulho LGBTI+ de São Paulo (APOGLBT), composta por grupos de militantes LGBTIs; criada com o intuito de organizar a Parada que ocorre anualmente, entre os meses de maio e junho, promovendo atividades sociopolíticas e educativas a respeito da luta e da visibilidade LGBTI+.

Em 31 de janeiro de 1995, em Curitiba, foi criada a Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (ABGLT), uma organização que tem feito a ponte entre a diversidade dos grupos espalhados por todo Brasil e as políticas sociais mais amplas, promovendo o intercâmbio entre esses grupos e militantes com experiências organizativas de outros países e entre grupos e as políticas públicas governamentais para o seguimento LGBTI+ (Prado; Machado, 2012). “A ABGLT tem sido responsável por abrir diversas discussões sobre direitos civis em âmbito nacional, influenciando na adoção de políticas públicas e fazendo pressão junto apolíticos do legislativo” (Prado; Machado, 2012, p. 116).

Além da ABGLT, existem outras organizações que fazem parte da pluralidade política LGBTI+, como a Associação Brasileira de Gays (ABRAGAY), a Associação Brasileira de Lésbicas (ABL), a Liga Brasileira de Lésbicas (LBL), a Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA), o Coletivo Nacional de Transexuais

(CNT) e recentemente houve a articulação de pessoas negras da Rede Afro LGBTI+ e da Rede E-Jovem. Essas organizações têm um papel fundamental dentro do espaço de luta e resistência LGBTI+, uma vez que fazem parte do processo de construção política, debate de direitos, combate ao preconceito e superação da desigualdade.

Perante o contexto de violência e violação de direitos, percebe-se a importância do movimento LGBTI+ nas frentes de lutas por igualdade social. Luta árdua que vai contra todos os processos de inferiorização e segregação social.

É importante ressaltarmos que os movimentos sociais LGBTs no Brasil têm impactado a sociedade civil e o Estado, na construção de uma sociedade que inclua em seu projeto de nação a garantia dos direitos e da cidadania de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais e transgêneros. Mesmo que lentamente, as lutas sociais têm conseguido inserir estas questões na agenda política e nos programas governamentais. É mister assumir que o processo de visibilidade como resposta, ainda que insuficiente, é fundamental para desconstruir e ressignificar atribuições sociais construídas historicamente no campo da religião, da ciência e da moral acerca da homossexualidade. (Prado, Machado, 2012, p. 80-81).

Percebe-se, assim, que o movimento LGBTI+ já possui uma longa jornada na história de luta contra a exploração e opressão desse segmento, fazendo-se presente nos diversos setores sociais, seja na cultura, seja na saúde, seja na educação, em prol do respeito e de direitos basilares que lhes garanta existência humana no combate a LGBTIfobia³⁷. A participação social desses grupos proporciona a quebra dos paradigmas sociais em relação à homossexualidade e às questões de gênero, possibilitando um debate amplo e consistente nos diversos setores sociais.

Todavia, a luta contra o preconceito e a garantia de respeito à cidadania é árdua e carece de mais organização política e compreensão das relações sociais e da hegemonia heterossexual dominante. Motivo pelo qual o Movimento LGBTI+ segue na trincheira, pois ainda há muitas necessidades que precisam ser sanadas para que se possa chegar a uma igualdade plena de direitos e, sobretudo, conseguir combater a violência contra LGBTI + no Brasil.

Dentre os principais desafios diários encontrados pelas pessoas LGBTI+, as que se relacionam ao mundo do trabalho se destacam, tendo em vista que o trabalho é central para a existência humana, apesar de sua heterogeneização e

³⁷ “Define-se por LGBTI+fobia todo e qualquer tipo de conduta decorrente de uma aversão à identidade de gênero e/ou orientação sexual de alguém que possa gerar dano moral ou patrimonial, lesão ou qualquer tipo de sofrimento físico, psicológico e/ou sexual ou morte”. Este foi o enquadramento dado pelo Supremo Tribunal Federal (S TF) - com o julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade por Omissão n.º 26/DF (ADO n.º 26/DF), em que a LGBTfobia foi enquadrada como crime de racismo – nos moldes da Lei n.º 7.716/89 (A Violência Lgbti+ No Brasil, 2020, p. 7).

complexificação em tempos neoliberais. Sua ausência emerge como determinante para o curso da exclusão social no país, uma vez que o desenvolvimento das relações humanas, bem como as condições de desenvolvimento do gênero humano são permitidos a partir do trabalho, o elemento central de sociabilidade (Antunes, 2011b).

De acordo com uma pesquisa realizada pelo *Center for Talent Innovation*³⁸, no ambiente de trabalho, 61% dos trabalhadores gays e lésbicas esconderam sua sexualidade dos seus colegas e gestores por temerem a demissão. Outros dados apontam que 33% das empresas do Brasil não contratariam para cargos de chefia pessoas LGBTI+; além disso, 41% das pessoas LGBTI+ afirmam terem sofrido algum tipo de discriminação em razão da sua orientação sexual ou identidade de gênero no ambiente de trabalho.

Entre as pessoas trans, essa violação mostra-se ainda mais severa. Os dados da pesquisa trazem que 90% das pessoas travestis se prostituem por não conseguirem emprego, incluindo travestis que possuem qualificações profissionais. Outra pesquisa, realizada por Bonassi *et al.* (2015), buscou identificar as formas e os tipos de violências evidenciadas por pessoas trans na cidade de Santa Catarina.

No âmbito da educação, trabalho e saúde os dados nos mostram que dentre as pessoas travestis e transexuais informantes da pesquisa, 3,2% completaram apenas o ensino fundamental, 25,8% o ensino médio e 8,1% o ensino superior. Delas, 33,9% pararam de estudar entre 16 e 19 anos, período que coincide com a época em que deixaram de viver com suas famílias de origem e que passaram a se vestir com as roupas que consideravam adequadas ao seu gênero. Os motivos principais que as levaram a sair de casa foram a busca por trabalho e a violência (preconceito) intrafamiliar. Quando perguntadas/os sobre o trabalho que exerciam 90,3% afirmaram trabalhar, sendo que 58% afirmaram ser profissionais do sexo e 82,3% alegaram já terem feito sexo por dinheiro ou outros benefícios. O mercado formal de trabalho não inclui a maioria dessas pessoas, sendo que 77,4% afirmaram que não têm carteira de trabalho assinada e 74,2% pessoas não contribuem com Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), ou seja, estão desprotegidas nesse âmbito. Chama a atenção, ainda, que quatro delas sequer têm Certidão de Nascimento, seis não têm Carteira de Identidade (RG) e oito não têm CPF (Cadastro de Pessoa Física) (Bonassi *et al.*, 2015, p. 89).

Com o avanço do debate público sobre a abertura de espaços para pessoas LGBTI+ na sociedade, algumas iniciativas têm surgido, embora longe de contemplar a demanda. Trata-se de organizações e multinacionais que, de algum modo, abrem-se para a diversidade, tais como: uma empresa de telemarketing com sede em Madri, a qual oferta empregabilidade a profissionais trans; O Grupo Pão de

³⁸ Publicação na página da fundação Fundo Brasil, organização independente que busca construir estratégias sustentáveis para viabilizar recursos destinados aos defensores de direitos humanos.

Açúcar estima ter contratado 31 profissionais trans em 2019, com incentivo a formação e treinamentos de pessoas LGBTI+ para contratação; a Ambev, a qual criou o grupo *Larger (Lesbian & Gay & Everyone Respected* — Lésbica & gay & todos respeitados, em tradução livre) em 2016, discutindo as melhores práticas de inclusão e bem-estar de pessoas LGBTs no trabalho. O Itaú patrocinou por dois anos um edital que valoriza projetos na área da diversidade sexual e de gênero, o “LGBT+ Orgulho”; a Natura oferece há 15 anos benefícios de saúde a casais LGBTI+, como licenças parentais estendidas – maternidade de seis meses e paternidade de 40 dias –, além do berçário, sem custo, para pais e mães, independentemente do gênero ou orientação sexual.

No entanto, uma questão importante aparece nesse cenário, o *pink money* (dinheiro cor-de-rosa) expressão de origem norte-americana, criada em 1970, para definir a capacidade de consumo e bens no mercado para pessoas LGBTI+, com foco em uma parcela mais privilegiada dentro da própria comunidade LGBTI+ de pessoas brancas, de maioria homens, de identidades cisgêneras. No Brasil, essa relação de consumo de mercado e público LGBTI+ aparece a partir dos anos de 1990, passando pelos anos 2000, com consolidação em 2010, ampliando o mercado para atrair cada vez mais consumidores LGBTI+ com produtos e serviços específicos. Ações que têm como fator determinante as investidas neoliberais de estratégia mercantil que impulsionam a aproximação de setores do movimento LGBTI+ com empresas que apresentam um discurso pro-diversidade.

Apesar dos benefícios já mencionados acima, há riscos importantes a se considerar como apropriação das temáticas LGBTI+ por empresas, em datas ou campanhas específicas, mas que de fato não são comprometidas com as pautas LGBTI+ ou que usam dessas campanhas para como fachada para mascarar suas atividades de exploração e violência, situação conhecida como *pinkwashing* (lavagem rosa). Outro ponto de cuidado é a apropriação do discurso político moldado conforme as necessidades dessas empresas e, dessa forma, reproduzir discursos deturpados, reproduzindo desigualdades e exploração.

Por outro lado, a Pesquisa da Mais Diversidade identificou, a partir de uma população amostral com 2.168 respostas, que 74% dos profissionais LGBTI+ desejam um ambiente mais inclusivo e 57% mudariam de emprego se tivessem oportunidade. Demonstra ainda que apenas 30% dos profissionais se sentem seguros para falar abertamente sobre sua orientação afetivo-sexual ou identidade de

gênero nas empresas. Cerca de 3% da amostra está sem emprego atualmente. Quase 75% dos entrevistados são pessoas homossexuais e 5% são trans. Quando o recorte é pelo porte do empregador, a maior parte (58%) dos homossexuais que trabalham em grandes empresas pretende procurar outro trabalho. O índice é menor (27%) nas pequenas e médias empresas (Sales, 2021)³⁹. Dados que ilustram o cenário da população LGBTI+ no país.

Outro fator importante é a educação. A Pesquisa Nacional Sobre o Ambiente Educacional⁴⁰ no Brasil, em 2016, feita pela Associação Brasileira de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais (ABGLT), mostrou que em relação a agressão e violência: 73% dos participantes foram agredidos(as) verbalmente por causa de sua orientação sexual; 68% foram agredidos/as verbalmente na escola por causa de sua identidade/expressão de gênero; 27% dos(as) estudantes LGBT foram agredidos(as) fisicamente por causa de sua orientação sexual; 25% foram agredidos(as) fisicamente na escola por causa de sua identidade/expressão de gênero; 56% dos(as) estudantes LGBT foram assediados(as) sexualmente na escola. Entre os estudantes pesquisados, 60,2% afirmaram se sentir inseguros(as) na instituição educacional no último ano por causa de sua orientação sexual e 42,8% se sentiam inseguros(as) por causa da maneira como expressavam o gênero (ABGLT, 2016).

Desse modo, percebe-se que pessoas Trans são evadidas das escolas, processo que dá, principalmente, pela acentuada repulsa sobre as identidades e as manifestações das pessoas Trans no ambiente escolar, como aponta A Pesquisa Nacional Sobre o Ambiente Educacional:

A consequência é que a homo/lesbo/transfobia continua sendo um problema nos estabelecimentos de ensino e, por negligência na formação para a convivência democrática com as diferenças individuais e coletivas, na sociedade em geral. As mudanças sociais necessárias para promover maior respeito à diversidade sexual em todos os âmbitos não estão sendo geradas pelo sistema educacional e este permanece sendo um lugar que não é acolhedor ou seguro para estudantes LGBT, prejudicando seu desempenho acadêmico e, não raro, levando-os à evasão escolar (ABGLT, 2016, p. 84).

³⁹ SALES, Ricardo. Pesquisa Mais Diversidade: o cenário brasileiro LGBTI+ no ambiente de trabalho. 2021. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1ulwHu1nyqUrnOfJWol9gCAfJe3XQidOb/view>. Acesso em: 20 jun. 2023.

⁴⁰ A Pesquisa Nacional sobre Estudantes LGBT e o Ambiente Escolar, em 2015, foi realizada no Brasil em parceria entre a Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (ABGLT), uma associação nacional LGBT com 324 organizações afiliadas de todos os estados do país (ABGLT, 2016).

Segundo a ANTRA (2018), 90% da população de travestis e transexuais usam a prostituição como fonte de renda para a sobrevivência, em consequência das dificuldades de inserção no mercado de trabalho formal e as deficiências na qualificação profissional causadas pela exclusão social, familiar e escolar. A ANTRA (2018) aponta que 0,02% das pessoas transexuais e travestis estão na universidade, 72% não possuem ensino médio e 56% possuem ensino fundamental; dados do Projeto Além do Arco-íris/AfroReggae).

Tudo isso atrelado ao fato de o Brasil liderar o ranking de crimes motivados por homofobia e transfobia no mundo pela décima terceira vez consecutiva, segundo o relatório de 2021 da *Transgender Europe* (TGEU), que mapeia os dados a partir de instituições trans e LGBTI+ em âmbito mundial. Dentre as informações contidas no levantamento, 70% de todos os assassinatos registrados aconteceram na América do Sul e Central; destes 33% foram no Brasil, depois pelo México, com sessenta e cinco mortes, e pelos Estados Unidos, com cinquenta e três mortes. Nesses treze anos, cerca de 4.042 pessoas trans foram mortas. Entre os anos de 2020 e 2021, trezentos e setenta e cinco assassinatos foram registrados no mundo. No Brasil, em 2020, a ANTRA registrou cento e setenta e cinco transfeminicídios.

A pesquisa elencada corrobora que as deliberações das conferências que envolvem o respeito à diversidade sexual, sobretudo no campo da educação, vêm sendo sistematicamente desconsideradas e desrespeitadas pelos formuladores das políticas públicas, mediante os interesses da governabilidade com concessões às forças conservadoras e fundamentalistas do Congresso Nacional, cuja ascensão dos setores religiosos fundamentalistas levou à impugnação do material Escola Sem Homofobia, retomando proposições como a “cura gay”, questionarem a decisão do STF referente à união estável entre pessoas do mesmo sexo (ABGLT, 2016).

Tais mecanismos possibilitam impasses que geram dificuldades de acesso e reconhecimento de direitos já conquistados e que sofrem ameaças constantes diante do avanço do discurso conservador e sua institucionalização em instâncias públicas e privadas inviabilizando a implementação de políticas públicas no país para essa população e as já existentes não estão conseguindo enfrentar as desigualdades que atingem as pessoas LGBTI+.

Avanços importantes foram traçados durante anos de ação efetiva do Movimento LGBTI+ no país. Conquistas exitosas que conseguiram materializar garantias legais que, apesar das intensas retaliações das alas mais conservadoras

da sociedade, permanecem ativas na vida das pessoas LGBTI+ que manifestam seu direito de existir e se manifestar.

Para delinear um breve panorama de algumas dessas conquistas para as pessoas LGBTI+ no Brasil, buscaram-se as referências trazidas pela ABGLT após a I Conferência Nacional LGBTI+, em 2008 e a II Conferência em 2011. Nesta, ganhos importantes para o movimento são citados, dentre eles: I - Reconhecimento das uniões estáveis homoafetivas pelo Supremo Tribunal Federal (STF) e do casamento civil de um casal de lésbicas pelo Superior Tribunal de Justiça; autorizações de conversões de uniões estáveis em casamento; II - Estabelecimento do tripé da cidadania LGBTI+ nacional: a criação da Coordenação-Geral LGBTI+ na Secretaria de Direitos Humanos, o lançamento do Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBTI+ e a instalação do Conselho Nacional LGBTI+; III - Reconhecimento do Governo Federal das uniões homossexuais (Ministério das Relações Exteriores, Ministério da Defesa), inclusive para fins de imposto de renda; IV - Atuação do Grupo de Trabalho Saúde da População LGBTI+; aprovação do Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral de LGBTI+, que inclui o “Processo Transexualizador”; o apoio do Ministério da Saúde a ações educativas e preventivas nas Paradas LGBTI+; V - Ampliação das parcerias com o Conselho Federal de Psicologia, com o Conselho Federal de Serviço Social e com a Ordem dos Advogados do Brasil (Estatuto da Diversidade Sexual e Propostas de Emenda à Constituição); VI - Lançamento do módulo LGBTI+ do Disque 100, proporcionando dados oficiais demonstrando que 12% das denúncias dizem respeito à discriminação de pessoas LGBTI+, bem como a assinatura do Pacto Federativo contra a Homofobia por doze secretarias estaduais de segurança pública, com mais nove em processo de assinatura; deliberação do material educativo sobre homofobia nas escolas para o curso Gênero e Diversidade na Escola em trinta e seis universidades.

Considerando os avanços recentes, é possível ainda pontuar alguns pontos importantes. Em 2015, o STF assentiu a adoção de crianças por casais compostos por pessoas LGBTI+; em 2018, o STF autorizou que pessoas trans fizessem a retificação de seus documentos sem a obrigatoriedade das cirurgias de modificações corporal; em 2019, o STF equipara a discriminação contra pessoas LGBTI+ ao crime de Racismo, previsto na Lei n.º 7.716/1989, tornando crime a LGBTIfobia; no ano de 2020, o mesmo Tribunal reconheceu que homens bissexuais e homossexuais podem realizar doação de sangue a terceiros no Brasil.

A atuação direta do STF ao julgar ações e direitos pertencentes às pessoas LGBTI+ no Brasil é consequência da disputa ideológica no Poder Legislativo com a formação de bancadas conservadoras e moralistas que realizam bloqueios políticos às propostas legislativas que visam a manutenção e promoção de direitos relacionados a diversidade, liberdade religiosa, direito das mulheres, pessoas LGBTI+, indígenas, direito à terra, moradia e pessoas negras, fazendo com que propostas de leis sejam barradas, demorem a ser votadas ou até mesmo não sejam aprovadas. Além de realizarem movimentos contrários, a Ala Conservadora do legislativo atua fortemente na produção de propostas de leis que ferem essas camadas, como exemplo a proposição do Estatuto da Família, que não reconhece a legitimidade de famílias nucleares compostas por pessoas LGBTI+, ações que emitem e disseminam na sociedade discursos alusivos à discriminação e à violência, que se materializam nos dados de violência contra pessoas LGBTI no país.

Nessa conjuntura de disputa, as pessoas LGBTI+ também operam em estratégias importantes de ocupação de espaços na política. Em 2022, houve trezentas e cinquenta e seis candidaturas LGBTI+; enquanto em 2018, esse número havia sido de cento e trinta e sete pessoas, em que apenas treze foram eleitas. A ABGLT traduz que vinte e um candidatos LGBTI+ foram eleitos no país na última eleição - dentre estes, dois governadores homossexuais: Fátima Bezerra (PT - Rio Grande do Norte) e o Governador Eduardo Leite (PSDB - Rio Grande do Sul). Logo, entre as eleições de 2018 e 2022, houve um aumento de 61% de pessoas LGBTI+ eleitas no país.

A ocupação desses espaços permite um embate direto contra as forças repressivas que empurram goela abaixo que as pessoas LGBTI+ não devem estar em ambientes de prestígio e notoriedade, que suas identidades e expressões devem ser escondidas/reprimidas em prol de uma sociedade de costumes e valores morais. Estar presente nesses espaços é um marco no reconhecimento das vidas de pessoas LGBTI+ que vivem sem acesso a direitos sociais basilares como moradia, emprego, renda, educação, alimentação, saúde. Tais representações traduzem a importância da luta incessante do movimento LGBTI+. Assim, ainda que de forma gradual, mas progressiva, a sociedade tem despertado para a importância desse debate, que ganha forças devido às resistências engendradas pelos movimentos LGBTI+ na busca por direitos iguais de existir com dignidade.

Nunca é demais frisar que a sexualidade e a identidade de gênero foram, por anos, tratadas como tabu, não se discutia e pouco se ouvia falar nas famílias e nos meios de comunicação. A necessidade dessa quebra de paradigmas vem da urgência em se questionar essas relações e as formas como são tratadas na sociedade, tentando quebrar os preconceitos impostos por séculos.

Desse modo, pode-se afirmar que é a partir desses movimentos que a temática LGBTI+ ocupa espaço no debate público, enquanto problemática social importante e que requer construção de respostas do Estado, reconhecimento da existência de segmentos LGBTI+ como sujeitos de direito. Após anos de luta e enfrentamento às desigualdades sociais e violências cotidianas, o cenário mudou. Todavia, ainda há grandes lutas a serem travadas para que se possa liquidar todas as opressões e garantir a cidadania plena.

As pessoas Trans, por sua vez, enfrentaram durante décadas processos de exclusão e de violência social e institucional, travando uma luta constante pelo reconhecimento da sua identidade e pelo direito de ser e existir. Destarte, o Movimento *Trans* surgiu a partir do crescente desdobramento do Movimento LGBTI+, mobilizando recursos para gerar mudanças nas políticas e no aporte jurídico na sociedade (Garii, 2007) em diferentes partes do mundo.

No Brasil, segundo as informações do Fórum Nacional de Travestis e Transexuais Negras e Negros (FONATRANS)⁴¹, o Movimento Trans surgiu com a Associação de Travestis e Liberados (ASTRAL), no Rio de Janeiro; tal entidade idealizou a Rede Nacional que congregava travestis de todos os estados brasileiros desde 1992. No ano seguinte, aconteceu o I Encontro Nacional de Travestis e Liberados que atuavam na prevenção da Aids (ENTLAIDS), organizado pelo grupo ASTRAL/RJ. Posteriormente, fora organizada a Rede Nacional de Travestis e Liberados (RENTRAL), a qual permaneceu com a referida nomenclatura até os anos 2000, assumindo, em um segundo momento, o nome Associação Nacional de Travestis e Transexuais, a ANTRA.

A organização da ANTRA, assim como o Grupo Gay da Bahia, possibilitou a realização de levantamentos de dados sobre a violência e a morte de pessoas transexuais e travestis em todo o país, pois existia uma ação organizada dentro do Estado que notificasse a violência com LGBTI+. Além da exposição desses dados e a

⁴¹ Disponível em: <http://www.fonatrans.com/p/historico-do-movimento-de-travestis-no.html>. Acesso em: 25 jul. 2021.

forte mobilização social, a ANTRA é um marco na luta LGBTI+ no Brasil, levando acolhimento, escuta e visibilidade a esses segmentos.

Dessa maneira, conforme Araujo (2021), as lutas do movimento LGBTI+ culminaram em direitos sociais e implementações de políticas públicas para esses segmentos, sendo possível construir dentro do Sistema Único de Saúde uma política nacional de saúde que conseguisse atender integralmente a população LGBTI+, compreendendo suas particularidades e fragilidades, representando uma conquista importantíssima no que concerne ao reconhecimento dos LGBTI+ enquanto sujeitos de direito.

Na arena política, materializa a importância da articulação desses sujeitos nos espaços de disputa: de um lado, o Movimento LGBTI+, que vem ganhando expressividade na mídia, nos veículos de informação e nas ruas, e, de outro, as alas conservadoras, que estão cada vez mais fortes na esferas públicas fundamentais, como no legislativo, tornando ainda mais conflitante o embate de força de um segmento sobre o outro, influenciando diretamente na consolidação do acesso aos bens e serviços públicos, como exemplo do Sistema Único de Saúde; política pública central para o ordenamento de serviços específicos para pessoas LGBTI+ no Brasil.

3.3 A complexidade da saúde de LGBTI+ e suas demandas

O Sistema Único de Saúde representa uma conquista exponencial no que concerne à garantia do direito à saúde da população, em específico para pessoas LGBTI+ no Brasil, a partir da Constituinte de 1988, que introduziu significativos avanços no ordenamento legal do Brasil, com a ampliação de direitos e corrigindo iniquidades sociais (Pereira, s.d.). Tais progressos tiveram particular relevância no âmbito da Seguridade Social brasileira; conceito que, até então, era ausente na legislação e na experiência nacionais de proteção pública. Logo, o Sistema de Proteção Social brasileiro é regulamentado objetivamente a partir de 1988 e essas três políticas vão operar em torno de dois eixos centrais: “um, contributivo, representado pela previdência e, outro, distributivo representado pela saúde e assistência social” (Pereira, s.d., p. 34).

Assim, o SUS nasce e se estrutura a partir da organização do Sistema de Seguridade Social, correlacionando-se mutuamente seja entre os princípios e as diretrizes propositivas de garantia e manutenção de direitos sociais, seja pelos

mecanismos de financiamento público do Estado em orçamento específico para a Seguridade Social.

Percebe-se, portanto, que a saúde assume um papel fundamental no ordenamento da proteção social como uma política pública desenvolvida pelo Estado, como resposta e mediação dos conflitos existentes na base da sociedade brasileira, resultante do acirramento e da agudização das formas de exploração e exclusão social inerentes ao sistema de dominação do capital. As Políticas Públicas nascem da correlação de forças antagônicas que impulsionam a agenda pública em detrimento dos interesses dos sujeitos políticos envolvidos e a força destes perante o Estado.

As políticas públicas são desenvolvidas por meio de ações, programas, projetos, regulamentações, leis e normas que o Estado desenvolve para administrar os diferentes interesses sociais e atender às necessidades demandadas pela sociedade em áreas diversas, como educação, saúde, trabalho, previdência, saneamento, meio-ambiente etc. Uma das características essenciais presentes nas atividades desenvolvidas pelo Estado é a função social e histórica de mediar conflitos por meio da realização de políticas públicas (Mata, 2007).

Desse modo, o direito à saúde passa a ser assegurado pelo Estado brasileiro consoante as reivindicações da população, que passa a ser viabilizado a partir do Sistema Único de Saúde com os princípios fundamentais que determinam a universalização do acesso e a integralidade do cuidado. Com a formulação do SUS, a concepção de saúde inaugura, nesse contexto, a percepção da relevância das condições de habitação, alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer e do direito à terra, além do acesso aos serviços de saúde como fatores condicionantes e determinantes da saúde, a ser organizado como uma rede regionalizada e hierarquizada e com a diretriz de descentralização com direção única em cada esfera de governo (Art. 198 – CF 1988) (Brasil, 1988).

Desse modo, o SUS vai estruturar-se em níveis de Atenção à Saúde composto pela Atenção Primária à Saúde, responsável pelo reordenamento da saúde de maior capilaridade e densidade, uma vez que, dentro dos seus pressupostos, a Atenção Primária à Saúde aparece como objetivo macro das ações de prevenção e promoção da saúde e um dos objetivos do Movimento de Reforma Sanitária é a ampliação da saúde e a desospitalização do cuidado. Seguida pela Atenção Secundária à Saúde composta por serviços de média complexidade, como ambulatórios de especialidades e serviços porta aberta, como as urgências e emergências. Por conseguinte, a Atenção Terciária, responsável pelos serviços de alta complexidade,

geralmente atribui-se a esta Atenção, com protagonismo ante as demais pelo aporte tecnológico exigido derivado das demandas a ela intrínsecas, por se tratar questões mais severas em saúde.

A organização do SUS ainda permite a formulação de programas, serviços e políticas específicas que propunham abarcar a pluralidade da população e as necessidades em saúde de forma regionalizada e hierarquizada, os quais devem estar consubstanciados com os princípios e as diretrizes que estruturam o SUS, como preconizado pelo Movimento de Reforma Sanitária.

Dentre os principais sistemas organizativos do SUS, têm-se programas centrais que tratarão em âmbito nacional de problemas em saúde que englobem a população em sua totalidade, tanto como forma de ação à cobertura universal, como o Programa de Imunização, o Programa de Aleitamento Humano, o Programa de Saúde Bucal, o Programa Mais Médico, a Estratégia de Saúde da Família, o Programa Nacional de Triagem Neonatal etc.

Arelado à formulação de redes esquematizadas entre os territórios e as regiões de saúde, conforme a necessidade e os equipamentos disponíveis, dando ênfase aos níveis de atenção à saúde e a coparticipação entre Estados, Municípios e União. As principais Redes de Atenção à Saúde (RAS) do SUS são constituídas pela Rede de Urgência e Emergência (RUE), que englobam as Unidades de Pronto Atendimento, Hospitais porta aberta de Urgência e Emergência, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); Rede Cegonha, que estabelece os cuidados em saúde Materno-Infantil; Rede psicossocial, que integra a linha de cuidado para pessoas com problemas em saúde mental e o uso abusivo de drogas; Rede de Atenção a Pessoas com Deficiência; e Rede de Atenção às Doenças Crônicas. As RAS atuam de forma direta como mecanismos de várias densidades técnicas e logísticas do SUS na sistematização dos serviços de saúde em todo o país.

É a partir dessa análise que o SUS vai executar o conjunto de todas as suas ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta ou indireta, que poderá ser complementado pelos serviços de saúde ofertados pela iniciativa privada e que deverão ser fiscalizados pelo Controle Social do SUS. Aqui, destaca-se o protagonismo dos Conselhos de Saúde e Conferências como espaços populares

imprescindíveis para discussões, formulações e implementações da Política de Saúde.

O SUS criou políticas e programas nacionais que tinham como objetivo abarcar os mais diversos segmentos sociais que necessitam de assistência à saúde no país, compreendendo suas particularidades e, em especial, as principais dificuldades e demandas que vão se manifestar mediante a pluralidade dos sujeitos. Assim, configuram-se várias políticas, dentre elas, as que se destinam a mulheres, a população negra, aos indígenas, a pessoas com deficiência e se tem a política nacional de saúde para a população LGBTI+, a qual possui como marca o reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença da população LGBTI+. Ela traz, em suas diretrizes e seus objetivos, as mudanças na determinação social da saúde com vistas à redução das desigualdades relacionadas à saúde destes grupos sociais (Brasil, 2013).

Assim, consoante Araújo (2021), reconhece-se a temática LGBTI+ enquanto questão social na conjuntura das desigualdades sociais e na urgência de consolidação de serviços que demandam suporte às problemáticas dessa população. Desse modo, um dos primeiros serviços voltados para as pessoas LGBTI+ no país foi a implementação de políticas públicas de saúde direcionadas ao combate da epidemia da Aids, no início da década de 1980, o que levantou a questão de saúde pública, garantidos pelo Estado para minimizar os impactos da doença.

Assim, novos reordenamentos foram permitidos no escopo das políticas públicas para pessoas LGBTI+ no país. Com isso, em 2011, foi criado no âmbito do SUS a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, mediante a Portaria n.º 2.836, de 1º de dezembro de 2011. O objetivo geral era o de promover a saúde integral da população LGBTI+ no Brasil, na tentativa de eliminar os mecanismos discriminatórios e o preconceito institucional que essas pessoas encontram ao acessar os serviços de saúde, viabilizando diretrizes que auxiliem na redução das desigualdades e da exclusão social. A formulação dessa política se deu mediante um cenário de violência e degradação do direito à vida das pessoas LGBTI+.

O contexto social, no momento em que se cria essa portaria, não era animador, tal como atesta os dados do relatório sobre Violência Homofóbica no Brasil, em 2011:

De “janeiro a dezembro de 2011, foram denunciadas 6.809 violações de direitos humanos contra LGBTs, envolvendo 1.713 vítimas e 2.275 suspeitos. Tais números trazem algumas revelações importantes: a primeira diz

respeito ao padrão de sobreposição de violências cometidas contra essa população. Os dados revelam uma média de 3,97 violações sofridas por cada uma das vítimas, o que parece indicar como a homofobia se faz presente no desejo de destruição (física, moral ou psicológica) não apenas da pessoa específica das vítimas, mas também do que elas representam - ou seja, da existência de pessoas LGBT em geral. Outro aspecto trazido pelas estatísticas é o maior número de suspeitos em relação ao de vítimas. A diferença é de 32,8%, o que sugere o caráter de violências cometidas por mais de um agressor ao mesmo tempo: grupos de pessoas que se reúnem para espancar homossexuais são um exemplo comum deste tipo de crime (Brasil, 2011).

Sem contar os dados subnotificados, e aqui vários fatores estão envolvidos como: o medo de realizar as denúncias, principalmente quando essa violência é nos relacionamentos próximos a vítima, o receio do preconceito institucional, o descrédito nos órgãos de direito em ver com seriedade as questões LGBTI+, falta de equipe suficiente e capacitada para o registro das denúncias, pessoas sem acesso aos meios de comunicação que permitem as denúncias, processos relacionados à pobreza e às desigualdades regionais e centralidade de atendimentos especializados nas capitais e regiões centrais.

Mesmo com as subnotificações, os dados demonstram que, em 2011, foram registrados por dia 18,65 violações de direitos humanos com caráter homofóbico, ou seja, todos os dias, durante todo o ano de 2011, 4,6 pessoas foram vítimas de violência homofóbica no país (Brasil, 2011). Nessa conjuntura, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais se mostra como um avanço importante nas reivindicações da população LGBTI+ e uma ferramenta importante no atendimento das demandas em saúde desses segmentos, ampliando o escopo do SUS, como sistema universal, integral e equitativo.

A Política Nacional de Saúde LGBT é um divisor de águas para as políticas públicas de saúde no Brasil e um marco histórico de reconhecimento das demandas desta população em condição de vulnerabilidade. É também um documento norteador e legitimador das suas necessidades e especificidades, em conformidade aos postulados de equidade previstos na Constituição Federal e na Carta dos Usuários do Sistema Único de Saúde. Sua formulação seguiu as diretrizes de governo expressas no Programa Brasil sem Homofobia, que foi coordenado pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) e que atualmente compõe o Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH 3) (Brasil, 2013, p. 6).

Desse modo, a referida política resultante da luta do movimento LGBTI+ e da Constituição Federal de 1988 instaura, em âmbito nacional, a partir do processo de amadurecimento da democracia brasileira, no fim dos anos 70, quando se constituem vários movimentos da sociedade civil em defesa de grupos historicamente excluídos, como a população LGBTI+. Assim, o direito universal a saúde, a igualdade e a não

discriminação, trazendo novos limiares e interlocuções sobre os discursos de gênero e sexualidade. Isto implicou grande desafio no processo de implementação da política nacional dentro dos espaços institucionais da saúde, onde é possível observar, corriqueiramente, ações preconceituosas e discriminatórias a gays, lésbicas e, sobretudo, a transexuais e travestis.

Logo, a política de saúde LGBTI+ traz como objetivo ampliar o acesso aos serviços de saúde do SUS, garantindo a estes segmentos a prestação de serviços de saúde com respeito, qualidade e resolução de suas demandas e necessidades (Brasil, 2013), assegurando a promoção da saúde e o cumprimento do princípio da universalidade⁴² de acesso, como sugere a Lei n.º 8.080/1990 que regulamenta o SUS em todo o país.

Com a necessidade de se adequar às novas demandas trazidas por um grupo tão diverso e sensível, o SUS precisou redirecionar rotas para conseguir dar resposta às demandas dessa população. No entanto, a Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais⁴³ evidencia que o cuidado integral às mulheres e, em especial, às mulheres lésbicas e bissexuais vem sendo negligenciado e violentado, tendo negado o seu direito à saúde integral (Brasil, 2014). Anterior a isso, em 2004, quando foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM), pensou-se em uma abordagem específica para a saúde das mulheres no país, de modo que, pela primeira vez, as mulheres lésbicas e bissexuais foram incluídas na proposta já em uma abordagem de aproximação com a demanda destas, compreendendo a necessidade de incluí-las, mesmo que timidamente, em uma proposta de acesso à saúde.

Com o fenômeno da feminização da Aids, em 2007, voltou-se a atenção para a vulnerabilidade das mulheres com relação à infecção pelo vírus HIV (Brasil, 2014). Com isso, o SUS tornou necessário pensar a atenção à saúde das mulheres lésbicas e bissexuais, ainda que os números de mulheres infectadas pelo vírus não fossem comprovadamente de mulheres lésbicas e bissexuais.

O modelo de saúde para a mulher presente no SUS ainda é majoritariamente para o modelo de mulher adulta, idosa, mãe e heterossexual. Quando a mulher não

⁴² Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988, p. 63).

⁴³ Relatório da Oficina Atenção à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais realizada em Brasília de 23 a 25 de abril de 2014. Governo Federal, Secretaria de Políticas para as Mulheres.

se enquadra nesse perfil, é invisibilizada nos serviços ou passa por ações e serviços inapropriados para as suas demandas específicas (Brasil, 2014). Segundo o Relatório:

Mulheres lésbicas, muitas vezes, passam despercebidas nos serviços de saúde. A identificação da orientação sexual lésbica e bissexual nos serviços não ocorre através de abordagem direta às mulheres nas consultas e sim pela identificação de características atribuídas ao gênero masculino, por exemplo, "cabelo curto, jeito masculino de andar, tipo de roupa" (Brasil, 2014, p. 21).

O Dossiê Saúde das Mulheres Lésbicas – Promoção da Equidade e da Integralidade mostrou que 59,5% das mulheres que relataram sua orientação sexual ao profissional de saúde: 88,6% delas foi por iniciativa da própria paciente e 5,1% a partir de abordagem do médico. Destas, 18,3% relataram reação preconceituosa por parte do profissional; 7,9% demonstração de surpresa; e 15,3% alguma "situação desagradável" após o relato. E cerca de 40% das mulheres que buscaram o serviço de saúde não revelam sua orientação sexual. As demandas em saúde são inúmeras e mesmo com o avanço do debate e da construção de novas normativas, ainda não se tem excelência nos serviços e abordagens.

É necessário construir espaços próprios para o atendimento das demandas, como ambulatorios de sexualidade humana que consiga atender com maior amplitude a população LGBTI+, com suporte multiprofissional que englobe desde a recepção, ao agente de portaria que compreenda que, naquele serviço, há a necessidade de se estudar sobre a temática LGBTI+ e que isso se estenda para todos os serviços SUS, pois o maior gargalo de negligência dessas pessoas é a discriminação ao chegar nos serviços e programas e serem atendidas de forma inadequada.

O atendimento médico especializado para pessoas trans e mulheres lésbicas e bissexuais, a qual ainda é uma carência dentro da medicina e dos serviços, para que seja pensada a sexualidade desses sujeitos para além de prevenção a IST's, mas em uma saúde preventiva em outras questões em saúde que ultrapassem a sexualidade, como rastreamento de doenças crônicas, o controle de doenças preexistentes, o cuidar médico em seu sentido amplo. Não se pode mais pensar a saúde LGBTI+ de forma limitada, como um objeto estranho às iniquidades em saúde.

Outrossim, são os atendimentos às famílias homoafetivas, o cuidado com as crianças de casais LGBTI+ que acessam os serviços de saúde e que também precisam ter um olhar e cuidados específicos. Embora o processo de luta por

reconhecimento e visibilidade tenha possibilitado a consolidação de políticas públicas na agenda pública para a população LGBTI+, ainda se apresentam vários entraves no que concerne à efetivação dos direitos desses sujeitos. O notório retrocesso que vem se instaurando no Brasil pode significar desmontes relevantes nas conquistas sociais em várias esferas, podendo impactar diretamente em políticas públicas, seja em outras políticas e programas.

3.4 A universalidade do SUS e as ações e os serviços para as pessoas trans

A discussões sobre gênero e liberdade sexual tomaram forma e lugar, possibilitando construções intelectuais significativas para a assimilação de novas categorias, como a transgeneridade, entendida a partir da categoria gênero, que se configura enquanto parte constituinte do indivíduo dentro de uma determinada cultura, contrário às definições biológicas do sexo anatômico. Nesse sentido, concorda-se com Saffioti (1994, p. 271) ao inferir que o entendimento sobre gênero deve ser assimilado como “uma construção social que passa por transformações ao longo dos tempos e nas mais variadas sociedades”.

Tal entendimento é largamente debatido dentro das Ciências Sociais, o que compreende o processo de identidade de gênero como um aspecto social. Nessa direção, a historiadora norte-americana, Joan Scott (1990), define que:

[...] “gênero” [...] é utilizado para designar relações sociais. Seu uso rejeita explicitamente explicações biológicas [...]. Em vez disso, o termo “gênero” torna-se uma forma de indicar “construções culturais” – a criação inteiramente social de ideias sobre os papéis adequados aos homens e às mulheres. Trata-se de uma forma de se referir às origens exclusivamente sociais das identidades subjetivas de homens e mulheres (Scott, 1990, p. 75).

Posto isso, a transgeneridade vem ser debatida a partir da concepção de identidades de gênero, como categoria social que se percebe nos espaços que busca ocupar, a partir de sua autopercepção e o desejo de ser respeitado da maneira que define a sua identidade. No que concerne ao acesso à saúde das pessoas trans no Brasil, discute-se o “Processo Transexualizador” que, nas palavras de Bento (2008, p. 146), é “o conjunto de alterações corporais e sociais que possibilitam a passagem do gênero atribuído para o gênero identificado; a cirurgia de transgenitalização não é a única etapa deste processo”. A cirurgia, no entanto, é o ponto último de um complexo

emaranhado de ações que buscam construir um uma pessoa trans em termos de sua dignidade e autoestima (Bento, 2008).

Os primeiros registros de cirurgias de modificações corporais foram registrados em 1970, no entanto, a prática era considerada ilegal, categorizada como crime de mutilação grave pelo Código de Ética Médico (CEM) cuja penalidade poderia levar à cassação do direito de exercer a medicina, e ainda resultar na prisão do profissional médico. As primeiras cirurgias foram realizadas pelo cirurgião Roberto Farina, que sofreu severas sanções do CEM, sendo absolvido mais tarde (Bento, 2006). Ele trouxe ao debate sobre a importância dessa discussão pelos órgãos da saúde no Brasil.

Em 1997, foi aprovada a Portaria n.º 1.482, a qual possibilitou a realização de cirurgias de modificações corporais nos hospitais universitários públicos do Brasil — a princípio, a título experimental — guiadas por dois princípios: “o primeiro seria terapêutico [...], ou seja, a busca de interação entre o corpo e a identidade sexual psíquica’ e o segundo relacionado à autonomia e justiça: o direito de dispor do próprio corpo e à discriminação no pleito à cirurgia” (Arán, 2005, p. 13). Destarte, Borba (2016) aponta que a Resolução n.º 1482/97 não foi um ato espontâneo de boa vontade do CFM, e sim resultado de pressões sociais tencionando o campo médico que via seu poder sobre o corpo coletivo e individual desafiado pelo Movimento LGBTI+ e do Movimento Trans.

Anos depois, após manifestações acerca do caráter experimental da referida resolução e o avanço do Sistema Único de Saúde com o princípio da universalidade, em 2002, o Conselho Federal de Medicina (CFM) reformulou a referida Portaria e aprovou a Resolução CFM n.º 1652/2002, que ampliou o acesso aos procedimentos de modificação corporal retirando o caráter experimental da cirurgia e ampliando a possibilidade do atendimento a transexuais em qualquer instituição de saúde do país; feito que implicou diretamente em um novo reordenamento na atenção à saúde das pessoas trans no Sistema Único de Saúde.

Já em 2008, o Ministério da Saúde instituiu a Portaria n.º 1.707/GM, que visava oferecer atenção às pessoas trans nesse processo por meio do SUS. De acordo com o documento, qualquer indivíduo pode ter acesso ao “Processo Transexualizador” no SUS, respeitando o princípio da universalidade do sistema. No entanto, apesar das mudanças estabelecidas por essa nova portaria, nada mudou em relação ao tratamento patológico dado às pessoas Trans que procuravam as

unidades de saúde. A Resolução n.º 1.955/10, que revoga a do ano de 2002, por exemplo, apresenta as pessoas trans enquanto indivíduo “portador de um desvio psicológico permanente de identidade sexual, com rejeição do fenótipo e tendência à automutilação e/ou autoextermínio” (Brasil, 2010, p. 110).

Em 2013, o programa foi redefinido e ampliado pela Portaria n.º 2803/2013, que passou a incorporar como usuários do “Processo Transexualizador” do SUS os homens trans e as travestis, uma vez que apenas as mulheres trans eram assistidas pelo serviço até então. A saúde para as pessoas trans e o “Processo Transexualizador”, portanto, adquiriu um caráter correccional, obstante do real sentido que deveria exercer em promover para as pessoas trans o seu bem-estar enquanto indivíduos que buscam acompanhamento profissional para o desenvolvimento do seu desejo em serem aceitos com o gênero que buscam definir-se.

A Portaria do CFM (2010) expressa que o percurso de seleção dos pacientes para acessarem o “Processo Transexualizador” precisaria atender alguns critérios, como:

A seleção de pacientes para a cirurgia de transgenitalização obedecerá a avaliação de equipe multidisciplinar constituída por médico psiquiatra, cirurgião, endocrinologista, psicólogo e assistente social, obedecendo os critérios a seguir definidos após, no mínimo, dois anos de acompanhamento conjunto:

- 1) Diagnóstico médico de transgenitalismo;
- 2) Maior de 21 (vinte e um) anos;
- 3) Ausência de características físicas inapropriadas para a cirurgias (Brasil, 2010).

Cria-se, a partir da própria normativa do CFM, um “Processo Transexualizador” imbuído de rótulos, que busca nessas pessoas trans características binárias e comportamentos que comprovem suas identidades e generaliza esse indivíduo a partir de uma reestruturação genital. Por esse motivo, “a maioria dos(as) usuários(as) que chegam aos serviços de saúde já tendo feito uso anterior (automedicação) de algum tipo de hormônio por indicação de amigos ou através de informações coletadas na internet” (Arán; Murta, 2009, p. 25).

Isso denota a real importância do acesso das pessoas trans a serviços de saúde seguros, públicos e de referência para acompanhamento médico e procedimentos confiáveis. O “Processo Transexualizador” surgiu e se afirmou na política de saúde como uma conquista resultante de reivindicações do movimento LGBTI+ e do Movimento Trans nacional e internacional, permitindo um leque de

oportunidades e garantias seguras de acesso à saúde; entretanto, ainda há críticas importantes a serem feitas nesse processo.

A desconstrução de uma idealização patológica das pessoas trans que buscam os serviços de saúde no SUS é fundamental. Esse entendimento propiciou um vasto debate no movimento Trans sobre a construção das identidades de gênero – para além do escopo das cirurgias de modificações corporais – e o reconhecimento da despatologização da identidade trans.

Foi a partir desses embates e da luta constante do Movimento LGBTI+ e do Movimento Trans que a OMS, em 2018, retirou a transexualidade do leque de doenças mentais na sua 11ª versão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde (CID-11) durante a 72ª Assembleia Mundial da Saúde, em Genebra, passando a defini-la não mais como um transtorno, mas como uma “incongruência de gênero” no capítulo de “Condições relacionadas à saúde sexual”.

A incongruência de gênero é caracterizada por uma incongruência marcante e persistente entre o gênero experimentado de um indivíduo e o sexo designado. Comportamento variante e preferências de gênero, por si só, não são uma base para atribuir o diagnóstico neste grupo (OMS, 2018, n.p.).

A Organização Mundial de Saúde reafirma que a retirada definitiva da transexualidade de suas classificações traria mais prejuízos do que benefícios, uma vez que há cuidados relacionados à saúde das pessoas transexuais que poderiam ser melhor tratados se a condição estiver na Classificação Estatística de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID). Ainda segundo a OMS, a desclassificação da transexualidade como um transtorno mental já seria capaz de neutralizar o estigma patológico imposto aos transexuais e que, dessa forma, seria possível assegurar o acesso universal aos serviços de saúde.

Um longo debate ainda se manifesta sobre a inclusão da identidade trans no CID, tanto entre as instituições de saúde, como dentro do próprio movimento trans que faz alusão às questões relacionadas à saúde de modo a garantir o acesso das pessoas trans a todos os serviços do SUS, incluindo o “Processo Transexualizador” que, por sua vez, não se restringe apenas às cirurgias de modificações corporais, mas abarca uma vasta e complexa rede de atendimento que visa a atenção integral e a qualidade de vida dessas pessoas, buscando escutar suas principais demandas e seus desejos a partir do princípio da universalidade do SUS.

Assim, o “Processo Transexualizador” objetiva garantir o acompanhamento terapêutico que deve envolver ações que visem a redução dos danos causados pelo uso contínuo de hormônios e bloqueadores por intermédio da hormonioterapia⁴⁴, bem como proporcionar o acompanhamento psicoterápico que abrange vários fatores emocionais do usuário, entre eles a decisão pela cirurgia. Observa-se, também, a atuação do assistente social no apoio às relações familiares e de trabalho; na garantia e no acesso aos direitos sociais e às políticas públicas; e, por último, às cirurgias de modificações corporais.

Nesse sentido, o atendimento às pessoas trans deve se basear na integralidade da atenção, não restringindo ou centralizando a meta terapêutica às cirurgias de modificações corporais e demais intervenções somáticas (Arán *et al.*, 2008). Mas se deve extrapolar esse cuidado em uma perspectiva de totalidade da atenção em saúde, assim como compreender o “Processo Transexualizador” para além das cirurgias tal qual um processo dinâmico e complexo que envolve atendimento psicossocial e hormonal como fatores importantes.

No Brasil, a atenção à saúde trans está presente em alguns estados e algumas capitais com centralidade nas regiões Centro-Oeste e Sudeste do país. Dentre as Unidades e cidades que atendem pessoas trans no país, segundo dados da ANTRA, são eles:

Hospitais:

UFG – Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás - Goiânia/GO;
 UFRGS – Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Porto Alegre/RS;
 UFP – Hospital das Clínicas -Recife/PE;
 UERJ – Hospital Universitário Pedro Ernesto- Rio de Janeiro - RJ;
 FMUSP – Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina - São Paulo/SP;

Ambulatórios do SUS:

CPATT – Centro de Pesquisa e Apoio a Travestis e Transexuais - Curitiba/PR;
 Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia -Rio de Janeiro/RJ;
 Hospital Universitário Professor Edgard Santos- Salvador/BA;
 Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS - São Paulo/SP;
 Ambulatório do Hospital das Clínicas de Uberlândia- Uberlândia/MG;
 Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes- Vitória/ES;

Ambulatórios das redes de saúde estaduais:

Ambulatório Transexualizador da Unidade Especializada em Doenças Infectoparasitárias e Especiais - Belém/PA;
 Ambulatório de atenção especializada no Processo Transexualizador do Hospital Eduardo de Menezes - Belo Horizonte/MG;
 Ambulatório Trans do Hospital Dia- Brasília/DF

⁴⁴ A hormonioterapia possibilita a transformação corporal e das características do gênero. Consiste na administração de hormônios para equilibrar o transexual dentro do gênero no qual ele se identifica e induz o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários desejados, enquanto reduz os do sexo biológico.

Ambulatório LGBT Darlen Gasparelli -Camaragibe/PE;
 Ambulatório de Saúde de Travestis e Transexuais do Hospital Universitário
 Maria Pedrossian-Campo Grande/MS;
 Centro de Saúde Campeche -Florianópolis/SC;
 Centro de Saúde Estreito-Florianópolis/SC;
 Centro de Saúde Saco Grande-Florianópolis/SC;
 Ambulatório de Saúde Trans do Hospital de Saúde Mental Frota
 Pinto-Fortaleza/CE;
 Ambulatório de Transexualidade do Hospital Geral de Goiânia Alberto
 Rassi-Goiânia/GO;
 Ambulatório para travestis e transexuais do Hospital Clementino Fraga-João
 Pessoa/PB;
 Ambulatório de Saúde Integral Trans do Hospital Universitário da Federal de
 Sergipe-Lagarto/SE;
 Ambulatório LGBT Patrícia Gomes, Policlínica Lessa de Andrade-Recife/PE;
 UPE, Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros-Recife/PE;
 Ambulatório LBT do Hospital da Mulher-Recife/PE
 Ambulatório de Estudos em Sexualidade Humana do HC-Ribeirão Preto/SP;
 Ambulatório do Centro Estadual de Diagnóstico, Assistência e
 Pesquisa-Salvador/BA;
 Ambulatório trans do Hospital Guilherme Álvaro-Santos/SP;
 Ambulatório Municipal de Saúde Integral de Travestis e Transexuais-São
 José do Rio Preto/SP;
 Ambulatório AMTIGOS do Instituto de Psiquiatria do Hospital das
 Clínicas-São Paulo/SP;
 Ambulatório Roberto Farina, UNIFESP-São Paulo/SP;
 UBS Santa Cecília-São Paulo/SP;
 Ambulatório de Saúde Integral de Travestis e Transexuais João W.
 Nery-Niterói/RJ (Antra, 2020).

Em relação às crianças trans, há uma forte rejeição pela sociedade e não há um consenso entre o Ministério da Saúde e o Conselho Federal de Medicina sobre esse atendimento. Por meio da Resolução n.º 2.265 de 2019, permite-se o bloqueio hormonal a partir da puberdade, apenas em caráter experimental, em protocolos de pesquisa, de acordo com as normas do Sistema CEP/Conep, em hospitais universitários e a permissão da hormonioterapia aos dezesseis anos, o que não é recomendado pelo MS, que recomenda tais procedimentos a partir dos dezoito anos.

Segundo a Antra⁴⁵, apenas três unidades fazem acompanhamento preventivo com foco em crianças e adolescentes de três a 17 anos: há uma unidade na capital de São Paulo, outra em Campinas e a terceira em Porto Alegre. No Hospital das Clínicas da USP, segundo fontes do jornal digital da Rede Globo⁴⁶, atualmente são atendidas cerca de 100 crianças de quatro a doze anos e 180 adolescentes de treze a dezessete anos no Ambulatório Transdisciplinar de Identidade de Gênero e

⁴⁵ Disponível em: <https://antrabrazil.org/2020/07/27/como-acessar-o-sus-para-questoes-de-transicao/>.

⁴⁶ Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2023/01/29/280-criancas-e-adolescentes-trans-fazem-transicao-de-genero-no-hc-da-usp-veja-videos-com-o-que-eles-contam-sobre-esse-processo.ghtml>.

Orientação Sexual (Amtigos), do Instituto de Psiquiatria do HC da Faculdade de Medicina da USP, criado em 2010, a princípio para atender pessoas adultas.

Ainda segundo o jornal digital da Rede Globo, o Amtigos teve que suspender os atendimentos no ano de 2022 por não conseguir atender o número de demandas. Há cerca de 160 famílias com crianças e adolescentes que se identificam como transgêneros na fila de espera para triagem. O acompanhamento é realizado por uma equipe multiprofissional que visa o acompanhamento familiar durante o processo de possível transição, que poderá ser interrompido a qualquer momento a partir da avaliação e/ou decisão da equipe, da família ou das crianças e adolescentes.

Um marco importante na construção de políticas destinadas a crianças e adolescentes transgênero no país, reconhecimento de uma demanda silenciada e que ganha força em virtude do avanço dos estudos sobre gênero e sexualidade, e luta por reconhecimento da existência de identidades trans nas bandeiras de luta do movimento trans e LGBTI+.

No entanto, as dificuldades encontradas são inúmeras, manifestam-se principalmente pela fragilidade em se debater sobre a transgeneridade em crianças e adolescentes no Brasil e o fervoroso discurso conservador sobre as questões de gênero e sexualidade em infâncias e adolescências – inclusive dentro das próprias famílias que negligenciam esse cuidado ou até mesmo cerceiam suas crianças e adolescentes –, e também na inexistência de mais unidades no país que atendam crianças e adolescentes transgêneros, assim como poucos recursos e profissionais suficientes e habilitados; ausências na contrariedade do direito à saúde como bem público e universal.

Os centros de referência credenciados pelo SUS para a realização das cirurgias de modificações são: Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (UFG); Hospital de Clínicas de Porto Alegre (UFRGS); Hospital das Clínicas (UFP); Hospital Universitário Pedro Ernesto (UERJ) e Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina (FMUSP). E para acompanhamento ambulatorial há, segundo a Antra, vinte e nove unidades em todo o país.

O “Processo Transexualizador” e a saúde da população trans são um marco no direito à saúde garantido mediante o longo e penoso processo de consolidação de direitos, programas e políticas para esse grupo no país, tendo em vista as ações focalizadas do Estado que conseguem, minimamente, assegurar direitos basilares à

população. Em se tratando dos sujeitos LGBTI+, essa garantia se fragmenta em maiores proporções, manifestando-se nos índices de violência, discriminação e exclusão sociais desse público; o que representa um desafio constante ao analisar que esses mecanismos performativos são inerentes ao Estado capitalista.

A partir disso, é possível questionar como as políticas públicas se inserem nesse contexto, pois ao “[...] dependerem de recursos para serem efetivados impõe, às políticas públicas que devem concretizá-los, desafios reais” (Pereira, 2009, p. 106). Dessa forma, vislumbra-se um Estado assolado por uma perspectiva de atuação mínima no que tange às problemáticas sociais e que não exerce sua função de forma integral, ou seja, não garante de forma efetiva direitos basilares — vida, liberdade, igualdade, segurança e propriedade — previstos na Constituição Federal de 1988.

3.5 O princípio da universalidade sob a lógica de desmontes das políticas públicas e do estado brasileiro e seus rebatimentos na saúde da população LGBTI+

A relevância da notoriedade sobre a questão LGBTI+, como dispõe Araujo (2021), amplia e impulsiona o debate coletivo sobre direitos civis desses segmentos, viabilizando a articulação do movimento enquanto sujeitos políticos de interesse, levando à agenda pública as necessidades de formulação e implementação de novas políticas públicas e programas sociais que consigam reduzir os impactos da LGBTIfobia e ampliar o escopo de políticas já existentes, reconhecendo a força desses sujeitos no espaço político e de sociabilidade. Compreendendo, nessa conjuntura, que os sujeitos são pessoas que possuem valores e ideias que vão influir diretamente na tomada de decisão (Draibe, 2001), pontuando que a zona de conflito é inerente ao processo de formação das políticas públicas.

Desse modo, a arena de disputa pela formulação de políticas públicas é tensionada pelos sujeitos de interesse em uma esfera heterogênea, onde sempre haverá disputa, ganhos e perdas mediados pelo Estado, que se modifica com o avanço do conservadorismo no país (Araujo, 2021).

Barroco (2009 apud Ferreira, 2016) sinaliza que o debate sobre a família e, conseqüentemente, sobre as questões de gênero e sexualidade, tornou-se o

principal objeto de questionamento do pensamento conservador contemporâneo⁴⁷ e vem sendo um dos mecanismos mais importantes utilizados para a derrubada de direitos conquistados pelo movimento LGBTI+ no país. Esse processo vem sendo justificado por uma ideia moral de defesa de uma família tradicional pautada no moralismo cristão conservador patriarcal. A autora pontua que:

A família é um dos alicerces morais do conservadorismo e sua função é a de manutenção da propriedade. A mulher exerce o papel de agente socializador responsável pela educação moral dos filhos; por isso, essa perspectiva é radicalmente contrária aos movimentos femininos, entendendo-os como elemento de desintegração familiar. A moral adquire, no conservadorismo, um sentido moralizador [...]. É assim que se apresentam sob diferentes enfoques e tendências, objetivando a restauração da ordem e da autoridade, do papel da família, dos valores morais e dos costumes tradicionais (Barroco, 2009, p. 174-175 apud Ferreira, 2016).

No Brasil, como difusor desse contexto, tem-se o fundamentalismo religioso acirrado pelo crescimento de igrejas neopentecostais e a consequente disseminação de uma moral cristã ultraconservadora, centrada na ideia da “família tradicional” e “família natural” formada unicamente por homem, mulher e filhos cisheterossexuais, que tomou força com o projeto de Lei n.º 6.583 de 2013, popularmente conhecido como Estatuto da Família, o qual dispõe em seu Art. 2º que: “define-se a entidade familiar como o núcleo social formado a partir da união entre um homem e uma mulher, por meio de casamento ou união estável, ou ainda por comunidade formada por qualquer dos pais e seus descendentes” (Brasil, 2013). Essa ideia de família se centraliza “como a base moral da sociedade, locus precisamente de inculcação da tradição” (Netto, 2011, p. 66).

Um fenômeno importante é operado no âmbito estatal e partidário com participação expressiva das igrejas católicas⁴⁸ e evangélicas na América Latina em países como Brasil, Colômbia, Peru e Chile (Biroli *et al.*, 2020). No Brasil, a organização das frentes parlamentares no Congresso Nacional reúne políticos católicos com a Frente Parlamentar Mista Católica Apostólica Romana, e com evangélicos com Frente Parlamentar Evangélica, que possuem padrões e ações estratégicas com ampla aliança (Biroli *et al.*, 2020).

⁴⁷ Em função da grande carga afetiva mobilizada na opção conservadora, ela exige e pressupõe a repressão da sexualidade “[...]. O moralismo e suas manifestações associadas, como a intransigente defesa da família, por exemplo, são um elemento constante no discurso conservador, mas aqui também é necessário a alteridade, um outro que ameaça a ordem e a harmonia do padrão moral, daí que não nos espanta que o discurso conservador associe o nacionalismo, a irracionalidade, o moralismo com a homofobia” (Iasi, 2015 apud Ferreira, 2016).

⁴⁸ A formação de partidos políticos democratas cristãos foi uma das estratégias católicas ao longo do século XX (Biroli *et al.*, 2020, p. 33).

Tais políticos se vinculam ao sistema partidário de diferentes formas. Uma delas é por meio da filiação a partidos expressamente alinhados com a agenda religiosa. Dentro da tradição católica, os partidos democratas cristãos foram uma proposta institucional em defesa dos princípios doutrinários. Ainda que a democracia cristã continue existindo em diferentes países - e seus líderes tendam a defender uma posição conservadora em temas sexuais -, ela perdeu terreno enquanto estratégia política da igreja católica, salvo algumas exceções [...] O impacto dos políticos evangélicos com uma agenda contrária aos direitos sexuais e reprodutivos é um fenômeno que, embora se apresente com diferentes intensidades, caracteriza de forma geral a América Latina (Biroli *et al.*, 2020, p. 61-62).

Um levantamento sobre a quantidade de católicos e evangélicos no Brasil, nos últimos anos, apresenta, já no censo do IBGE de 2010, que 64,63% da população era católica e 22,2% se denominavam evangélicos. No entanto, uma pesquisa realizada pelo Datafolha, em 2016, apontou que houve uma alteração nesses índices com a redução de católicos para 50% e aumento no número de evangélicos para 29%, com a projeção que o quantitativo de evangélicos no Brasil chegue a 40% da população em 2032 (Biroli *et al.*, 2020). Com as eleições de 2018, os evangélicos passaram a ocupar 16% das cadeiras da Câmara Federal e 8,6% das cadeiras do Senado (Biroli *et al.*, 2020).

Nesse cenário, narrativas e discursos com o viés ultraconservador foram propagados no país contra a comunidade LGBTI+ e um dos mais relevantes foi a disseminação da concepção de ideologia de gênero que, de acordo com Sara Garbagnoli (2014 apud Junqueira, 2018), vislumbra uma ofensiva reacionária, fundamentalista, de matriz católica, apresentada a partir da década de 90, a qual se desdobra em bases transnacionais, engajando-se a setores e grupos interessados em promover uma agenda política moralmente regressiva e orientada a conter ou anular avanços e transformações em relação a gênero, sexo e sexualidade, além de reafirmar disposições tradicionalistas, pontos doutrinários dogmáticos e princípios “não negociáveis” (Junqueira, 2018).

O sintagma da “ideologia de gênero” vem sendo mobilizado para justificar propostas conservadoras no Congresso Nacional desde as primeiras décadas do século XXI [...] com marco inicial em 2003 e revela uma curva ascendente a partir de 2013, com pico máximo de citações em 2017, ano em que a curva começa a se inverter e o número de menções ao termo passa a refluir (Biroli *et al.*, 2020, p. 93).

É sobre tais narrativas que se constroem discursos inflamados com vistas a produzir ou a alimentar pânico moral (Cohen, 1972-2011 apud Junqueira, 2018), gerando estratégias político-discursivas voltadas à sociedade em defesa da “família tradicional”; sob o argumento de que gênero constituía uma ameaça contra a família, pois subverteria a sexualidade e a família “natural”. Esses setores apostaram

fortemente nos sentidos objetivados — portanto, dominantes — de sexo e família para encamparem sua luta contra a discriminação das desigualdades de gênero e de orientação sexual e contra a discriminação das desigualdades étnico-raciais e regionais (Souza, S., 2014, p. 197).

Nesse sentido, o discurso de ódio mascarado pela forma de liberdade de expressão vem tomando proporções alarmantes com reflexos na incidência de violência contra diversos atores sociais, sobretudo mulheres, pessoas negras e pessoas LGBTI+. O que vem questionar as consequências para além das políticas públicas e dos programas sociais, mas para a manutenção da vida e a segurança desses segmentos.

O avanço dessa conjuntura neoconservadora⁴⁹ no Brasil projetou a eleição presidencial de Jair Bolsonaro, pois sua aproximação aos setores evangélicos estava relacionada a uma “visão negativa sobre a homossexualidade e a posição agressiva no combate às demandas pela ampliação da cidadania da população LGBTQI” (Biroli *et al.*, 2020, p. 100).

Em 2019, tão logo tomou posse, Jair Bolsonaro começou lotear a máquina do Estado com seus apoiadores, ampliando a presença de cristãos neoconservadores no primeiro e segundo escalões do governo. [...] Uma das modificações mais drásticas foi o fim da Secretaria Especial de Políticas para Mulheres (SPM) e a criação do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos [...]. Desde que foi nomeada, Damares vem desenvolvendo uma política de aparelhamento da pasta, escolhendo pastores, e ativistas conservadoras, evangélicas e católicas, para desenvolver políticas públicas para mulheres, indígenas, idosos, crianças, adolescentes e jovens (Biroli *et al.*, 2020, p. 104).

Jinkings (2016 apud Feitosa, 2021) ilustra que o enfraquecimento das ações afirmativas direcionadas à população LGBTI+ no Brasil não começou no Golpe de 2016, nem somente após a instauração do governo Bolsonaro. Obviamente que há um recrudescimento exponencial com a ascensão da extrema-direita no país, mas aqui se percebe que a abertura para essas práticas conservadoras teve início bem antes, já sendo percebido em 2010, no governo Dilma Rousseff (PT) e José Serra (PSDB), alguns gestos significativos em direção aos evangélicos à ala mais conservadora, comprometendo-se a não adotar medidas que afrontassem a família (Feitosa, 2021).

Como ponto importante à época, o autor elucida que:

⁴⁹ O termo neoconservador se caracteriza como um fenômeno que emerge no momento político atual, na racionalidade política que se expressa pela forte regulação da moralidade sexual, como um dos fatores importantes (Biroli *et al.*, 2020).

Depois de eleita, a ex-Presidenta Dilma recuou em algumas políticas públicas LGBTI+ sob pressão das bancadas evangélicas e católicas do Congresso Nacional, cuja maior expressão foi o episódio do veto ao programa “Escola Sem Homofobia” do Ministério da Educação, apelidada pelo então parlamentar do “baixo clero” Jair Bolsonaro de “Kit Gay”. Não bastasse a interdição de uma política educacional necessária, a ex-Presidenta fez uma fala à imprensa desastrosa, afirmando que seu governo “não faria propaganda de opção sexual”⁷. Outros gestos se fariam sentir pelo Movimento LGBTI+ como, por exemplo, a ausência de Dilma na abertura da 2ª Conferência Nacional LGBT, em 2011 (Feitosa, 2021, p. 77).

Assim, ainda segundo o autor, a ação desses grupos conservadores começou a ganhar força — e teve uma péssima reação do governo — possibilitando a reestruturação nas organizações do espaço político, as estruturas relacionais possibilitaram “a alteração do regime político e a mudança na correlação de forças em diferentes subsistemas de políticas públicas, dentre eles o LGBTI+” (Feitosa, 2021, p. 77).

Com as eleições de 2017, cabe reforçar que esse cenário sofre um drástico retrocesso tanto no discurso, como no desmonte dos programas e serviços públicos. Feitosa (2021) aponta que, nos primeiros 100 dias de Governo Bolsonaro, a Aliança Nacional LGBTI+, através de Julian Rodrigues, publicou algumas ações que demonstram como ocorreu a desinstitucionalização das políticas LGBTI+ no Brasil, dentre elas o fim da Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão do Ministério da Educação (SECADI/MEC), órgão que era responsável por políticas educacionais que tratam sobre as questões de gênero e sexualidade e o fim da diretriz de promoção e defesa dos direitos das pessoas LGBTI+ na Medida Provisória que estruturou o novo MMFDH, da Ministra Damares.

A lista compõe dez medidas e declarações do Presidente Bolsonaro e de seus ministros que representam verdadeiros retrocessos, destacando-se alguns, a saber:

1) *Aumento da discriminação e violência verbal e física contra LGBTIs*- Pesquisa aponta que 51% da população LGBTI relata ter sofrido algum tipo de violência; e cerca de 92% acredita que há uma escalada de agressões motivada por sua orientação sexual e identidade de gênero desde outubro do ano passado [...] 3) *Fim da diretriz de promoção e defesa dos direitos da população LGBTI*- A Medida Provisória que mudou as estrutura dos ministérios e criou o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, comandado pela pastora Damares Alves, retirou dos objetivos do novo órgão o tema da cidadania LGBTI: a agenda foi empurrada para dentro do armário. 4) *Fim das campanhas específicas de prevenção às IST/Aids* - A nova orientação do Ministério da Saúde é realizar campanhas genéricas de prevenção às infecções sexualmente transmissíveis e Aids que comprovadamente são ineficientes. Serão desconsideradas as especificidades da população de homens gays e bissexuais, travestis, mulheres LBT e homens trans. A justificativa do novo Ministro é “não ofender as famílias” [...] 8) *Esvaziamento dos espaços de participação social* - o Ministro da Casa Civil já anunciou uma “reestruturação” dos Conselhos

Nacionais que fazem o controle social das políticas de governo. Na prática, já estão sufocando o funcionamento de diversos órgãos e pretendem interferir na composição, até mesmo extinguindo alguns espaços, como foi feito com o Conselho de Segurança Alimentar. O Conselho LGBTI seguirá funcionando de modo independente? O governo Temer havia publicado decreto convocando a 4ª Conferência Nacional LGBTI.9) *Legitimação da violência contra LGBTI* - É conhecida e foi reiterada a oposição de Bolsonaro e seu governo à criminalização da homofobia, lesbofobia e transfobia. A Advocacia Geral da União (AGU), que representa o governo federal, se opôs às ações que correm no STF com o objetivo de equiparar a discriminação à LGBTIs ao racismo e, portanto, criminalizá-las. 10) *Retirada de direitos e discriminação* - o governo Bolsonaro se constitui, em sua essência, com base em uma plataforma anti-direitos humanos e anti-LGBTI. O conjunto das suas ações e declarações, seja antes das eleições, seja nesses 100 dias inaugurais compõe um todo articulado, cuja base é a negação dos direitos civis, políticos, sexuais e reprodutivos de LGBTI – junto com a propagação de ideias discriminatórias, que estimulam a violência simbólica, verbal e física contra milhões de pessoas em virtude de sua orientação sexual ou identidade de gênero (Rodrigues, 2019, n.p.).

Na saúde, um dos principais desmontes, talvez o maior, segundo Feitosa (2021), tenha sido a extinção do Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (CNCD/LGBT), em 28 de junho de 2019, no Dia Internacional do Orgulho LGBTI+, com a publicação do Decreto n.º 9.759.

Com a extinção do Conselho Nacional LGBT pelo Governo Federal ficam mais debilitadas as elaborações, implementações e o controle social das políticas públicas para as pessoas LGBTI+, pois o Conselho era mais que um órgão público de interlocução do governo com a sociedade, mas também representava uma instância de trabalhos de natureza ética para efetivação e institucionalização das políticas públicas, programas e serviços para população LGBTI+ (Feitosa; Santos, 2016).

Das políticas públicas para a população LGBT+, a saúde tem um papel crucial, pois a partir dela programas e serviços são oferecidos em uma proposta de respeito ao princípio da universalidade que se configura com a diretriz que mais caracteriza o Sistema Único de Saúde em sua proposta essencial e em sua concretização no âmbito das instituições de saúde no Brasil. Assim, todos os cidadãos brasileiros devem ter suas necessidades atendidas para que se possa assegurar a efetivação do acesso dentro do sistema público de saúde brasileiro (Mendes, 2001).

No que tange aos aspectos da saúde, é necessário contextualizar que não foram as catástrofes próprias do governo federal que destruíram alguns caminhos já traçados na política de saúde para as pessoas LGTBI+, como houve também, no mundo todo, entre o final de 2019 e início de 2020, uma pandemia global da

Covid-19⁵⁰, um fenômeno iniciado na Ásia, que chegou na Europa e se espalhou pelo planeta.

Dados do Brasil apontam que entre os anos de 2020 até janeiro de 2023, a pandemia matou 697 mil pessoas, cujas mortes ainda são contabilizadas porque o vírus não foi extinto. Houve, no entanto, uma força tarefa internacional entre vários países na corrida pela vacinação para o controle dos sintomas e a diminuição da letalidade da doença. Países como Estados Unidos, Inglaterra e até mesmo o Brasil lideraram pesquisas e montaram serviços para atender os usuários que se amontoavam em UTI's e corpos em *containers*.

Mesmo com o cenário caótico, o governo Bolsonaro proporcionou uma gestão ruínosa da pandemia, um esquema arditamente programado para instrumentalizar o vírus e colocar seu poder destrutivo e mortífero a serviço da imolação/eliminação sumária dos mais vulneráveis (Santos; Oliveira; Cardoso, s.d.).

Enquanto a pandemia arrasta seu manto mortífero, nos porões e gabinetes necrófilos do Palácio do Planalto forças antidemocráticas e à margem do ordenamento jurídico conspiram ativamente nos bastidores para instaurar um estado totalitário. Para alcançar seus intentos, neofascistas e suas milícias digitais não se constringem em tirar proveito de uma tragédia global, propondo ostensivamente que a população desobedeça às recomendações de distanciamento social, expondo assim os mais vulneráveis ao risco de contrair o vírus [...] Tais forças são arregimentadas para extração de gozo de um poder soberano que se alimenta do pacto mefistofélico, cujo triunfo maior é distribuir sentenças de vida e morte. Nos dias de pandemia, isso significa decidir quem terá acesso privilegiado a um leito de terapia intensiva, a um teste para diagnóstico da Covid-19, a Equipamentos de Proteção Individual (EPI), à água encanada para lavar as mãos regularmente. Significa, portanto, ampliar o poder de pontificar sobre a vida e a morte ao sabor de uma ideologia que venera a morte e suas vivandeiras alvoroçadas, excitadas pela nostalgia do autoritarismo (Santos; Oliveira; Cardoso, s.d, p. 3).

O contexto da Pandemia trouxe o que, até então, não se tinha visto na contemporaneidade em âmbito global: o isolamento social⁵¹. A pesquisa de Santos, Oliveira, Cardoso (s.d) parte do pressuposto que o impacto dessa nova realidade, criada a partir da pandemia com as medidas de distanciamento social, é mais

⁵⁰ “A COVID-19 é uma doença infectocontagiosa causada pelo coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV-2), do inglês *severe acute respiratory syndrome-associated coronavirus 2*” (Brito *et al.*, 2020, p. 1). O coronavírus 1 “inicialmente isolado em 1937, ficou conhecido em 2002 e 2003 por causar uma síndrome respiratória aguda grave no ser humano denominada SARS” (Brito *et al.*, 2020, p. 1).

⁵¹ Dentre as medidas de isolamento social usadas no Brasil, “o lockdown (bloqueio total) imposto através de lei ou decisão judicial, todas as entradas de um perímetro específico (seja município, estado ou país) são bloqueadas por profissionais da segurança, e todos os cidadãos, com exceção daqueles que estão exercendo serviços essenciais, são proibidos de entrar ou sair do perímetro delimitado, interrompendo-se as atividades por um curto período de tempo. O Estado do Maranhão foi o primeiro a decretar a medida, decisão, tomada por ação do Ministério Público do Maranhão (MPMA) e, posteriormente, acatada pelo governador Flávio Dino (PCdoB-MA)”. Disponível em: <https://www.politize.com.br/lockdown-no-maranhao/>.

problemática e cruel para as camadas submetidas a processos de vulnerabilização, como as pessoas trans, considerando o cenário misógino, racista e LGBTIfóbico contemporâneo.

Ainda segundo os autores, os dados da ANTRA (2020) trazem que houve, durante a pandemia, um aumento no número de casos de assassinatos de pessoas trans em relação ao ano de 2019. Outrossim, foi a entrevista à ONU Mulheres Brasil, da Secretária de Articulação Política da ANTRA que avaliou a pandemia, observando o aumento da insegurança socioeconômica na população trans.

A maioria são negras, pobres e periféricas, semianalfabetas; muitas não têm sequer cadastro nas organizações governamentais para algum tipo de benefício, como cadastro único, por exemplo; muitas não têm documentação; têm dificuldade de fazer documentação e acessar as políticas públicas de assistência (ONU Mulheres Brasil, 2020 apud Santos; Oliveira; Cardoso, s.d, p. 4).

Com o avanço da pandemia e a política genocida do governo Bolsonaro, além do desaparecimento do Estado e o desarme das políticas sociais, a população foi empurrada de volta ao mapa da fome, de onde havia saído em 2014. Dados do Senado Federal⁵² assinalam que, no ano de 2022, o Segundo Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia de Covid-19 no Brasil apontou que 33,1 milhões de pessoas não têm o que comer no país; o que representa 14 milhões de novos brasileiros em situação de fome. Conforme o mesmo estudo, mais da metade (58,7%) da população brasileira convive com a insegurança alimentar em algum grau: leve, moderado ou grave.

As problemáticas trazidas pela Covid-19 e a má gestão na condução sanitária — desde a demora na compra de vacinas, a falta de incentivo às pesquisas nacionais, o negacionismo à ciência, a divulgação de protocolos falsos e o incentivo à cultura antivacina ajudaram a camuflar as investidas no rombo aos cofres públicos e o esvaziamento das políticas públicas por falta de investimento e financiamentos — com a desculpa dos grandes gastos gerados pela pandemia.

O Sistema Único de Saúde, ainda que tenha todas os artifícios de enfraquecimento, como o congelamento dos gastos na saúde, conseguiu de forma aguerrida responder à população brasileira, concentrando esforços no combate à pandemia. No entanto, sem o suporte necessário, muitos serviços e programas tiveram suas atividades paralisadas — alguns pela própria política de isolamento e

⁵² Fonte: Agência Senado. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/infomaterias/2022/10/retorno-do-brasil-ao-mapa-da-fome-da-onu-preocupa-senadores-e-estudiosos>. Acesso em:

medo das pessoas frequentarem espaços de saúde e outros pelo fechamento por falta de recursos —, a exemplo dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)⁵³, que tiveram seus recursos e credenciamentos cortados pelo Ministério da Saúde em 2020.

No que concerne à população LGBTI+, segundo dados do Conselho Nacional⁵⁴ de Saúde, esse novo contexto trouxe novos reordenamentos para esse público. As medidas de isolamento social levaram um desafio gigantesco para as mulheres e os LGBTI+ que sofrem violência intrafamiliar, uma vez que a medida obrigava as pessoas a ficarem durante longos períodos em casa. Com isso, os números de feminicídio e transfeminicídio aumentaram em vários estados brasileiros.

No Estado do Mato Grosso, por exemplo, foram registradas 160 ocorrências de crimes contra LGBTs entre janeiro e agosto de 2020, conforme dados do Grupo Estadual de Combate aos Crimes de Homofobia (GECCH), divulgados pela Secretaria de Estadual de Segurança Pública (SESP-MT). Se comparado com o mesmo período de 2019 – que teve 77 boletins – o número aumentou em 108%. O fato é que o reconhecimento pelo Supremo Tribunal Federal (STF) da lgbtfobia como crime de racismo, possibilitou acreditarmos no aumento da procura por equipamentos de segurança para denunciar as violências que sempre existiram (Conselho Nacional de Saúde, 2021).

Outro dado importante identificado pelo Conselho Nacional de Saúde foi quanto às dificuldades de acesso da população LGBTI+ aos serviços e procedimentos de saúde em vários estados, logo:

incidimos politicamente junto a gestores e fomentamos o controle social para que a saúde integral da população LGBT+ não fosse prejudicada. Mas sabemos que em muitos lugares a desassistência venceu, e acompanhamos pelas redes sociais muitos casos de depressão, tentativas de suicídio e até novas infecções e condições crônicas (Conselho Nacional de Saúde, 2021).

No que diz respeito à saúde das pessoas trans, segundo o DataSus, coletado pela Revista Gênero e Número⁵⁵, o número de atendimentos realizados pelo “Processo Transexualizador” no SUS teve uma queda drástica, com a diminuição de 70% das cirurgias e de 6,5% das terapias hormonais, comparando-se ao ano anterior;

⁵³ “O NASF foi criado em 2008, segundo informações do site do Ministério da Saúde, para consolidar a atenção primária, promovendo a atuação integrada entre médicos, enfermeiros e profissionais das mais variadas especialidades, como acupunturistas, assistentes sociais, psicólogos, homeopatas, fonoaudiólogos e nutricionistas. O trabalho interprofissional se dá nas discussões de casos clínicos, atendimento compartilhado – tanto na unidade de saúde, como nas visitas domiciliares – e construção de projetos terapêuticos”. FIOCRUZ. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/o-fim-do-modelo-multiprofissional-na-saude-da-familia>. Acesso em: 11 dez. 2022.

⁵⁴ Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1640-artigo-pandemia-lgbtfobia-e-os-impactos-das-negligencias-do-estado-para-esta-populacao>. Acesso em: 12 dez. 2022.

⁵⁵ Disponível em: <https://www.generonumero.media/reportagens/saude-trans/>. Acesso em: 15 jan. 2023.

dados coletados até novembro de 2020. Se comparados a 2019, o número de cirurgias foi de 133 e 3.910 tratamentos hormonais, enquanto o ano de 2020 registrou 38 cirurgias e 3.653 terapias hormonais.

O trabalho de Santos, Oliveira, Cardoso (s.d) traz que um dos participantes da pesquisa cita um homem trans de 21 anos, que estava transicionando, e teve que parar o uso dos hormônios e as consultas porque ficou desempregado; assim, com a perda da renda, não pôde prosseguir com o processo.

A Revista Gênero e Número traz em sua matéria denúncias de usuários e profissionais de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de Santa Cecília, no Estado de São Paulo, na gestão Bruno Covas, que traduz uma parte significativa da realidade enfrentada pelas pessoas trans que buscam os serviços de saúde no país. A Unidade que atende cerca de mil pessoas trans pelo seu programa de hormonioterapia, uma das principais unidades que fornecem esse atendimento especializado na capital paulista, teve sua gestão entregue ao Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde (Iabas) investigada por desvio de verba pública. As denúncias apontam que os “são profissionais muito ruins, sem a menor experiência” e que a “mudança de gestão colocou em risco a continuidade do programa, e médicas que já realizavam esse atendimento foram pressionadas e ameaçadas de serem removidas da unidade de saúde” (Revista Gênero e Número, s.d.).

As Deputadas Erika Hilton⁵⁶ e Duda Salabert figuram como as primeiras parlamentares trans do país, com representação legítima na Câmara. A primeira como vereadora da maior cidade brasileira, a capital paulista, e a segunda como vereadora de Belo Horizonte. Com foco nas políticas públicas que pautem as particularidades não somente da população LGBTQI+, mas igualmente de pessoas negras, pobres, das minorias sociais. A saúde ocupa um lugar de destaque em suas listas de prioridades, enquanto política nacional e que precisa garantir saúde integral também a população de trans e travestis, com atenção as suas particularidades, o que requer diálogo, construção de consensos para dar seguimento a pautas importantes.

Pessoas trans são pessoas e também precisam de acompanhamento de todos os parâmetros de saúde, como qualquer um. Mas por conta da transfobia estrutural, acabamos sendo afastadas do consultório médico. Um

⁵⁶ Erika Hilton é vereadora eleita da cidade de São Paulo. Negra e transvestigênera, foi a mulher mais bem votada em 2020 em todo o país, a mais votada do PSOL e é a primeira trans eleita para a Câmara Municipal paulistana, com mais de 50 mil votos. Fonte: Câmara Municipal de São Paulo. Disponível em: <https://www.saopaulo.sp.leg.br/vereador/erika-hilton/> Acesso em: 25 jan. 2023.

exemplo: no cadastro de pacientes de ginecologia feito pelo SUS, só é possível assinalar sexo feminino, ou seja, o SUS não reconhece os corpos dos homens trans como pacientes do serviço de ginecologia, e é profundamente transfóbico para uma pessoa trans ter que declarar outro gênero que não é aquele com o qual se identifica, então, esses homens às vezes passam a vida inteira sem esse acompanhamento” (Revista Gênero e Número, s.d.).

Pode-se dizer que, juntas, elas ecoam vozes de milhares de outras pessoas trans silenciadas ao longo da história, que tiveram e ainda têm direitos sonegados, situação complexificada nesta conjuntura de desmontes das políticas públicas do estado brasileiro, com a progressão da terceirização, flexibilização, privatização do SUS e correspondentes rebatimentos na saúde da população LGBTI+, bem como em seus espaços de disputa, em suas famílias, no trabalho e nas ruas.

A citação acima, explicita como o princípio da universalidade é fundamental no SUS, motivo pelo qual a luta em sua defesa totalmente estatal e de qualidade precisa ser fortalecida para enfrentar as adversidades, desmontes, sucateamentos, desfinanciamentos, cancelamentos, descredenciamentos, bem como todas as formas de limitar a política de saúde enquanto uma política pública. A partir desse princípio, a política de saúde é para todos, todas e todes os sujeitos, sem distinção. Imprescindível para que o acesso consiga chegar até os mais longínquos territórios, oferecendo suporte e assistência. Defender o SUS e se contrapor a essa política nefasta de minimização do Estado em prol da privatização, do lucro e da exclusão, é tarefa de toda a sociedade.

4 O PRINCÍPIO DA UNIVERSALIDADE E O DIREITO À SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTI+ EXPERIENCIADO PELO AMBULATÓRIO DE SEXUALIDADE NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFMA

As configurações até aqui elencadas permitem a imersão no universo da pesquisa, que se centraliza na análise sobre o princípio da universalidade de acesso ao SUS mediante o direito à saúde da população LGBTI+, a partir da experiência do ambulatório de sexualidade do Hospital Universitário da UFMA, no atendimento ambulatorial realizado com pessoas Trans, iniciado em 2016. Neste capítulo, serão elucidadas as questões norteadoras levantadas entre os usuários do serviço e os profissionais que compõem a equipe do ambulatório de forma que, a partir dos dados apresentados e dos discursos proferidos, permitiu a reflexão sobre a efetivação do princípio da universalidade no SUS e da materialização do acesso à saúde como direito fundamental a partir da vivência de uma população marcada pela exclusão e pela negação de direitos.

Para imergir no cenário da pesquisa, fez-se necessário conhecer brevemente a realidade que cerca a população maranhense, os elementos sociodemográficos, culturais, educacionais e econômicos, para que se pudesse analisar os aspectos postos no contexto de vida dos sujeitos da pesquisa de modo a apreender se estão ou não relacionados à negação de acesso aos serviços de saúde, a qualidade de vida, a ausência de políticas públicas e direitos sociais.

Segundo IBGE, o Maranhão apresenta um rendimento mensal domiciliar per capita de 814,00 reais, ocupando o 27º lugar dentre os Estados do Brasil. Uma das ferramentas de suporte social importantes nesse processo, foram os Programas de Transferência de Renda, unificados e aprimorados a partir dos governos presidenciais Lula (2003 a 2011) e Dilma Rousseff (2011 a 2016).

Dentre os Programas de Transferência de Renda, sobressaem-se o Benefício de Prestação Continuada (BPC)⁵⁷, o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) e o Programa Bolsa Família (PBF), cuja finalidade principal é atuar no combate à fome, reduzir a mortalidade infantil, erradicar o trabalho infantil degradante,

⁵⁷ O Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC) é destinado a idosos (a partir de 65 anos) e pessoas com deficiência em qualquer idade, com rendimento domiciliar per capita inferior a 1/4 de salário mínimo.

assegurar serviços de proteção à população mais vulnerável à exclusão social e erradicar a extrema pobreza (Brasil, 2008).

Nessa esfera, vale ressaltar a relevância do Programa Bolsa Família no enfrentamento as desigualdades socioeconômicas no Brasil, em especial, na realidade maranhense. Criado em 2003, o Bolsa Família apresenta destaque expressivo no cenário de combate à extrema pobreza e a fome no país. Segundo Silva (2007), o Bolsa Família foi considerado um marco inicial para a implantação de uma renda mínima de cidadania para os brasileiros. Seu objetivo central era combater a fome, a pobreza e as desigualdades sociais a partir da transferência de um benefício com recursos financeiros associados às garantias essenciais, como o acesso aos direitos basilares de saúde, educação, assistência social e segurança alimentar, permitindo a inclusão social com vistas à emancipação das famílias beneficiárias, possibilitando-lhes a construção de meios e condições de saída da situação de “vulnerabilidade” social.

Os impactos do PBF também puderam ser vistos na educação, embora de forma lenta. A frequência escolar mínima de 85% da carga horária mensal de crianças e adolescentes de 6 a 15 anos das famílias beneficiárias pelo programa era critério importante para a manutenção do benefício; suporte para a permanência de crianças e adolescentes nas escolas, esforço para diminuir a taxa de analfabetismo da população brasileira e combater a evasão escolar.

Dados do ano de 2012 do IPEA indicam que a taxa de analfabetismo do Maranhão era 19,09% entre pessoas com 15 anos ou mais — maior que o da região nordeste de 18,70%. Uma taxa menor se observados os anos anteriores, que registram entre 2001 e 2009 taxas de analfabetismo equivalentes a 23,4% e 19,1%, respectivamente. Equiparando-se os dados entre as regiões urbanas e rurais, a taxa de analfabetismo passou de 34,7%, em 2001, para 33% em 2009. O IPEA mostra que houve tendências de queda mais intensas nas zonas rurais, no entanto os índices nessas regiões ainda permanecem alarmantes.

Os dados referentes as matrículas no Ensino Fundamental no Estado indicam uma queda entre os anos de 2008 e 2021, de 1.413. 356 foi para 1.112.636 matrículas. As demais registradas em 2021 são referentes ao Ensino Médio, com 279.213 matrículas e pré-escola com 209. 723, que apresentam uma linearidade entre os anos de 2008 e 2021.

A evasão escolar segue como problemática grave na realidade maranhense. Em 2019, o Maranhão aparecia com 16,6% das pessoas entre 25 anos ou mais que não haviam concluído a educação básica, o que corresponde a cerca de 661 mil maranhenses. Já em relação ao analfabetismo, têm-se que em 2012, esta era de 19,09% como mencionado anteriormente. Já o ano 2019 apresentou o índice de 15,6% entre pessoas de 15 anos ou mais.

Nos quesitos trabalho e renda, em 2020, o IBGE informava que São Luís demonstrou salário médio mensal dos trabalhadores formais de cerca de 3,1 salários mínimos. No entanto, a proporção de pessoas trabalhando em relação à população total era de 33,5%. Além disso, considerando os domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, esse número vai para 38,8% da população.

Outro marcador social importante, conforme o Censo de 2010, refere-se à política de saúde, que apresentava indicadores ainda mais preocupantes para o Maranhão. Dentre os estabelecimentos de saúde — da administração pública e privada — o Estado possuía um quantitativo de 2.621 unidades de saúde em seu território enquanto o Estado de São Paulo detinha 14.215 unidades de saúde (que certamente deve ter apresentado alterações nos últimos anos). Ao comparar um dos serviços de saúde mais importantes nos Estados, a Urgência e Emergência, por exemplo, o Maranhão dispunha de apenas 273 unidades, ao passo que São Paulo contava com 1.240 unidades em seu território.

Segundo o mesmo Censo, na disposição dos estabelecimentos de saúde no Estado, a capital São Luís concentrava uma parte significativa de unidades, com um número de 283 estabelecimentos de saúde, seguida do município de Imperatriz — a segunda maior cidade do Estado — com 153 unidades. Isso denota outra problemática impactante: a centralidade de serviços de saúde na capital, sobretudo, serviços especializados de alta complexidade. Esse fator é determinante para um intenso deslocamento de pessoas de suas regiões para acessar serviços de saúde na capital ou em municípios distantes; reflexo da má distribuição dos serviços nos municípios e das fragilidades severas na atenção básica.

Na separação desses estabelecimentos entre unidades da administração privada e pública, dentre as 283 unidades de saúde em São Luís, 71 unidades eram da esfera administrativa pública, enquanto 212 unidades eram da esfera administrativa privada. Configuração que sofre alteração quando se avalia esses

serviços na extensão do Estado, onde as unidades são majoritariamente da administração pública. Dos dados encontrados, grande parte dos estabelecimentos e leitos geridos pela administração privada tem relação com o SUS direta ou indiretamente, seja por convênio, cofinanciamento, judicialização da saúde e acordos administrativos. Não fica claro nos resultados disponibilizados pelo IBGE essa relação.

Esse processo retoma a discussão sobre a vertente privatista, contrária aos ideais da Reforma Sanitária, que avança sobre o SUS desde a sua formação. Suas manifestações podem aparecer de forma acintosa, por meio das Organizações Sociais (OS) e das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), que, conforme Bravo (2011), pretendem transformar a gestão pública a partir dos anos 90, com a Reforma Gerencial do Estado, responsável por um novo padrão de intervenção estatal, cujo marco norteador tem por base os modelos administrativos de gestão de empresas privadas, visando a melhoria na qualidade dos serviços prestados à população com a falsa ideia de superioridade do privado sobre o público.

Nesse sentido, a saúde deixa de ser um direito público garantido pelo Estado com a transferência de suas responsabilidades para a iniciativa privada. Aspectos que trazem inseguranças para os usuários e para os trabalhadores da saúde:

(...) as OS, OSCIP e Empresas Públicas de Direito Privado, representa a investida privatista sobre as políticas sociais, em que conferem aos serviços públicos características que até então eram intrínsecas à iniciativa privada, dentre elas, a perda da estabilidade, carga-horária de trabalho elevada, estabelecimento de metas, sobrecarga de trabalho [...] Todos esses elementos permitem concluir que no atual estágio do capitalismo, o trabalho vem passando por um processo de precarizações, que é facilitado pela adoção das privatizações (Silva, 2021, p. 48).

O apelo gerado pelas OSCIPs na sociedade tem como pauta central a enganosa imagem de “solidariedade” e “cooperação voluntária”, vistas como ações de responsabilidade social, o que resultou na crescente expansão de parcerias entre o Estado e as entidades não-governamentais a partir dos anos 90 na gestão de serviços públicos. No Maranhão, o processo de implementação das OSs e OSCIPs se inicia com a publicização⁵⁸ da gestão do Hospital Dr. Carlos Macieira⁵⁹ com os serviços da Pró- Saúde, em 1997 (Pessoa, 2014). A partir de então, iniciou-se a

⁵⁸ O processo de publicização pauta-se, sobretudo, no discurso ideológico da parceria entre Estado, sociedade e da participação da sociedade civil no controle e gestão das políticas sociais, haja vista que as organizações sociais fazem parte do terceiro setor (Pessoa, 2014, p. 22).

⁵⁹ O Hospital Dr. Carlos Macieira fazia parte dos serviços dispostos aos servidores do Estado do Maranhão, a partir da organização previdenciário de Regime Próprio dos Servidores do Estado, pertencente ao Instituto de Previdência do Estado do Maranhão – IPEM.

pulverização de OSCIPs na gestão dos Hospitais, Unidades de Pronto Atendimento, Policlínicas e serviços de saúde diversos em todo Estado do Maranhão.

Outra manifestação das investidas privatistas na saúde impulsionadas pelo próprio Estado foi a criação de uma empresa estatal própria, em 2015, no governo Flávio Dino, implementada pela Lei Estadual n.º 9.732, a Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares (EMSERH)⁶⁰; empresa pública, de personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, a qual foi originada com a finalidade de gerir os serviços hospitalares do Estado.

A EMSERH faz parte de uma conjuntura macro, iniciada em 2011, na gestão do governo Lula, com a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), a qual integra um conjunto de medidas adotadas pelo Governo Federal para a reestruturação e a administração dos hospitais vinculados às instituições federais de ensino superior no país.

A partir de então, conforme Silva (2021), foi inaugurado dentro dos hospitais universitários uma lógica empresarial que inclui ações administrativas que impõem diretrizes de mercado que visam produção e metas, incomuns no universo das políticas públicas como um todo, renunciando ao objetivo central da política de saúde e se submetendo às ideias do mercado. Com o passar dos anos, as OS, as OSCIPs e as Fundações Estatais de Direito Privado conseguiram uma centralidade expressiva em meio à gestão dos serviços de saúde em todo o país; fato que consolida a política de saúde como a instância principal mais afetada pelas linhas de execução da reforma regencial do Estado.

A institucionalização da EBSERH envolveu um percurso histórico demarcado por ações que tinham como objetivo alterar os processos de gestão dos HUs. Como pauta principal, apareciam os altos custos dos HUs sem levar em consideração a densidade dos atendimentos realizados por eles. Posteriormente, o Governo Federal iniciou uma série de medidas postas no Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), que tinha como objetivo “melhorar” a organização dos HUs, com o cofinanciamento entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Os relatórios situacionais dos HUs exigidos pelo REHUF apontaram para questões relacionadas aos vínculos empregatícios não uniformizados, com o

⁶⁰ A EMSERH chegou a coordenar 70% das unidades de saúde na grande São Luís, segundo dados disponíveis no site da empresa.

predomínio de funcionários terceirizados vinculados às fundações de apoio das universidades, além de contratações irregulares (Silva, 2021).

Vale ressaltar que a implementação da EBSEH foi recebida com severas críticas e manifestações da comunidade acadêmica, das frentes de defesa do SUS, dos trabalhadores da saúde e dos segmentos da sociedade em geral que se manifestaram em todo o país.

Em 2013, foi realizado um plebiscito nacional para levantamento de assinaturas contrárias à implementação da EBSEH. Manifestações foram registradas em vários Estados. Nesse mesmo ano, o Sindicato dos Trabalhadores em Educação da Universidade Federal Fluminense, o SINTUFF, realizou um ato em Brasília contra a implementação da EBSEH no país.

No Maranhão, o plebiscito⁶¹ realizado na UFMA, coordenado pela APRUMA e pela Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, ocorreu no dia 29 de abril de 2013. Na apuração, foram contabilizados 1987 votos totais: destes, 1897 (95,47%) foram votos contrários e 90 (4,53%) foram votos a favor. A adesão da UFMA à EBSEH foi aprovada sem debate nem apreciação em dois colegiados superiores: Conselho de Administração (Consad) e Conselho Universitário (Consun). A luta contra a adesão da EBSEH ocorre em várias universidades brasileiras sob a coordenação da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde. Segundo a interpretação da Frente, a implantação da EBSEH significa abrir os Hospitais Universitários a um modelo de gestão privado que contraria os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)

Mesmo com toda reivindicação e força exercidas contra a EBSEH, sua implementação logo se espalhou pelo Brasil, iniciado pela Universidade Federal do Piauí (UFPI), a primeira instituição a contratar a EBSEH para administrar seu Hospital Universitário (Sintufes, 2013).

No que se refere às configurações do HUUFMA, sua composição é dada pela Unidade Presidente Dutra, inaugurado em 28 de julho de 1961 e pela Unidade Materno Infantil, fundada em 05 de agosto de 1984. Ambas pertenciam ao Instituto Nacional da Assistência Médica e da Previdência Social – INAMPS, cedido para a administração da UFMA, em 17 de janeiro de 1991, devido à necessidade emergente da região, bem como pelo processo de extinção do INAMPS.

⁶¹ Resultados do Plebiscito sobre a EBSEH na UFMA. Disponível em: <https://www.contraprivatizacao.com.br/2013/04/>. Acesso em: 05 ago. 2023.

Segundo informes do portal da EBSEH, o HUUFMA dispõe de 554 leitos. Na Unidade Presidente Dutra são ofertados serviços assistenciais em Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Ambulatórios Especializados, Neurocirurgia, Traumato-ortopedia, Obesidade, Transplantes, Hemodinâmica, UTI Geral e Cardíaca, Litotripsia e Terapia Renal Substitutiva (TRS). Na Unidade Materno Infantil funcionam a 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, SPA Pediátrico, Imunização e Doenças Infecções parasitárias. No HUUFMA são realizadas, em média, 13.250 cirurgias por ano e 210.850 consultas ambulatoriais, segundo o portal da EBSEH.

A EBSEH refere ainda que o HUUFMA também conta com centros de pesquisa como: o Centro de Pesquisa Clínica (CEPEC), um laboratório de investigação para ensaios clínicos de novas drogas e dispositivos promissores; Banco de Tumores e DNA do Maranhão (BTMA), que faz parte da Rede Brasileira de Banco de Tumores, com coleta e armazenamento de órgãos humanos e tecidos para a investigação e mapeamento do câncer; Laboratório de Genoma e Histocompatibilidade (LEGH), que desenvolve pesquisas em várias áreas de Biologia Molecular e Genética; e o Centro de Prevenção de Doenças Renais (CPDR), o qual investiga métodos de prevenção de doenças renais nos diferentes grupos da população.

Além disso, contam com núcleos anexos como: o Núcleo do Fígado, Serviço de Urologia - Litotripsia e Análises Clínicas; Programa de Assistência ao Paciente Asmático e Ambulatório de Dor Crônica; Núcleo de Atenção a Obesidade e Cirurgias Bariátricas; Centro de Olhos e Anexo Lilian Flores, onde funcionam serviços de Geriatria e o Ambulatório de Sexualidade, cerne principal desta pesquisa.

4.1 Aspectos sociopolíticos da implantação do Ambulatório de Sexualidade do Hospital Universitário da UFMA

Dentre os aspectos sociopolíticos importantes nesse processo, vale um breve recorte sobre a realidade e conquistas das pessoas LGBTI+ no Estado do Maranhão. Conforme dados do Observatório de Políticas Públicas LGBTI+ do Maranhão, há legislações maranhenses para população LGBTI+ importantes que só aparecem no cenário de lutas do movimento LGBTI+ do Estado, devido ao protagonismo como os

do Grupo Gayvota, fundado em 2003, o Conselho Estadual LGBTI+, o Fórum Estadual LGBTI+, Associação Maranhense de Travestis e Transexuais (AMATRA), o Observatório de Políticas Públicas LGBTI+ do Maranhão principalmente.

Foi de forma coletiva que legislações foram construídas. Destacam-se, como exemplo, a Portaria n.º 34/2021/FUNAC que dispõe sobre adolescentes LGBTI no Sistema Socioeducativo; Portaria n.º 22/2014 que cria o Comitê Estadual de Enfrentamento à LGBTI+; Portaria n.º 41/2014 - SEJAP, que dispõe sobre o acolhimento e visita íntima de LGBTI+ privado de liberdade; Portaria n.º 442/2012, que refere o uso de nome social; Resolução n.º 03/2013 do Núcleo da Mulher e LGBTI+ da DPE; Decreto n.º 37.697/2022, que institui a Rede Estadual de Promoção, Defesa e Proteção e de Articulação de Políticas Públicas para LGBTI+ no Estado do Maranhão; ATO n.º 312020, o qual cria no âmbito do Ministério Público do Estado do Maranhão, o Núcleo de Promoção da Diversidade (NUDIV); Portaria Conjunta SEDIHPOP/SEDUC nº 002, referente ao uso de nome social nos registros escolares da educação básica do Estado, dentre outras legislações.

Com relação à violência na realidade maranhense, o Boletim da Violência Letal LGBTI+ do Maranhão do ano de 2021, do Observatório de Políticas Públicas LGBTI+ do Maranhão, denunciou 15 vítimas da LGBTIfobia no Estado sem perder de vista as subnotificações. A violência letal pode ser definida como mortes violentas intencionais, que inclui a prática de assassinatos contra pessoas LGBTI+ e os suicídios consumados no Boletim. Desse modo, dentre os 15 casos mencionados, 13 foram casos de homicídio (87%) e 2 casos de mortes por suicídio (13%). A tipificação da violência letal por gênero e orientação sexual apresenta 67% de pessoas gays, 27% de pessoas travestis e transexuais e 6% de bissexuais. Em relação ao perfil socioeconômico das vítimas, constatou-se que 80% foram de pessoas pobres; além disso, 80% das pessoas eram negras e pardas (Observatório de Políticas Públicas LGBTI+ do Maranhão, 2022).

Já em 2022, o Boletim de Violência Letal da População Trans e Travesti do Observatório apresenta seis vítimas, cuja tipificação são de cinco homicídios (83%) e um suicídio (17%), com casos ocorridas em São Luís (três casos), Raposa (um caso), Serrano do Maranhão (um caso) e Timon (um caso). O perfil das vítimas dispõe de duas mulheres Trans e quatro Travestis (Observatório de Políticas Públicas LGBTI+ do Maranhão, 2022).

Para o enfrentamento dessa realidade a partir de mecanismos de acesso a serviços essenciais como a saúde, no Estado do Maranhão, duas iniciativas são protagonistas na garantia de direitos de pessoas Trans no Estado: o Ambulatório de Sexualidade do Hospital Universitário da UFMA e o Ambulatório Sabrina Drumond, na Policlínica do Cohatrac.

O Ambulatório Sabrina Drumond foi criado pelo Governo do Estado, em 2022, através da Secretaria de Estado da Saúde (SES), que disponibiliza atendimento ambulatorial para as pessoas Trans pela Rede Estadual. Conforme o Portal da EMSERH⁶², a finalidade principal do Ambulatório é atender as pessoas Trans, identificar suas demandas e garantir o acesso ao serviço, com respeito à identidade de gênero, uso do nome social nas etiquetas e portuários, com atendimentos voltados a pessoas maiores de 18 anos. A composição da equipe multiprofissional é composta por psiquiatra, endocrinologista, psicólogos, assistente social, enfermeiros e fonoaudiólogos; além disso, há também duas pessoas Trans como recepcionistas.

Conforme acompanhamento e protocolo de atendimento, as pessoas assistidas poderão fazer uso de hormônios que serão dispensadas e acompanhadas pela unidade. Assim como muitas conquistas da população LGBTI+, com o Ambulatório Sabrina Drumond não seria diferente, sua implementação nasce a partir das lutas e pressão dos movimentos organizados, os quais envolvem o protagonismo de pessoas Trans no Maranhão. As reivindicações incluíram o nome do ambulatório, uma vez que Sabrina Drumond foi militante e fundadora da Associação de Travestis e Transexuais do Maranhão (ATRAMA); marco importante pela luta e pela visibilidade das pessoas Trans no Estado do Maranhão. Sabrina foi assassinada em 2009.

O Ambulatório de Sexualidade do Hospital Universitário da UFMA, ambiente desta pesquisa, constitui-se como um dos serviços de Alta Complexidade disponíveis à população de São Luís e de todo Estado do Maranhão. Atualmente, funciona no anexo Lilian Flores, próximo às unidades Presidente Dutra e Materno Infantil, localizado na região do centro de São Luís.

O surgimento do Ambulatório de Sexualidade, segundo informações do portal da EBSEH⁶³, deu-se mediante a necessidade de acolher pacientes do Ambulatório

⁶² Informações retiradas do site da EMSERH. Disponível em: <http://www.emserh.ma.gov.br/governo-implanta-servico-de-ambulatorio-para-atendimento-a-pacientes-travestis-e-transexuais/>. Acesso em: 07 mai. 2023.

⁶³ Ver publicação completa. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hu-ufma/comunicacao/noticias/ambulatorio-de-sexualidade-atende-pessoas-em-transicao-de-genero>. Acesso em: 9 jun. 2022.

de Ginecologia com queixas oriundas de disfunções sexuais, observados a partir da especialidade clínica da ginecologista, também sexóloga⁶⁴. Houve também uma solicitação da Defensoria Pública do Estado do Maranhão para o atendimento de pessoas Trans, baseada na Portaria do Ministério da Saúde n.º 2.803, de 19 de novembro de 2013, que redefine e amplia o acesso ao "Processo Transexualizador" no Sistema Único de Saúde, na modalidade ambulatorial e hospitalar (Ebserh, 2018).

Portanto, o serviço atende casais, homens com problemas de disfunção erétil e pessoas Trans. Anteriormente, os atendimentos eram realizados na sala de Planejamento Familiar, no Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do Materno Infantil, com atendimentos individuais ou por casal, com orientações que abordam a questão sexual, o corpo da mulher e do homem, a resposta sexual humana etc. Desse modo, o serviço ambulatorial é realizado por meio do atendimento da equipe multiprofissional composta pela Psiquiatria, Endocrinologia, Ginecologia, Serviço Social e Psicologia.

Atualmente, o Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA atende em demanda espontânea a qualquer pessoa que busque o serviço. O acompanhamento ambulatorial é realizado com pessoas Trans a partir de 18 anos, levando em consideração os fluxos de acesso da unidade. Conforme Pereira e Soares (2019), o trabalho ofertado à população Trans no HUUFMA consiste em atendimentos ambulatoriais na modalidade individual e em grupos. Segundo as autoras, em 2019, existiam dois grupos com uma média de 15 participantes cada, nos quais eram realizadas reuniões uma vez por mês para tratar de assuntos variados, escolhidos previamente pela equipe, com base nas demandas e inquietações trazidas pelas pessoas Trans.

A formação dos grupos se apresentava em rodas de conversa, conduzidas por um profissional que desenvolvia o tema escolhido de várias formas, tais como envolvendo a fala, a escrita ou desenhos com o protagonismo das pessoas Trans, cujo objetivo era a aproximação usuário-profissional, a exposição de opiniões e experiências cotidianas. Além disso, dentre os temas abordados estavam a sexualidade, a mente, o corpo, o mercado de trabalho, as perspectivas para o futuro, a visibilidade, os relacionamentos afetivos e familiares, dentre outros (Pereira; Soares, 2019).

⁶⁴ A sexologia desenvolve um trabalho que atravessa as questões psicológicas e orgânicas.

O fluxo de atendimento do Ambulatório de Sexualidade se inicia pelo acolhimento do Serviço Social. Nesse momento, são percebidas as expectativas, as buscas dessas pessoas, se há desejo apenas pela hormonioterapia⁶⁵ ou se há interesse nas cirurgias. A partir desse primeiro momento, é ressaltado, pela Assistente Social, a necessidade de um acompanhamento multiprofissional. Após o acolhimento, o serviço social realiza o acompanhamento social com atendimentos semanais às quartas-feiras, exclusivamente no Ambulatório de Sexualidade e em demanda espontânea, durante a semana, na sala do Serviço Social no Ambulatório de Ginecologia e Pediatria na Unidade Materno Infantil. Logo após o atendimento do Serviço Social, são encaminhados para a ginecologia, a psicologia e a psiquiatria que encaminham juntos as pessoas para o acompanhamento da endocrinologista.

Mesmo com o serviço iniciado em 2016, o HUUFMA ainda não possui habilitação para a realização do “Processo Transexualizador”, conforme preconiza a portaria normativa do Ministério da Saúde, que estabelece o acompanhamento ambulatorial por dois anos e, se desejado pelo usuário em acordo com equipe, a realização das cirurgias de modificações corporais. O atendimento feito pelo Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA está centrado nas demandas de consultas ambulatoriais e atendimentos em grupos. No entanto, os encaminhamentos para cirurgias no HUUFMA, ou para outras unidades do Brasil, não são feitos, tampouco a dispensação dos hormônios e bloqueadores, que são custeados pelos próprios usuários. Além disso, não foram encontrados dados registrados do quantitativo de pessoas Trans atendidas pela unidade ou que estejam em acompanhamento no serviço.

O cenário sociopolítico de implementação do Ambulatório de Sexualidade no HUUFMA traz importantes ressalvas a se considerar. Entre os anos de 2016 e 2020, transitou na conjuntura política brasileira o fim do governo Dilma com o Golpe de 2016, e a formação dos governos subsequentes de Michel Temer (2016 a 2019), que movimentou as performances políticas para a eleição de Jair Bolsonaro, em 2018, como já evidenciado aqui, no item 3.4.

Durante a pesquisa, foram confirmados os impactos desses governos na implementação do Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA, tanto nas falas dos

⁶⁵ A hormonioterapia possibilita a transformação corporal e das características do gênero. Consiste na administração de hormônios e bloqueadores para equilibrar a transição corporal, com a indução do desenvolvimento das características desejadas, enquanto reduz as indesejadas.

profissionais, como entre os usuários. Alguns profissionais apontaram que houve projeção para a habilitação do ambulatório, logo em 2016, quando iniciaram os atendimentos. Foram feitas reuniões entre gestores, visitas técnicas, treinamentos, deslocamento até uma unidade de referência em Recife - PE, bem como solicitações diversas feitas pela equipe multiprofissional e pelos usuários para que pudessem efetivar o credenciamento para a realização das cirurgias.

Além de autorizar as realizações dos procedimentos cirúrgicos, o credenciamento viabilizaria os recursos financeiros para a dispensação dos hormônios e bloqueadores usados pelas pessoas Trans, viabilizando a ampliação e a manutenção do ambulatório que resiste em suas atividades pelo compromisso da equipe multiprofissional com os usuários do serviço.

Observou-se, durante a pesquisa, que após 2017, com a implementação do Governo Bolsonaro, o medo dos profissionais em levar novamente a solicitação do credenciamento junto ao Ministério da Saúde ficou travada pelo receio de não só não o conseguir, como ter o cancelamento das atividades que já eram feitas pela equipe, justamente por não terem a habilitação para desenvolvê-las.

As tensões geradas pelo Governo Bolsonaro, as ameaças de desmontes de políticas, o corte de secretarias e serviços, as falas descabidas em rede nacional, o pânico moral causado pela ala ultra conservadora da gestão federal e dos parlamentares ligados à direita, influenciou diretamente no processo de implementação do Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA atravessado pelas barreiras impostas pelo recrudescimento do avanço do conservadorismo que se consolidou no contexto brasileiro. Apontamentos que marcaram o desenvolvimento desta pesquisa e que se materializaram nos dados encontrados no decorrer do processo de investigação social que serão apresentados a seguir.

4.2 Perfil dos usuários entrevistados e da equipe multiprofissional do Ambulatório de Sexualidade do Hospital Universitário da UFMA

Nesta pesquisa foram entrevistadas 10 (dez) pessoas que são atendidas no Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA e 4 (quatro) profissionais que compõem a equipe de especialistas. Utilizou-se para coleta de dados uma entrevista semiestruturada, na qual se buscou, primeiramente, entender o perfil das pessoas entrevistadas com elementos referentes a idade, raça e cor, orientação sexual,

identidade de gênero, escolaridade, estado civil, trabalho e renda, religião, espiritualidade e estrutura familiar.

4.2.1 Perfil dos usuários entrevistados

O estudo entrevistou dez usuários(as) nessa fase empírica. A divisão de idades apresentadas foi de quatro pessoas com idades entre 31 e 40 anos (40%), três pessoas tinham idades de 25 a 30 anos (30%) e outras três pessoas tinham entre 18 e 24 anos (30%). Quanto aos elementos de raça e cor, oito colaboradores(as), o correspondente a 80%, declararam-se pardas, ao passo que duas pessoas (20%) se autodenominaram como brancas, não havendo referência a outras denominações de raça e cor. No quesito orientação sexual, cinco pessoas se declararam heterossexuais (50%), uma pessoa homossexual (10%), duas pessoas bissexuais (20%) e duas pessoas pansexuais (20%).

Quanto à identidade de gênero, cinco (50%) pessoas são Homens Trans, duas (20%) pessoas são Mulheres Trans, duas pessoas (20%) se denominaram como Transgênero por ainda estarem no processo de transição, e uma pessoa (10%) refere ser Agênero. No decorrer da pesquisa, identificou-se um número pequeno de mulheres Trans e Travestis no Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA, tanto na aplicação das entrevistas, como na observação das salas de espera; realidade também evidenciada nas falas dos(as) entrevistados(as), ou seja, usuários(as) e profissionais.

Em relação à escolaridade, cinco pessoas (50%) tinham ensino médio completo e as outras cinco (50%) tiveram acesso ao ensino superior, no entanto, somente uma pessoa concluiu a graduação e possui pós-graduação; outras duas pessoas estão na universidade (UEMA e UFMA) e fazem uso de bolsas de iniciação científica. Violências físicas e simbólicas perseguem esses corpos que se encontram fora dos padrões tidos como heteronormativos. E, assim sendo, os dados assinalados reafirmam dificuldades dessa população para existir.

Barreiras para o acesso à educação superior no Brasil é mais uma delas. Consoante a 5ª Pesquisa Nacional de Perfil Socioeconômico e Cultural dos Graduandos das Instituições Federais de Ensino Superior, realizada pela Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior (Andifes), pessoas trans e travestis representam apenas 0,2% dos estudantes em instituições

públicas de ensino superior. Ou seja, baixa presença de pessoas trans nesses espaços. Cabe lembrar que a evasão escolar é fato constante ao longo da formação básica não só pelas dificuldades financeiras, mas, principalmente, pelos desrespeitos às suas identidades de gênero.

Quanto ao estado civil, nove (90%) pessoas entrevistadas são solteiras e apenas uma pessoa (10%) possui união estável. Na relação entre trabalho e renda, duas pessoas são estudantes, uma é garçom, uma é arte educadora, uma é almoxarife, uma é chefe de cozinha, uma trabalha com panificação, uma é auxiliar de enfermagem, uma trabalha com ciência da computação e uma não possui trabalho e renda. Dentre as rendas⁶⁶ mencionadas, duas pessoas (20%) vivem com menos de um salário mínimo por mês, quatro pessoas (40%) dispõem de um salário mínimo por mês, duas pessoas (20%) recebem até dois salários mínimos, uma pessoa (10%) recebe até três salários mínimos e uma pessoa (10%) não possui renda.

O acesso ao mercado de trabalho é igualmente bem difícil por pessoas travestis e trans, uma vez que são múltiplas as dificuldades para serem aceitas e respeitadas sem discriminações, violências e estereótipos, o que reafirma a urgência de se ampliar debate sobre essa população. Conforme a ANTRA (2022), apenas 10% dessa população se encontra empregada com carteira assinada, enquanto cerca de 90% seguem sobrevivendo da prostituição.

No que tange aos processos de crença e religiosidade, seis pessoas (60%) referem possuir religião, ao passo que duas pessoas (20%) referem não ter religião, mas possuem espiritualidade e duas pessoas (20%) não tem religião, nem espiritualidade. Dentre as religiões mencionadas: duas pessoas são cristãs evangélicas, uma é espírita, uma é católica e duas são de matriz africana (umbanda e tambor de mina).

Com referência à estrutura familiar, três pessoas residem com a mãe (30%), uma (10%) reside com filho, uma (10%) reside com irmão, uma (10%) reside com o cônjuge, duas (20%) residem com pai e mãe e duas (20%) residem sozinhas. Em relação ao suporte familiar, seis pessoas (60%) referem que têm suporte familiar e quatro pessoas (40%) não dispõem desse suporte. Perguntados se esse suporte é forte e efetivo: cinco pessoas (50%) responderam que sim e uma pessoa (10%) declarou suporte enfraquecido.

⁶⁶ Nos dados de renda foi utilizada a referência de Salário Mínimo, do ano de 2022, de R\$ 1.212,00 reais, conforme base usada pelo IBGE.

Em relação ao Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA foi perguntado como essas pessoas ficaram sabendo da existência do serviço. Uma pessoa (10%) teve acesso pela Internet, cinco (50%) foram através de amigos, duas (20%) foram encaminhadas pela Defensoria Pública do Estado (DPE), uma (10%) foi através de movimentos sociais e uma (10%) foi através de clínica particular. Sobre o tempo de acompanhamento no Ambulatório: oito pessoas (80%) fazem acompanhamento a mais de quatro anos e duas pessoas (20%) estão a menos de um ano no serviço.

Questionados sobre a satisfação com o Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA, sete pessoas (70%) declararam o serviço como Excelente, uma (10%) como Bom, uma (10%) como Razoável e uma (10%) como Desconfortável. Foi perguntado ainda se já houve algum tipo de ações preconceituosas ou desconfortáveis no complexo universitário, de modo que sete pessoas (70%) responderam que Sim, já sofreram preconceito e desconforto no HUUFMA e três pessoas (30%) responderam que Não. Dentre os setores que usaram de ações preconceituosas ou desconfortáveis no complexo universitário: quatro pessoas referem ter sofrido preconceito e/ou desconforto com a portaria, cinco pessoas com a recepção, três pessoas com a segurança, quatro pessoas com atendentes de consultório, duas pessoas nos setores de exames de laboratório e imagem e uma pessoa com profissional da equipe do Ambulatório de Sexualidade. Destaca-se que foi citado mais de um setor por pessoa.

Durante a pesquisa, os profissionais entrevistados do Ambulatório destacaram o esforço no combate às ações preconceituosas e desconfortáveis no complexo universitário em ações coletivas, palestras, curso, rodas de aperfeiçoamento profissional e em abordagens individuais, onde é avaliado se de fato aquele profissional deseja ficar na equipe ou não, uma vez que sua composição é feita de forma voluntária. Outras informações referentes à equipe multiprofissional do Ambulatório poderão ser analisadas com os dados a seguir.

4.2.2 Perfil da equipe multiprofissional do Ambulatório de Sexualidade do Hospital Universitário da UFMA

A Equipe Multiprofissional do Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA é composta por uma Psiquiatra, uma Assistente Social, uma Psicóloga, uma Ginecologista e uma Endocrinologista. Também fazia parte uma Enfermeira que não

compõe mais a equipe. Houve mudanças também entre profissionais da Endocrinologia, realizadas nos últimos meses da pesquisa. A pesquisa foi feita com 4 categorias profissionais.

Com relação à composição do perfil da Equipe Multiprofissional do Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA, nos quesitos de idade: dois profissionais têm entre 51 a 60 anos, uma profissional tem entre 41 a 50 anos e uma profissional tem entre 31 a 40 anos, o que denota uma equipe com certa maturidade profissional.

Nos aspectos de raça e cor, três profissionais se declaram pardos e uma profissional se autodeclarou branco. Tanto em relação aos usuários, como entre os profissionais, a maioria são de pessoas pardas. Vale destacar que na pesquisa estavam presentes as denominações de raça e cor “Branco”, “Pardo”, “Negro”, “Amarelo”, “Indígena” e “outros”; no entanto, há nessa conjuntura uma discussão importante que são as problemáticas relacionadas ao que é ser “pardo” em um país com forte herança da raça negra.

O IBGE⁶⁷ aponta que, entre 2012 e 2016, o percentual de brancos no Brasil caiu de 46,6% para 44,2%, enquanto o número de pardos aumentou de 45,3% para 46,7% e a dos pretos, de 7,4% para 8,2%. Gomes (2019) discute que o pardo seria o estágio de transição entre negros, indígenas e brancos, movimentando-se para a branquitude, onde os processos de autoafirmação enquanto pessoa negra apresentaria, nesse sentido, um peso associado à escravidão e à criminalidade e ser indígena estaria associado, pejorativamente, à selvageria e à incivilidade e que pardo estaria na esfera do embranquecer.

No entanto:

O pardo, como ser racializado que é, não performa na branquitude, ou seja, não é branco. E as estruturas socioeconômicas e políticas brasileiras, em suas várias formas de expressão, são excludentes com esse grupo também. Existe, aqui, a necessidade de enfrentar os eufemismos e o mito democracia racial para que o sujeito pardo se entenda como corpo vulnerável dentro de um sistema branco (Gomes, 2019, p. 72).

Akotirene⁶⁸ levantou a discussão sobre o mau uso das redes sociais para essa problemática de autoafirmação e que vem ferindo a luta do movimento negro, pois, para ela, “O pardo brasileiro é negro. Tem fenótipo africano”. Retomando os

⁶⁷ Dados da Agência IBGE Notícias. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/18282-populacao-chega-a-205-5-milhoes-com-menos-brancos-e-mais-pardos-e-pretos>. Acesso em: 14 ago. 2022.

⁶⁸ Reportagem do Site Mundo Negro para a escritora e pesquisadora Carla Akotirene, o termo “pardo” está sendo tirado do contexto do movimento negro. Disponível em: <https://mundonegro.inf.br/devolvam-o-pardo-ao-movimento-negro-diz-carla-akotirene/>. Acesso em: 14 ago. 2022.

dados da pesquisa, em relação a orientação sexual e identidade de gênero, as quatro categorias profissionais entrevistadas se identificaram como pessoas cisgêneras e heterossexuais, com um profissional casado, um profissional solteiro, dois profissionais em união estável.

Quanto à escolaridade, três profissionais possuem especialização e uma profissional possui mestrado. E, em relação a trabalho e renda, todos possuem renda mensal de mais de cinco salários mínimos. No que tange às questões de espiritualidade e religião: três profissionais possuem religião, dois profissionais se denominaram espíritas, um profissional se denominou católico e um profissional afirmou não possuir religião, mas possuir espiritualidade. Todos os quatro profissionais entrevistados estão no Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA desde a sua implementação, em 2016, o que denota um compromisso com as atividades do ambulatório.

4.3 Apontamentos da Equipe Multiprofissional sobre as condições de acesso das pessoas Trans ao Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA

Aqui, serão trazidos os apontamentos da Equipe Multiprofissional do Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA diante da realidade vivenciada no atendimento cotidiano pessoas Trans que buscam o serviço disponível no Lilian Flores. Para isso, utilizou-se a coleta de dados a partir da aplicação de entrevista semiestruturada com 4 profissionais, na pesquisa de campo em visitas institucionais. Desse modo, os apontamentos serão apresentados a seguir, com garantia do anonimato dos sujeitos que, tal como já descrito na introdução, receberam pseudônimos de flores: Margarida, Orquídea, Girassol e Tulipa no decorrer do texto.

Buscou-se, a partir dessa investigação, entender quais foram os principais desafios da implementação do Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA, seus mecanismos de acesso, as dificuldades encontradas nesse processo, tanto para as pessoas Trans, como para os profissionais, se há perspectivas de melhorias e se, de fato, o Ambulatório consegue suprir as necessidades das pessoas atendidas, bem como o que precisa melhorar; não só no Ambulatório de Sexualidade no HUUFMA, mas em toda a rede SUS para assegurar o acesso de pessoas LGBTI+, especialmente pessoas Trans, nas políticas públicas, de modo particular na saúde.

Desse modo, a fim de entender o processo de implementação do Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA, perguntou-se, primeiramente, como surgiu esse serviço na unidade e como foi realizado o convite dos profissionais⁶⁹ para compor a equipe de especialista do Ambulatório. Margarida refere que existia um atendimento voltado para a terapia sexual que atendia mulheres cis, casais, dentre outros, que eram atendidos pela Ginecologista, que também é sexóloga.

A partir disso, segundo refere a Margarida:

Só existia a terapia sexual, dentro da ginecologia, que trabalhava a questão da terapia sexual, casais, mulheres com dúvidas na relação, problemas de ressecamento, várias coisas clínicas e terapêuticas, a parte do prazer, dificuldade de prazer, essas coisas, dentro do ambulatório de ginecologia [...] como ela era sexóloga, ela trabalhava essa vertente da assistência às mulheres e a casais. Aí surgiu a demanda de uma mulher trans [...] num evento [...] e lá foi falado de um ambulatório de sexualidade... (Margarida).

Tal processo também é evidenciado Girassol, cujo convite para compor a equipe veio da necessidade do atendimento a uma pessoa Trans, momento no qual surgiram inúmeras necessidades que precisariam ser atendidas pela Unidade.

Foi assim, em janeiro teve um evento sobre as letrinhas, eu falo letrinhas, eu não sei se vocês gostam de falar letrinhas, mas enfim [...] e a minha chefe [...] ela foi. E aí ela voltou me perguntando se eu poderia atender uma paciente trans que tinha abordado ela lá, sobre ambulatório. Aí eu falei, tudo bem, marca e manda ela vir. E aí ela veio [...] conheceu, conversamos e tal. E aí ela foi falando da demanda dela e eu fui ficando murcha, porque assim, eu não tinha nada pra oferecer pra ela. Aí eu falei “tava ouvindo você falar e pensando, que horas que eu vou jogar um banho de água fria nela, né, porque eu não tenho nada”. E aí ela riu. Eu falei, o que eu posso fazer, se vocês quiserem, é trazer o urologista pra falar da cirurgia. Aí ela falou, “a gente quer muito e tal”, então tudo bem, então vamos marcar. Aí eu fui falar com a minha chefe, eu disse, olha, aconteceu isso e ela, “mas você quer?”; “O que você acha do ambulatório?” Eu disse, “mas aqui não tem, né?” Eu falei para ela, se você quiser a gente faz. Ela disse “se você quiser que eu assuma, tem até um material aqui”, e já tinha separado um monte de coisa. Eu disse: “meu Deus, o que é isso?” [...] Eu falei: “nossa, que legal, né? Então tá, então vamos fazendo”. Foi ela quem deu esse link, fez esse link com a defensoria, foi ela (Girassol).

Sobre a indicação para composição dos profissionais na equipe de especialistas do ambulatório, Margarida refere que não houve um convite específico, que o fato de já fazer parte do ambulatório de ginecologia e obstetrícia, participar das primeiras reuniões e ter aproximação com a temática, foram elementos que possibilitaram sua composição na equipe.

Não, não houve uma indicação. Eu sou do ambulatório da ginecologia, eu fui, na verdade, naturalmente indo para a reunião. Por gostar da temática, já

⁶⁹ Os profissionais que compõem a Equipe Multiprofissional do HUUFMA são concursados da EBSEH. Além deles, o quadro profissional do HUUFMA é composto por profissionais concursados pela UFMA, pela EBSEH, pelo Ministério da Saúde e possui funcionários terceirizados nos serviços de portaria, recepção e limpeza.

tinha o interesse em trabalhar com esse público, então foi naturalmente[...] Como a gente não sabia, não tinha protocolo de acesso, não sabia nada, literalmente nada. Foi quando surgiu a oportunidade da gente entrar em contato com o pessoal de Recife [...] era um lugar bom pra gente ir, e a gente levou a ideia pra gestão, pra gente fazer essa visita técnica pra implantar oficialmente lá, no ambulatório. Então a história começou dessa forma. E aí começou a aparecer, o primeiro que apareceu veio encaminhando da defensoria, lá no ambulatório do materno. E aí chegou na assistente social [...] veio direcionado para a psicóloga. Aí a gente pegou o contato dele, disse “não, a gente vai organizar, ver aqui como é que a gente vai atender essa demanda e a gente vai fazer contato com você” (Margarida).

Para Orquídea, a sua especialização e o trabalho realizado com pessoas Trans em outra unidade permitiram a aproximação com esse público, tornando-se um diferencial entre os membros da sua categoria profissional, o que resultou no compromisso em compor a equipe.

Eu fiz uma residência em um serviço em Fortaleza [...] que tinha um ambulatório [...] Nessa época, as pessoas trans acompanhavam nesse ambulatório. Aí eu tinha muita vivência, a gente rodava seis meses nesse ambulatório. Hoje já existe em Fortaleza, no mesmo serviço, um ambulatório só para pessoas trans [...] Então, por conta da minha vivência, da minha residência, que a gente tinha uma disciplina de sexualidade humana [...] aí eles olharam os “profissionais”, quem eu acho que tinha mais formação... Porque infelizmente a gente sabe que alguns “profissionais” ainda tem uma visão meio estigmatizante de sexualidade, de patologizar, tem uma coisa de normatizar e como eu não tenho isso, eu acho que por isso me escolheram (Orquídea).

Os relatos apresentados não permitem apreender se houve uma capacitação específica para composição da equipe, uma vez que apenas convites individualizados foram citados. Informações que podem sugerir que as escolhas decorreram da aproximação de alguns profissionais com atendimentos a pessoas LGBTI+ em algum momento de seu exercício profissional ou tão somente por já integrarem a equipe do Ambulatório de Ginecologia a qual foi atrelada ao Ambulatório de sexualidade. Também não foram mencionados nas entrevistas, os cursos de aperfeiçoamento oferecidos pelo HUUFMA para os (as) profissionais do Ambulatório de sexualidade no que se refere às ações junto às pessoas LGBTI+, em especial, as pessoas trans frequentes do ambulatório. Cumpre esclarecer que tanto o Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB quanto o de Promoção da Cidadania Homossexual - O Brasil Sem Homofobia (2004) – entendem que capacitações da equipe são ferramentas importantes. Logo, é fundamental:

Apoiar os investimentos na formação, capacitação, sensibilização e promoção de mudanças de atitudes de profissionais de saúde no atendimento à população GLTB, procurando garantir acesso igualitário pelo respeito à diferença da orientação sexual e do entendimento e acolhimento das especificidades de saúde desta população (Brasil, 2004, p. 24).

A importância dessa formação se manifesta nas particularidades que envolvem o atendimento às pessoas Trans que, por sua vez, exige uma especificidade dos profissionais de saúde em todos os âmbitos do Sistema Único de Saúde, tendo em vista o cumprimento do princípio da integralidade.

O Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (2009) também pontua como ações importantes a implementação nas instituições formadoras de recursos humanos iniciativas que visem a inclusão de conteúdos relacionados à saúde de LGBTI+ nos processos de Educação Permanente dos profissionais da Saúde com objetivo central de permitir acolhimento e melhorias no atendimento desse público no SUS em todas as suas Redes e Níveis de Atenção.

Os atendimentos e os processos de solicitação para habilitação junto ao Ministério da Saúde se deram em 2016, no HUUFMA, com finalidade de que as ações não fossem somente ambulatoriais, mas com a possibilidade de realizar as cirurgias de modificações corporais e a hormonioterapia.

O número de pessoas foi aumentando, começou-se a orientar que não seria mais necessário encaminhamentos da Defensoria Pública do Estado para solicitar acesso ao Ambulatório. Logo, foram surgindo problemáticas que precisariam de uma liberação oficial para serem solucionadas, como as solicitações de dispensação de hormônios, os recursos para as consultas especializadas, os recursos para a realização dos procedimentos cirúrgicos e materiais. Fatores que envolviam os financiamentos dos procedimentos a serem realizados no “Processo Transexualizador”, como é feito em centros especializados.

A gente começou a atender, e em cima da demanda que a gente estava atendendo, a gente falou para a gestão, olha, tem tantos usuários, a gente já pode solicitar habilitação para organizar o serviço. Porque tudo é recurso. O recurso para uma equipe realizar o atendimento aos transgêneros é diferente do que o atendimento de ambulatório de ginecologia. Uma consulta da ginecologista no ambulatório é um valor para o SUS, uma consulta no processo transexualizador tem outro valor. Então a gestão tinha interesse também. E sabia que era um Estado que não tinha nenhum tipo de assistência para essa comunidade, então tinha interesse. E por ser um hospital escola, o interesse foi maior ainda, ele falaram “não, vamos fazer, vamos tentar”. Mas só que nós somos prestadores de serviço do município, então para a gente solicitar a habilitação, a visita técnica é do município. Isso demorou muito a acontecer (Margarida).

O HUUFMA é vinculado ao Município de São Luís. Como prestador de serviço, as tramitações de habilitação iniciariam com vistas técnicas do núcleo responsável pela Saúde LGBTI+ da Secretaria de Saúde Municipal para levantamento de

demandas, estatísticas e viabilidade para que fossem encaminhadas as documentações ao Ministério da Saúde. Na ocasião, foi realizado pelos profissionais do ambulatório um *check list*, cujo teor não fora descrito nas entrevistas. Uma das dificuldades encontradas nesse princípio foi agregar profissionais da enfermagem à equipe. Para a Margarida, isso “foi muito difícil”.

As sucessivas leituras das entrevistas possibilitaram captar que tais dificuldades tinham como base tanto a resistência dos profissionais em ter um Ambulatório que atendesse pessoas Trans no HUUFMA, como a negativa em fazer parte do ambulatório, devido a concepções individuais de fundamentação religiosas ou até mesmo relatos de dificuldade de adaptação.

Difícil por inúmeras questões religiosas ou de achar que não ia conseguir se adaptar. Tanto que a enfermeira que estava aqui nem ficou. Na verdade ela ficou porque ela tinha um interesse. Ela tinha um interesse pessoal em relação a isso, porque ela estava fazendo doutorado e a temática dela era dentro desse processo. Tanto que ela tinha uma pesquisa paralela, ela tinha instrumental, uma pesquisa paralela. Então, ela juntou a fome com a vontade de comer. E aí ela fez o processo, depois que ela terminou o doutorado dela, né, ela voltou a ser plantonista. E aí não atua mais (Margarida).

As dificuldades na implementação do Ambulatório reluzem a esfera do preconceito profissional (e institucional) ao abordar a existência de pessoas LGBTI+ com condutas altamente antiéticas e puníveis. No processo de implementação, Margarida refere que as visitas técnicas ocorreram em 2018, no entanto, ocorreram de forma particularizada, sem respostas concretas, não houve devolutiva aos profissionais do Ambulatório, tampouco avanço na tramitação. Conjuntura que se agravou com a eleição de Bolsonaro, “e aí houve a eleição, aí a gente não recebeu mais visita. E pensamos que seria melhor não mexer e acabar perdendo, eles terminarem com tudo. Ficamos muito receosos”. Análise também observada na fala de Girassol:

Mas a gente se organizou, a gente fez toda a documentação para solicitar habilitação tanto para o ambulatório quanto para as cirurgias. Todas elas. Já veio a fiscalização, a visita das pessoas responsáveis pela habilitação antes da eleição do Bolsonaro. Eles estiveram aqui lá em cima, viram tudo e não deram resposta. Aí o Bolsonaro se elegeu e aí morreu a história, morreu mesmo a história (Girassol).

Com isso, fica claro que o processo de implementação do Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA é atravessado pela conjuntura política que levou à eleição da extrema-direita no país. Entre 2016 e 2020, os governos em exercício não dispuseram de esforços para garantir a implementação do direito das pessoas

LGBTI+ no Brasil, ocorrendo, em verdade, um brusco retrocesso impulsionado com o avanço do neoconservadorismo.

Sem a habilitação do Ministério da Saúde, o Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA não realiza, efetivamente, o “Processo Transexualizador” como preconizado no SUS. Os serviços disponíveis são atendimentos e acompanhamentos multiprofissionais em âmbito ambulatorial, consultas especializadas com acompanhamento endocrinológico e psicossocial. Como evidenciado Tulipa, que enfatiza os serviços ofertados pelo Ambulatório situando o atendimento de saúde mental (psicologia e psiquiatria), consulta ambulatorial com a ginecologista, acolhimento e acompanhamento com o serviço social, consulta e acompanhamento com a endocrinologista e atividades em grupos de apoio. Mas não há a institucionalização do “Processo Transexualizador” no HUUFMA, o que significa que os serviços oferecidos são de acolhimento e acompanhamento profissional de pessoas Trans que buscam acesso à saúde.

Margarida explica como funciona o fluxo para acessar ao Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA.

Eles passam pelo Serviço Social, depois para a ginecologista. Todos passam. Ela não é só a ginecologista, é sexóloga também, e ela tem um olhar diferente. No acolhimento do Serviço Social é explicado esse cuidado em saúde [...] que essa hormonização, essa modificação corporal que eles tanto almejam, é secundário pra gente. A prioridade é o cuidado com a saúde do corpo e mental, pra que eles possam entender essa modificação corporal de forma mais confortável. Trabalhar ansiedade, essas coisas. Eu digo para os meninos trans, eu pergunto se já fez preventivo. A ginecologista passa os exames que passam pelo serviço social pra não entrar na marcação normal. Porque eles precisam de um resultado mais cedo, pra quando chegar na endócrino já ter essa avaliação de exames, já precisa tá ok. Então a gente pensou, junto com o laboratório, uma estratégia de priorizar esses exames. Depois da ginecologista, aí nesse momento fica psicologia e psiquiatria fazendo o atendimento concomitantemente, aí eles encaminham pra endócrino, em conjunto. Demora? Depende do paciente. Todos os pacientes vão logo pra endócrino? Não. (Margarida).

A partir do fluxo de atendimento, discutiu-se com os profissionais quais as principais demandas apresentadas pelas pessoas Trans à equipe multiprofissional do Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA. Alguns profissionais colocaram questões relacionadas às suas especificidades de categoria. Para a Psiquiatria, por exemplo, as demandas apresentadas envolvem os sofrimentos psíquicos que são precipitados por condições sociais, como a transfobia.

São pessoas que sofrem todo tipo de violência institucional dentro dos transportes coletivos, ao transitar em áreas públicas; problemáticas que acabam

precipitando em sofrimento psíquico e adoecimento. Foram referidos alguns sofrimentos como transtorno de humor, tentativa de suicídio, comportamento de automutilação, desenvolvidos muitas vezes com gatilhos familiares que também funcionam como fonte de preconceito, de não aceitação e que afeta diretamente na saúde mental. Fatores que se estendem e foram relatados, também, pela Psicologia com aspectos ligados a depressão, ansiedade, pânico, etc.

Ressaltou-se também pela Psiquiatria que as “questões identitárias em si” não levam ao sofrimento, “não é porque eu sou transgênero que eu acho que vou ter mais transtorno mental”, o sofrimento é ocasionado socialmente, imposto por várias questões e limitações do ambiente de sociabilidade de não ter acolhimento, não ter inclusão, não ter oportunidades e estar relacionado diretamente com o preconceito e a violência a que são empurradas essas pessoas. Sofrimento que pode influenciar, inclusive, na desistência da transição, não pelas questões identitárias, mas pela pressão social e negação da existência dessas vidas.

Outra demanda importante são as requisições de acesso à transição. Margarida aponta que a principal demanda é a Hormonioterapia, uma vez que o serviço é acessado majoritariamente por homens Trans.

E a maioria é hormônio. É, porque nosso público é homem trans e alguns tem o incomodo com a mama e outros não. Hoje eles já chegam sabendo como funciona a cirurgia, mas eles chegam querendo se olhar no espelho e se reconhecer. Poucos falam da terapia, o que eles querem é o hormônio, a transformação corporal (Margarida).

O uso de hormônios por pessoas Trans ocorre, muitas vezes, antes da chegada às instituições de saúde. Para Santos (2013), o consumo desses hormônios não ocorre por meio de análise médica, mas através de indicação de outras pessoas trans que já usam os hormônios. No caso das mulheres trans, utiliza-se grandes doses de anticoncepcionais e medicamentos para a menopausa, que podem ser comprados sem receita médica. Para o autor em tela, a “hormonioterapia surge como uma opção mais viável para transpor o gênero que deseja ao seu corpo, podendo ser algo mais próximo da realidade” (Santos, 2013, p. 144). O objetivo dessa terapia hormonal é promover mudanças corporais, a fim de que a aparência física corresponda à identidade de gênero. Logo, pode promover bem estar físico, mental e emocional. Para o Conselho Federal de Medicina, a idade mínima para a realização de terapia hormonal é de 16 anos, enquanto para o Ministério da Saúde essa idade mínima é de 18 anos.

Outro fator que denota a preferência pela hormonioterapia é o fato de que nem toda as pessoas trans desejam realizar procedimentos cirúrgicos. Nascimento (2021) também destaca o excesso de burocracias e as violências transfóbicas nos ambientes de saúde que levam as pessoas trans à autohormonização. Assim, “De um lado, um risco à saúde; do outro, uma tática de resistência” (Nascimento, 2021, p. 148). Aponta-se ainda que, para além do julgamento, é preciso analisar e debater sobre a ausência de políticas públicas que garantam, de fato, o acesso à hormonioterapia de forma segura. O uso desses hormônios sem acompanhamento médico, além de não oportunizar as modificações desejadas, conduz a riscos de acidentes cardiovasculares e tromboembolismo (tromboses e embolia pulmonar).

A partir dessa observação, foi questionado o porquê do número pequeno de mulheres Trans e Travestis no Ambulatório de Sexualidade — que foi observado durante a pesquisa de campo — e relatado Margarida e Girassol, que evidenciaram fatores como a demora na realização da transição pelo ambulatório, pois é preciso realizar o acompanhamento com os outros profissionais antes de iniciar a hormonioterapia com a Endocrinologia e muitas delas exigem pressa nesse processo. O que ocasiona, muitas vezes, a desistência do acesso e permanência no Ambulatório, levando muita delas a serviços particulares ou até mesmo à automedicação. Para Margarida, uma das realidades que pode levar a isso é o fato de algumas Mulheres Trans e Travestis que foram até o Ambulatório trabalharem com o corpo.

No começo a gente recebeu algumas mulheres trans e elas eram profissionais do sexo, mas elas não ficaram. E aí a nossa grande pergunta: porque que as mulheres, que entraram no ambulatório, que tinham como fonte de renda ser profissional do sexo, não continuaram. E assim, bem rasa, a minha avaliação, é de que elas precisavam de um resultado mais rápido, porque elas viviam do corpo. E assim, quando elas ou eles entram no ambulatório, a primeira coisa que a gente pergunta é se faz uso de hormônio por conta própria e, se faz, tem que param. E eles questionam, e é porque a endócrino precisa avaliar sem hormônio pra poder organizar a dosagem, fazer de forma responsável. E isso pra elas era uma tortura, porque elas viviam do corpo delas. E não tinham paciência (Margarida).

As dificuldades sobre a aceitação social, sobretudo no mercado de trabalho, fazem com que travestis e pessoas trans tenham a prostituição como válvula de escape e sobrevivência e, uma vez na rua, aumenta suas exposições a violações diversas. Outro fator identificado é a passabilidade, a qual, segundo Leticia Lanz (2014, p. 129), “(...) traduz o quanto uma pessoa transgênera se parece fisicamente, se veste, fala, gesticula e se comporta de acordo com os estereótipos do gênero

oposto ao que lhe foi consignado ao nascer”. A autora expressa que a passabilidade sugere a ideia implícita de legitimação da identidade de gênero com a forma como alguém consegue “passar”, sem deixar nenhum tipo de dúvida em seus interlocutores sobre o seu correto enquadramento em um dos dois dispositivos binários de gênero, “ou seja, a pessoa transgênera deve corresponder o mais exatamente possível aos ‘atributos estereotipados’ do gênero em que deseja se expressar” (Lanz, 2014, p. 130).

Desse modo, para os homens Trans, essa passabilidade pode acontecer de uma forma menos demorada e para as mulheres Trans pode se tornar algo mais complexo de ser executado, o que torna a acessibilidade dos homens Trans menos notada ao passo que para as mulheres Trans ser percebida pode gerar mais desconfortos, mais preconceitos, mais discriminação, levando à desistência de ocuparem esses espaços e instituições públicas. Segundo Margarida:

A quantidade de homens trans é maior justamente porque a passabilidade do homem trans é maior, eles conseguem transitar nesse processo de espera. Incomoda o peito, mas eles têm as estratégias, eles botam os "binders", eles usam boné, as estratégias para homens trans passarem a imagem masculina é mais fácil do que para mulheres. E aí eles entendiam mais a necessidade do cuidado em saúde, de parar naquele momento. E como eles não viviam da prostituição, eles conseguiram trabalhar, principalmente na terapia, o esperar. E as mulheres eram mais urgentes (Margarida).

Girassol também coloca a passabilidade e as cirurgias como um fator determinante de (não) acesso e permanência de mulheres Trans e Travestis no Ambulatório de Sexualidade.

Não, a gente não sabe, né? A gente cogita...umas coisas assim que é... Por exemplo... É... Não sei ... Eu acho que o interesse, talvez o interesse maior seja a cirurgia, a gente não tem, entendeu? A hormonização, para o homem trans, é perfeito. Porque masculiniza muito, muito rápido. Nas meninas, não. [...] Aqui realmente não é o lugar que elas se sintam a vontade. Outra coisa também, você vem para um lugar desse, que é um hospital, as pessoas ficam com os olhares que incomodam. Os meninos, eles passam batido, ninguém fica olhando para os meninos desse jeito. Muito mais tranquilo. Então, eu acho que realmente aqui tem algumas coisas que interessam para os meninos e que não os ferem da mesma forma que com as meninas (Girassol).

Observa-se, portanto, uma segmentação de acesso entre homens Trans, mulheres Trans e travestis ao Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA relacionada tanto a fatores de não credenciamento do “Processo Transexualizador” para realização das cirurgias de modificações corporais, como aos mecanismos de preconceito social e institucional que impossibilitam o ingresso de mulheres Trans e Travestis no acesso a políticas públicas.

Dentro dessa discussão, levantou-se entre os profissionais como eles descrevem o acesso à saúde das pessoas Trans no SUS e no Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA. Margarida aponta como desafio a própria instituição entender que essas pessoas precisam transitar por todos os espaços.

Eu acho que o nosso maior desafio é justamente trabalhar essa parte educativa com o corpo técnico de segurança, recepção, de saber que como tratar, como receber, como acolher, né? [...] se o hospital não acolhe, a pessoa não volta, entendeu? Ela não volta., vai adoecer, vai fazer de forma clandestina, que é o que mais tem. Vai adoecer e quando chegar pra gente é um paciente crônico de alguma coisa. As questões renais, essas coisas que o hormônio, né.. (Margarida).

Orquídea, Girassol, e Tulipa consideram que o HUUFMA disponibiliza um fácil acesso ao Ambulatório de Sexualidade, destacando que o serviço é porta aberta e, mesmo sem habilitação, funcionam dentro das normativas do SUS de proporcionar atendimento especializado a todos os usuários que chegam até o serviço. Em seguida, foi levado em consideração se o atendimento realizado pelo Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA consegue atender as demandas das pessoas Trans. Margarida refere que as demandas relacionadas ao acompanhamento hormonal conseguem ser atendidas, no entanto, as demandas de cirurgia não são realizadas, nem pelo HUUFMA, tampouco são encaminhados a outros centros do país.

Para Orquídea e Girassol, as demandas não são atendidas de forma integral:

Eu acho que não responde ainda totalmente, porque a demanda às vezes é de fazer uma transição, de fazer cirurgia de afirmação de gênero, certo? E como a gente não tem serviço cirúrgico, então não responde totalmente, mas faz para o objeto que é acolher usuários, ter oferta de psicoterapia, tratamento hormonal, a gente consegue ter uma boa resolutividade. Não contempla tudo porque a gente sabe que a pessoa trans não vai buscar só tratamento hormonal, psicoterapia, melhorar a saúde mental. Eles querem cirurgia de afirmação de gênero que infelizmente a gente ainda não tem habilitação pra fazê-lo, né? Então, isso é uma limitação do serviço (Orquídea).

Para Girassol:

Em parte, né? Porque assim, a medicação é uma demanda que é super importante pra eles, e que eles não têm condição, né gente? Então eu acho que frustra muito, entendeu? Frustra muito. A cirurgia, como o nosso público é muito mais homem trans, eles não sonham com muitas cirurgias, né? A não ser da mama. E eles conseguem segurar isso pra uma boa. Diferente das meninas trans, né? As meninas trans não... (Girassol).

Os dados permitem inferir fissura no princípio da integralidade, uma vez que a prática da integralidade requer ações “que trabalhos parcelares resultem numa intervenção mais abrangente e completa” (Paim; Silva, 2010, p.113), ou seja, o princípio da integralidade remete a respostas concretas as demandas que são postas pelos usuários conforme suas necessidades e especificidades. Fato que se

particulariza quando se fala em pessoas LGBTI+, uma vez que acessar direitos básicos, como a saúde, por exemplo, vem se constituído de forma mais precária e mais difícil para essa população.

Outro ponto analisado foi se houve mudanças no HUUFMA com a implementação do Ambulatório de Sexualidade para que fosse garantido o direito à saúde para a população LGBTI. Para Margarida, Orquídea e Tulipa houve mudanças importantes. Segundo Tulipa, houve mudanças na estrutura física, pois no Materno Infantil não tinha sala, havia constrangimentos e com a mudança para o Lilian Flores foi possível um espaço próprio. Margarida traz que:

Houve sim. Mas não um avanço enorme. Quando a gente começou a atender, a gente teve essa preocupação. Como que ele vai chegar? Esse usuário vai chegar, a primeira pessoa que ele vê é o segurança, depois a recepção. Esse segurança tem que saber que esse público vai chegar, essa recepção tem que saber que esse público vai chegar. Então a gente elaborou umas oficinas para trabalhar, mostrar que esse público ia ser atendido lá, como tratar, o nome social, tudo isso a gente trabalhou. Aí quando a gente viu a necessidade de trabalhar os setores, por exemplo, eles começaram a reclamar muito do laboratório. Aí a gente chamou a equipe do ambulatório, a gente foi até a equipe do laboratório e fez uma oficina com eles. Explicou os termos. Não é fácil para quem não tem uma familiaridade com esse público, entender que aquela pessoa ali é de um gênero, mas quer ser chamada de outro. Não quer ser chamada pelo pronome que comumente seria chamada. "O que é que tem é só um nome, o que é que tem é só um pronome." É entender o quanto aquele pronome interfere na dinâmica dele. Então não é fácil nem para o público trans entrar e nem para quem está recebendo, isso que a gente sempre falava com eles "olha as pessoas não estão acostumados, eu sei que pedir paciência para vocês é complicado porque vocês têm o histórico de desrespeito, mas assim é um trabalho de formiguinha. As pessoas não estão acostumadas. Então a gente vai fazer esse trabalho que a gente sempre pede que se acontecer algum problema em qualquer espaço daqui que você se reporte a gente (Margarida).

Para Orquídea:

Eu acho que melhorou muito de quando a gente entrou, desde a questão estrutural, por exemplo, os prontuários já tem um espaço pra nome social, para a mudança do sexo, isso é uma coisa que parece... a questão física da gente. É um dos poucos ambulatórios que tem um espaço de estrutura própria. Tem a equipe toda bem definida para ambulatórios de sexualidade. Então, assim, compartilho contigo, eu faço outros ambulatórios, especializados, de vítimas de violência, que também tem, mas ambulatório de [...] e de infância e adolescência não tem equipe ainda. Então, é um investimento, uma mudança de gestão (Orquídea).

No entanto, Girassol refere que não houve muitas mudanças significativas.

(...) eu acho que não...eu acho que não muito, sabe? A gente sempre tenta fazer com que essa experiência deles sejam a melhor possível. Então, tem alguém que tá olhando diferente pra vocês, que não tá com vocês na recepção, normalmente a gente não tem problema com isso. Talvez porque a gente sempre chama a pessoa para conversar. Quando tem algum movimento, alguma campanha que a gente já também colocou uma mulher trans para fazer a abertura, para fazer encerramento [...] O pessoal da UDP tem feito um trabalho voltado para essa questão da humanização no trabalho. Então, pediram para eu falar sobre funcionários com orientação sexual fora

do padrão, como que a gente lida com isso? Então era pros funcionários lidarem com isso. Isso é uma coisa bacana [...] Então eu acho que são pequenos movimentos nossos que a gente não pode deixar de considerar. Poderia ser mais? Poderia [...] (Girassol).

Em detrimento dos atendimentos as demandas, foi levantado entre os profissionais quais seriam os principais limites e desafios no acesso das pessoas trans ao Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA, como se materializa no cotidiano de atendimento e se eles conseguem perceber esses processos. Girassol refere que:

Tem vários, né? Eu acho que a gente precisa sempre estar em treinamento. O o que muda é que, embora seja um serviço público, as equipes de recepção, eles são terceirizados. Os guardas são terceirizados. Então, é uma coisa que a gente faz o tempo inteiro dentro do ambulatório: treinar a equipe de acolhimento, que vai ser recepcionista, vai ser o guarda, o segurança do ambulatório [...] Então é um desafio constante [...] tem que sensibilizar o resto da equipe assistencial, tipo médico de outros setores, enfermeiros, da importância desse ambulatório, porque dentro do poder biomédico, a gente sabe que tem uma visão de que é muito mais importante fazer um transplante do que tratar quem tem disforia de gênero [...] É conscientizar a equipe do hospital de que não existe sofrimento que seja maior que o outro. Então não deixa de ser um desafio. É como se fosse um ambulatório menos importante (Girassol).

Em outra narrativa, Orquídea sinaliza a dispensação dos hormônios e bloqueadores como um dos principais desafios, mas para além disso estão os fatores socioeconômicos, trabalho e renda que possibilitam a permanência desse acesso e a circulação dessas pessoas.

Eu acho que se a gente dispensar medicamento [...] porque isso é uma coisa que é determinante [...] Nesse aspecto o credenciamento é importante, porque aí vai liberar medicamento e eles vão vir, teoricamente. Mas assim, do outro lado, lá eu já escutei também, que eles ficam debandando, eles não vêm muito, eles faltam muito em tudo, no psiquiatra, no endócrino, entendeu? [...] então por que não vem? Vários fatores. Tem gente que não tem passagem pra vir. Tem gente que tá trabalhando, tem gente que tá fazendo faculdade, graças a Deus. Tem gente que não vem porque acha chato. Tem gente que eu não sou doente, eu não vou ter que ficar fazendo esse bando de coisa pra entrar numa fila de um cirurgia que nem vai sair. Então tem alguns estímulos pra eles também, né? Por mais que a gente pense assim, ah, a gente tá dando melhor, isso é tão legal pra eles, mas a gente que tá dizendo o que é, mas talvez pra eles naquele momento ali, não seja de fato. Isso a gente precisa trabalhar em nós, né. Esse respeito pela escolha do outro. Mas isso, em última instância, em primeira também, acaba trazendo algo muito negativo no nosso trabalho, porque se eles não vêm, não tem porquê existir (Orquídea).

Outrossim, são as sugestões para assegurar a saúde como serviço essencial e direito fundamental a todas as pessoas trans no Brasil e de que maneira isso pode ser efetivado (ou não) tendo como fundamento o princípio da universalidade do SUS. As Categorias Profissionais referem o matriciamento na saúde como uma ferramenta importante que esse acompanhamento possa ser feito em todas as instâncias do SUS, não necessariamente em um hospital de alta complexidade, que nessa esfera

fossem feitas as cirurgias, mas que o acompanhamento multiprofissional pudesse ser feito por toda extensão do SUS, como aponta a fala da Margarida.

Na minha cabeça, o ideal é não precisar fragmentar serviços especializados. O acesso dessa pessoa, em saúde, fosse livre. Na minha cabeça, eu não consigo. É tão simples. Uma pessoa trans precisa de atendimento de saúde. O SUS é universal...infelizmente ainda precisa fragmentar pra atender as demandas, mas o ideal, meu sonho, é que não precisasse. Se eu fosse uma mulher trans, chegasse numa Unidade Básica e fosse atendida, respeitado o meu nome. E assim, a gente trabalha com a questão enraizada, cultural. A gente é um país preconceituoso, misógino, homofóbico, transfóbico de raiz. Essa geração que vem aí, eu acho que vão ser mais felizes em relação a se permitir com muita coisa. E os profissionais que tão saindo vão ter esse olhar. E eu almejo que meus netos possam vivenciar essa questão do acesso de todo mundo de uma forma mais tranquila (Margarida).

Logo, percebe-se como resultado que os entraves são inúmeros mesmo com os esforços feitos pela equipe, tanto no acolhimento, atendimento multiprofissional e na luta pela implementação, o Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA ainda tem um longo caminho na construção do “Processo Transsexualizador” enquanto política e serviço. No entanto, com os novos dimensionamentos políticos das eleições presidenciais de 2022, há a expectativa de retomada aos processos de credenciamento do Ambulatório para que, enfim, seja feita a habilitação.

4.4 Considerações dos usuários sobre o acesso ao Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA, a partir do princípio da universalidade do SUS

Esta seção versará sobre as considerações dos usuários entrevistados acerca dos aspectos que envolvem o acesso ao Ambulatório, as dificuldades encontradas, os processos organizativos e estruturais, bem como a experiência evidenciada por pessoas Trans no Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA. Para isso, utilizou-se coleta de dados com entrevista semiestruturada, realizada no campo de pesquisa, em visitas institucionais no Lilian Flores.

Os encontros com os participantes da pesquisa ocorreram, primeiramente, a partir do convite em participar da pesquisa por pessoas trans que estavam nas salas de espera para as consultas com os profissionais do ambulatório, nos dias de quarta-feira. Outra forma, foi com encontros marcados nos domicílios, em shopping e terminais de integração de ônibus coletivos em São Luís. As entrevistas tiveram um tempo médio de 15 a 30 minutos e foram gravadas, após autorização e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todas as entrevistas foram, posteriormente, transcritas pela pesquisadora. Cumpre esclarecer que em todos os

encontros houve um esclarecimento sobre a pesquisa, o tema, os objetivos após a apresentação da pesquisadora, sempre com boa recepção por parte dos(as) entrevistados(as). As 10 pessoas Trans entrevistadas aqui foram identificadas por nomes de borboletas.

Dito isso, a pesquisa a seguir iniciou um roteiro de entrevista que, primeiramente, buscou entender quais foram as principais expectativas das pessoas Trans em relação ao Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA. Assim, Campoleta:

Minhas expectativas, era estar bem comigo mesmo, foi um momento em que, não pela questão da identidade de gênero, mas também porque muito tempo eu já vinha tendo que lidar com questões emocionais, de me sentir triste constantemente, e esse sentimento nunca ter saído, é como se não mudasse, sabe. As vezes um pouco menos intenso, foi por isso também que eu procurei o ambulatório, eu já tinha procurado fazer acompanhamento pelo filipinho mas eu tinha muito medo de como tratam pessoas trans, que antes do CID 11 viam pessoas trans como patologia e ainda reproduzem esse discurso. Ai eu vim também pra me entender e pra que eu pudesse começar a transição hormonal, acompanhamento psicológico e multidisciplinar. Porque nós somos uma população muito vulnerável, então eu vi que eu precisava desse suporte (Campoleta).

Em outra perspectiva:

Na época eu precisava de um suporte. Porque eu não tinha ninguém, né? Eu não tinha apoio, eu não tinha nada. Principalmente na área familiar. Então assim, pra mim serviu como um suporte. Eu lembro que no meu primeiro atendimento eu chorei muito. Né? E eu fui atendido pela assistente social e pela ginecologista. Então tipo assim foi um atendimento especial naquele momento. E aí a Assistente Social, ela conversou comigo né? Me explicou como funcionava o ambulatório. A priori eu não tinha nenhuma expectativa em relação, porque a gente tem muito aquela questão que tu já chega aqui ah já quero eh fazer mastectomia, né? Principalmente os homens trans, preocupam muito com isso, né? Ou então eu já quero ver aquela mudança física, né? Mas não, o suporte que eles me deram, né, psicológico, foi o que me segurou mais ali, foi o que me confortou bastante (Biston Betularia).

As expectativas trazidas com a criação do Ambulatório vão desde o sentimento de acolhimento até o desejo de encontrar outras pessoas e vivências parecidas, como aponta Greta Oro cuja expectativa era “Ser acolhida. No momento eu tava muito confusa ..tipo é isso, não é isso, será que não é coisa da minha cabeça?. Então eu precisava ter esse contato com pessoas que estavam passando pelas mesmas coisas que eu”.

Outro ponto importante, e que também gera muita expectativa, são os serviços de Hormonioterapia expressados por Methona, que refere o medo pela hormonização de forma “clandestina”, empurradas às pessoas Trans que desejam as modificações corporais de maneira mais rápida ou menos burocratizada pelos serviços existentes, que são insuficientes. Na sua fala, Methona aponta como

expectativa “Tomar hormônio logo.. me harmonizar logo. Eu sempre tive medo de tomar só”.

Perguntados sobre o que representa o "Processo Transexualizador" para as pessoas Trans, no SUS, parto da afirmação da Danaus, onde é possível perceber que esse processo não é um desejo unânime entre as pessoas Trans:

“No meu caso eu só vejo que é tipo pra adequar o gênero ao corpo, pra uma coisa mais visual, singular mesmo, bem estar físico, emocional, um instrumento importante para alguns sim, para outros não, alguns querem, outros não, outros estão bem daquela forma, e outros querem essa mudança (Danaus).

Para Methona, o "Processo Transexualizador" representou um renascer.

Um renascimento, tipo nasceu o nome da pessoa entrevistada, não que ele não existisse, mas lá onde eu morava eu não era quem eu sou hoje, eu tinha que ficar me resguardando porque lá é muito preconceituoso. Muito mesmo. Falta é apanhar. Ai quando eu cheguei aqui, conheci o pessoal. As vezes eu pensava que eu era sozinho no mundo, porque seu sempre fiquei “meu deus tem alguma coisa estranha comigo” tão tal que eu me cortava, tentava buscar respostas, só que não tinha, e no interior você não tem acesso a internet, as coisas são muito mais limitadas. E eu sempre dizia que eu tinha alguma coisa estranha e minha mãe perguntava o que eu tinha e eu dizia que não sabia. Ai eu conheci a UJS, você conhece, a união da juventude socialista, ai conheci outro menino também e a gente foi trocando ideia e eu me identifiquei com ele. Ai eu fui buscar me conhecer mais ai eu sim, eu sou um homem. Estou no ambulatório há 5 anos, vai fazer 6 (Methona).

Nas falas da Greta Oro, a esperança se centraliza como marco principal. Esperança em que se possa ter serviços no SUS que de fato atendam as pessoas que desejam as mudanças corporais de forma ampla e realmente efetiva, sem ações mínimas, como na prática é feita.

Uma esperança. Sabe. Porque embora ainda esteja muito lento na minha visão, como você sabe, tem cirurgias como harmonização facial que em alguns Estados já é liberado, aqui não, então eu ainda fico na esperança de finalmente ter um corpo que eu realmente me encontre. Que me traga realmente felicidade (Greta Oro).

Para Campoleta, não há unanimidade ou um consenso acerca do “Processo Transexualizador”.

Essa pergunta é muito difícil e interessante. Olha falando por mim, mas eu penso que não seja unanimidade, ter não um consenso de toda a comunidade, mas parcialmente dela, mas parte dela sim, eu penso que... eu penso que isso ajuda a gente se sentir mais confortável com quem a gente é, porque tem toda essa questão da disforia. Eu sei que esse processo a gente ainda discute muito porque é como se a gente almejasse constantemente essa passabilidade e eu tenho uma contraditoriedade muito grande porque ao mesmo tempo que eu amo meu corpo, eu não sinto desconforto a minha genitália, mas sinto desconforto com as mamas e pelo que escuto isso é muito comum em trans masculinos, mas que para travestis e mulheres trans isso pode gerar mais desconforto, eu penso que é nesse sentido, sabe, de bem-estar, de bem-viver, a Dora Santana fala sobre isso, quais são os caminhos que a gente traça pra que a gente se sinta confortável com a gente (Campoleta).

Ao mesmo passo que para Biston Betularia, as mudanças ocorridas nesse Processo não estão estáticas no tempo e espaço. Constituem parte de uma construção já existente, manifestada e inerente a sua existência em “*me ver como sempre fui*”.

Eu me lembro de uma situação, não sei se isso explica muito bem. Em que depois das minhas mudanças físicas, né? Elas ficaram muito nítidas, mas enquanto esse processo acontecia, todas as vezes que eu me olhava no espelho, eu não sentia falta mais daquela pessoa que ia ficando pra trás. Então é como me olhar no espelho e realmente hoje me ver como eu sempre fui. Então na minha cabeça, nunca existiu uma mulher sempre foi um homem. Então, eu não tenho nenhuma memória a não ser por foto da pessoa que um dia eu fui. Não sei se isso explica muito bem, mas pra mim, hoje eu consigo me olhar no espelho e ver realmente quem eu sempre fui, mas eu não tenho memórias assim a não ser por fotos, eu não consigo ter uma memória tipo, não, não dá, não, não, não, não consigo lembrar, sabe? Isso pra mim, trazer, relembrar. Se eu lembrar de momentos que meus amigos parecem, eu sempre fui esse homem, com essas características, com essas fisionomias em outra hora não, né. Esse processo foi importante. (Biston Betularia).

No entanto, aqui, é preciso retomar o debate feito por Letícia Nascimento (2021), expresso anteriormente na Introdução desta Dissertação, acerca do “Processo Transexualizador” que, para ela, traz a formulação central de que quem passar por esse Processo pode traduzir para a sociedade, não só a ideia de que corpos Cisgênero são naturais (que não precisam de modificações para existir) e que, consequentemente, empurram as corporalidades Trans as concepções de corpos artificiais, desnaturalizadas, passíveis de uma construção (cirúrgica/hormonal) para poder existir. Isso aparece nas ponderações da Panacea Prola:

O próprio nome já é bem complicado, porque as vezes parece que você tem que passar pelo processo pra se tornar uma pessoa transexual, então é complicado. E a forma como ele foi construído, por mais que no papel seja bonitinho aqueles serviços sendo oferecidos, na realidade, ele não acontece. Então Estado e Municípios não se responsabilizam, eles não se sentem responsabilizados pra colocar esse serviço à produção, sabe, até porque se da própria população LGBTI já não exige especialização dos profissionais, quiçá da população trans e travesti. Mas o processo, se ele tem suas nuances, porém, ele tem que ser revisado. Ainda bem que agora a Coordenação Nacional LGBTI vai fazer essa revisão do processo, porque precisa ser avisado que temos as questões que já são ultrapassadas e não cabem mais para a realidade atual com relação, por exemplo, a questão de necessidade de laudo médico, para fazer uma cirurgia, para fazer outras coisas obrigatórias, a questão legal com relação à hormonizações e a cirurgia, tem várias questões que precisam ser revisadas. Mas é um processo que, se ele não existisse, as pessoas iam continuar se organizando e se bombando sozinhas. É aquela velha história, que nem o aborto. Então o Estado tem que se responsabilizar por fazer e que as pessoas não venham a perder suas vidas por conta da falta de um serviço qualificado (Panacea Prola).

O termo “Processo Transexualizador”, portanto, pode adquirir um caráter correcional, obstante do real sentido que deveria exercer em promover as pessoas

Trans seu bem-estar biopsicossocial. As questões acerca da centralidade diagnóstica do “consentimento médico é bastante violento” (Nascimento, 2021), ao se refletir que não basta a afirmação e a convicção expressa pelas pessoas Trans em relatar quem são e o que desejam, é necessária uma “autorização médica”, uma “avaliação” pra que se tenha certeza, pelas camadas médicas, sobre a identidade dessas pessoas. Mesmo com todos os esforços sobre a despatologização das identidades Trans, a formalização de laudos e diagnósticos como um papel central precisa ser discutido.

Em relação ao Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA, buscou-se escutar como essas pessoas se sentiram no primeiro acesso. Ressaltou-se, especialmente, o acolhimento como uma ferramenta importante de pertencimento e reconhecimento do direito de existir. Entretanto foram levantadas sensações relacionadas ao medo, angústia e euforia.

Bela Dama pontua o acolhimento da profissional de serviço social como fundamental, momento no qual foi possível superar o medo no atendimento realizado por ela.

Foi bom. Me senti acolhido. Principalmente com a Assistente Social porque querendo ou não a gente se abre muito com ela. Ela é maravilhosa. Então no primeiro contato foi muito bom, porque eu vim com um certo medo, porém de todas as dúvidas possíveis ela tirou. Medo, será que vai da certo, querendo ou não a gente sempre fica com receio de sofrer algum preconceito, como a gente sente todos os dias, porém aqui foi totalmente diferente, cheguei com medo, porém foi acolhedor (Bela Dama).

Danaus e Methona apontam, respectivamente, que:

A partir do momento que eu cheguei, eu vi que era um atendimento bom, era algo primordial e muito importante pra mim, principalmente pra minha saúde, entendeu, então aqui, todo aquele pensamento de não sei o que vai acontecer[...] mudou, porque o atendimento foi bom, foi acolhedor, foi recíproco, respeitador, cordial, foi bom. Penso que para as outras pessoas também (Danaus).

Me senti eufórico. Muito feliz. Cheguei com medo mas fui perdendo, porque você chega lá e você vê um monte de meninos e meninas né, aí tu vê que tu não tá sozinho, tem outras pessoas, porque antes eu achava que eu era errado. Aí eu vi que eu não era errado, que eu tava certo. Que o tempo todo eu tava certo. Aí eu pude ver outras pessoas, trocar vivências, e isso foi libertador pra mim (Methona).

No entanto, “nem tudo são flores”, há também os olhares, o desconforto, o preconceito, o sentimento de não pertencimento presente em várias esferas da sociedade, principalmente nas instituições do Estado, nos serviços e programas, e no HUUFMA. Isso não é diferente, como aponta Greta Oro.

Olha, a gente sempre fica com um friozinho na barriga, porque as pessoas te olham como se você fosse um alienígena, mas é mais os olhares mesmo, eles acabam meio que te intimidando, você se sente realmente não pertencente ao lugar, parece que tu é uma estrangeira, mas eu fui mesmo assim (Greta Oro).

Em relação ao acesso à saúde pelas pessoas Trans no SUS e ao Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA, as dificuldades apresentadas estão desde a falta de divulgação do Ambulatório de Sexualidade pelo próprio HUUFMA, como se não houvesse interesse pela divulgação do Ambulatório, até a problemas organizativos na estrutura do Ambulatório. Segundo Bela Dama e Methona, houve problemáticas quanto a comunicação e orientação referentes ao lugar onde seriam feitos os atendimentos, ocasionados também pela falta de divulgação do Ambulatório “*Eu acho que não é tão divulgado. Tanto que a primeira vez fui até no hospital errado, fui parar lá no juvencio matos e la, realmente, eu fui bem maltratado (Methona)*”. Já no que se refere à Bela Dama, atualmente, está mais fácil acessar o ambulatório, no entanto também teve dificuldades no início.

Ta sendo mais facil. Em 2019, eu fui no dutra, depois tinha que vir pra cá. Então em 2019, eu não consegui, também porque eu perdi ... eu fui num dia marcado, só que aí eles não avisaram que a Assistente Social estaria aqui, aí eu perdi, e aí eu falei cara eu não vou. Aí só tive coragem de voltar 2 anos depois, agora, então naquele momento eu tive coragem, mas depois eu pensei se realmente não der certo, eu fiquei muito nesse impasse (Bela Dama).

Greta Oro relata que o Ambulatório de Sexualidade não é de fácil acesso e que muitas pessoas não vão ao HUUFMA porque desconhecem o serviço. A falta de divulgação sobre o Ambulatório é a uma questão norteadora.

Não acho que é de fácil acesso. É pouco divulgado, eu por exemplo, comecei fazer cabelo como uma travesti — é como ela se intitula, como travesti — ali na cidade operária, ela nem sabia, muitas de nós não sabe desse ambulatório, e já tem um tempo, ou seja, se eu não tivesse conhecido esse homem trans, nunca teria conhecido esse ambulatório, ele não sai no jornal, tipo assim, não é divulgado, se passou na mirante na época que foi implementado, eu não assisti (Greta Oro).

Outro ponto ressaltado é que essa divulgação é realizada entre eles, em grupos de whatsapp, redes sociais em geral, nos movimentos sociais e pelos amigos, são as formas pelas quais muitas pessoas Trans tiveram acesso ao Ambulatório, “a divulgação ocorre pela gente que já está lá no projeto, que já é atendido. Mas não tem aquela divulgação, tipo, para trazer as pessoas” (Biston Betularia). Panacea Prola aponta que:

Não é bem divulgado. Eu não acho que o acesso seja ruim porque é em uma região central e que passam muitos ônibus. Então, com relação a chegar no ambulatório eu não acho difícil. O que eu acho complicado as pessoas terem noção de que existe esse serviço, porque as vezes fica parecendo que os profissionais não querem que o serviço seja divulgado. E tem muita gente que quer vir fazer acompanhamento, que vêm do interior, que eu não percebi uma facilitação muito grande do pessoal também. Eles não dão tanto suporte assim, eles têm que fazer tudo num só dia, tem gente que não consegue. É

complicado fazer em um só dia. Mas isso é mais com relação a diretoria também.

Em relação às respostas das demandas, foi questionado se, efetivamente, o Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA consegue atender as demandas das pessoas Trans que buscam o serviço. Aricia, Bela Dama, Danaus e Biston Betularia responderam que o Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA consegue atender as demandas postas por elas — Aricia estava em seu primeiro atendimento no Ambulatório.

No entanto, as demais pessoas entrevistadas colocam a existência de deficiências no atendimento de suas demandas, dentre elas estão a dispensação dos hormônios e bloqueadores, e a realização das cirurgias. Dentre os relatos sobre esse processo, Greta Oro aponta que:

Só não a parte da medicação. Porque assim, como eu já comecei tarde, demora a ter alguma mudança, o médico até me explicou que é por causa dos hormônios — porque uma trans de 18 anos ela vai ter efeito mais rápido do que eu — aí ela me passa o hormônio feminino o NATIFA que é cinquenta e poucos a caixa aí tenho que tomar dois comprimidos por dia durante três meses, são seis caixas, trezentos reais, aí tem o bloqueador que é quase cem reais uma caixa que vem vinte comprimidos, aí eu tenho que comprar seis caixas pra durar os três meses, então assim, não tem condições, tanto que o fato de eu não ter tanta passividade embora tenha começado em 2018, eu não consigo comprar a medicação, então essa demanda da medicação, não é atendida. Os médicos me ajudam muito ainda, a doutora me da as vezes as amostras, duas caixas, três caixas. E as cirurgias, que é algo que pelo andar da carruagem, não sei amiga...a gente não tem fácil acesso a emprego, também, amiga, aí é complicado, não é a toa que muitas trans se prostituem, pra conseguir as coisas, eu não me prostituo mesmo, acho por conta da minha religião, por que eu já fui cristã por muitos anos e pela minha mãe que me supri em pratimacamente tudo, ela só não consegue me suprir na medicação porque ficaria pesado pra ela, mensalmente, porque ao longo de três meses é novecentos reais que eu vou gastar em média, fora outras medicações como cálcio, vitaminas, exames, por exemplo densitometria óssea, a gente não consegue lá, [...] tem as ultrassons que ate hoje não consegui, e a medica pediu no final de março, aí eu to com uns exames de sangue pra fazer, e agora lá é só um dia pra gente, só dia de quarta, uma vez na semana, eles reduziram, antes a gente podia ir de segunda a sexta, e agora só dia de quarta que a Assistente Social me falou, e ela falou assim, com muita tristeza, porque por ela foi bem desnecessário fazer isso com a gente. Aí eu não tenho como fazer, aí to aqui com muitas requisições, aí fui pesquisar, cento e vinte reais.

Methona também aponta os entreves em relação as cirurgias e o medicamentos como principal demanda requerida pelas pessoas Trans a ser respondida pelo Ambulatório, mas que não é realizado, contudo há ressalvas de esperanças de que o ambulatório seja habilitado.

Faltam coisas a melhorar. Os medicamentos e as cirurgias, tipo um dos meus sonhos nesse ambulatório, não é que eles prometeram a cirurgia, prometeram tentar ver se habilitava o ambulatório pra ter as cirurgias, teve

até uma reunião com médico cirurgião plástico pra ter. Mas eu espero realmente que a gente consiga a cirurgia (Methona).

Os impasses em relação aos medicamentos e as cirurgias estão diretamente relacionados ao credenciamento do Ambulatório pelo Ministério da Saúde, mesmo com os esforços dos profissionais que atendem no ambulatório, como ressalta a Campoleta:

Ainda tem coisas a desejar. Porque como ainda não é credenciado, por mais que a gente tenha todo o amparo multiprofissional, tem a estrutura para realizar as cirurgias, mas por conta desse credenciamento que ninguém sabe porque, e não foi por falta de tentativa também dos profissionais daqui, mas que o governo, o Estado nunca teve, é, nunca deu esse suporte de credenciar o ambulatório pra que a gente pudesse começar fazer (Campoleta).

Quanto as mudanças ocorridas no Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA entre 2016 e 2020, o destaque principal é em relação infraestrutura, a mudança do Materno Infantil para um espaço próprio, no Lilian Flores, que possibilitou um atendimento mais seguro, mais acolhedor e amplo, segundo Danaus “*sim, cresceu, vieram outras pessoas buscar ajuda, acolhimento, a estrutura mudou, porque era lá no materno infantil junto com as grávidas, as parturientes, agora tem um espaço próprio*”.

Teve mudanças boas, a gente saiu daquela salinha e fomos pro lilian flores naquele espaço, é pequenininho, mas é nosso. Tão até reformando. Isso eu achei bem interessante. Isso foi uma grande vitória. A Assistente Social bate muito na tecla, vão lá, procurem, porque se não tiver a demanda, fecha. Eu sempre to lá e divulgo (Methona).

Actias Luna também aponta melhorias boas em relação à estrutura disponibilizada pelo HUUFMA para o atendimento de pessoas Trans no Ambulatório de Sexualidade.

As boas é porque como a gente ficava no prédio que é bastante antigo, é... e ficava muito ruim porque a gente ficava junto com as mulheres grávidas e a gente acabava atrapalhando o atendimento delas. E quando a gente veio pra cá, se tornou muito melhor. Porque a gente teve uma... uma área só nossa, um lugar só nosso, onde a gente pudesse ter as reuniões, tudo. E os negativos vão ser sempre os mesmo.. os exames e a cirurgia que eles nunca foram fazer. E os remédios que não disponibilizam. Eu até achei um jeito, uma outra forma de conseguir, mas eu não consigo porque eu trabalho de carteira assinada, então eu não posso, que era com a Defensoria Pública, fazer uma reclamação, então eu poderia receber e eles iam pagar pra mim pra poder eu receber de graça. Só que eu trabalho de carteira assinada, então eu não posso pedir (Actias Luna).

Por outro lado, Greta Oro, Campoleta, Biston Betularia, Panacea Prola e Apollo apontam que não houve melhorias significativas no Ambulatório de Sexualidade.

Não teve melhoria, amiga, não mudou nada, ficou a mesma coisa, porque a gente não ganhou o acesso as cirurgias, a medicação, é sempre a mesma

coisa, você vai os médicos são maravilhosos, eles te tratam super bem, o psiquiatra então, a voz dela já te acalma, mas assim eles não podem nada fazer, eles passam os exames, eu digo “doutor eu não tenho dinheiro, faz aqui? Não sei quando eu vou voltar” as vezes a psicóloga mandava eu voltar com uma semana, mas aí não tinha vaga no sistema, só com 3 semanas, aí nesse tempo todo acontecia tanta coisa, entendeu... (Greta Oro).

Campoleta indica mobilização coletiva no intuito de conseguir a liberação dos medicamentos, pois somente ter acesso as consultas e não possuir condições materiais para a compra dos hormônios e bloqueadores, impossibilita a integralidade do cuidado, por mais que se tenha um serviço ambulatorial multiprofissional que acolha e atenda as pessoas Trans, somente isso não é suficiente.

Mas em relação ao processo transexualizador, eu ainda não vi nenhuma mudança, porque a gente tem o encaminhamento da endócrino aí vai ali na consulta a gente não tem essa cota de exames, aí fica nessa espera. E também uma coisa que a gente já vem lutando, eu, os meus amigos, de forma individual, mas agora também coletiva, uma ação judicial pra que a gente consiga trazer esse acesso dos hormônios que são muito caros e não só para homens trans, mas isso se agrava ainda mais quando se fala de mulheres trans e travestis porque além de tomar hormônio, tem que tomar bloqueador e aí a gente não tem esse acesso pelo SUS e geralmente quem tá acessando o SUS são pessoas em vulnerabilidade, e a população trans já é uma população em vulnerabilidade, então quando a gente tem, eu por exemplo sou estudante, não tenho condição financeira pra arcar com meus custos e pra arcar com medicamento. Então isso ainda não vi uma mudança (Campoleta).

Biston Betularia refere que já espera há muito tempo pela mastectomia que nunca acontece, nunca é aprovada, assim como outras pessoas que desejam as cirurgias e que, mesmo seguindo os processos designados pela portaria do Ministério da Saúde, não são encaminhados para a realização das cirurgias.

Pelo que a gente aguarda, não percebo mudanças. E eu entendo até o porquê, como eu te falei... [...] Não sei se é questão de verba, de tempo, também de organizar toda a equipe pra isso acontecer. E fora outras coisas também, que eram dos planos deles, né? Por exemplo, tem muitos homens trans que já estão lá no atendimento, que já esperam, por exemplo, pra fazer a mastectomia. Eu sou um dos homens trans que, pelo tempo que eu já tô sendo atendido lá, eu já poderia estar aguardando pra fazer a mastectomia. Mas não acontece. É uma realidade que a gente ainda não vive. E tem pessoas que já estão lá muito mais tempo do que eu, que também aguardam por um momento que chegar e eu, ó, já tô aqui pronto, eu quero a cirurgia (Biston Betularia).

Dentre os principais limites e desafios das pessoas Trans ao Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA, aparecem a falta de informação e comunicação entre os usuários e o Ambulatório, problemas organizativos e de gestão, a acessibilidade para outras pessoas Trans, sobretudo pessoas do interior do Estado que não dispõem desses serviços em suas regiões e precisam se deslocar para São Luís e que muitas vezes desistem do acompanhamento por não ter suporte e estrutura financeira para dar continuidade, além da preparação dos profissionais tanto do Ambulatório como

de todo o HUUFMA para atender pessoas LGBTI+ respeitando seu espaços, falas e vivenciais na garantia do direito ao acesso a saúde sem nenhuma manifestação de preconceito e/ou discriminação.

Quanto aos principais limites e desafios das pessoas Trans na continuidade do acompanhamento no Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA, as questões socioeconômicas são cruciais e determinantes nesse processo, conforme destaque da Greta Oro:

(...) eu to tomando antidepressivo [...] porque já teve tempo de eu ter pensamento de morte, já...chega uma hora que tu fica sem saber o que fazer, pelas condições mesmo.. o desemprego.. eu já fui em duas entrevistas... teve uma entrevista que eu fui, que a dona da clínica não me chamou em nenhum momento pelo meu nome social, sempre pelo nome antigo e pelo pronome masculino, foi muito desconfortável. Sai de lá arrasada. Já teve um outro também que eu fui — ah os dois eu fui indicada — só que a pessoa que me entrevistou só foi saber na hora que eu era uma mulher trans. Então mesmo com indicação, eu não fiquei e eram áreas que eu tinha experencial de 7 anos...não tinha outros concorrentes, sabe, só eu fui para essa entrevista e não fiquei, então é complicado... [...] porque ou você se prostitui e corre o risco de ser assassinada, né, porque a maioria quando passa que é mulher trans que foi assassinada, ela tava nesse estado, nessa condições de prostituição, ou aguarda...algum milagre... ajuda de alguém... um amigo... assim eu não tenho muito apoio da minha família, [...] eu tenho parentes que tem muito dinheiro, mas não me ajuda com um centavo, eu já cheguei a pedir para fazer a faxina, só pra conseguir comprar meu remédio e nada, eles contratam outras pessoas, sabe..não tenho esse apoio da família, financeiramente, só da minha mãe, só tenho minha mãe, então nossos limites, sem dúvida, é a questão financeira, a gente não tem esse acesso ao trabalho e consequentemente ao dinheiro que possibilita a gente de continuar (Greta Oro).

Panacea Prola também pontua as questões socioeconômicas como determinantes no processo de continuidade do acesso aos serviços de saúde no SUS, o desemprego, baixos salários, questões trabalhistas, falta de políticas específicas de trabalho e renda para a população LGBTI impactam diretamente nos modos de vida e subsistência das pessoas Trans.

Tem muitos homens trans também que atrasam muito o atendimento deles por falta de dinheiro para a passagem ou porque o chefe não libera pra fazer atendimento porque, por exemplo, a endocrinologista só atendia dia de sexta-feira, então, se o chefe liberasse pra fazer o atendimento eu aí. Era complicado, porque a maioria fica afastado, fazendo a hormonização por conta própria. E assim a gente já chegou à conclusão de que os melhores medicamentos para gente são os mais caros. [...] Mas graças a Deus hoje eu consigo pagar sem tantos prejuízos (Panacea Prola).

Durante a pesquisa foi identificado que Campoleta e Apollo recebem bolsas de iniciação científica pela UEMA e pela UFMA, respectivamente. O que gera um suporte financeiro importante para a manutenção na universidade, e para além dela, como destaca Campoleta:

A questão das passagens, os estudos que as vezes eu tenho que conciliar a vinda pra cá, com os estudos, hoje eu não tive aula. A questão da passagem e a condição financeira ela afeta muito mais porque eu venho e aí eu gasto passagem e ainda faço uso de antidepressivo, e aí o psiquiatra me dá 3 receitas pra que eu compre, e aí 58 reais pra mim e pra minha família faz falta né, por exemplo, hoje eu tô aqui, eu sei que eu vou almoçar porque eu vou pra uema, mas não sei como tá em casa, então esse dinheiro faz falta e também por isso esse mês eu não tomando meu antidepressivo porque eu tive que gastar dinheiro com outras questões, refeição em casa, com o notebook que eu comprei pra estudar, então é complicado.

Com relação as sugestões para assegurar a saúde como serviço essencial e direito fundamental para a todas as pessoas Trans tanto no HUUFMA como em todo o SUS, Campoleta refere que:

A disponibilização dos medicamentos, também a questão das cirurgias, pra gente é de suma importância, pra muita gente é prioridade, sabe. Na área da saúde, ampliar os serviços. Eu tinha uma amiga do Rio de Janeiro e a gente sempre fala que travesti tem pressa, porque a gente não sabe quando vai ser assassinado e assassinada também, ou num momento de vulnerabilidade se suicidar, então pra quem é trans, a gente tem pressa. Eu tava até lendo um artigo, que fala isso que quem é trans e travesti tem pressa, a gente não pode ficar esperando, 3 anos, 5 anos, 10 anos numa fila do SUS pra conseguir uma cirurgia. E talvez alguns e algumas de nós não tenhamos esse tempo, porque a expectativa de vida é metade da vida de uma pessoa cis. Então todo dia a gente tá aqui, tipo, eu vim pra cá mas eu não sei o que vai acontecer amanhã.

Para Panacea Prola:

Eu acho que duas palavras, as pessoas precisam ser mais abertas pra essa política, porque não é só uma mera política pra viado, sapatão, travesti...é precisa qualificação, porque tem gente que a gente percebe que elas têm boa vontade, de querer realmente tratar bem a pessoa e tal. Tem gente que não tem esse preconceito, só que elas não sabem utilizar os termos, as vezes fala uma besteirinha aqui, outra ali e falta essa qualificação técnica mesmo. O profissional entender como é que eles têm que tratar especialmente uma pessoa trans, travesti, especialmente com relação às questões de hormonização, cirurgia. Então, falta qualificação e falta essa abertura do poder público, não só do poder público, mas dos funcionários públicos também, para que essas políticas possam ser efetivadas. Quanto mais gente se qualificar nessa área, melhor. Mas o ambulatório foi piorando cada vez mais, eles foram meio que afastando o movimento, a sociedade civil de lá, e a galera foi se afastando, porque a partir do momento que você não consegue ser bem tratado, enquanto uma comunidade não vai ser bem tratado, enquanto um ser humano ali dentro. Eu vejo o ambulatório também, muito como uma organização cis, que está tentando prestar o serviço, mas que ao mesmo tempo, eles não tentam se apropriar do que são as pessoas LGBT. E não é nem se apropriar, é permitir que as pessoas LGBTI abram a boca, e falem e se posicionem.

Aqui, percebe-se um entrave importante em como políticas públicas são pensadas dentro de uma formação conjuntural cisgêneras, para pessoas cisgêneras, conduzidas por pessoas cisgêneras, com criação de mecanismos que tentam “amenizar” particularidades. No entanto, não basta ter legislações, estas são importantes, mas, precisam ser efetiva na vida da população e que isso seja feito

respeitando a pluralidade da população, sem que sejam ações mínimas, descompromissadas. Ações mínimas não resolvem demandas, são insuficientes para enfrentar questões complexas que remetem a direitos básicos como saúde. As problemáticas encontradas até aqui, permitem evidenciar que o direito a saúde não se cumpre como preconiza a Constituição Federal de 1988, tampouco respeita os princípios norteadores do SUS. Trabalhar com pessoas LGBTI+ também exige abertura de possibilidades, enfrentamento, diálogos nem sempre fáceis numa conjuntura neoconservadora, restritivas de direitos, de desfinanciamentos do tripe da Seguridade Social, desregulamentação do SUS. Travestis e pessoas trans em sua grande maioria, vivem em um contexto de sofrimento, violações múltiplas. Precisam ser acolhidos, respeitados, incluídos na sociedade de modo geral e isto envolve articulação com movimentos sociais que defendem direitos humanos para a população LGBTI+, conhecer suas particularidades e necessidades de saúde, educação, moradia, renda. Requer romper com preconceitos e estereótipos bem presentes e enaltecidos na sociedade nestes tempos presentes.

Biston Betularia e Apollo discutem a ampliação dos serviços do SUS para pessoas LGBTI+ para que possam ser atendidas em todos os âmbitos e não somente em serviços específicos para pessoa Trans, que as pessoas LGBTI+ possam transitar em todos os serviços dos SUS, em todas as políticas e serviços sem que sejam tratados com desrespeito.

Não precisa, tipo... ir num lugar específico pra me sentir à vontade, pra ser atendido... Eu vou como um usuário, como qualquer pessoa. Só isso, pronto. Sabe? Ter a dignidade pra isso. Porque às vezes a gente chega lá pra ser atendido... já passei por isso na UPA do Araçagi, onde tive que fazer a troca do meu nome. Depois que eu dei entrada, eles não conseguiram mais alterar. Sempre ficou me chamando pelo nome antigo. [...] Tipo, eles alteraram, mas o sistema continuou me chamando pelo nome antigo. Ou seja, sabe? Tipo, isso foi constrangedor pra mim. Eu me lembro que a médica que me atendeu, ela teve que fazer o meu atestado manual. Ela preencheu meu atestado manual. Porque sai pelo sistema agora, né? Na UPA. Ela... 'Não, eu vou preencher um atestado pra você manual. Já que o sistema vai colocar lá como'... Foi que ela fez lá, sabe? Então, tipo... Era pra ser algo automático. O sistema, como um todo, alterou, alterou e acabou. Tem muitos sistemas que eu acesso hoje em dia que já fiz a minha alteração com tudo, mas ainda assim, aparece pra mim o nome antigo (Biston Betularia).

Danaus, Campoleta e Actias Luna apontam melhorias para HUUFMA, questões administrativas, organizativas que podem ser feitas localmente para aprimorar os serviços já realizados, ações que vão desde a comunicação até a realização de exames.

Eu vejo carências de algumas coisas, mas não é do ambulatório não, eu sei que tudo tem um hierarquia, primeiro sou que sou o atendido até chegar na

direção do hospital, por exemplo na sala da endócrino seria legal uma balança na sala, pra eu me despir lá, ver altura essas coisas e não tem, a gente tem que se deslocar pra outra sala, falta parte de equipe, equipamentos pra gente. Em âmbito nacional, equipes preparadas para atender o público em toda rede do sus, um tratamento humanizado (Danaus).

Nossa, muitas...primeiro, que pelo menos pudessem encaixar a gente pra fazer os exames, né. Que todo ano a médica passa. Ultrassom da mama, abdominal, transvaginal, densitometria óssea, tudo isso seria ótimo se a gente pudesse fazer. E segundo é poder encaixar a gente ou conseguir um médico cirurgião pra fazer a nossa mastectomia, das meninas também (Actias Luna).

Melhor comunicação com os pacientes. Pelo menos pra ligar e falar, olha tá com falta de tal profissional, não é para você vir para cá hoje. Melhorar a comunicação com as outras pessoas. Porque nesse dia eu tinha dinheiro para vir, mas as que não tinham (Campoleta).

Por último, foi questionado o porquê, mesmo com todos esses anos de funcionamento, o Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA nunca foi habilitado pelo Ministério da Saúde para a realização das cirurgias e dispensação dos hormônios. Campoleta evidencia o avanço do conservadorismo no desmonte de direitos e como mecanismo de impedimento para a implementação do Ambulatório.

Um moralismo cada vez mais crescente querendo derrubar e destruir tudo aquilo que a gente construiu, tem que esta constantemente lembrando que a gente tem que da continuidade a tudo que a gente conquistou. [...] Inclusive o bolsonaro tem um pouco de dedo nisso, porque essa políticas públicas foram ali guardadas. (Campoleta).

Para Biston Betularia a organização política e governamental dos últimos anos foi decisiva para que o Ambulatório não fosse credenciado durante todos esses anos, mas que com os novos arranjos atuais possibilitados pela gestão do governo Lula, há esperanças de melhorias e que se consiga avançar para o credenciamento do HUUFMA junto ao Ministério da Saúde.

A própria política em si. O governo... Inclusive, não sei se chegou a acontecer ou não, mas o que foi passado pra gente, que houve essa petição do hospital pra credenciamento e eles negaram em Brasília. Negaram em Brasília e já eram no governo conservador. Então isso tá influenciado bastante. Assim, com o governo atual a gente espera que isso... A esperança é que mude, que a gente possa de fato progredir ali, sabe? [...] mas imagina só pra um cara sair daqui pra ir pra Recife, sendo que a gente tem um hospital com nome aqui, que é o Hospital Universitário. É um hospital reconhecido, sabe? Não é um hospital que não tá começando de agora. Ele é referência, sabe? É referência. Então a gente que já tá aqui... Se a gente já tem custos com isso, imagina o que é pra gente ainda tirar do bolso e viajar...Outras coisas que a gente...De repente eu sei que tem muitas outras necessidades, mas isso não deixa de ser uma necessidade pra gente também. Não deixa de ser. Não é por vaidade, sabe? É por uma necessidade. Entende? Por uma necessidade (Biston Betularia)

Panacea Prola ressalta que houve muitas tentativas dos profissionais para que fosse feito o credenciamento, no entanto, muitos profissionais não eram exclusivos

do Ambulatório, tinham que se desdobrar em demandas de outros setores, mas que agora o cenário é de afastamento, em sua fala é possível analisar a preocupação com o fechamento do Ambulatório

Eu já cantei essa bola há muito tempo, mas às vezes parece que o ambulatório vai fechar, porque o pessoal não faz divulgação de nada, não fala mais nada sobre isso, demora para ter para ter retorno. Ainda existe sim o atendimento. Mas não esse retorno da diretoria do ambulatório e a própria população não procura tanto porque já sabe como é (Panacea Prola).

Os impasses e desafios do Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA envolvem tanto a habilitação para realização do “Processo Transexualizador”, as fragilidades de acesso das pessoas Trans e, principalmente, a manutenção do acompanhamento, como resultados principais. Percebe-se, portanto, que o acesso não envolve somente as dinâmicas de localização do Ambulatório e o acolhimento profissional, mas vincula-se as inquietações geradas pelo preconceito e sentimento de não pertencimento, o medo e o afastamento dos profissionais da realidade vivenciada por pessoas Trans. Um acesso efetivo diz respeito ao atendimento integral, as repostas as demandas em sua totalidade, onde seja possível materializar o direito, sem que isso seja vista por uma ótica do mínimo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do que foi apresentado, várias assertivas se consolidam no decorrer da pesquisa. Primeiro, é possível perceber que a preocupação com a saúde pública aparece desde a formação do Brasil, embora tenha aparecido de forma pontual e higienista, houve desde a colonização uma avaliação sobre as concepções de saúde que precisavam ser sanadas, de modo a melhorar o fluxo econômico e, por consequência, viabilizar o controle de doenças entre a população. Processo que foi aprimorado com o desenvolvimento do país e conforme as problemáticas em saúde foram surgindo. Portanto, a saúde pública, assim como as políticas públicas, nasce atrelada às necessidades sociais que emergem no processo de sociabilidade e de luta coletivas que precisam ser respondidas pelo Estado.

Antes do SUS, essas respostas apareciam mais centralizadas em ações de controle epidemiológico e sanitário com base no controle de doenças tropicais, ações de vacinação e grande demanda hospitalocêntrica, um vez que as comorbidades avançavam e agravavam muito rápido, pois não havia um trabalho preventivo, tampouco que conseguisse atingir as populações mais pobres e afastadas dos grandes centros urbanos do país.

Com a criação do SUS, a saúde ultrapassa o sentido biológico e ganha uma formação com base nas questões sociais, econômicas, culturais, psicológicas, religiosas, respeitando a pluralidade e a diversidade dos indivíduos. Cria-se, a partir do SUS, uma concepção de saúde que busca entender o indivíduo em sua totalidade, respeitando suas particularidades e suas manifestações coletivas. A estruturação legislativa do SUS com base em seus princípios de integralidade e universalidade que impõe no bojo da formação dessa política uma responsabilidade que não tem sido efetivada e que, como visto nesta pesquisa, esbarra em entraves que impossibilitam sua concretização, com a colisão entre as prerrogativas legais e reais.

Desse modo, é possível evidenciar a dicotomia no princípio da universalidade, entre o que se espera como prerrogativa legal e o que de fato se tem na realidade, a universalidade não dispõe apenas do acesso aos serviços de saúde, mas, sobretudo, em como é realizado esse acesso, se todos de fato conseguem acessar os serviços de saúde de forma universal e se, além do acesso, as demandas são atendidas respeitando o princípio da Integralidade.

Com a abertura do SUS e as questões que cercam a diversidade humana, foi possível se concretizar dentro desse sistema uma política específica criada para atender as pessoas LGBTI+, que tem dentro dos seus segmentos grupos mais vulnerabilizados que outros. Desse modo, esta pesquisa partiu do pressuposto de análise sobre o Sistema Único de Saúde a partir do princípio da Universalidade como mecanismo que permite o acesso da população aos serviços de saúde no país. Como elemento central, colocou-se uma parte da população que tem historicamente processos de exclusão e negação de direitos que são as pessoas LGBTI+, de modo particular, dentro desse universo, buscou-se as pessoas Trans como protagonistas que buscam e reivindicam políticas públicas.

Assim, ao analisar os processos de acesso de pessoas Trans a política de saúde, a partir do Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA, percebeu-se que há inúmeros mecanismos que fragilizam o ingresso dessas pessoas no SUS. Isso envolve, no primeiro momento, o debate sobre gênero e sexualidade que atravessa questões problematizadoras importantes como a centralidade direcionada às pessoas cisgênero e heterossexuais que historicamente assumiram o protagonismo na sociedade ocidental como marcador de normalidade e padrão social reafirmado por concepções moralizantes disseminadas pelas religiões, sobretudo o cristianismo que se mantém como religião dominante na cultura brasileira.

Os impactos gerados por esses pensamentos, excluem vivências que se manifestam contrárias ao padrão cisheteronormativo - e essa exclusão envolve todos os setores da sociedade, sem distinção. Evidencia-se que esse sistema começa pela família, ambiente que, por denominação, deveria ser de acolhimento - o que vai gerar uma série de violências que podem ser desde a violência física (e assassinatos) como a falta de acesso à direitos sociais que também se constitui como uma violenta forma de exclusão.

Num segundo momento, surge as debilidades na estrutura do SUS que tem como marco principal, os desgastes causados pela lógica de desfinanciamento, sucateamento e privatização ocasionada pelo sistema de recessão neoliberal. As fortes investidas de desmonte do SUS se consolida em diversos setores seja na Atenção Básica como o desfinanciamento do NASF, seja na falta de unidades de urgência e emergência da Média Complexidade e, conforme visto nesta trabalho, a não habilitação de serviços voltados às pessoas LGBTI+, a exemplo do “Processo

Transexualizador”, com as cirurgias de modificação corporais, nas unidades de Alta Complexidade.

Assim, o princípio da Universalidade e Integralidade do SUS ficam atravessados pelas próprias fragilidades do SUS que não consegue atender as demandas da população, motivado pela lógica de minimização das ações do Estado que propositadamente impede ações universais e com totalidade de suas políticas, programas e serviços, predominando ações meramente focalizadas e insuficientes, empurrando para a sociedade civil responsabilidades que deveriam ser respondidas do Estado.

Destarte, no contexto específico do Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA não há, verdadeiramente, o “Processo Transexualizador”, pois ainda não houve habilitação do Ministério da Saúde para sua efetivação. Nesse desenvolvimento, constatou-se os impactos do avanço do neoconservadorismo posto da realidade brasileira e que se particulariza de forma mais agressiva com o golpe de 2016 e subsequentes governos Temer e Bolsonaro. Rebatimentos ainda mais decisivos no governo Bolsonaro que consolidou no cenário brasileiro o pânico moral e a desestruturação dos aparelhos do Estado que conseguissem atender grupos em riscos de vulnerabilidade como as pessoas LGBTI+, mulheres, indígenas, pessoas com deficiência, população negra e setores mais pobres da sociedade.

Os reflexos dessa conjuntura inviabilizaram a concretização do direito à saúde das pessoas Trans que buscam o SUS para realizar os processos de transição que necessitam de suporte profissional como as cirurgias de modificação corporal e hormonioterapia indo de encontro ao princípio da Universalidade do SUS.

Há, no Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA, um serviço que visa o atendimento multiprofissional especializado a pessoas Trans que buscam o Hospital Universitário que tem como objetivo prestar assistência psicossocial e acompanhamento hormonal garantindo um espaço de acolhimento, acompanhamento e suporte as pessoas Trans que desejam permanecer nos grupos e nos atendimentos ambulatoriais.

Muitas foram as dificuldades apontadas pelos profissionais para implementação do ambulatório. Estas incluem a resistência e/ou aceitação por parte de alguns profissionais do Ambulatório especializado para pessoas Trans no HUUFMA, sobretudo, por julgarem que outras temáticas são mais importantes. Outro fator observado diz respeito aos desmontes sucessivos da Seguridade Social na qual

a política de saúde se inclui, sobretudo nos governos Temer e Bolsonaro. Contexto em foi paralisada a tramitação do processo de habilitação do Ambulatório.

A carência de profissionais capacitados para trabalhar com pessoas LGBTI+ no SUS também foi perceptível, assim como a ausência de capacitação, ou curso direcionados aos profissionais do Ambulatório de sexualidade, o que, possivelmente conduz a limites ao trabalho da equipe neste serviço. O acesso o Ambulatório também precisa ser mais divulgado. De forma unanime, entre pessoas trans e profissionais do Ambulatório, a maior dificuldade está na habilitação para o “processo transexualizador” para a realização das cirurgias e dispensação dos hormônios e bloqueadores. Tal fato promove desanimo e até mesmo frustração, pela demora.

Entre as pessoas Trans as problemáticas e dificuldades emergem os fatores socioeconômicos, que se manifestam na falta de oportunidades de emprego, dificuldades de acesso e manutenção ao ensino fundamental, médio, técnico e superior, a própria evasão escolar causadas pelo preconceito e violência institucionais. A exclusão familiar que se torna um dos processos violentos e mais dolorosos nas vivências LGBTI+, que empurra essas pessoas para a rua, para o subemprego, para a prostituição e para todos os tipos de violência.

Nos serviços de saúde essas dificuldades estão voltadas, também, ao desrespeito dos profissionais com o uso do nome social, ou até mesmo pelas burocracias dos sistemas do SUS, a falta de acolhimento adequado. Outro ponto importante é a centralidade na equipe e nos diagnósticos para sejam liberados os procedimentos referentes a transição como o uso dos hormônios e as cirurgias.

Como desafios postos na realidade atual aparece como pertinente, no novo cenário político brasileiro, após eleição do presidente Lula a realização de novas solicitações de habilitação, com novas tentativas, para que se consiga avançar na consolidação da implementação do Ambulatório de Sexualidade, com financiamento adequado e a liberação para a realização das cirurgias e dispensação dos hormônios e bloqueadores.

As sugestões de melhoria, apontam para questões organizacionais do SUS, em sua estrutura, com a formação de um sistema que atenda pessoas LGBTI+ para além das políticas, programas e serviço específicos, para que essas pessoas consigam transitar em todos os espaços do SUS e que não precise fragmentar as ações, que seja permitido um amplo debate dentro do sistema como um todo. Como melhoria para o HUUFMA estão as melhorias nos equipamentos usados pelos

profissionais do Ambulatório de Sexualidade que possa garantir mais conforto e privacidade as pessoas Trans, que seja permitido mais encaixes para consultas e exames de forma mais organizada, há, como já mencionado, a solicitação pelas cirurgias e dispensação de hormônios, melhoria na comunicação com as pessoas Trans sobre os cancelamentos de consulta e exames, bem como realizar a divulgação do Ambulatório de Sexualidade para que mais pessoas possam acessar os serviços já disponíveis e reivindicar a habilitação junto ao Ministério da Saúde.

Com isso, as manifestações sociais aparecem como formas de reivindicação e resistência na luta pelo direito de existir e de ocupar os espaços na sociedade seja nas universidades, seja nas câmaras de vereadores ou no congresso. Com a nova conjuntura sociopolítica de 2022 no país, fica posto em evidencia novas reivindicações, novos projetos e que se consiga avançar no direito das pessoas LGBTI+ com a esperança de tempos melhores e o movimento LGBTI+ segue firme na luta pela garantia (legítima) de direitos básicos sonegados as pessoas LGBTI+.

REFERÊNCIAS

ALAMBERT, Z. **A mulher na História, a História da Mulher**. São Paulo: Ômega, 2004.

ALMEIDA, Celia. **Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe**: algunas lecciones de los años 80 y 90. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 905-925, jul.-ago., 2002.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/KPt8R5JmZtJk6Sy7rbwZwGs/abstract/?lang=es>. Acesso em: 11 jul. 2022.

ANTUNES, R. Trabalho uno ou omni: a dialética entre o trabalho concreto e o abstrato. **Revista Argumentum**, Vitória – ES, v. 2 n. 2, p. 09-15, jul./ dez. 2011b.

ARÁN, M; MURTA, D. Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiencia da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde. **Physis**, n. 19, v. 1, p. 15-41, 2009.

ARÁN, M. **Transexualismo e cirurgia de transgenitalização**: biopoder/biopolítica. Série Anis. v. 39. Brasília (DF): Letras Livres, 2005.

ARÁN, M. *et al.* Transexualidade e políticas de saúde pública no Brasil. **Fazendo Gênero 8 - corpo, violência e poder**, Florianópolis, 2008. Disponível em:

http://www.wwc2017.eventos.dype.com.br/fg8/sts/ST40/Marcia_Aran_40.pdf. Acesso em: 28 abr. 2023.

ARÁN, M; LIONÇO, T.; MURTA, D.; LIMA, F.; VENTURA, M.; GONÇALVES, L. Transexualidade e Saúde: acúmulos consensuais de propostas para a atenção íntegra. *In: Relatório preliminar da pesquisa Transexualidade e Saúde*: condições de acesso e cuidado integral (IMS-UERJ / MCT/CNPq/MS/SCTIE/DECIT); Relatório das Reuniões realizadas no Ministério da Saúde sobre o Processo Transexualizador no SUS (MS, 2006, 2007); Observatório do Instituto Antígona Entendendo os fundamentos jurídicos dos direitos dos GLBT. 2008.

AROUCA, A. S. Democracia e Saúde. *In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE*, 8., 1986, Brasília. **Anais...** Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1987a. p. 35-42.

ASSOCIAÇÃO Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Secretaria de Educação. *In: Pesquisa Nacional sobre o Ambiente Educacional no Brasil 2015*: as experiências de adolescentes e jovens lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais em nossos ambientes educacionais. Curitiba: ABGLT, 2016. Disponível em:

<https://www.grupodignidade.org.br/wp-content/uploads/2016/03/IAE-Brasil-Web-3-1.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2023.

AVELAR, Paulo Ricardo de. **Surgimento da Saúde no Brasil**. Faculdade de Economia UFJF, [s.d.]. Disponível em:

https://www.ufjf.br/oliveira_junior/files/2011/08/Aula-6-EcoUFJF.pdf. Acesso em: 10 fev. 2023.

BEHRING, Elaine Rosseti. A condição da política social e a agenda da esquerda no Brasil. **Ser Social**, Brasília, v. 18, n. 38, p. 13-29, jan.-jun./2016.

BEHRING, Elaine Rosseti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2008.

BENJAMIN, Harry. **The Transsexual Phenomenon**. New York: The Julian Press, 1966.

BENTO B. M. **A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

BERTOLOZZI, R. M; GRECO, R. M. As Políticas de Saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 30, n. 30, p. 380-98, dez. 1996.

BOITO, Armando Junior. O caminho brasileiro para o fascismo. **Caderno CRH**, Salvador, v. 34, p. 1-23, e021009, 2021.

BONASSI, C. B. *et al.* Vulnerabilidades mapeadas, Violências localizadas: Experiências de pessoas travestis e transexuais no Brasil. **Quaderns de Psicologia**. Dezembro, 2015. DOI:10.5565/rev/qpsicologia.1283.

BORBA, Rodrigo. **O (des)aprendizado de si: transexualidades, interação e cuidado em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.

BRAGA, J.C.S.; PAULA, S.G. **Saúde e Previdência: estudos de Política Social**. São Paulo: HUCITEC, 1986.

BRASIL. Comissão Nacional da Verdade. **Relatório**. Volume II. Brasília: CNV, 2014. 416 p. Disponível em: <http://www.cnv.gov.br/images/pdf/relatorio/volume2digital.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2023.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei n.º 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Poder Executivo, Diário Oficial da 33 União Brasília, DF, 31 dez. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1707/GM**, de 18 ago. 2008 Institui, no âmbito do SUS, o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2008a. Seção 1, n.159, p.43.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.803 Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Financiamento da Assistência Social no Brasil. **Caderno SUAS**, ano 3, n.º 3, Brasília: 2008. 30 p.; 30 cm.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos Relatório sobre violência homofóbica no Brasil: ano de 2011/Secretaria de Direitos Humanos; Priscila Pinto Calaf, Gustavo Carvalho, Bernardes e Gabriel dos Santos Rocha (organizadores). **Secretaria de Direitos Humanos**. Brasília, DF: Secretaria de Direitos Humanos, 2012, 138 p.: il.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. Este texto é uma versão revista e ampliada dos artigos: "As Políticas de Seguridade Social Saúde". In: CFESS/CEAD. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo III: Política Social. Brasília: UnB- CEAD/ CFESS, 2000 e "A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica". In: **Capacitação para Conselheiros de Saúde** - textos de apoio. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

BURNETT, F. L. O Plano Mais IDH: do município à região? Globalização e planejamento no Maranhão. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE DESENVOLVIMENTO REGIONAL, 7., v. 7, **Anais...** Santa Cruz do Sul, 2015.

BUTLER, Judith. **Desfazendo gênero**. São Paulo: Editora Unesp, 2022.

BUTLER, Judith. Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do "sexo". In: LOURO, Guacira Lopes (Org.). **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. Tradução de Tomaz Tadeu da Silva. Belo Horizonte: Autêntica. p. 151-165, 2000.

CALIXTO, A. Alves. **Rompendo o silêncio: a informação no espaço Lgbt do estado da Paraíba**. 2015. 69 f. Trabalho de Conclusão de Curso - Departamento de Ciência da Informação, vinculado ao Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal da Paraíba. Disponível em: <http://www.ccsa.ufpb.br/arqv/contents/documentos/071AdeiltonAlvesCalixto.pdf> >. Acesso em: 12 mar. 2023.

CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. **Estudos avançados**, v. 27, n. 78, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/HpvKjJns8GhnMXzgGDP7zzR/?lang=pt>. Acesso em: 17 jul. 2022.

CARVALHO, P.G; OLIVEIRA, Q. S. A. Discurso, Poder e Sexualidade em Foucault. **Revista Dialectus**, n. 11, Dossiê Michel Foucault, 2017. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/dialectus/article/view/31003>. Acesso em: 07 abr. 2023.

CASTRO, Camila; LUIZ, Carmem; MOTA, Renata; NASCIMENTO, Ana Gabriela; SIMPSON, Keila; SOUTO, Kátia. **Saúde integral da população LGBT – I. Promoção da Equidade no SUS**. Fortaleza, n. 7, p. 146-191, 2014.

COLLING, Leandro. Políticas para um Brasil além do Stonewall. *In*: COLLING, Leandro (Org.). **Stonewall 40 + o que no Brasil?** Salvador: Edufba, 2011, p. 7-20.

CONSELHO Nacional de Combate à Discriminação. **Brasil Sem Homofobia**: programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CONSELHO Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM n.º 1.482/1997. Autoriza a título experimental a realização de cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia, neofaloplastia. **Diário Oficial da União**. Brasília: D. O. F., 1997.

CONSELHO Federal de Medicina (CFM). Resolução n.º 1.955 de 18 agosto de 2010. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2010. Seção 1, n. 170, p. 109-110.

COSTA, F. "Faggot, Fairy, Pansy... Queer": Gay/Queer Confrontations in Mart Crowley's *The Boys in the Band*. **Revista de Estudos Norteamericanos**, n. 17, p. 25-37, 2013.

DOSSIÊ Saúde das Mulheres Lésbicas - Rede Saúde. **CLAM**. Belo Horizonte. 2006. Disponível em: http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/detalhes.asp?cod_dados=316. Acesso em: 25 abr. 2023.

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

DRAIBE, S. M. **Avaliação de Implementação**: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas. *In*: BARREIRA, Maria Cecilia Roxo Nobre. São Paulo, 2001.

DRAIBE, S. M; RIESCO, M. Estados de Bem-Estar Social e estratégias de desenvolvimento na América Latina. Um novo desenvolvimentismo em gestação?. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 13, no 27, mai./ago. 2011, p. 220-254.

DRAIBE, Sonia Mirian. Uma nova institucionalidade das políticas sociais? reflexões a propósito da experiência latino-americana recente de reformas dos programas sociais. **São Paulo em Perspectiva**, v. 11, n. 4, 1997. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2092019/mod_resource/content/1/Draibe%20politicas%20p%C3%BAblicasv11n04_01.pdf. Acesso em: 18 jul. 2023.

EMPRESA Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH. **Nossa História**. UFMA, 09 dez 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hu-ufma/governanca/hu-ufma/nossa-historia>. Acesso em: 01 jun. 2023.

ENGELS, Friedrich. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. 15. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

EREIRA, Bárbara Cristina Silva; SOARES, Luciana Castelo Branco. Trabalho em grupo desenvolvido com usuários e usuárias Trans no Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA: relato de experiência a partir da Residência Multiprofissional em Saúde. *In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL EM EDUCAÇÃO PERMANENTE: saúde e educação no contexto interdisciplinar - SIEP*. 1. 2019, **Anais...** São Luís, UFMA, 2019. Disponível em: <https://www.even3.com.br/anais/siep2019/231228-trabalho-em-grupo-desenvolvido-com-usuarios-e-usuarias-trans-no-ambulatorio-de-sexualidade-do-huufma--relato-de-e>. Acesso em: 04 jun. de 2023.

ESCOLA Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Hospitais universitários pedem socorro. **FIOCRUZ**. 2014. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/hospitais-universitarios-pedem-socorro>. Acesso em: 01 jun. 2023.

FACCHINI, R. Movimento homossexual no Brasil: recompondo um histórico. **Cad. AEL**, v. 10, n. 18/19, 2003. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/bibliotecaDigital/20788arquivo.pdf>. Acesso em: 26 de abr. 2023.

FEITOSA, C. Do “Kit Gay” ao “Ministério da Família”: a desinstitucionalização das políticas públicas LGBTI+ no Brasil. **Caderno de Gênero e Tecnologia**. 2021. Disponível em: <file:///C:/Users/Bruna/Downloads/11487-50466-1-PB.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2023.

FERREIRA, G. G. Conservadorismo, fortalecimento da extrema-direita e agenda da diversidade sexual e de gênero no Brasil contemporâneo. **IFG**. 2016. Disponível em: <https://www.ifg.edu.br/attachments/article/7536/Conservadorismo,%20fortalecimento%20da%20extrema-direita%20e%20a%20agenda%20da%20diversidade%20sexual%20e%20de%20g%C3%AAnero%20no%20Brasil%20contempor%C3%A2neo%20%E2%80%93%20Guilherme%20Ferreira.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2023.

FILHO, G. S. A.; MELO, S. A. Miguel. Análise histórica do movimento LGBT mundial: do movimento homófilo a liberação gay nos Estados Unidos. 2014. **Anais de Evento** ISSN: 2177-4781. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/5686>. Acesso em: 03 fev. 2023.

FINKELMAN, J. **Caminhos da saúde no Brasil** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 328 p. ISBN 85-7541-017-2. DOI: <http://books.scielo.org>.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade 1: a vontade de saber**. Rio de Janeiro, Graal, 1999.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade 2: o uso dos prazeres**. Rio de Janeiro, Graal, 2006.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1996.

FRANCO, Renato Junior. O modelo luso de assistência e a dinâmica das Santas Casas de Misericórdia na América portuguesa. **Est. Hist.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 53, p. 5-25, jan.-jun. 2014.

GALVÃO, Marcio Antonio Moreira. **Origem das políticas de saúde pública no Brasil**: do Brasil-Colônia a 1930. Textos do Departamento de Ciências Médicas | Escola de Farmácia.

GARII, B. Transgender Movement. Encyclopedia of Activism and Social Justice. **SAGE Publications**. 2007. Disponível em: http://www.sageereference.com/activism/Article_n867.html. Acesso em: 21 nov. 2019.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, L. F. E. Ser Pardo: o limbo identitário-racial brasileiro e a reivindicação da identidade. **Cadernos de Gênero e Diversidade**, v. 5, n. 1, p. 66–78, 2019. DOI: <https://doi.org/10.9771/cgd.v5i1.31930>.

HERRERA, R. Alguns aspectos filosóficos e políticos da teoria de Estado em Marx e Engels. **Revista Argumentum**, Vitória (ES), v. 3, n. 2, p. 71-93, jul./dez. 2011.

HORST, Claudio Henrique Miranda. Família, homossexualidade e conservadorismo: discursos no Congresso Nacional Brasileiro. 2020.

IAMAMOTO, Marilda. O Serviço Social na cena contemporânea. In: CFESS/ABEPSS (Orgs.). **Direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/Abepss, 2009.

IBGE. **Censo IBGE 2010**. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 23 mar. 2023.

IBGE. **Cidades IBGE**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2018.

INSTITUTO de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. **Situação Social nos Estados**: Maranhão. Governo Federal, Brasília, 2012.

INSTITUTO Maranhense de Estudos Socioeconômicos e Cartográficos. **Plano de ação mais IDH**: diagnóstico preliminar. Instituto Maranhense de Estudos Socioeconômicos e Cartográficos, Secretaria de Estado do Planejamento e Orçamento. São Luís, 2015.

IYDA, M. **Cem anos de saúde pública**: a cidadania negada. São Paulo: Universidade Estadual Paulista, 1994.

JESUS, Jaqueline Gomes de. **Orientações sobre identidade de gênero**: conceitos e termos. Escritório de Direitos Autorais da Fundação Biblioteca Nacional – EDA/FBN, Registro EDA/FBN nº 563034, Livro 1074, Folha 91. Protocolo EDA/DF 2012, nº 366. Brasília, 2012.

JUNQUEIRA, R. D. A invenção da "ideologia de gênero": a emergência de um cenário político-discursivo e a elaboração de uma retórica reacionária antigênero. **Rev. psicol. polít.** [online], v. 18, n. 43, p. 449-502, 2018.

LANZ, Letícia. **O corpo da roupa: a pessoa transgênera entre a transgressão e a conformidade entres normas de gênero**. 2014. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Universidade Federal do Paraná, 2014.

LEVY, Jay A.. **HIV e a patogenia da Aids**. São Paulo: Unifesp, 2010.

LIMA, F. A invenção do dispositivo da transexualidade: produções de verdade e experiências trans. **Em pauta**. 2011.

MARTINS, Eduardo Vieira. A. **Informação e sua dimensão política na agenda de pesquisa em saúde no Brasil**: uma análise a partir da produção acadêmica da Fiocruz. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, IBICT- ECO/UFRJ, 2005.

MATTA, G. C. **Políticas de saúde**: organização e operacionalização do sistema único de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

MERCADANTE, Otávio Azevedo. Evolução das políticas e do sistema de saúde. **Scielo Books**. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/sd/pdf/finkelman-9788575412848-05.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2022.

MÉSZÁROS, I. MÉSZÁROS, I. **Para além do capital**: rumo a uma teoria da transição. São Paulo: Boitempo Editorial, Campinas-SP: Editora da UNICAMP, 2002.

MOREIRA, S. A. E; MARCOS, M. C. Breve percurso histórico acerca da Transexualidade. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 25, n. 2, p. 593-609, ago. 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682019000200013. Acesso em: 30 abr.2023.

NASCIMENTO, Letícia Carolina Pereira do. **Transfeminismo**. São Paulo: Jandaíra, 2021.

NETTO, J. P. A construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. *In*: MOTA, Ana Elizabete *et al.* (Orgs.). **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

NETTO, José Paulo. **Pequena história da ditadura brasileira** [livro eletrônico]: (1964-1985). 1. ed. São Paulo: Cortez, 2014. Disponível em: http://resistir.info/livros/pequena_historia_da_ditadura_brasileira.pdf. Acesso em: 10 jul. 2022.

NOGUEIRA, Leonardo. **O Brasil fora do armário**: diversidade sexual, gênero e lutas sociais. 1. ed. São Paulo: Expressão Popular, Fundação Rosa Luxemburgo, 2020.

NORONHA, J. C.; LIMA, I. d.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. *In*: GIOVANELLA, Lígia *et al.* (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 435-472.

OBSERVATÓRIO de Políticas Públicas LGBTI do Maranhão. **Boletim da violência letal LGBTI+ no Maranhão. 2021**. Disponível em: <https://observatoriolgbtima.com.br/docs/boletim-da-violencia-letal-lgbti-do-maranhao/>. Acesso em: 15 jun. 2023.

OBSERVATÓRIO de Políticas Públicas LGBTI do Maranhão. **Boletim da violência letal contra população Trans e travesti no Maranhão em 2022**. Disponível em: <https://observatoriolgbtima.com.br/docs/4394-2/>. Acesso em: 15 jun. 2023.

OLIVEIRA, Andre Luiz de. História da saúde no Brasil: dos primórdios ao surgimento do SUS. **Encontros Teológicos**, n. 61, ano 27, n. 1, p. 31-42, 2012.

ORGANIZAÇÃO Mundial de Saúde (OMS). **Código Internacional de Doença e Problemas Relacionados à Saúde**. 10. ed. 1992. Disponível em: <http://cid10.bancodesaude.com.br/cid-10-f/640/transexualismo>. Acesso em: 02 jan. 2017.

PAIM, Jairnilson Silva; DA SILVA, Lígia Maria Vieira. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS - Boletim do Instituto de Saúde**, v. 12, n. 2, p. 109-114, 2010.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica** [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p. ISBN 978-85-7541-359-3. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 12 mar. 2023.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. Disponível em: <http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/4/>. Acesso em: 30 ago. 2022.

PEREIRA, P. A. P. A saúde no sistema de seguridade brasileiro. **Ser Social**, Brasília: UnB, n. 10. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/7276/1/ARTIGOSaudeSistemaSeguridade.pdf>. Acesso em: 29 de abr. 2023.

PEREIRA, P. A. P. **Política Social**: temas & questões. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

PESSOA, Maria Anadete Abreu. **O público e privado na política de saúde**: reflexões da publicização da gestão de serviços de assistência médico-hospitalar do Hospital Dr. Carlos Macieira no período de 1997 a 2006 em São Luís/MA. 2014. Dissertação - PPGPP UFMA, 2014.

PNUD. **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil**. São Paulo: PNUD, 2012.

PNUD. **Ranking Mundial de IDH**. São Paulo: PNUD, 2014.

POLIGNANO, Marcus Vinicius. **História das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/2165/livros>. Acesso em: 15 jun. 2022.

PRADO, Marco Aurélio Máximo; MACHADO, Frederico Viana. **Preconceito contra homossexualidade**: a hierarquia da invisibilidade. São Paulo: Cortez, 2012.

QUINALHA, H. R. **Contra a moral e os bons costumes**: a política sexual da ditadura brasileira (1964-1988). 2017. Tese (Doutorado em Ciências) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

RIOS, R. R; PIOVESAN, F. A discriminação por orientação sexual. *In*: SEMINÁRIO INTERNACIONAL AS MINORIAS E O DIREITO, v. 24, **Série Cadernos do CEJ**. Brasília, 2001.

ROSEN, R; HAM, C. Atención integrada: enseñanzas de evidencia y experiencia. informe del Seminario Anual de Salud 2008 Sir Roger Banninster. **Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada**, v. 1, n. 2, 2008.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo, HUCITEC/Ed. UNESP, ABRASCO, 1994.

ROSSI, S. S. **A constituição do sistema de saúde no Brasil**. São Paulo, 1980.

ROSSI, Pedro; Dweck Esther. Impactos do novo regime fiscal na saúde e educação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 12, 2016. Disponível: www.ensp.fiocruz.br/csp. Acesso em: 12 mar. 2023.

SAES, Décio. **Capitalismo e processo político no Brasil**. São Paulo. Abril, 2001.

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

SAFFIOTI, H. Posfácio: conceituando gênero. *In*: SAFFIOTI, H.; MUNHOZ-VARGAS, M. (Org.). **Mulher brasileira é assim**. Rio de Janeiro/Brasília: Rosa dos Tempos/UNICEF, 1994. p. 271-283.

SANTOS, Anne Rafaela Telmira. A experiência da hormonioterapia das transexuais em Maceió/AL. **Latitude**, v. 7, n. 1, 2013.

SANTOS, M. M. (Org). **Política Social no Capitalismo**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Revista Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 2, n. 16, jul./dez. 1990.

SILVA, Enaire de Maria Sousa. **EBSERH e trabalho na saúde pública**: impactos da privatização da gestão do HUUFMA sobre as condições e relações de trabalho. Dissertação – PPGDSE, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2021.

SILVA, Maria Ozanira da Silva. O Bolsa Família: problematizando questões centrais na política de transferência de renda no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 1429-1439, 2007.

SINDICATO dos Trabalhadores em Educação da Universidade Federal Fluminense (SINTUFF). **Plebiscito confirma: EBSEH não!**. Disponível em: <https://www.sintuff.org.br/>. Acesso em: 15 jun. 2023.

SINFIELD, A. **Gay and After**. Londres: Serpent's Tail, 1998.

SILVA, V. G. da. A visibilidade do suposto passivo: uma atitude revolucionária do homossexual masculino. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, p. 71-88, 2007.

SILVA, Maria Ozanira Silva e. **O padrão de proteção social e a reforma das políticas sociais no Brasil**. Disponível em: <http://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/3693/1702>. Acesso em: 22 jun. 2023.

SILVA, Maria Ozanira Silva e. Teorias explicativas sobre a emergência e o desenvolvimento do Welfare State. **Revista Política e Trabalho**, n. 15, 1999.

SOUTO, F. R. L; OLIVEIRA, B. H. M. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Ensaio Saúde debate**, v. 40, n. 108, jan.-mar. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080017>. Acesso em: 23 mar. 2023.

SOUZA, S. D. “Não à ideologia de gênero!”: a produção religiosa da violência de gênero na política brasileira. **Estudos de Religião**, v. 28, n. 2, p. 188-204, jul./dez. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15603/2176-1078/er.v28n2p188-204>. Acesso em: 14 jul. 2021.

SOUZA, S. S. M. T. Patriarcado e Capitalismo: uma relação simbólica. **Temporalis**, Brasília (DF), ano 15, n. 30, jul./dez. 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/Bruna/Downloads/Dialnet-PatriarcadoECapitalismo-5297864.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2023.

SPOSATI, Aldaíza. **Regulação social tardia**: características das políticas sociais latinoamericanas na passagem entre o segundo e terceiro milênio. Disponível em: <http://www.clad.org.ve/fulltext/0044509.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2023.

TEIXEIRA, Carmen. **Os princípios do Sistema Único de Saúde**. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia. 2011. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2547865/mod_resource/content/2/TEIXEIRA%20C%20-%20Os%20princ%C3%ADpios%20do%20Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%9Ade.pdf. Acesso em: 10 ago. 2022.

TEIXEIRA, F. **Dispositivos de Dor**: saberes- poderes que (con)formam as transexualidades. São Paulo: Annablume, 2013.

TORRES, Raquel. Saúde em 1800. **Fiocruz**. 2008. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/10.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2022.

VILLARINHO, V. M. *et al.* Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 66, n. 2, abr. 2013. DOI: [tps://doi.org/10.1590/S0034-71672013000200018](https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000200018).

YAZBEK, Maria Carmelita. O significado sócio-histórico da profissão. Brasília: CFESS; ABEPSS, 2009. *In*: **Serviço Social**: direitos sociais e competências profissionais. 1. ed. Brasília: CFESS; ABEPSS, 2009. p. 125-141.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a)

Convidamos para participar da pesquisa **DIREITO À SAÚDE PARA A POPULAÇÃO LGBTI+**: uma análise sobre a universalização do acesso para pessoas Trans ao ambulatório de sexualidade do Hospital Universitário da UFMA, entre 2016 e 2020.” de forma totalmente voluntária. Ressaltamos que a sua participação não é obrigatória, podendo recusar-se de participar a qualquer momento da pesquisa, sem precisar se justificar e sem que isto acarrete ônus, prejuízo ou retaliação por esta decisão.

Justificativa: A referida pesquisa justifica-se pela insuficiência de estudos sobre o referido tema e a necessidade de criar novos debates e conhecimento sobre essa realidade e, além disso, auxiliar na construção de mecanismos interventivos que assegurem o acesso dessa população a políticas públicas, serviços e programas sociais.

Objetivo: O objetivo principal da pesquisa é analisar o princípio da universalidade e o direito à saúde da população LGBTI+, a partir da realidade vivenciada pelo ambulatório de sexualidade no Hospital Universitário da UFMA. Acrescido de objetivos secundários, que versam sobre apreender como a população LGBTI+ tem acessado serviços de saúde para fins de processo transexualizador ofertado pelo SUS; Levantar impasses e desafios enfrentados por esta população no atendimento às suas demandas de saúde na realidade maranhense; e averiguar como a equipe multiprofissional do Ambulatório de Sexualidade no Hospital Universitário da UFMA as tem atendido de modo a contribuir para a garantia do direito universal da saúde.

Procedimentos: Pedimos a sua autorização, através de participação voluntária, para aplicação de entrevista semiestruturada, com perguntas relacionadas ao objeto de estudo, com duração de 30 a 45 minutos, aproximadamente. Se possível, com anuência do participante, poderá ser utilizado Gravador. Ressaltamos que em nenhum momento desta pesquisa, o participante será incluso em grupo controle ou experimental.

Sigilo: Nós asseguramos que sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de alguma forma, lhe identificar, será mantido em total anonimato, garantindo o sigilo da pesquisa e segurança do

participante. Os dados coletados serão utilizados unicamente para fins acadêmicos e/ou publicação de artigos científicos com a responsabilidade pela confidencialidade de dados pessoais das pessoas entrevistadas, sempre atenta aos princípios éticos da pesquisa científica e seguindo os procedimentos de sigilo e descrição.

Riscos: Considera-se que toda pesquisa com seres humanos pode envolver riscos, como evidencia o item II.22 da Resolução Nº 466/2012 – MS como "Risco da pesquisa a possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente". O dano eventual poderá ser imediato ou tardio comprometendo o indivíduo ou a coletividade. Desse modo, os riscos da pesquisa podem envolver possíveis desconfortos emocionais e / ou constrangimentos ao abordar questões íntimas e privativas da dinâmica de vida do/a participante. Considerado grau de risco moderado. Desse modo, serão adotadas medidas para sua minimização tais como realização das entrevistas, tão somente após o consentimento prévio do sujeito componente da amostra, em ambiente que proporcione privacidade durante a coleta, abordagem humanizada, pautada em escuta atenta, acolhedora, com levantamento cauteloso, com respeito a seus valores, cultura e crenças e, somente de informações necessárias ao estudo, com resguardo de sigilo das correspondentes respostas, bem como da garantia de seu anonimato. Caso haja necessidade de assistência de profissionais de outras áreas, como enfermagem, psicologia, entre outros, na qualidade de pesquisador responsável, nos responsabilizaremos a prestá-la.

Benefícios: Dentre os benefícios da pesquisa, ressalta-se como benefício direto a contribuição com a produção científica, bem como benefício indireto a relevância social da pesquisa. Benefício imediato consiste na oportunidade de conhecer os usuários que estão em acompanhamento no ambulatório de sexualidade e pontuar as dinâmicas sociais e os principais mecanismos de acesso aos serviços de saúde e constituir como benefício posterior a ampliação do escopo dos serviços e programas a população LGBTI+ no país.

Aspectos Éticos: Para aplicação desta pesquisa, foi necessária submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, que consiste é um grupo não remunerado formado por diferentes profissionais e membros da sociedade que avaliam um estudo para julgar se ele é ético e garantir a proteção dos participantes. Desse modo, o referido projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da UFMA, destacando a credulidade da pesquisa. O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital

Universitário está localizado na rua Barão de Itapary, 227, quarto andar, Centro, São Luís-MA, CEP 65.020-070, telefone (98) 2109 1250.

Quanto a Segurança e Armazenamento da Pesquisa: Será realizado download dos dados coletados, assim como os registros de consentimento livre e esclarecido que sejam gravações de vídeo ou áudio, para um dispositivo eletrônico local privado, por um período de 3 (três) meses – duração da pesquisa – apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem".

Ressarcimento e Indenização: Sua participação no estudo não implicará em custos adicionais, não terá qualquer despesa com a realização dos procedimentos previstos neste estudo. Também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação. O Participante da pesquisa tem direito de buscar indenização nas instancias legais na ocorrência de danos causados pela pesquisa.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será emitido em 2 (duas) vias, sendo uma retida com o pesquisador responsável e outra com o participante de pesquisa, devendo ser rubricadas em todas as páginas e assinadas pelo participante da pesquisa ou por seu representante legal, assim como pelo pesquisador responsável, ou membro da equipe.

Em caso de dúvidas ou esclarecimentos após entrevista concedida, pode nos contactar em horário comercial 08:00 as 17:00, pesquisadora responsável Marly de Jesus Sá Dias, contato (98) 9898809.3938 ou em caráter de emergência (24 h) contato (98) 98244-0405 equipe.

Declaro estar devidamente esclarecida sobre os procedimentos de realização da pesquisa e concordo em participar **voluntariamente** da mesma.

Assinatura _____ Data: _____

E-mail para contato em caso de necessidade: marlydejesus@yahoo.com.br

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS**DADOS PESSOAIS DO PARTICIPANTE.****1) IDADE:**

- | | |
|----------------|--------------------|
| a) 18 – 24 () | d) 41 – 50 () |
| b) 25 – 30 () | e) 51 – 60 () |
| c) 31 – 40 () | f) Maior de 60 () |

2) RAÇA/COR:

- a) Branco/a ()
b) Pardo/a ()
c) Negro/a ()
d) Amarela ()
f) Outro _____

3) ORIENTAÇÃO SEXUAL:

- | | |
|----------------------|--------------------|
| a) Heterossexual () | d) Assexual () |
| b) Homossexual () | e) Pansexual () |
| c) Bissexual() | f) Outro () _____ |

4) IDENTIDADE DE GÊNERO:

- | | |
|--------------------|-------------------|
| a) Cisgênero () | d) Não-Binário() |
| b) Transsexual () | e) Agênero () |
| c) Travesti() | f)Outro() _____ |

5) ESCOLARIDADE:

- | | |
|----------------------|----------------------|
| a) Especialização() | d) Pós-Doutorado () |
| b) Mestrado () | |
| c) Doutorado () | |

6) RENDA INDIVIDUAL:

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|
| a) 1 Salário Mínimo () | c) 4 Salários Mínimos () |
| b) 2 a 3 Salários Mínimos () | d) Mais de 5 Salários Mínimos () |

7) PROFISSÃO: _____**8) ESTADO CIVIL: _____****9) ESPIRITUALIDADE E RELIGIÃO:**

- a) Possui Religião () Qual? _____
b) Frequenta Igreja () Qual? _____
d) Não Possui Religião, mas possui Crença e Espiritualidade ()

e) Não Possui Religião e não possui crença e espiritualidade ()

10) Há quanto tempo você compõe a equipe multiprofissional do Ambulatório?

a) 1 a 6 meses ()

c) 1 a 2 ano ()

e) mais de 4 anos ()

b) 6 a 12 meses ()

d) 3 a 4 anos ()

10.1) Quais profissionais compõem a equipe?

10.2) Como se deu a sua indicação para integrar a equipe?

11) Com a implementação do Ambulatório de Sexualidade no HUUFMA, quais as mudanças houveram no HUUFMA para a garantia de direito à saúde para a população LGBTI+ ?

12) Quais são os serviços ofertados pelo Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA e como o princípio da universalidade se expressa nestes?

13) Quais as principais demandas apresentadas pelas pessoas trans à equipe multiprofissional do Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA?

14) Como tem sido direcionado o processo de Cirurgias de Modificações Corporais no Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA?

15) Como você descreve o acesso à saúde das pessoas Trans no SUS e no Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA?

16) Na sua opinião, o atendimento realizado pelo Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA consegue atender as demandas das pessoas trans?

17) Neste tempo em que você compõe o Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA, quais as mudanças atingiram às pessoas LGBTI+?

18) Quais os principais limites e desafios no acesso das pessoas trans ao Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA?

19) Que sugestões você deixaria para assegurar a saúde como serviço essencial e direito fundamental a todas as pessoas trans no Brasil?

APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM USUÁRIO**DADOS PESSOAIS DO PARTICIPANTE.****1) IDADE:**

- | | |
|----------------|--------------------|
| a) 18 – 24 () | d) 41 – 50 () |
| b) 25 – 30 () | e) 51 – 60 () |
| c) 31 – 40 () | f) Maior de 60 () |

2) RAÇA/COR:

- a) Branco/a ()
- b) Pardo/a ()
- c) Negro/a ()
- d) Amarela ()
- f) Outro _____

3) ORIENTAÇÃO SEXUAL:

- | | |
|----------------------|--------------------|
| a) Heterossexual () | d) Assexual () |
| b) Homossexual () | e) Pansexual () |
| c) Bissexual () | f) Outro () _____ |

4) IDENTIDADE DE GÊNERO:

- | | |
|--------------------|-------------------|
| a) Cisgênero () | d) Não-Binário() |
| b) Transsexual () | e) Agênero () |
| c) Travesti() | f) Outro() _____ |

5) ESCOLARIDADE:

- | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|
| a) Não Alfabetizado () | f) Ensino Superior Completo () |
| b) Ensino Fundamental Completo () | g) Ensino Superior Incompleto () |
| c) Ensino Fundamental Incompleto () | h) Pos -Graduação () |
| d) Ensino Médio Completo () | i) Mestrado () |
| e) Ensino Médio Incompleto () | j) Doutorado () |

6) ESTADO CIVIL: _____**7) PROFISSÃO: _____****8) RENDA INDIVIDUAL:**

- | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| a) Menos de 1 Salário Mínimo () | c) 2 Salários Mínimos () |
| b) 1 Salário Mínimo () | d) Mais de 3 Salários Mínimos () |

9) RELAÇÕES FAMILIARES E SOCIAIS:

9.1) Reside em São Luís/MA: () NÃO () SIM

9.2) Espiritualidade e Religião:

a) Possui Religião () Qual? _____

b) Frequenta Igreja () Qual? _____

c) Não Possui Religião ()

d) Não Possui Religião, mas possui Crença e Espiritualidade ()

e) Não Possui Religião e não possui crença e espiritualidade ()

9.3) Quanto a formação da estrutura familiar:

() Mãe () Pai () Filhos () Irmãos () Avós () Esposo(a)/companheiro(a) () Sogro(a)

() Só () outros _____

9.4) Relações Afetivas

() Harmoniosa () Conflituosa () Moderada

9.5) Suporte familiar:

() Sim () Não

9.5.1) Em caso afirmativo:

() Forte () Enfraquecido

9.6) Estabelece vínculos:

a) Com Amigos () com frequência () esporadicamente () não estabelece

b) Com Vizinhos () com frequência () esporadicamente () não estabelece

c) No trabalho () com frequência () esporadicamente () não estabelece

10) Como tomou conhecimento do Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA?

a) Internet () e) Defensoria Pública do Estado ()

b) Televisão () f) Órgãos de Defesa às Pessoas LGBTI+ ()

c) Amigos () g) Outros () _____

d) Família ()

11) Quais são ou foram as principais expectativas em relação ao Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA ?

12) O que representa o Processo Transexualizador para as pessoas trans?

13) Há quanto tempo realiza acompanhamento no Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA?

a) 1 a 6 meses ()

c) 1 a 2 anos ()

b) 6 a 12 meses ()

d) Mais de 2 anos ()

14) Como se sentiu no primeiro acesso ao Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA?

15) Quanto tempo levou entre o agendamento e o seu primeiro atendimento com a equipe multiprofissional no Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA?

16) O que você achou da abordagem feita pela equipe do Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA?

() Excelente () Bom () Razoável () Desconfortável () Ruim

17) Já sofreu algum tipo de desconforto e/ou preconceito em algum setor do Complexo Universitário?

() NÃO () SIM

17.1 Em caso afirmativo

a) Portaria () c) Seguranças () e) Equipe do Ambulatório ()
b) Recepção () d) Atendentes () f) Usuários da Unidade
g) Outro () _____

18) Como você descreve o acesso à saúde das pessoas Trans no SUS e no Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA?

19) Na sua opinião, o atendimento realizado pelo Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA consegue atender as demandas das pessoas trans?

20) Neste tempo em que você utiliza os serviços do SUS no Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA, quais as mudanças que atingiram às pessoas LGBTI+, ocorreram?

21) Quais os principais limites e desafios no acesso das pessoas trans ao Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA?

22) Quais os principais limites e desafios das pessoas trans na continuidade do acompanhamento no Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA?

23) Que sugestões você deixaria para assegurar a saúde como serviço essencial e direito fundamental a todas as pessoas no Brasil.

ANEXO

ANEXO-A PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DIREITO À SAÚDE PARA A POPULAÇÃO LGBTI+: uma análise sobre a universalização do acesso para pessoas Trans ao ambulatório de sexualidade do Hospital Universitário da UFMA, entre 2016 e 2020.

Pesquisador: Marly de Jesus Sá Dias

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 57549922.0.0000.5086

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.540.572

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO- 1892470.pdf. Datado de 20/07/2022.

Com a emergência do espaço democrático no final de 1980 no Brasil, abriu-se espaço para organizações de lutas coletivas com maior capilaridade no país. Desse modo, o Movimento LGBTI+ emerge no cenário brasileiro na perspectiva de construir caminhos que possibilitariam o reconhecimento desses segmentos enquanto sujeitos de direito, cujo propósito se materializou na luta contra a discriminação, a violência e o preconceito; objetos constantes de resistência. Outrossim, é a ampliação da discussão sobre a sexualidade que, inclui o sexo, a afetividade, o carinho, o prazer, o amor ou o sentimento mútuo de bem querer, os gestos, a comunicação, o toque e a intimidade. Inclui, também, os valores e as normas morais que cada cultura elabora sobre o comportamento sexual (FIGUEIRÓ, 2010, p. 2). Nessa medida, a sexualidade traz consigo interfaces da individualidade humana que se manifestam de diferentes formas e pluralidades, mas que encontram nas convenções sociais influências econômicas, políticas e culturais que determinam como essa questão será debatida. Assim, compreender a sexualidade no locus dos debates e das discussões da sociedade brasileira acarreta na análise de uma sociedade formada

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

UF: MA

Município: SÃO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 5.540.572

e/ou colonizada nos moldes do cristianismo europeu, cujos princípios se consolidaram em um conservadorismo religioso que padronizou as relações heterossexuais como viés de manutenção do patriarcado e da dominação feminina no decorrer da história, tornando-se objeto de resistência e organização em prol da liberdade sexual, como o movimento de mulheres e feministas e o levante do movimento LGBTI+, viabilizando questionamentos e a construção de uma nova acepção sobre gênero que, segundo Scott (1990), “é um elemento constitutivo das relações sociais, baseado em diferenças percebidas entre os sexos e a maneira primordial de significar relações de poder” arraigadas em uma sociedade capitalista estruturada por relações de exploração, dominação e exclusão social. Tais elementos trazem à superfície a importância do movimento LGBTI+ na luta pela visibilidade desses sujeitos e a mobilização enquanto mecanismos de pressão social, impulsionando a agenda pública do Estado no processo de formulação de políticas públicas voltadas para essa população. A atuação do referido movimento ganhou expressividade na sociedade brasileira na década de 1990 e nos anos 2000, com forte interferência enquanto grupo de pressão pela transformação de problemáticas que passaram a integrar a agenda governamental na definição de políticas públicas. Entretanto, o movimento LGBTI+ vive uma tensão na atualidade, dado o avanço e a proliferação do conservadorismo na sociedade brasileira, cujas consequências podem ser vistas por meio da insegurança, da discriminação e da violência cada vez mais recorrentes contra esse segmento social. Segundo os dados obtidos por meio do Grupo Gay da Bahia, no ano de 2017, pelo menos 445 pessoas LGBTI+ foram mortas. Colaborando com este dado, no Brasil (MOTT; MICHELS; PAULINO, 2017), registrou-se 1 (uma) morte a cada 19 horas, sendo que a maioria apresentava requintes de crueldade, de acordo com o Relatório Homofobia Mata. Os dados colhidos apontam que, entre as práticas, podem ser enumeradas a violência física, psicológica e sexual, a tortura, etc.; ainda sobre essa estatística, das 445 pessoas assassinadas, 191 eram pessoas trans. No ano de 2018, cerca de 420 pessoas LGBTI+ que foram assassinadas no país eram trans (MOTT; MICHELS; PAULINO, 2017). Similarmente, a contagem realizada pela Associação Nacional de Travestis e Transexuais – ANTRA indica que 179 pessoas trans foram vítimas de homicídio em 2017 e um total de 163 em 2018 (BENEVIDES; NOGUEIRA, 2019). Os dados de 2020, segundo o Observatório de Mortes Violentas de LGBTI+ no Brasil, apontaram que ocorreu cerca de 237 mortes violentas de LGBTI+, sendo que 224 foram homicídios (94,5%) e 13 suicídios (5,5%). Dentre as pessoas mortas/assassinadas no ano de 2020 (ACONTECE ARTE E POLÍTICA LGBTI+; GRUPO GAY DA BAHIA, 2020), 161 eram travestis e mulheres transexuais (70%), 51 eram gays (22%), 10 eram lésbicas (5%), três eram homens transexuais (1%), três eram bissexuais (1%) e duas

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 5.540.572

eram homens heterossexuais confundidos com gays (0,4%). Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA (2020), a aparente redução de notificações testada na edição de 2019 foi visivelmente falseada, uma vez que foi possível analisar aumentos significativos contra vários segmentos, como a população de idosos (aumento de 67%) e pessoas em situação de rua (aumento 567%), levantando possíveis questionamentos sobre as subnotificações dos dados LGBTI+ no Brasil. Ainda segundo o levantamento de dados, a taxa por região apresenta a Região Nordeste com o maior índice de morte de LGBTI+ em 2020. Das grandes regiões (ACONTECE ARTE E POLÍTICA LGBTI+; GRUPO GAY DA BAHIA, 2020), registrou-se 113 mortes, o que representa 2,12 mortes para cada um milhão de habitantes, de acordo com a assertiva a seguir. Focalizando sobre os dados absolutos das mortes é possível observar uma maior concentração de casos na região Nordeste com 113 mortes, seguido da Sudeste com 66 mortes, Norte e Sul com 20 mortes e, por fim, Centro-Oeste com 18 mortes. Entretanto, ao se analisar os dados relativos, isto é, mortes para cada um milhão de habitantes tem-se outra configuração. A região Nordeste se 48 posiciona como a mais violenta com 2,12 mortes para cada um milhão de habitantes, seguido da região Centro-Oeste com 1,28, Norte com 1,26, Sudeste com 0,82 e, por fim, região Sul com 0,73 mortes para cada um milhão de habitantes (ACONTECE ARTE E POLÍTICA LGBTI+; GRUPO GAY DA BAHIA, 2020, p. 47). Entre os estados, observa-se o Ceará com 34 mortes (4,02 %), Bahia com 24 mortes (1,71 %), Alagoas com 15 mortes (4,8 %) e o Maranhão, que aparece com 4 mortes (0,6%). Os dados relativos, isto é, mortes para cada um milhão de habitantes, revelam uma outra dinâmica espacial e territorial das mortes de LGBTI+ na região Nordeste. Nesse sentido, o estado do Alagoas se colocou como o estado mais violento acumulando 4,8 mortes para cada um milhão de habitantes, seguido do Ceará com 4,02 mortes, Paraíba com 2,92 mortes, Sergipe com 2,9 mortes, Rio Grande do Norte com 2,84 mortes, Bahia com 1,71 mortes, Pernambuco com 1,02 mortes, Maranhão com 0,6 mortes e, por fim, Piauí com 0,32 mortes para cada milhão de habitantes (ACONTECE ARTE E POLÍTICA LGBTI+; GRUPO GAY DA BAHIA, 2020, p. 57). Tais porcentagens e números desnudam um sistema de violência ainda subnotificados; são vidas destruídas pela LGBTI+fobia, usufruto do preconceito e da discriminação. E, apesar dos avanços já conquistados pelo Movimento LGBTI+, ainda são inúmeros os desafios e as barreiras impostas a esse grupo, seja social seja institucionalmente. Dessa forma, tal situação tem sido dimensionada pela proposição de Projetos de Lei – PL que tramitam em prol da propagação de uma cultura conservadora contra a identidade de gênero e a orientação sexual, a exemplo do PL nº 6.583/2013, conhecido como Estatuto da Família, que imprime uma concepção residual e discriminatória sobre famílias LGBTI+ ou famílias que divergem do modelo formado pela união entre homem e mulher e seus filhos, deslegitimando

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 5.540.572

famílias homoafetivas; e os Projetos de Lei derivados do Movimento Escola Sem Partido, iniciado pelo PL nº 7.180/2014 que, de modo geral, pretende modificar os documentos que regulamentam a educação básica brasileira, tais como a Lei de Diretrizes e Bases da Educação – LDB, os Parâmetros Curriculares Nacionais – PCNs e o Plano Nacional de Educação – PNE. A partir desse arcabouço teórico e empírico, o interesse em desenvolver esta pesquisa está centrado na aproximação com as lutas do Movimento LGBTI+, suas vivências e suas experiências, as quais motivaram os questionamentos que cercam esta proposta de pesquisa no intuito de construir um debate amplo e construtivo para além da academia, podendo alcançar o debate em sociedade que se constitui como o principal — e talvez o mais importante — espaço de discussão. Outra motivação para o desenvolvimento da pesquisa é a aproximação enquanto membro do Movimento LGBTI+ e, profissionalmente, enquanto Assistente Social; categoria que atua ativamente nas organizações e nas lutas sociais, bem como se compromete eticamente com a luta intransigente pelos Direitos Humanos e a construção de uma sociedade livre de todas as formas de opressão e discriminação contra raça, etnia, gênero, religiosidades, etc. (CFESS, 1993). Outrossim, foi o contato com o Ambulatório de Sexualidade do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, por intermédio do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde — em um período de um ano — que foi possível observar a implantação do referido ambulatório e os diversos questionamentos que surgiram, como os entraves no acesso desses usuários transexuais que buscavam por tal serviço. Além disso, foi possível identificar necessidades importantes quanto ao entendimento sobre a categoria de gênero e transexualidade por parte dos profissionais, bem como a presença constante de diversas manifestações discriminatórias, atreladas ao processo de invisibilidade desse público, o que fere frontalmente o princípio de universalidade dos serviços de saúde. Desse modo, esta proposta de estudo possui vinculação com a linha de pesquisa Avaliação de política social e a especificidade de gênero, cujo objetivo é analisar o princípio da universalidade e o direito à saúde da população LGBTI+, a partir da realidade vivenciada pelo Ambulatório de Sexualidade no Hospital Universitário da UFMA. Logo, a pesquisa visa compreender como se expressa esse processo de acesso ao ambulatório de sexualidade, no bojo das lutas do movimento LGBTI+ e do movimento transexual no contexto brasileiro, elucidando a realidade maranhense. Ao investigar a referida temática, buscar-se-á desenvolver formulações teóricas para fomentar o debate em uma perspectiva crítica contra o processo de desmonte de políticas públicas no Estado brasileiro, sobretudo no que tange a grupos vulneráveis como são os sujeitos transexuais e travestis, tendo como ponto de partida a política de saúde na perspectiva de

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 5.540.572

construir e ampliar o respeito à diversidade e o espaço democrático na sociedade e nas mais variadas esferas do Estado. Desse modo, a relevância da pesquisa pode ser percebida por meio da carência de estudos sobre o referido tema e a necessidade de construção de novos conhecimentos sobre a realidade desses seguimentos sociais, sobretudo no que diz respeito ao processo de construção da identidade de gênero e a luta por espaço e visibilidade social. Por esse motivo, é necessário o encaminhamento de pesquisas que retomem esta discussão no âmbito das Ciências Sociais quanto ao perigo do avanço do pensamento conservador e a retomada da cultura moralista do patriarcado sobre o lócus da “preservação da família tradicional”, que vem transgredindo o direito à liberdade e a diversidade da população LGBTI+, aferindo contra a efetivação dos direitos humanos no contexto da sociedade brasileira. O direito à saúde na conjuntura de avanço do conservadorismo e desmontes de garantias legais, tem impactado diretamente na dinâmica de vida e garantia de direitos basilares, sobretudo para a população LGBTI+, a partir desse pressuposto é possível apreender inúmeros impasses encontrados por esses segmentos ao acessar políticas públicas, processo que vem se acentuando em meio a dinâmica de desmonte das políticas públicas e ampliação do discurso de ódio e violência no país.

Metodologia Proposta:

Tipo de Estudo:

Trata-se de uma pesquisa exploratória de base qualitativa, aqui entendida como aquela que se ocupa do nível subjetivo e relacional da realidade social e é tratado por meio da história (MINAYO, 2013), a partir do seu movimento contraditório. Uma pesquisa exploratória consiste em proporcionar maior familiaridade com o problema, envolvendo levantamentos bibliográficos, entrevistas e estudo de caso. Estas pesquisas têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. Pode-se dizer que estas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições. Seu planejamento é, portanto, bastante flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado. Na maioria dos casos, essas pesquisas envolvem: a) levantamento bibliográfico; b) entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; e c) análise de exemplos que “estimulem a compreensão”

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

UF: MA

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 5.540.572

(GIL, 2002, p. 41). A investigação será orientada pelo método materialismo histórico-dialético buscando a reprodução do movimento do objeto da pesquisa em suas múltiplas determinações, com vistas a apreender o processo de desmonte das políticas públicas como fenômeno inserido na totalidade complexa e contraditória no contexto do desenvolvimento do capitalismo dependente brasileiro que, sob orientação neoliberal, tem se pautado na reconfiguração das políticas públicas sociais mediante a lógica da focalização, da privatização e da mercantilização. A abordagem utilizada será de cunho Qualitativo que consiste em uma atividade que deve explicitar o modo de produção de sentidos do objeto em observação e compreensão das motivações e percepções das pessoas acerca da realidade social a qual estão inseridas.

Processo Metodológico:

Os sujeitos participantes da pesquisa serão previamente esclarecidos sobre os procedimentos da referida pesquisa, através de uma explicitação verbal individualizada pela pesquisadora e apresentação do Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE que, em caso de consentimento, deverá ser assinado pelo respectivo participante – como também os sujeitos receberão adequada descrição e informação sobre os objetivos, os riscos, desconfortos e benefícios da pesquisa. Após processo de anuência e aceitação dos participantes. A coleta de dados dar-se-á pela aplicação entrevistas semiestruturadas organizada da seguinte maneira: entrevista semiestruturada contendo 24 perguntas fechadas e abertas que será aplicada com os usuários do Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA objetivando conhecer as informações sobre a conjuntura familiar, moradia, procedência; análise de perfil socioeconômico, e mecanismos de acesso e participação do Ambulatório de Sexualidade; e Entrevistas semiestruturadas contendo 19 perguntas fechadas e abertas que será aplicada com a Equipe Multiprofissional do Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA objetivando conhecer os aspectos sociais, conjuntura familiar, formação profissional e mecanismos de participação do Ambulatório de Sexualidade. A pesquisa será realizada, após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa, no período previsto entre 10 de março de 2022 a 10 de abril de 2022, no Hospital Universitário da UFMA, mais precisamente em seu Ambulatório de Sexualidade que funciona na Unidade Materno Infantil. Vale ressaltar que durante todo processo da pesquisa de campo serão utilizadas medidas de prevenção e controle à Covid-19, como uso de máscaras cirúrgicas ou N95 pela pesquisadora cobrindo nariz e boca, assim como medidas de distanciamento físico, uso de álcool em gel 70% lavagem das mãos. Será observado, ainda, se o participante da pesquisa está fazendo uso da máscara de proteção fácil,

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 5.540.572

bem como atenção aos sintomas gripais.

Critério de Inclusão:

- a) Pessoas trans que estão em acompanhamento no ambulatório de sexualidade do HUUFMA, que tenham a partir de 18 anos e que desejem realizar a pesquisa após o assentimento do TCLE;
- b) Pessoas trans que já realizaram acompanhamento no Ambulatório de Sexualidade do HUUFMA a partir de 2016, que tenham a partir de 18 anos e que desejem realizar a pesquisa após o assentimento do TCLE;
- c) Profissionais da Unidade que, direta ou indiretamente, tenham acesso às pessoas trans que realizam acompanhamento no Ambulatório de Sexualidade.

Critério de Exclusão:

- a) Pessoas que não desejarem realizar a pesquisa;
- b) Usuários menores de 18 anos.

Metodologia de Análise de Dados:

Análise dos dados A análise dos dados da pesquisa buscará apreender o universo expresso pelos sujeitos envolvidos na pesquisa e as múltiplas determinações sociais e culturais que envolvem suas vivências e experienciais enquanto sujeitos sociais e público-alvo desta proposta de pesquisa. Dessa maneira, será utilizada a técnica análise das narrativas, que consoante Nunes et al. (2017, p.9) "é um instrumento utilizado em pesquisas de cunho qualitativo que tem sido amplamente aplicado como forma de atingir aos objetivos (capturar circunstâncias nas quais o pesquisador almeja investigar) tanto no âmbito científico, investigativo, pedagógico e social". Desse modo, por se tratar de uma pesquisa qualitativa, as informações coletadas nas entrevistas serão analisadas e interpretadas pela pesquisadora, de forma unitária, organizadas conforme os fatos relatados e sistematizadas em amostras de narrativas no decorrer do texto dissertativo, compondo as informações necessárias para o desenvolvimento e resultado da pesquisa.

Desfecho Primário:

Através do desenvolvimento da pesquisa, espera-se, a princípio, conhecer a história de vida e perfil socioeconômico dos sujeitos pesquisados compreender como é feita a dinâmica de acesso

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227		CEP: 65.020-070
Bairro: CENTRO		
UF: MA	Município: SAO LUIS	
Telefone: (98)2109-1250	E-mail: cep@huufma.br	



Continuação do Parecer: 5.540.572

ao ambulatório, quais impasses e desafios principais.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar como a população LGBTI+ tem acessado o direito à saúde nesta conjuntura de avanço do conservadorismo e desmontes de garantias legais, a partir da realidade concreta experienciada pelo ambulatório de sexualidade do Hospital Universitário da UFMA, no período de 2016 a 2020.

Objetivo Secundário:

1. Apreender como a população LGBTI+ tem acessado serviços de saúde para fins de processo transexualizador ofertado pelo SUS;
2. Levantar impasses e desafios enfrentados por esta população no atendimento às suas demandas de saúde na realidade maranhense;
3. Averiguar como a equipe multiprofissional do Ambulatório de Sexualidade no Hospital Universitário da UFMA as tem atendido de modo a contribuir para a garantia do direito universal da saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Toda pesquisa realizada que envolve seres humanos possui riscos, podendo ser maiores e evidentes que devem ser observados na tentativa de minimizá-los. Os riscos da pesquisa podem se evidenciar na possibilidade de danos à dimensão emocional, psíquica ou espiritual, pois o objeto investigado traz questionamentos sobre o processo de identidade. A Resolução 466/12, homologada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS), afirma que toda pesquisa com seres humanos envolve riscos os quais devem ser previstos e descritos no protocolo de pesquisa a ser avaliado pelo CEP. Ainda define, em seu inciso II- 22: Risco da pesquisa: possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase de uma pesquisa e dela recorrente. (CNS, 2012).

Benefícios:

Elenco como benefícios da pesquisa, contribuir com a produção científica, a sua relevância social e pontuar como as dinâmicas sociais que estão inseridas nas rotinas desses usuários influenciarão na ampliação do acesso aos serviços de saúde na garantia de direitos, visibilidade e

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 5.540.572

reconhecimento da população LGBTI+.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Conforme o autor, a pesquisa tem relevância social e científica pois tem como temática as políticas públicas para as pessoas LGBTI+, no Brasil e possui como objetivo analisar como a população LGBTI+ tem acessado o direito à saúde nesta conjuntura de avanço do conservadorismo e desmontes de garantias legais, a partir da realidade concreta experienciada pelo ambulatório de sexualidade do Hospital Universitário da UFMA. Deseja desvelar se o direito à saúde na conjuntura de avanço do conservadorismo e desmontes de garantias legais, têm impactado diretamente na dimensão de vida e garantia de direitos basilares, sobretudo para a população LGBTI+, a partir desse pressuposto é possível apreender inúmeros impasses encontrados por esses segmentos ao acessar políticas públicas, processo que vem se acentuando em meio a dinâmica de desmonte das políticas públicas e ampliação do discurso de ódio e violência no país.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo apresenta documentos referente aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto, Cronograma com etapas detalhada, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Projeto de Pesquisa Original na íntegra em Word. Atende à Norma Operacional no 001/2013 (item 3/ 3.3). O protocolo apresenta ainda a termo de compromisso com a utilização dos dados resguardando o sigilo e a confidencialidade.

Recomendações:

Após o término da pesquisa o CEP-HUUFMA solicita que se possível os resultados do estudo sejam devolvidos aos participantes da pesquisa ou a instituição que autorizou a coleta de dados de forma anonimizada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O PROTOCOLO não apresenta óbices éticos, portanto atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS/MS nº 466/12 e suas complementares, sendo considerado APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa—CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº.466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto. Eventuais modificações ao protocolo devem ser inseridas à plataforma por meio de emendas de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 5.540.572

término do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1892470.pdf	20/07/2022 15:54:25		Aceito
Outros	carta_resposta.pdf	20/07/2022 15:54:02	Marly de Jesus Sá Dias	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_correcao.docx	19/07/2022 18:29:25	Marly de Jesus Sá Dias	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	19/07/2022 18:27:59	Marly de Jesus Sá Dias	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	19/07/2022 18:06:04	Marly de Jesus Sá Dias	Aceito
Orçamento	Orçamento.pdf	02/02/2022 23:15:15	Marly de Jesus Sá Dias	Aceito
Declaração do Patrocinador	responsabilidade_financeira.pdf	02/02/2022 23:13:13	Marly de Jesus Sá Dias	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_de_compromisso_pesquisadores.pdf	02/02/2022 23:09:10	Marly de Jesus Sá Dias	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	termo_de_compromisso_pesquisador_responsavel.pdf	02/02/2022 23:07:56	Marly de Jesus Sá Dias	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia_da_instituicao_.pdf	02/02/2022 23:05:33	Marly de Jesus Sá Dias	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	02/02/2022 23:01:29	Marly de Jesus Sá Dias	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 5.540.572

SAO LUIS, 22 de Julho de 2022

Assinado por:
Camiliane Azevedo Ferreira
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br