



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

GILMARA SILVA DE OLIVEIRA

**TRANSFOBIA, RACISMO E SUAS IMPLICAÇÕES NA SAÚDE DE PESSOAS
TRANSEXUAIS E NEGRAS: TRANSGRESSÃO DO PENSAR A PARTIR DO
ÂMBITO DO SUS**

Salvador
2018

GILMARA SILVA DE OLIVEIRA

**TRANSFOBIA, RACISMO E SUAS IMPLICAÇÕES NA SAÚDE DE PESSOAS
TRANSEXUAIS E NEGRAS: TRANSGRESSÃO DO PENSAR A PARTIR DO
ÂMBITO DO SUS**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Serviço Social da Universidade Federal da Bahia- UFBA, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Valéria dos Santos Noronha.

Salvador
2018

GILMARA SILVA DE OLIVEIRA

**TRANSFOBIA, RACISMO E SUAS IMPLICAÇÕES NA SAÚDE DE PESSOAS
TRANSEXUAIS E NEGRAS: TRANSGRESSÃO DO PENSAR A PARTIR DO
ÂMBITO DO SUS**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Serviço Social da Universidade Federal da Bahia- UFBA, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

APROVADA: em 03/05/2018

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a Valéria dos Santos Noronha Miranda
(Universidade Federal da Bahia)

Thiffany Odara
(Especialista em Gênero, Raça e Sexualidade/Universidade Estadual da Bahia)

Prof.^a Ms. Marcia da Silva Clemente
(Universidade Federal do Recôncavo da Bahia)

DEDICATÓRIA

Com muito carinho, amor, e eterno agradecimento, dedico este trabalho para minha avó paterna, Maria de Lourdes Nunes de Oliveira, dona Val, por lutar para que minha infância não fosse tombada pelo trabalho precoce como foi em sua vida, cuja realidade é marcada pela dedicação compulsória a servir à famílias brancas e abrir mão de desfrutar da dignidade de ser criança tão precocemente. Estudar passou a fazer parte da sua vida a partir dos 60 anos de idade. No entanto, sempre priorizou que seus filhos/as e netos/s (sob seus cuidados) não deixasse de estudar.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me manter firme e resiliente, ainda que o cansaço e tantas outras barreiras da vida tenham tentado me tombar.

Agradeço aos Orixás, porque acredito na força da natureza como influenciadora e condutora dessa conquista.

Agradeço imensa e eternamente à minha avó Val, pela dedicação, esforço e estímulo incansáveis, para me possibilitar o acesso à educação, compreendida por ela como viabilizador de oportunidade para transformação social.

Ao meu querido esposo, amigo, companheiro de todas as horas, Luciano Teles dos Santos, meu neguinho, pela incansável presença, pelo amor, carinho, paciência e compreensão das minhas ausências, por compartilhar das dores e sabores durante a minha trajetória no espaço acadêmico e na vida de modo geral.

Ao meu primo-irmão Ariston (negão), que reacendeu em mim o desejo de acessar o nível superior, demonstrando cuidado, atenção e carinho com meu futuro nas várias dimensões da vida, sobretudo, por fortalecer na minha luta diária, cuidando da minha filha Shaira Cristal durante as necessárias ausências para conclusão da graduação.

Ao Quilombo Educacional Curso Popular de Pré-vestibular Quilombo do Orobú, cujos nomes não serão ditos para não deixar pessoas especiais de fora, mas cada membro daquele espaço, ainda que talvez não se perceba importante para fechamento dessa etapa, contribuíram, cada qual da sua forma para a realização desse processo formativo. Em particular, por me preparar não apenas para a inserção na universidade, mas, sobretudo, para a vida no tocante o enfrentamento diário contra o racismo nesse e em outros espaços vulneráveis a sofrer os impactos desta e de tantas outras formas de opressão.

Aos familiares, amigas e amigos, por compartilhar da minha luta diária para que eu pudesse permanecer na universidade e conseguir fechar esse ciclo. Refiro-me em especial a minha tia Marlene, minha cunhada Verônica e as vizinhas mais maravilhosas que a vida me deu de presente: Graça, Poliana, Dai, Ritinha, Sheilane, Patricia (Pati) por cuidarem da minha bebê.

Às Mestras e Mestres, que ao longo da trajetória acadêmica, pelos lugares onde passei, contribuíram para a minha formação. Especialmente às professoras do Curso de Serviço Social da UFBA, Supervisoras dos estágios (obrigatório e não-obrigatório), Janaína Martins, Jaciara Lima, Guida França, e do Projeto de Extensão Universitária, Thiara Matos, pela troca de aprendizado e estímulo para permanência na luta por um projeto de sociedade mais justo e igual em termos de condição para todas as pessoas.

Agradeço profundamente e com muito carinho, à minha Orientadora, parceira Prof.^a Dr.^a Valéria Noronha, por compreender que produzir conhecimento perpassa pelo contexto socioeconômico e cultural de cada estudante que alcança essa etapa, e exige respeito às adversidades, alteridade entre as partes envolvidas nesse processo tão importante de fechamento de um ciclo. Gratidão por não ter sido impositiva, mas responsável, atenciosa e presente nos momentos necessários.

A todas e todos colegas do Curso de Serviço Social da UFBA pelo afago, pelas trocas de aprendizado e relações de amizade saudavelmente construídas ao longo da nossa caminhada.

Obrigada por compor cada pedaço da minha história.

“Sou porque somos! UBUNTU!”

Acesso negado

Participação popular e gestão participativa

Participação estratégica e gestão popular

Garantir o acesso

Qualificar o acesso

Superar a demanda reprimida

Garantir o direito á saúde como qualidade de vida

É missão da estratégia e estratégia da missão

Garantir o acesso á saúde para todo cidadão

Participativa é a gestão que vai ao povo

Que ausculta e ouve a população

Que se deixa misturar em saberes e linguagens

Que se deixa afetar por novas engrenagens

Tecnologias populares que lançam olhares

Que dançam cirandas e que correm para o abraço

Que, com licença poética, não pede licença e vai à luta

Na defesa do Sistema Único de Saúde

Cogestão como participação

Participação que remete á atenção

Atenção que remete ao acesso

Acesso que remete ao acolhimento

Acolhimento que remete à humanização

Humanização que remete ao serviço

Serviço que remete à rede

Rede que remete ao sistema

Sistema que remete ao cuidado

Cuidado que nem sempre cabe no sistema...

Elias José da Silva (2014)

RESUMO

Este trabalho tem como propósito refletir sobre o acesso e a utilização dos serviços de saúde, no âmbito do SUS, por mulheres transexuais autodeclaradas negras, compreendendo os atos de transfobia, racismo e sexismo como principais implicadores para a saúde desse segmento social. Interessa contribuir para visibilidade das especificidades das mulheres transexuais, sobretudo, no tocante às demandas de saúde, na perspectiva da articulação integrada com as demais políticas públicas, bem como contribuir para viabilizar o rompimento de paradigmas inerentes à sociedade heteronormativa baseada nos padrões dominantes. Para tanto, na reflexão introdutória importa situar o leitor e a leitora quanto às razões e espaços de vivência motivadores para a discussão, bem como mencionar o percurso metodológico para a realização do trabalho. No segundo momento, aborda-se uma breve - visto a vasta literatura disponível -, contextualização histórica do ainda atual processo de luta da sociedade brasileira por uma Reforma Sanitária, demarcando o protagonismo da população LGBT e, em particular, a constante atuação das pessoas e movimentos sociais do segmento trans na reivindicação por implantação e implementação dos ambulatórios de transexualização no país. Com base em algumas contribuições teóricas, aborda-se categorias relevantes que sugerem a compreensão de saúde para além da doença, numa perspectiva de ampliação prática desse conceito, considerando os determinantes sociais em saúde e as intersecções sexualidade, gênero, raça e classe social como bases cruciais para a condição de vida e saúde da população trans, e, em particular, das mulheres transexuais e negras. Os passos que seguem abarcam os caminhos percorridos para efetivação da pesquisa qualitativa, que conta com entrevista semiestruturada realizada com duas sujeitas sociais: uma profissional de saúde, do âmbito da Gestão, visto sua trajetória profissional em um determinado período, voltada para a atenção à saúde também das mulheres trans, e uma mulher transexual, autodeclarada negra, com uma vasta história de militância, pautando as especificidades das questões/demandas que acometem sua saúde e de tantas outras mulheres trans representadas por ela. Realiza-se a reflexão da pesquisa, seguida de algumas considerações inconclusas, haja vista a dimensão e complexidade envolvidas. O resultado da pesquisa revela que apesar de alguns avanços como parte dos desdobramentos da luta constante da população LGBT, de um modo geral, e do protagonismo do segmento transexual, em particular, ainda há muito o que fazer para que o acesso aos serviços de saúde no âmbito do SUS seja efetivado em sua integralidade, dada as fortes manifestações dos crimes de transfobia e racismo, desde as relações interpessoais à violências institucionais.

Palavras-chave: Transfobia, Racismo, Sexismo, Saúde, Interseccionalidade, Transgressão.

ABSTRACT

This study aims to reflect on the access and utilization of health services, within SUS, by self-reported black transsexual women, including acts of transphobia, racism and sexism as main impicators for the health of this social segment. It is interesting to contribute to the visibility of the specificities of transsexual women, especially in relation to health demands, in the perspective of integrated articulation with other public policies, as well as contributing to the breakup of paradigms inherent to the heteronormative society based on the dominant patterns. Therefore, in the introductory reflection, it is important to situate the reader and the reader as to the motivating reasons and living spaces for the discussion, as well as to mention the methodological course for the accomplishment of the work. In the second moment, a brief discussion is presented - considering the vast literature available - historical contextualization of the still current process of struggle of Brazilian society for a Sanitary Reform, demarcating the protagonism of the LGBT population and, in particular, the constant performance of the people and social movements of the trans segment in the demand for implantation and implementation of transsexualization clinics in the country. Based on some theoretical contributions, we discuss relevant categories that suggest the understanding of health beyond disease, in a perspective of practical extension of this concept, considering the social determinants of health and the intersections sexuality, gender, race and social class as bases crucial to the living and health condition of the transgender population, and particularly of transsexual and black women. The steps that follow include the paths taken to carry out the qualitative research, which has a semi-structured interview conducted with two social subjects: a health professional, from the scope of Management, given his professional trajectory in a given period, focused on health care also of trans women, and a transsexual woman, self-declared black, with a vast history of militancy, setting the specificities of the issues / demands that affect her health and of so many other trans women represented by her. The reflection of the research is carried out, followed by some inconclusive considerations, due to the dimension and complexity involved. The research results reveal that despite some advances as part of the ongoing struggles of the LGBT population, in general, and the protagonism of the transsexual segment in particular, there is still much to do so that access to health services in the scope of the SUS is fully implemented, given the strong manifestations of crimes of transphobia and racism, from interpersonal relations to institutional violence.

Keywords: Transphobia, Racism, Sexism, Health, Intersectionality, Transgression.

LISTA DE SIGLAS

ASTRAL – Associação das Travestis e Liberados do Rio de Janeiro

ANTRA – Associação Nacional de Travestis e Transexuais

ATS LGBT – Área Técnica da Saúde Integral LGBT

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CAPS – Caixa de Aposentadorias e Pensões

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CFM – Conselho Federal de Medicina

CPES – Coordenação de Promoção da Equidade em Saúde

CNDSS – Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais em Saúde

CNS – Conferência Nacional de Saúde

DGC- Diretoria de Gestão do Cuidado

DNPS – Departamento Nacional de Saúde Pública

DSS – Determinantes Sociais em Saúde

EESP – Escola Estadual de Saúde Pública

GLTB – Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais

GGB – Grupo Gay da Bahia

GRUPO SOMOS – Grupo de Afirmação Homossexual

LGBTT - Lésbica, Gay, Bissexual, Travesti e Transexual

RSB - Reforma Sanitária Brasileira

SEDH – Secretaria Especial de Direitos Humanos

SESAB – Secretaria de Saúde da Bahia

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2: O SUS E A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL LGBTT: APRESENTANDO OS ENFRENTAMENTOS RELACIONADOS AO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DOS AMBULATÓRIOS DE TRANSEXUALIZAÇÃO.....	24
2.1: CONTEXTUALIZANDO HISTORICAMENTE O SUS E A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL LGBTT.....	28
2.2: O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DOS AMBULATÓRIOS DE TRANSEXUALIZAÇÃO NO BRASIL E AS POSSIBILIDADES DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	55
2.3: CONSIDERANDO AS INTERSECCIONALIDADES NAS POLÍTICAS DE SAÚDE: OS DILEMAS DE SER UMA PESSOA TRANS E NEGRA.....	72
3: PESQUISA.....	85
3.1: O PERCURSO METODOLÓGICO.....	85
3.2: OS RESULTADOS DA PESQUISA.....	91
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS?.....	107
REFERÊNCIAS.....	110
APÊNDICES.....	114
APÊNDICE A: ROTEIRO ENTREVISTA COM MILLENA PASSOS.....	114
APÊNDICE B: ROTEIRO ENTREVISTA COM GUIDA FRANÇA.....	114
ANEXO 1 MORTE DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS NA BAHIA – 2015-2017.....	116

I. INTRODUÇÃO

O que marca a preocupação em discutir a temática deste trabalho é, sobretudo, a experiência vivenciada no âmbito do estágio não-obrigatório realizado na Área Técnica da Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais - ATS LGBT, alocada na Coordenação de Promoção da Equidade em Saúde - CPES, Diretoria de Gestão do Cuidado - DGC, Superintendência da Atenção Integral à Saúde - SAIS da Secretaria da Saúde da Bahia - SESAB, no período 2014-2015, por meio de processo seletivo do Programa Cotidiano do SUS, promovido pela Escola Estadual de Saúde Pública da Bahia - EESP.

Paralelo àquele período, cumpria as etapas do estágio curricular no âmbito assistencial da política de saúde, em um hospital predominantemente administrado por uma empresa terceirizada, sob gestão indireta da Secretaria supracitada. A vivência em ambos os espaços, bem como os diálogos relacionados às questões trans nas relações interpessoais cotidianas instigaram o interesse em contribuir para a reflexão acerca da temática, a partir da observação, da escuta e discussões no tocante o acesso das pessoas transexuais à política de saúde articulada com as demais políticas públicas e sociais, que visem a redução de doença e de outros agravos (Constituição da República, 1988, Art. 196).

Tanto no âmbito do estágio curricular quanto nas relações interpessoais diárias observou-se de forma acentuada a concepção de que as demandas das pessoas trans devem ser secundarizadas, principalmente no que se refere ao processo de redesignação sexual ou cirurgia de transgenitalização.

Para entendimento desses termos, Jaqueline Gomes de Jesus (2012) orienta que se trata do procedimento cirúrgico por meio do qual se altera o órgão genital da pessoa para criar uma neovagina (técnica cirúrgica que constrói uma vagina onde não existia) ou um neofalo (técnica cirúrgica para construção de um pênis onde não existia). A autora esclarece que esses termos são preferíveis ao termo antiquado “mudança de sexo” e que é apenas uma etapa do processo transexualizador, que pode ou não ocorrer (pág. 16).

Também importa registrar que se ouviu muito a seguinte questão: “mas se temos tanta coisa para resolver no país, em particular na Bahia, para quê gastar dinheiro com uma

pessoa que só quer, por bel prazer, mudar de sexo?” e ainda “essas pessoas (trans) deveriam tomar vergonha na cara e se converter (o discurso moral da igreja como alternativa para cumprimento dos “bons costumes”)”.

Além dessas “pedradas” no ouvido, também se percebeu o entendimento distorcido no que se refere o uso do nome social, em que as pessoas associam a apelido e não como um elemento de inclusão, de afirmação da igualdade de direitos, que afeta a autoestima, e é importante para legitimidade e dignidade das pessoas travestis e transexuais.

Jaqueline Gomes de Jesus, mulher trans e negra - assim ela se identifica -, foi muito feliz ao produzir “Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos”, que funciona como um guia técnico sobre pessoas transexuais, travestis e demais transgêneros. Neste trabalho, ela traz palavras do universo trans que chama de “glossário de termos inclusivos”. Dentre eles, veja como ela define nome social:

“Nome pelo qual as travestis e pessoas transexuais se identificam e preferem ser identificadas, enquanto o seu registro civil não é adequado à sua identidade e expressão de gênero” (JESUS, 2012, pág. 17).

Segundo o dicionário online de Português¹, a palavra “apelido”, dentre os vários conceitos disponíveis, é a designação atribuída a alguém que destaca uma qualidade dessa pessoa, geralmente depreciativa ou ainda se trata do chamamento, ação de chamar, de convocar. Mediante essas definições, logo percebe-se o contraditório dos sentidos aqui tratados, visto que o nome social está relacionado ao como a pessoa gostaria de ser identificada, reconhecida e o quanto o não respeito por sua escolha mexe com a dimensão subjetiva desse sujeito, diferentemente do apelido, que se trata de uma designação, de uma atribuição de uma pessoa e/ou grupo para outra, nem sempre desejada por esta.

No Decreto nº 8.727/2016 (Parágrafo único, I), nome social é entendido como designação pela qual a pessoa travesti ou transexual se identifica e é socialmente reconhecida.

¹ Disponível em <<https://www.dicio.com.br/apelido/>>.

Nesse sentido, os discursos demonstram a forte presença do moralismo nosso de cada dia, pautados no senso comum, consequente das imposições do padrão dominante heteronormativo, e que operam como instrumentos transfóbicos para reforçar a inviabilidade do acesso e utilização dos serviços de saúde por parte da população transexual.

Percebeu-se o quanto o padrão heteronormativo é fortemente influenciador na construção do imaginário da sociedade em relação às demandas das pessoas transexuais. Estas são entendidas como desnecessárias, sem importância, não relevantes, insignificantes, até chegar no absurdo do discurso de que se trata de uma anormalidade e, portanto, da patologização da orientação sexual e identidade de gênero. São práticas de transfobia que produzem mais preconceito, mais sofrimento psíquico, discriminação.

Conforme reiteram MIRANDA; SOUZA (2013):

“O padrão heteronormativo é um padrão social presente na sociedade brasileira, em que a heterossexualidade é ensinada, reforçada e aceita pela sociedade como uma única expressão possível da sexualidade. Essa normatização presente na sociabilidade humana está enraizada nas práticas sociais, por influências religiosas ou morais, e vai discriminar os indivíduos porque suas formas de serem homens e mulheres - ou de exprimirem seus desejos e prazeres - não se enquadram no que é tido como normal dentro de uma lógica heteronormativa e sexista.” (pág. 105)

Nesse sentido, notou-se um pensar e agir pautados no moralismo como instrumento de coerção, de estigmatização, de discriminação, para punir “as/os desviantes” do que se designa como certo, e o certo é cumprir os papéis sociais e comportamentais em acordo com o binômio homem e mulher. Para além desse cumprimento, é imoral, incorreto, é nojento, aberração, é transgressão.

Trata-se, portanto, de uma ignorância e perversidade social sistematizada e estruturada porque está muito bem articulada nas relações interpessoais e institucionais para banir o direito do outro e da outra de acessar os serviços de saúde. Mas não se trata apenas de uma ignorância no sentido do desconhecimento das informações, de que nunca ouviu falar ou nunca leu conteúdo relacionado às implicações do não acesso à saúde pelas pessoas trans. Compreende-se que se trata também de uma ignorância por conveniência,

cuja intencionalidade é de humilhar, discriminar, ferir a dignidade e legitimidade humana, centralizada nos padrões heteronormativos.

Percebeu-se a dificuldade de reconhecimento dos privilégios, numa perspectiva de manutenção dos mesmos, visto se tratar de comportamentos de pessoas e instituição que atendem às normativas heterossexuais, aceitas no contexto de sociedade pautada nos padrões dominantes e baseadas nas crenças e valores, sobretudo, religiosos.

Para melhor desenvolver sobre os privilégios heteronormativos, veja a forma brilhante com que Vanessa Cerqueira (2017), descreveu em sua rede social²:

“Menino de 17 anos é morto pela mãe e padrasto por ser hetero. Casal hétero é agredido em praça pública por estar de mãos dadas. Menina de 14 anos é expulsa de casa por ser hetero. Casal hétero é agredido na rua após se beijarem. Homem é morto a pauladas por ser hetero. Jovem é agredida na escola por ser heterossexual. Governo zera verbas de combate a heterofobia. Bancada evangélica diz que heterossexuais são aberrações. Heterossexualidade é vista como doença. Governo cria cura hetero. A cada 25 horas uma pessoa morre no Brasil por ser hetero. Caça aos heteros! Até 20 de setembro cerca de 277 pessoas morreram no Brasil por ser hetero.”

Seus versos transgressores e com tom de ironia seguem sugerindo a autorreflexão dos privilégios garantidos para quem se declara orgulhosamente hétero e pisoteia quem contraria essa normativa:

“Número de homicídios contra heterossexuais cresce no Brasil. Brasil é líder em assassinatos de heterossexuais. A expectativa de vida de uma pessoa heterossexual é de 35 anos. Pai manda estuprar o filho de 14 anos após descobrir sua heterossexualidade. Heterossexuais são confusos não sabem o que querem. Heterossexualidade é sinônimo de promiscuidade. Vocês heterossexuais já viram notícias como essas? Não! Então parem de falar em heterofobia.”

Esse posicionamento de Vanessa Cerqueira, numa perspectiva da inversão irônica dos papéis e comportamentos sociais é um ótimo exemplo para compreender a importância de refletir sobre as imposições dominantes e seus impactos nas vidas das pessoas, cuja orientação sexual e identidade de gênero divergem do padrão heteronormativo, visto que essas garantem privilégios para um determinado grupo em detrimento de outro. Não são falácias ou vitimismo. É a realidade vivenciada por quem decide expor a sua

² Vanessa Cerqueira se declara poetisa das ruas. É estudante de Letras Vernáculas na UNEB (Salvador). Os versos transgressores aqui citados estão disponíveis em sua rede social: <https://www.facebook.com/versos_turbulentos>.

identidade de gênero e orientação sexual. E essa exposição vem carregada de medos, anseios, dúvidas e violências diversas (psicológica, física, moral, financeira, para citar algumas).

Até aqui, buscou-se explicar brevemente alguns elementos motivadores para o desenvolvimento reflexivo da temática em questão, a partir da observação e diálogo no âmbito do estágio obrigatório e nas relações interpessoais diárias com outras pessoas e grupos.

Em relação ao âmbito da gestão em saúde, observou-se elementos importantes favoráveis à saúde da população LGBTT em geral, considerados como avanços, a saber: Portaria 2.837/2011 de criação e instalação do Comitê Técnico de Saúde LGBTT; a articulação com o espaço acadêmico, grupos de pesquisa e projetos de extensão; apoio à atividades de extensão universitária; participação em eventos locais e nacional que dialogam com a temática LGBTT; aproximação de transversalização da temática LGBTT entre as demais áreas técnicas da DGC, embora ainda timidamente.

Porém, notou-se a fragilidade no processo formativo dos/das profissionais de saúde no tocante à temática LGBTT; a atuação de apenas uma técnica de referência com a política de saúde LGBTT como forte elemento influenciador de fragilidade, sobrecarga de trabalho e avanços em passos lentos; discussão insuficiente da temática entre gestores/as e trabalhadores/as da SESAB e, em se tratando das demandas específicas do segmento trans, observou-se dificuldades de várias ordens - políticas, de governabilidade, para citar algumas -, no tocante a implantação do processo transexualizador.

Nesse contexto de lentos e insuficientes avanços, considera-se a inauguração do ambulatório transexualizador e um centro cirúrgico para o atendimento de pessoas travestis e transexuais em Salvador como uma perspectiva relevante, cuja emergência da atenção e concretização é gritante.

Posto isto, importa fazer a ressalva de que nos espaços dos estágios o contato direto com pessoas transexuais foi raro, no entanto, considerável para perceber a relevância de contribuir para ampliação do debate no âmbito acadêmico, na perspectiva de

visibilidade, despatologização, rompimento de paradigmas heteronormativos e, sobretudo, de contribuição para o acesso a direitos fundamentais à vida como a saúde equânime e integral.

Os períodos dos estágios foram extremamente importantes para a compreensão ampliada do que é a política de saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde- SUS, considerando que se trata de um universo complexo, visto os dilemas, limites e possibilidades inerentes a uma política pública construída e reconstruída a partir do processo de lutas da sociedade brasileira por acesso ao direito fundamental à vida: saúde para todas as pessoas de forma equânime, integral e com qualidade.

Contudo, entende-se que os desafios enfrentados no cotidiano das instituições estão diretamente relacionados à lógica de uma sociedade capitalista, que mercantiliza e focaliza as políticas públicas por meio das estratégias do capital articulada com os interesses do Estado, resultando em uma das consequências que ferem a dignidade humana, como a não efetivação dos princípios fundamentais do SUS: acesso à saúde universal, equânime e integral, de modo que respeite as especificidades das diferentes demandas de saúde da diversidade social.

Nesse contexto, compreende-se o âmbito do estágio não-obrigatório como o espaço privilegiado por desenvolver uma visão estratégica dos serviços, com base nas experiências de quem está na assistência e estudos sistemáticos, aprofundados da realidade administrativa dos setores e segmentos específicos em suas respectivas áreas de atuação.

É o espaço para práticas profissionais que viabilizem, por meio da articulação em rede, ações de cuidado, promoção e prevenção, com qualidade, de forma equânime, de modo a garantir o acesso integral à população. O que está previsto é que os/as profissionais tenham competência e conhecimentos científicos, ético-sociais e humanísticos, de modo que compreendam a importância ao acesso equitativo e proporcionem maior qualidade de vida para as pessoas, independente da sua raça/cor, orientação sexual, identidade de gênero, geração, do território qual vive, dentre outros marcadores sociais que determinam suas condições de saúde.

Essas perspectivas, ainda que dentro dos limites de um espaço institucional, foram percebidas na Diretoria de Gestão do Cuidado - DGC, que surgiu em 2007 como um órgão da administração direta da Secretaria Estadual da Saúde, cujo foco é atuar nos processos de formulação, implantação, implementação e avaliação dos programas estaduais de saúde, buscando implementar linhas de produção do cuidado voltadas aos ciclos de vida e gênero e à promoção da equidade em saúde para as populações negra, quilombola, indígena, assentada e acampada, presidiária e LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros), nos 417 municípios da Bahia (site SESAB).

Mediante a informação acima, é importante refletir sobre o seguinte questionamento: é possível atender as demandas da população transexual em 417 municípios baiano, no âmbito do estado, com um número de trabalhador/a na área técnica de referência distante da compatibilidade entre a oferta e a procura? Entende-se que tal realidade contribui para o distanciamento das pessoas travestis e transexuais de acessar os serviços de saúde integralmente.

Essas e outras questões justificam o debruçar nessa temática, visto que as demandas de saúde são diretamente determinadas por muitos outros condicionantes sociais. Por exemplo, a conquista de espaço por parte da população LGBT no âmbito da academia como objeto de estudo viabiliza a produção de conhecimentos contrapostos à hegemonia do senso comum sobre as diversas formas de expressão/orientação sexual, e possibilita o rompimento de paradigmas inerentes a uma sociedade heteronormativa.

Na contramão destas possibilidades, a homossexualidade e seus direitos ainda são fortemente rebatidos pela homofobia, conforme pesquisa realizada no Brasil, no ano de 2011, que denuncia ao poder público federal 6.809 casos de violações de Direitos Humanos do caráter homofóbico, sendo registradas na Bahia 468 denúncias.

As atitudes de hostilidade para com as pessoas homossexuais ocorrem nas relações interpessoal e institucional e trazem consigo a negação e violação de direitos. Demonstra, portanto, a relevância de abertura e ampliação do debate, na perspectiva de despatologização, das classificações e discriminação produzida no cotidiano (Miranda; Souza, 2013).

O padrão heteronormativo impõe uma única forma de atração afetivo-sexual, que é aquela entre sexos opostos. É a expressão única de sexualidade enraizadas nas práticas sociais, seja por influências religiosas ou morais. E exprimir os desejos e prazeres para além da possibilidade do binômio homem/mulher, é a excrescência, porta escancarada para a discriminação, desrespeito e morte de quem vem na contramão destas imposições.

Há para tanto, uma rede articulada que reitera a abominação a quem transgride as regras do sistema normativo dominante formada, sobretudo, pela família, escola e a igreja, pautando-se em papéis sociais e morais distintos para homens e mulheres, reforçando a heterossexualidade como uma regra social e como produto de um processo pedagógico que começa ao nascer e segue ao longo da vida (Souza; Miranda. p. 106).

Neste contexto de correlações de forças, visto que há forte relação de poder, confrontação de interesses, dominação e resistência, conflito/consenso, desenvolvidos entre os grupos sociais (Faleiros, pág. 24), o processo de identidade é construído e reconstruído arduamente.

A identidade de gênero e orientação sexual são construções sociais, articuladas aos valores, crenças e desejos que, segundo Prado, citado por Miranda e Santos (2015) através da sexualidade humana, irão definir a nossa identidade.

"Esse jogo não se faz a margem da história; muito pelo contrário, ele se fabrica no intercâmbio de significados e contextos que ocorre entre o "eu" e o "outro", o "eu" e o "nós", o "nós" e "eles", enfim, acontece na troca reinterpretativa de significados e interações sociais e institucionais que criam posições sociais e, conseqüentemente, posições identitárias e políticas." (PRADO, 2008, p. 7).

Neste sentido, compreender a construção da sexualidade humana requer o reconhecimento da diversidade sexual para quebrar os atos de homofobia, lesbofobia e transfobia. Essas nomenclaturas têm em comum a relação com a violação de direitos, violência das mais variadas formas (física, psicológica, financeira), o preconceito e tombamento das vidas da população LGBT causada pelo opressor/a, geralmente autodeclarado heterossexual.

Para Munanga (2005), a falta de reconhecimento da identidade não apenas revela o esquecimento do respeito normalmente devido, como pode infligir uma ferida cruel ao oprimir suas vítimas de um ódio de si paralisante. O reconhecimento não é apenas uma cortesia que se faz à uma pessoa: é uma necessidade humana vital. Em consequência disso, instaura-se um modelo hierárquico e dominante, impondo às pessoas homossexuais a subjugação e o lugar de subalternidade em detrimento das ideias e valores heterossexuais, norteadores do impedimento ao acesso aos direitos em sua integralidade.

No Brasil, no final da década de 70, na medida em que avançava o processo de redemocratização, surgiram diversos movimentos sociais em defesa de grupos específicos e de liberdades sexuais. O Grupo SOMOS é reconhecido como precursor da luta homossexual, e atualmente o movimento agrega lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, pautando a homossexualidade como tema político. A expansão dessas ideias vai se configurando no denominado Movimento LGBT, cujas reflexões e práticas ativistas têm promovido importantes mudanças de valores na sociedade brasileira. Estas mudanças deram visibilidade política para os problemas tanto da vida privada como das relações sociais que envolvem as pessoas LGBT (Política Nacional de Saúde Integral de LGBT, 2013, pág. 09).

É preciso compreender, por outro lado, que as formas de preconceito não ocorrem de maneira isolada das outras formas de discriminação social. Ao contrário, elas caminham ao lado e se reforçam pelos preconceitos do machismo, o racismo e a misoginia. (Política Nacional de Saúde Integral de LGBT, 2013, pág. 13).

Nesse contexto, no tocante às singularidades da população transexual e negra, as formas de opressão devem ser pensadas e combatidas numa perspectiva interseccional, visto que integram marcadores sociais (raça/etnia, gênero, geração, territorialidade, dentre outros) determinantes para o seu acesso a espaços e direitos públicos como a Política de Saúde e ao próprio direito de viver.

Segundo dados da Associação Nacional de Travestis e Transexuais - ANTRA, no ano corrente, até o dia 22 de agosto já foram assassinadas 118³ transexuais e travestis em função da homofobia no Brasil.

Em todos os casos, o assassinato por arma de fogo é violentamente marcante, quando as vidas desses segmentos também não são tombadas de forma carbonizada, por asfixia, apedrejamento, facadas e estrangulamento. Ainda assim, os dados estatísticos passam por despercebidos nas instituições estatais.

Não obstante, o contexto de violência vivenciado por esse público segue outras formas de tomar suas vidas, não menos importantes de ser inseridos no cenário. Nesse sentido, o não acesso às políticas públicas e sociais ou o acesso marcado pela fragilização, discriminação, preconceito e muitas vezes insuficiente para atender às suas especificidades também se configura violência e, portanto, viabiliza os instrumentos que matam a dimensão subjetiva e, no seu modo mais cruel, as vidas das pessoas transexuais.

Muitos/as profissionais se utilizam dos valores morais e religiosos para discriminar as pessoas trans. Por outro lado, empresas multinacionais usam da imagem desse público para se promover e/ou tratar a sua realidade de forma distorcida. Estamos falando de um segmento que, ao assumir sua identidade de gênero, são inseridas nas estatísticas do grupo que não consegue concluir os níveis básicos de ensino: fundamental e médio - para citar um dos grandes dilemas.

Além das questões acima, ainda há o enfrentamento do desgaste em função da violência como parte do cotidiano da população transexual, visto os padrões dominantes. Não atender às expectativas da heteronormatividade, pautada no binômio homem e mulher é determinante para sofrer a discriminação nas relações interpessoais e institucionais.

É nesse contexto que a discussão se torna emergente, compreendendo a necessidade de articular a política de saúde com segurança, educação, cultura, emprego e renda,

³ Dados do Mapa de assassinatos de trans e travestis no Brasil em 2017. Disponível em <<https://www.google.com/maps/d/viewer?mid=1yMKNg31SYjDAS0N-ZwH1jJ0apFQ&ll=-19.438132758347457%2C-48.424371999999995&z=5>>.

levando em conta, sobretudo, os princípios da Integralidade, Equidade e Igualdade de acesso.

Há uma forte conexão, portanto, entre diversidade sexual e determinantes sociais em saúde, haja vista o contexto sócio político historicamente conflituoso, hegemônico e dominador de um grupo social em detrimento de outro, que será discutido nas linhas que seguem.

No capítulo “O SUS e a Política Nacional de Saúde Integral LGBTT: Apresentando os enfrentamentos relacionados ao processo de implantação dos ambulatórios de transexualização”, pretende-se realizar uma breve reflexão teórica, haja vista a vasta literatura que contextualiza o processo de luta para implantação do Sistema Único de Saúde a partir do constante movimento da Reforma Sanitária Brasileira.

Paralelo a isso, discutiremos a relação desse processo de lutas para a implantação da Política Nacional de Saúde Integral LGBTT, destacando o protagonismo desses segmentos na ainda atual mobilização para efetivação plena desse instrumento importante. Esse momento é também dedicado à reflexão sobre as bases legais que norteiam o SUS, a Política Nacional de Saúde Integral LGBTT e o processo de transexualização no país.

Pensando nas especificidades da população transexual nesse contexto de luta por direito digno à saúde, importa resgatar algumas contribuições importantes quanto ao processo de implantação dos ambulatórios de transexualização no Brasil, através de referenciais teóricos relevantes nessa discussão.

Ainda no segundo capítulo, pretende-se discutir o conceito de Interseccionalidade através do levantamento bibliográfico, pensando nas implicações da raça/cor, do gênero e orientação sexual para a saúde de pessoas transexuais e negras, em particular, mulheres trans negras. Interessa abordar como os determinantes sociais, pautados nesses marcadores influenciam o acesso e utilização dos serviços de saúde articulados com as necessidades culturais, econômicas, de emprego e renda, educação, dentre outras, consideradas constitucionalmente como fundamentais à vida digna.

Compreende-se com isso que essas interseções operam como opressões simultâneas, vivenciadas por homens e mulheres transexuais, e configuram atos de racismo e transfobia institucionais e interpessoais, visto representar instrumentos de exclusão, de depreciação, de distanciamento do acesso aos serviços de saúde e/ou aproximação desse acesso de forma fragilizada, parcial, discriminatória, cheia de preconceitos.

A escolha metodológica leva em consideração a dimensão subjetiva envolvida, que não cabe nos limites de uma reflexão teórica - embora essa seja legítima e importante -, tampouco no modelo de perguntas de múltipla escolha. Entende-se, portanto, a importância de viabilizar a oportunidade da fala por quem vivencia tantas questões aqui tratadas. Nesse sentido, foi usado o roteiro de entrevista aberta semiestruturada, cuja pesquisa qualitativa será detalhada no terceiro capítulo, bem como o percurso metodológico e os resultados da mesma.

Importa dizer que a preocupação em discutir a temática em questão nada tem a ver com condescendência. Está diretamente relacionada ao lugar de fala de quem também é marginalizada, discriminada por marcadores sociais historicamente determinantes para exclusão: ser mulher, ainda que se entendendo como hétero - não é imunidade para não sofrer as várias formas de violências -, autodeclarada negra, residente de bairro marginalizado, socialmente designada como distante de atender os padrões de beleza dominante, em busca da transformação social e disponível para transgredir valores e comportamentos hegemônicos, ou seja, características que se aproximam e/ou se assemelham às vivências de pessoas transexuais e negras no contexto da realidade brasileira.

Reitera-se com isso, a preocupação de contribuir para a elasticidade da discussão no âmbito científico-acadêmico, por ser também o espaço necessário para desconstrução dos discursos heteronormativo e dominante. Não sendo, portanto, diferente do que acontece nas instituições de saúde por meio das práticas vezes pautadas nas crenças e valores moralistas.

Miranda e Souza (2013), ao refletirem sobre os impactos da homofobia no âmbito da educação, reforçam a urgência dessa desconstrução:

“A inclusão da categoria gênero e da diversidade sexual de forma ampla deve ser estendida e adotada nas matrizes curriculares, fazendo com que os agentes educativos possam refletir sobre suas práticas na direção de uma educação emancipadora, rompendo com padrões reguladores de comportamento.” (pág. 115).

E no âmbito da saúde, a perspectiva de romper com a discriminação e patologização da identidade de gênero e orientação afetivo-sexual é emergente, visto interferir nas dimensões objetivas e subjetivas dos sujeitos, importando compreender a determinação social no processo saúde-doença das pessoas e coletividades e reconhecer que a exclusão social decorrente do desemprego, da falta de acesso à moradia e à alimentação digna, bem como da dificuldade de acesso à educação, saúde, lazer, cultura, interferem diretamente na qualidade de vida e de saúde das pessoas de modo geral e, violentamente de modo particular, nas vidas de homens e mulheres trans (Política Nacional de Saúde LGBT, 2013, pág. 13).

A luta pela sobrevivência é também demarcada no processo de implantação e implementação do SUS, visto o esforço político e ideológico para visibilizar as suas demandas específicas de saúde, sem distanciar-se das necessidades de outras políticas públicas e sociais como o trabalho, lazer e educação para citar algumas, como determinantes para uma vida digna.

2: O SUS E A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL LGBTT: APRESENTANDO OS ENFRENTAMENTOS RELACIONADOS AO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DOS AMBULATÓRIOS DE TRANSEXUALIZAÇÃO NO BRASIL

Definir o SUS não é tarefa fácil, visto sua complexidade. No entanto, PAIM (2009) nos ajuda didaticamente a compreendê-lo para além da doença, numa perspectiva de articulação da Política de Saúde com todas as demais políticas imprescindíveis para garantia da cidadania de todo segmento social. Conforme o autor defende,

“a proposta do SUS está vinculada a uma ideia central: todas as pessoas têm direito à saúde. Esse direito está ligado à condição de cidadania. Não depende do “mérito” de pagar previdência social (seguro social meritocrático), nem de provar condição de pobreza (assistência do sistema de proteção), nem do poder

aquisitivo (mercado capitalista), muito menos da caridade (filantropia).” (pág. 42).

Reitera, portanto, que o SUS é baseado na concepção de seguridade social, supondo dessa forma uma sociedade solidária e democrática, movida por valores de igualdade e de equidade, sem discriminações ou privilégios (PAIM, 2009, pág 42)

Trata-se de uma estrutura organizada exclusivamente para proteger, promover e recuperar a saúde, levando sempre em consideração contextos sociais, históricos, culturais, econômicos que determinam a condição de vida e saúde das pessoas.

É importante, portanto, contextualizar a história do Sistema Único de Saúde, especialmente a partir do constante movimento de Reforma Sanitária Brasileira - RSB na década de 1980 e seus desdobramentos, com a efervescência do processo de redemocratização, cuja ação da sociedade civil tenciona o poder público por melhores condições de vida, sobretudo, no que diz respeito aos setores de saúde e educação, no enfrentamento ainda atual aos enormes rombos nas políticas sociais.

Tocando o barco, buscaremos relacionar esse contexto de luta por direitos fundamentais como a saúde, com os desafios que tombam as vidas da população LGBTT para acesso a esse e outros direitos constitucionalmente considerados indispensáveis. No entanto, partimos da hipótese que tais direitos são secundários e/ou inexistentes na realidade, em particular, da população transexual e negra. Desafios nada mais nada menos inerentes à produção e reprodução da sociedade capitalista que produz o imaginário social machista, misógino, sexista, LGBTfóbico, racista.

Sendo assim, as principais bases legais que institucionalizam as políticas em pauta serão abordadas, numa perspectiva de reflexão crítica quanto aos processos de lutas para sua implantação e implementação, a saber: Lei nº 8.080/1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes; Portaria nº 2.836/2011, institui a Política Nacional de Saúde Integral de LGBTT; Portaria nº 2.803/2013, que redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde.

Nesse sentido, não há pretensão de analisar os conteúdos específicos das legislações em questão, e sim, contribuir para a visibilidade das mesmas, tomando como referência o empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados, à discussão das diferenças, conforme proposto pelo Código de Ética do Serviço Social (Lei 8.662/93. Cap. VI, pág. 23).

Considerando a complexidade do processo de transexualização, do ponto de vista clínico e social, abordaremos discussões, a partir das contribuições de alguns autores e autoras quanto a oferta de procedimentos ambulatoriais e hospitalares para a chamada redesignação sexual (a grosso modo dito como mudança de sexo de homem para mulher e de mulher para homem), no âmbito do SUS. Mais adiante discutiremos melhor sobre.

Para além da abordagem sobre a intervenção cirúrgica, é importante e necessária a reflexão das questões históricas, políticas e subjetivas imbricadas nas diversas formas de expressar, viver e sentir as identidades de gêneros, na perspectiva de romper com os paradigmas inerentes a uma sociedade heteronormativa, que obstaculizam o cuidado integral e humanizado à saúde de pessoas transexuais no processo de transexualização.

O processo de transexualização aqui é entendido para além da intervenção cirúrgica. Trata-se de compreender que os diversos determinantes sociais como a raça/cor, orientação sexual e identidades de gênero, religião, dentre outros marcadores, condicionam a vida e a saúde das pessoas. Envolve a trajetória de vida das pessoas trans e como as políticas públicas, econômicas e sociais são ou não efetivadas para esse segmento social. Tudo isso expressa o processo de transexualização, visto atravessar e impactar no cotidiano da população transexual, enquanto transgressora do padrão dominante.

Essa transgressão grita para extrapolar, extravasar, sair do maldito “armário”, mas as vezes é condicionada a ficar no âmbito do privado, quando não para si mesmo/a, uma vez que falar sobre sexualidade e, em particular, diversidade de gênero, parece não ter uma dimensão social (LOURO, 2009), ou seja, muitas vezes é empurrado a ser entendido como um assunto pessoal, particular. Portanto, reconhecer e expressar

identidade de gênero diversa é transgredir a imposição heteronormativa, é ultrapassar as barreiras do binarismo homem/mulher para além do quesito sexo, para além do entendimento exclusivamente biológico.

Conforme LOURO (2000, pág. 04), “as muitas formas de fazer-se mulher ou homem, as várias possibilidades de viver prazeres e desejos corporais são sempre sugeridas, anunciadas, promovidas socialmente”.

E nesse contexto de busca por visibilidade e respeito às diversas formas de expressar a identidade de gênero é que as pessoas trans automaticamente tornam-se vulneráveis a sofrer violência física e psicológica, tanto na relação interpessoal como institucional, cujos passos são limitados, ou seja, seu direito de transitar nas ruas em determinados horários, de trabalhar, estudar, buscar atendimento em instituições de saúde é parcial e/ou inexistente em função da criminal ignorância social.

É importante reiterar que tal ignorância nem sempre está relacionada com a falta de conhecimento sobre os direitos das pessoas, em particular do segmento trans, visto que, ao menos do ponto de vista teórico, constitucionalmente é garantido a todos/as a promoção do bem estar, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação (Constituição Federal, 1988, Art. 3º, IV.).

No entanto, percebe-se a contradição dessa premissa na rotina das pessoas transexuais, visto o constante processo de luta por direito à dignidade, à vida. E, levando em consideração o contexto sócio histórico brasileiro, sobretudo, no âmbito das políticas públicas como a Saúde, essa luta é ainda maior, ainda mais árdua em termos de acesso e utilização dos serviços.

Tal afirmação parte do pressuposto de que ainda há uma forte relação da concepção de patologia com as diversas formas de expressar e viver as identidades de gênero. Ainda há tentativas de estabelecer critérios diagnósticos incoerentes com a realidade das diversidades de experiências das pessoas que vivem identidades trans (TENÓRIO; PRADO, 2016, pág. 41).

Para estes autores, a lógica da patologização está diretamente ligada ao esforço histórico de manutenção dos privilégios impostos pelo padrão heteronormativo, usados como instrumentos obstaculizadores de acesso integral à saúde.

“Isso significa que a lógica da patologização tem historicamente revelado muito mais o esforço da manutenção de hierarquias de saber e do poder científico como formas de regulação das normas sociais e de coerção e submissão às normas de gênero do que propriamente a criação de mecanismos e critérios de atenção e cuidado à saúde integral.” (pág. 41)

Contudo, ainda segundo PRADO & TENÓRIO (2016, pág. 42), “dizer que é um equívoco considerar as identidades trans como psicopatologias em nada significa que uma parcela da população trans não possa expressar em algum momento sofrimentos psíquicos. No entanto nem todas as pessoas que desejem se submeter a intervenções corporais alegam terem sofrimento significativo associado isoladamente ao seu próprio corpo biológico; terem total e/ou parcialmente algum tipo de repulsa e/ou indiferença ao seu corpo sexuado; muito menos incapacidade de expressar sua masculinidade/feminilidade social ou sexualmente”.

Entende-se com isso, que não há um distanciamento da possibilidade de adoecimento, sobretudo mental, das pessoas trans mediante o contexto de constantes barreiras para vivenciar uma vida digna. Tais barreiras condicionam esse segmento social a viver diuturnamente na luta em busca de direitos fundamentais.

Nesse sentido, o protagonismo desde o processo de luta pela Reforma Sanitária até sofrer as árduas penas para conquistar a implantação e implementação de ambulatórios de transexualização no Brasil expressam a gritante necessidade de trazer para o âmbito acadêmico - e não só -, esse debate extremamente importante e ainda invisível em diversos espaços.

2.1: CONTEXTUALIZANDO HISTORICAMENTE O SUS E A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL LGBTT

A realidade da saúde pública no Brasil nem sempre se pautou no princípio de universalidade, como um sistema de proteção social. Ao contrário, a constante

insistência de sobrepor a lógica da meritocracia como determinante para o acesso a espaços e serviços por muito tempo também se aplicou no âmbito da Saúde.

Cabe então retomar o contexto sócio histórico da saúde pública no Brasil, ainda que não seja de forma exaustiva, na perspectiva de avaliação, valorização, aperfeiçoamento do SUS (PAIM, 2009, pág. 25) e compreensão dos avanços e limites de uma política resultante do processo de lutas da população brasileira.

Para tanto, as contribuições do autor Jairnilson Silva Paim (2009) e a Coleção Para entender a Gestão do SUS (2011), construída pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) são as bases para apresentação deste capítulo, visto fazer o resgate de elementos importantes quanto à saúde em períodos históricos distintos, que antecedem a Reforma Sanitária Brasileira e seus desdobramentos.

PAIM (2009, pág. 25), nos conta que na perspectiva do Brasil Colonial e Imperial, com a vinda da corte portuguesa em 1808, os serviços de saúde subordinavam-se ao cirurgião-mor (uma espécie de autoridade da saúde da época) dos Exércitos de Portugal. O gerenciamento do saneamento, da profilaxia das doenças epidêmicas e responsabilidade quanto ao trabalho dos profissionais de saúde da época (médicos, farmacêuticos, cirurgiões, para citar alguns), era exercido pelo físico-mor (também considerado autoridade de saúde).

O acesso à saúde desses períodos era favorável a quem detinha o capital, ou seja, às tropas militares e seus familiares, que ficavam sob os cuidados das famílias ricas. Para os demais moradores da cidade, pobres, restava enviar cartas ao rei com solicitações pautando suas demandas de saúde, cuja espera prolongava-se por anos, além de contar com a caridade cristã, cuja assistência jamais se comparava ao que os militares dispunham.

As demandas de higiene ficavam sob a responsabilidade das câmaras municipais que se preocupam com a sujeira das cidades, a fiscalização dos portos e o comércio de alimentos (PAIM, 2009, pág. 25).

Mediante a proliferação de epidemias desinteressante para a consolidação e ampliação dos negócios da corte portuguesa, surge em 1543 a primeira Santa Casa, fundada por Brás Cuba em Santos, a Irmandade da Misericórdia e o Hospital de Todos os Santos. Em 1850 foi criada no Rio de Janeiro a Junta de Higiene Pública, visto os constantes casos de febre amarela, porém não foi suficiente para resolver os problemas de saúde da população.

Durante o período Imperial criou-se Inspetoria Geral de Higiene, da Inspetoria Geral de Saúde dos Portos e de um Conselho Superior de Saúde Pública. O autor relata que nesse período a higiene escolar e a proteção de crianças e adolescentes no trabalho de fábricas ganham atenção na agenda pública.

Interessa abrir um parêntese aqui. Embora o autor, ao menos nessa obra “O que é o SUS” não abarque a discussão do trabalho infantil, percebe que a intenção de criar inspetorias não tem como perspectiva o cuidado, a atenção digna à saúde, e sim a manutenção dos privilégios, para atender às demandas mercantis, comerciais, de modo a não afetar os interesses da corte portuguesa.

Segundo o autor, a organização sanitária desses períodos era marcada por característica rudimentar, cujas decisões complexas eram concentradas no governo central, ou seja, avalia como incapaz de responder às epidemias e de assegurar a assistência em tempo imediato aos doentes, sem ter como base o quesito renda como determinante para a condição da saúde da população.

“Até 1850, as atividades de saúde pública estavam limitadas a: i) delegação das atribuições sanitárias às juntas municipais e ii) controle de navios e saúde dos portos. [...] A junta não resolveu os problemas de saúde pública. Mas, embora não tenha destruído as epidemias, ela marca uma nova etapa na organização da higiene pública no Brasil. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS, 2011, pág. 11).”

Contudo, PAIM (2009) considera que a passagem do período colonial e imperial com a Proclamação da República marca a responsabilização das ações de saúde atribuída aos estados, apontando para o entendimento de saúde como questão social, não restrito ao indivíduo, ou seja, se tratava de uma demanda pública que, portanto, necessitava da não omissão do poder público quanto o seu dever de garantir saúde para todas as pessoas.

Apesar desse impulso, o autor relata a prevalência da concepção liberal de Estado na chamada República Velha (1889-1930), de que a saúde era de responsabilidade individual ou da iniciativa privada e que sua intervenção só era necessária em caso de incapacidade de esses resolver. Havia resistência por parte de alguns segmentos com a ideia de descentralização dos serviços de saúde, haja vista o interesse em manter o status quo do Estado enquanto oligarquia, o que significa manutenção do poder e controle sobre a população pobre e garantia dos privilégios da parte da população rica

Tratou-se de uma organização sanitária fragmentada dos setores que a compunha, condicionante de obstáculos para resolução dos problemas de saúde da população que crescia de forma exacerbada com o processo de urbanização e industrialização. O autor considera o período marcado pela separação entre as ações de saúde pública e a assistência médico-hospitalar, cujo foco assistencial pautou-se em ações como “saneamento dos portos, adoção de medidas sanitárias nas cidades, combate a vetores e a vacinação obrigatória” (pág. 29).

No entanto, tais ações tinham como propósito principal fortalecer os interesses do capital, cuja expansão necessitava da redefinição dos trabalhadores brasileiros como capital humano (CONASS, 2011; BERTOLLI FILHO, 2004, pág. 11).

“A Proclamação da República, em 1889, foi embalada na ideia de modernizar o Brasil. [...]essa ideia tinha por base o reconhecimento de que as funções produtivas são as fontes geradoras da riqueza das nações. Assim, a capacitação física e intelectual dos operários e dos camponeses seria o caminho indicado para alterar a história do país.”

Naquele contexto, a atenção à saúde ganha um significado interessante em atendimento às necessidades da lógica do capital, conforme reiterado abaixo:

“[...]A medicina assumiu o papel de guia do Estado para assuntos sanitários, comprometendo-se a garantir a melhoria da saúde individual e coletiva e, por extensão, a defesa do projeto de modernização do país.”
(CONASS, 2011; BERTOLLI FILHO, 2004, pág. 11).

É importante dizer que a intervenção do Estado para atendimento às demandas de saúde da época não foi voluntária e sim mediante o tensionamento da população operária urbana, indignada com a realidade de sobreviver às mazelas sociais, sobretudo, por

fazer parte do grupo predominantemente afetado com as epidemias que se alastraram. A população prejudicada era representada, em sua maioria por rurais, analfabetos e doentes, nas três primeiras décadas do século XX, e (CONASS, 2011, pág. 11).

Mediante esse contexto, registrou-se na Coleção Para Entender a Gestão do SUS (2011), que os estados foram compulsoriamente responsabilizados pelas ações de saúde, de saneamento e de educação, numa perspectiva de controle social e atendimento aos interesses do capital para não afetar o processo de mercantilização nos portos.

“A falta de um modelo de sanitarista para o país deixava as cidades brasileiras à mercê das epidemias. No início do século XX, a cidade do Rio de Janeiro apresentava um quadro sanitário caótico, caracterizado pela presença de diversas doenças graves que acometiam a população, como a varíola, a malária, a febre amarela e, posteriormente, a peste. Esse quadro acabou gerando sérias consequências, tanto para a 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 razão da situação sanitária existente na cidade. (CONASS, para entender a gestão do SUS, 2011, pág. 12).”

Ainda segundo a supracitada Coleção (2011), mediante esse contexto, os governos republicanos incorporaram os novos conhecimentos clínicos e epidemiológicos às práticas de proteção da saúde coletiva, apontando para uma iniciativa de movimento sanitarista. Foram elaborados planos de combate às enfermidades que afetava a vida produtiva da população.

Assim, o Estado seguia continuamente suas intervenções nas questões relacionadas à saúde individual e coletiva, expressando naquele momento uma “política de saúde”, obviamente tensionada pela população operária e representantes de alguns setores como estudantes e profissionais de saúde.

Naquele período da Primeira República emergiu no Brasil um movimento de Reforma Sanitária resultando na criação do Departamento Nacional de Saúde Pública - DNSP, em 1920 “e de uma estrutura permanente de serviços de saúde pública em áreas rurais”, porém com ações pontuais voltadas para doenças específicas, como a febre amarela, o amarelão, a tuberculose, a lepra e vacinação contra a varíola (PAIM, 2009, pág. 29).

No entanto, PAIM (2009, pág. 29) ressalta que a saúde era tratada como caso de polícia e não como questão social, cujo órgão responsável por cuidar da saúde pública estava vinculado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, conforme reiterado abaixo:

“A realização de campanhas lembrava uma operação militar, e muitas das ações realizadas inspiravam-se no que se denomina polícia sanitária.”

Percebe-se com isso que o acesso aos serviços de saúde não se dava de forma tranquila, como sendo um direito para todas as pessoas. Podemos inferir, inclusive, que se tratava de uma relação coercitiva, punitiva, moralista, quando o autor faz analogia à relação do acesso à saúde com práticas policiais. Nesse sentido, certamente a relação saúde-doença dificilmente se aproxima da recuperação dentro de um contexto de coerção.

Compreende-se, portanto, a existência do distanciamento da concepção de saúde numa perspectiva de proteção social, ou seja, as ações, cuidados e atenções para reduzir e prevenir as vulnerabilidades eram evidentemente parciais e/ou inexistentes, cujo público predominantemente prejudicado eram rurais, analfabetos, pobres e negros, conforme já citado anteriormente.

A história não nos permite esquecer que naquele período era latente o perfil vulnerável da população. Tratava-se de um público condicionado a viver sob o regime de mão-de-obra escrava, autoritário e desigual, portanto, estamos falando da população negra, rural e pobre.

Além das intervenções análogas às ações militares, o acesso à saúde naquele contexto era fortemente dependente da obrigatoriedade do pagamento da Previdência Social, período qual teve início esse sistema no Brasil, através das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS), após a aprovação da Lei Elói Chaves (1923). Isso expressou um seguro social meritocrático voltado, portanto, apenas para trabalhadores contribuintes, tendo também o poder aquisitivo como determinante para o acesso aos serviços de saúde (PAIM, 2009, pág. 43).

“Na segunda década do século XX, algumas iniciativas foram tomadas em relação aos serviços médicos de empresas. Havia fábricas em São Paulo que ofereciam serviços médicos aos trabalhadores, descontando para tal 2% dos salários.” (pág., 29)

Mediante esse contexto, ficava cada vez mais evidente a insatisfação da população predominantemente vulnerável, visto o desamparo social somado ao alastramento das doenças. A saúde pública era extremamente questionada, cujas críticas eram “dirigidas às campanhas sanitárias e as resistências da população às intervenções autoritárias, possibilitando o aparecimento de educação sanitária e de criação de centros de saúde” (PAIM, 2009, pág. 30).

Ainda segundo o autor supracitado, o Ministério da Saúde foi instituído em 1953, abrindo espaço para a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp) que logo depois transformou-se em Fundação (Fsesp), cuja metodologia de trabalho desintegrava os serviços de saúde:

“Assim, a organização dos serviços de saúde no Brasil antes do SUS vivia em mundos separados; de um lado, as ações voltadas para a prevenção, o ambiente e a coletividade, conhecidas como saúde pública, de outro, a saúde do trabalhador, inserida no Ministério do Trabalho; e, ainda, as ações curativas e individuais, integrando a medicina previdenciária e as modalidades de assistência médica liberal, filantrópica e, progressivamente, empresarial.” (PAIM, 2009, pág. 31).

O fragmento acima indicava que as medidas pontuais e separadas eram insuficientes para o enfrentamento dos problemas de saúde, haja vista a baixa eficácia e seletividade dos serviços. Apontando, portanto, para a necessidade gritante de uma reforma no setor, de modo a atender todas as demandas da população para além dos critérios de classe social, meritocracia e renda.

Para tanto, “derivada do preventivismo ao buscar a sua operacionalização, a Medicina Comunitária imprimiu certa racionalidade na organização dos serviços de saúde, enfatizando noções como regionalização, hierarquização, participação comunitária, multiprofissionalidade” (PAIM, 2008, pág. 168; DONNANGELO, 1976).

PAIM (2008), reconhece esse movimento preventivista como um dos principais fundamentos teóricos do movimento sanitário que originou o *projeto* (grifo do autor) da Reforma Sanitária.

O autor sistematizou algumas concepções sobre a RSB, baseado em pesquisa documental, na tentativa de conceituar esse constante movimento de luta por uma saúde pública ampliada.

É importante considerar o avanço da Legislação do SUS no tocante ao direito à saúde. Contudo, não significa que as possibilidades de acesso são iguais para toda a população. O processo de lutas no constante movimento da RSB demonstra que um dos maiores desafios do SUS, desde outrora aos dias atuais, é político (PAIM, 2011):

“porque garantir financiamento para um sistema, que tem que passar por um conjunto de negociações e de interesses no Congresso Nacional, no Executivo, no pacto de federação com estados, municípios, União, implica em uma decisão essencialmente política. É preciso redefinir as relações público-privadas. O SUS sustenta muitos dos serviços do setor privado, particularmente os planos de saúde. Os tratamentos mais caros vão para o SUS e não para os planos de saúde que são pagos.

E a lente aumenta no tocante os subsídios para o setor privado, prevalecendo como prioridade em relação aos interesses e necessidades do setor público:

“Ou ainda se formos considerar que no sistema de saúde, na sua relação público/privado, o estado brasileiro faz renúncia fiscal, ou seja, deixa de recolher impostos que as pessoas, as famílias ou as empresas deveriam fazê-lo. Com isso está dando subsídios ao setor privado para que ele venha crescer. Essa relação é eminentemente política e, portanto, vai precisar de um acúmulo de forças para modificar essa situação que não é favorável ao SUS. Se temos como perspectiva do SUS a proposta de avanço da universalidade para a equidade, e se queremos reduzir as desigualdades, precisamos modificar a distribuição de renda.” (PAIM, 2008)

O autor segue reiterando o interesse político como fator decisivo para qualidade e efetividade integral do serviço público de saúde:

“E se quisermos mudar o modelo de atenção para garantir a integralidade e não ser um sistema voltado exclusivamente para hospitais e tecnologias de alta densidade de capital, mas garantir direito à saúde pela integralidade da atenção, essa também é uma decisão política que vai envolver profissionais de saúde que foram formados com uma determinada lógica e que terão que redefinir as lógicas e racionalidades que orientam seus processos de trabalho.” (Entrevista de Jairnilson Paim concedida à Revista do Instituto Humanista Unisinos - IHU, 2011).

Compreende-se com isso que uma grande estrutura hospitalar, que faz uso dos avanços tecnológicos não é sinônimo de bom atendimento no sentido integral, equânime e universal, conforme preconiza os princípios do SUS. Não há garantia de direito à saúde

se não existir interesse político em efetivar tais princípios. E esse interesse também se expressa na abertura para formação e capacitação dos/das profissionais de saúde numa perspectiva de atender às especificidades individuais e coletivas da população.

Pensando na dimensão subjetiva como instrumento fundamental de uma boa condição de saúde mental das pessoas, esse interesse político trata-se também de reconhecer os impactos das várias formas de opressão sofridas simultaneamente por determinados segmentos sociais, numa perspectiva de reparação aos danos psicossociais causados quando não há tratamento digno, humanizado nas instituições de saúde por parte dos/das profissionais.

Obviamente, não limitamos esse processo exclusivamente ao modo como determinados grupos sociais são tratados nas instituições de saúde, porque entendemos que não basta ser tratado/a de forma gentil, cordial, educada e sim, se há concretamente equipamentos, instrumentos para atender as demandas de saúde das pessoas, se há uma rede integrada e articulada para prestação dos serviços de saúde.

Nesse sentido, o gerenciamento da política de saúde deve ultrapassar os limites das regras institucionais, de modo a atender as necessidades de saúde das pessoas, independentemente da raça/cor, identidade de gênero e orientação sexual, para citar alguns marcadores sociais que determinam a condição de vida e saúde da população.

Na perspectiva de compreender o Sistema Único de Saúde como um processo diário de lutas, reivindicações e conquista árdua para determinados grupos sociais importa resgatar o que a história mostra, sustentada por uma base conceitual e produção teórica ampla e crítica, no tocante à necessidade frequente de questionamento do paradigma biomédico, dominante nas políticas públicas e nas instituições sanitárias, cujas contribuições da RSB, com ênfase nos aspectos político-ideológicos, organizativos e técnico-operacionais no âmbito da saúde pública brasileira são de suma importância (PAIM, 1997).

A ideia e a proposta da Reforma Sanitária iniciaram-se após a 8ª Conferência Nacional de Saúde - CNS, oportunamente no processo de uma possível construção de um Estado

ampliado em que se buscava legitimação e consenso do Estado democrático de direito (Paim, 2008, pág. 154).

A CNS foi um marco no processo de discussão sobre a saúde pública no Brasil, iniciado nas pré-conferências estaduais e municipais, e expressou a materialização de textos, debates, mesas-redondas, trabalhos de grupos e seus relatórios (8ª CNS, Relatório Final, 1986, pág. 01), resultando no Relatório Final aprovado naquele grande evento político.

Naquela Conferência, interessava definir uma concepção ampliada de saúde para além da doença. Nesse sentido, era latente a ideia de que “saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”. Reitera que é a “resultante das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida” (8ª CNS, Relatório Final, 1986, pág. 04).

Nessa perspectiva, compreender saúde ultrapassa a doença em si, visto que precisa está articulada e integrada, considerando os determinantes sociais supracitados. Se estes não recebem a devida atenção, obviamente a condição de vida e saúde das pessoas sofrerá os impactos.

Segundo Paim (2008, pág. 155) citando Rodriguez Neto (1997), a RSB tomava do relatório da 8ª CNS um conjunto de questões consideradas “definidoras dos novos rumos da política nacional de saúde, devendo estar asseguradas constitucionalmente”, a saber:

- Conceito de saúde, referido não apenas à assistência médica, mas relacionado com todos os seus determinantes e condicionantes;
- Direito universal e igualitário à saúde; dever do Estado na promoção, proteção e recuperação da saúde; natureza pública das ações e serviços de saúde;
- Organização das ações do Estado em uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um Sistema Único de Saúde gratuito, descentralizado para Estados e Municípios, sob controle social;
- Subordinação do setor privado às normas do SUS, quando necessário, contratado sob as normas do direito público;

- Diretriz de estatização progressiva; desvinculação do Sistema de Previdência Social, com financiamento autônomo, preservada a gradualidade na substituição das fontes previdenciárias; estabelecimento de pisos de gastos.

Nesse sentido, pensar os novos rumos da saúde pública brasileira vincula-se às concepções de saúde ligadas a proposta da RSB, para compreender o processo de reconceitualização do fazer saúde para além da doença. Processo esse que busca influenciar a transformação das práticas de saúde, colocando no centro do debate as necessidades de saúde (Paim, 2008).

Na análise do autor, a compreensão de Rodriguez Neto sobre a RSB condicionou a discussão de cinco questões vinculadas ao Movimento Sanitário, na perspectiva de integrar um conjunto de mudanças sociais, a saber: a estrutura do SUS; o controle social; a produção industrial; a modernidade; ciência e tecnologia, devendo, portanto, ser compreendida enquanto objeto específico e responsável pelo conceito ampliado de saúde (Paim, 2008; Arouca, 1988, pág. 158).

Para o autor, o sentido das lutas sanitaristas não estava relacionado tão somente na implantação do SUS, e sim em um projeto social socialista, tornando-se um objeto de reflexão teórica despertando, no âmbito das ciências sociais, o interesse para investigação, numa perspectiva de prática teórica e prática política.

Do ponto de vista prático, viu-se a necessidade de uma revisão crítica de concepções de saúde, paradigmas e técnicas vinculadas à proposta da Reforma Sanitária, sendo elaboradas no âmbito acadêmico, na década de 1970, a partir dos departamentos de medicina preventiva e social e das escolas de saúde pública, cujas instituições envolvidas nesse processo inspirou-se na Medicina Social desenvolvida na Europa, em meados do século XIX.

Explicitava-se naquele período uma nova concepção de saúde, conforme citado pelo autor:

“Considera-se saúde e doença como um único processo que resulta da interação do homem consigo mesmo, com outros homens na sociedade e com elementos bióticos e abióticos do meio. Esta interação se desenvolve nos espaços sociais, psicológico e ecológico, e como processo tem dimensão histórica [...]. A saúde é entendida como o estado dinâmico de adaptação a

mais perfeita possível às condições de vida em dada comunidade humana, num certo momento da escala histórica.”

Nessa perspectiva, a concepção de doença ganha sentido amplo, para além da patologia em si:

“A doença é então, como manifestação de distúrbios de função e estrutura decorrentes da falência dos mecanismos de adaptação, que se traduz em respostas inadequadas aos estímulos e pressões aos quais os indivíduos e grupos humanos estão continuamente submetidos nos espaços social, psicológico e ecológico.” (Paim, 2008, pág. 164).

Citando Teixeira (1985), o autor afirma que a partir de então a produção teórica referente a Saúde Coletiva ficou centralizada nos seguintes conceitos: *determinação social das doenças e processo de trabalho em saúde* (grifos do autor). A perspectiva era de que a compreensão de saúde e doença, na proposta de coletividade não cabia apenas às dimensões biológicas e ecológicas, e sim, como fenômenos determinados social e historicamente, expressando assim, uma contestação crítica ao pensamento de saúde pública dominante.

A partir das contribuições de Rodriguez Neto (1997), Paim reitera:

“Se pelo lado da questão saúde a Medicina Social tinha introduzido novos conceitos e aberto outros campos de intervenção além do prevenir/diagnosticar/curar, quais sejam a determinação social do fenômeno saúde/doença e a organização das práticas, serviços e sistemas de atenção à saúde, pelo ângulo da política, a visão que predominava no movimento era predominantemente reformista, ainda que tendo no horizonte o socialismo” (pág. 165).

Paim (2008), considera que naquele momento, dentre os elementos importantes que acompanharam o processo reformista estavam os esforços teóricos-conceituais para superação de lacunas teóricas e ausência de práticas favoráveis ao processo da Reforma Sanitária, ou seja, à reconceitualização das necessidades de saúde, na perspectiva de envolver também as dimensões psicológicas e subjetivas existentes na relação saúde/doença.

A partir das críticas de Vaitsman (1992) quanto à noção economicista (Paim, 2008) de saúde naquele contexto, o autor reflete sobre essa concepção de saúde pensada como resultado das formas de organização da produção, visto que, para além disso, compreende outros fatores relevantes para a determinação das condições de vida e saúde

das pessoas, como gênero, cor, idade, e cabe acrescentar orientação sexual e identidade de gênero, dentre outros marcadores sociais.

Pensava-se, portanto, segundo o autor, em um conjunto mais amplo de necessidades humanas, expressos na subsistência, proteção, afeto, compreensão, participação, lazer, criação, identidade e liberdade (pág. 166).

“A existência de saúde, que é física e mental - está ligada a uma série de condições irreduzíveis umas às outras [...] é produzida dentro de sociedades que, além da produção, possuem formas de organização da vida cotidiana, da sociabilidade, da afetividade, da sensualidade, da subjetividade, da cultura e do lazer, das relações com o meio ambiente. [...] pensar a saúde hoje passa então por pensar o indivíduo em sua organização da vida cotidiana, tal como esta se expressa não só através do trabalho mas também do lazer - ou da sua ausência, por exemplo - do afeto, da sexualidade, das relações com o meio ambiente.” (PAIM, 2008; VAITSMAN, 1992. pág. 167).

Segundo Paim (2008), as concepções revisadas em seu trabalho possibilitaram uma sistematização do que chama de fenômeno histórico-social, ou seja, a Reforma Sanitária Brasileira: trata-se, conforme o autor, de uma ideia-proposta-projeto-movimento-processo.

Do ponto de vista da ideia, fala da possibilidade de identificar uma reforma sanitária, ainda que esse nome não tenha sido explícito, denominado, visto a proposição de uma prática teórica e de uma prática política de enfrentamento ao Dilema Preventivista (Paim, 2008; AROUCA, 2003, pág. 171). Considera a criação da Cebes (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde) em 1976 e o lançamento da Saúde em Debate (revista do Cebes) como elementos impulsionadores dessa ideia vinculada à concepção de direito à saúde.

A ideia tomou corpo de proposta a partir do documento “A questão democrática na área da saúde” e nos relatórios finais dos Simpósios de Política de Saúde da Câmara de Deputados, em especial, o primeiro⁴ (1979) e o quinto (1984). Tratava-se de um conjunto de proposições políticas e princípios articulados neste instrumento legal.

No tocante ao Projeto, segundo o autor, a Reforma Sanitária configurava-se como um conjunto de políticas articuladas ou “bandeira específica e parte de uma totalidade de

⁴ Disponível em <<http://cebes.org.br/2015/10/a-questao-democratica-na-area-da-saude/>>. Acesso em 20/10/2017.

mudanças” (Paim, 2008; AROUCA, 1988a), disponível sistematicamente no Relatório⁵ Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde - CNS, realizada em 1986.

Naquele projeto defendeu-se três grandes temas compatíveis com a complexidade da realidade da saúde pública brasileira, a saber: Saúde como direito; Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento do setor.

Segundo Paim (2008), o termo movimento tratava-se do conjunto de práticas ideológicas, políticas e culturais baseado na saúde como referência fundamental, que emergiu com o Cebes, perpassando pelas contribuições teóricas abordadas em seu artigo.

Por último, o autor reflete sobre a Reforma Sanitária enquanto processo:

[...] envolve um conjunto complexo de práticas (inclusive práticas de saúde) que integram a totalidade social, não se esgotando nas práticas teórica, política e ideológica. O conceito de totalidade abre espaço para a discussão da prática social numa tentativa de dar conta dessa realidade. As práticas de saúde têm, por conseguinte, uma natureza técnica, mas, ao mesmo tempo, são práticas sociais com dimensões econômicas, ideológicas, políticas culturais e simbólicas (PAIM, 2008; PAIM, 1997, pág. 172).

Embora tenha trabalhado os termos acima de forma didática, o autor compreende que a Reforma Sanitária Brasileira é constituída por uma proposta resultante de um longo movimento da sociedade civil, numa perspectiva democrática dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde. Sua transformação em projeto se deu por meio da 8ª CNS e desenvolveu-se como processo a partir de então. É, portanto, ao mesmo tempo *proposta, projeto, movimento, processo* (grifos do autor).

Para o autor, a Reforma Sanitária Brasileira configura-se como reforma social, projeto civilizatório articulado à radicalização da democracia, centrada nesses importantes elementos: democratização da saúde; democratização do Estado e democratização da sociedade.

Paim (2009), ao refletir sobre a organização sanitária brasileira em contextos sócio-político diverso, reitera a importância da avaliação, valorização e aperfeiçoamento do

⁵ Disponível na íntegra em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em 20/10/2017

Sistema Único de Saúde, visto representar uma conquista do povo brasileiro e está sob a ainda atual ameaça de retrocesso.

Segundo o autor, a RSB representa um instrumento de enfrentamento do decálogo de problemas e democratização da saúde no Brasil, sendo organizado para reestruturar seu sistema de serviços. O relatório final da CNS (1986), inspirou o capítulo “Saúde” na Carta Magna (1988), desdobrando-se em seguida nas leis orgânicas da saúde (8.080/90 e 8.142/90), que instrumentalizam a implantação do SUS.

O autor resgata que a década de 1920 foi marcada por uma proteção social incipiente, assistencialista e residual. Realidade qual ganhou notoriedade, sobretudo, a partir do histórico da organização sanitária, antecedente ao SUS. Posteriormente (1930), adotou-se o seguro social para os trabalhadores urbanos e, depois da Constituição de 1988, há a tentativa de implantar a Seguridade Social, instrumento qual concebe o SUS (PAIM, 2009, pág. 41).

Relata que se tratava de uma realidade de acesso à saúde vinculada ao trabalho, cujo público prioritário são trabalhadores/as formais, com carteira de trabalho assinada e devidamente contribuintes da previdência social, por meio dos serviços prestados pelo INAMPS (Instituto Nacional da Assistência da Previdência Social). Outra parcela da população, desempregada, por exemplo, não era assistida em termos de saúde.

O autor reflete que o Brasil adotou a saúde como direito tardiamente, visto que essa concepção já havia sido difundida a nível internacional desde a criação da Organização Mundial da Saúde - OMS em 1948, enquanto que no país, o reconhecimento da saúde como direito social ocorreu 40 anos depois.

Segundo o autor, a proposta do SUS está vinculada à ideia central de que todas as pessoas têm direito à saúde e, portanto,

“este direito está ligado à condição de cidadania. Não depende do “mérito” de pagar previdência social (seguro social meritocrático), nem de provar condição de pobreza (assistência do sistema de proteção), nem do poder aquisitivo (mercado capitalista), muito menos da caridade (filantropia). Com base na concepção de seguridade social, o SUS supõe uma sociedade solidária e democrática, movida por valores de igualdade e de equidade, sem discriminações ou privilégios” (PAIM, 2009, pág. 43).

E sendo a Saúde uma Política Pública, não diferente da realidade das políticas sociais brasileira, está diretamente relacionada às condições de vivenciadas no país em níveis econômico, político e social. Também é vista como mecanismo de manutenção da força de trabalho, em alguns momentos, em outros como conquistas dos trabalhadores, ou como doação das elites dominantes, e ainda como instrumento de garantia do aumento da riqueza ou dos direitos do cidadão (PIANA, 2009; FALEIROS, 1991, pág. 21).

Na contrapartida, Paim (2009) afirma que com a Constituição da República de 1988, a saúde passou a ser reconhecida como um direito social, ou seja, inerente à condição de cidadão, cabendo ao poder público a obrigação de garantir saúde como direito de todos e dever do Estado (Art 196).

O autor segue reiterando que essa é uma conquista política e social, atribuída a diversas lutas e esforços empreendidos pelo movimento da Reforma Sanitária, entre os períodos de 1976 e 1988, que viabilizou o reconhecimento da saúde como direito social, demarcando uma seção específica e cinco artigos destinados à saúde na Carta Magna (pág. 43).

Nesse contexto de avanços, ainda que lentamente, visto as ressalvas já trazidas pelo autor anteriormente, o SUS, ao menos no campo do ideal, segundo o autor, expressa a instrumentalidade da garantia do *acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação* (grifos do autor) da saúde.

O autor realça os termos acima, na perspectiva de compreendê-los como responsabilidades intransferíveis do sistema de saúde, sem perder de vista o impacto das políticas econômicas e sociais sobre as condições de saúde da população (PAIM, 2009, pág. 44).

Segundo Paim (2009), entende-se por *acesso universal* a possibilidade de todos os brasileiros poderem alcançar uma ação ou serviço de saúde de que necessitem sem qualquer barreira de acessibilidade, independentemente de raça, etnia ou opção sexual.

Na oportunidade, é importante esclarecer que o termo “opção sexual” não é mais utilizado quando se trata de atração afetivo-sexual por alguém, seja do mesmo sexo e/ou

por pessoa do sexo oposto. No texto “Orientação sexual e Homossexualidade”, escrito originalmente em inglês por S.J. Blommer , PFLAG/Denever e adaptado⁶ por Marcelo Cerqueira, atual Presidente do Grupo Gay da Bahia - GGB, a orientação sexual não é uma escolha. Afirma que para a maioria das pessoas, esta emerge no início da adolescência, antes mesmo de qualquer experiência sexual, baseado em alguns relatos de tentativa de mudar a orientação sexual de homossexual para heterossexual, sem êxito.

Por estas razões, Marcelo Cerqueira esclarece que os psicólogos não consideram que, para a maioria das pessoas a orientação sexual seja uma escolha consciente, que possa ser voluntariamente mudada.

Feito o devido esclarecimento, voltemos com as definições abordadas por Paim (2009) para entendimento da dimensão do SUS nas vidas das pessoas, como componentes de uma atenção integral à saúde e, portanto, de relevância pública.

No tocante ao *acesso igualitário*, o autor afirma que se trata de acesso igual para todos, sem qualquer discriminação ou preconceito. No entanto, faz a ressalva de que, em situações de grandes desigualdades, como no acesso aos serviços de saúde, atender igualmente os desiguais poderia resultar na manutenção das desigualdades, sobrepondo a noção de equidade, que admite a possibilidade de atender desigualmente os que são desiguais, priorizando os que mais necessitam para poder alcançar a igualdade (PAIM, 2009, pág. 45).

Nota-se então um dos grandes desafios na administração das políticas públicas, em geral e, em especial, de saúde, que é superar a lógica seletiva do acesso e utilização dos serviços, visto que todas as pessoas, independente da condição, precisam e devem ser atendidas integralmente.

Dessa forma, propor a construção da igualdade social no Brasil, visando à conquista da cidadania, exige a efetivação da promessa da universalização dos direitos sociais, políticos e civis, desafiando um discurso liberal que isenta o Estado das responsabilidades sociais e restringe as políticas sociais à classe social menos favorecida, ou seja, “os pobres mais pobres”, reduzindo-as a medidas compensatórias, paliativas e focalizadas. (PIANA, 2009 pág. 54).

⁶ Ver texto na íntegra em <<http://www.ggb.org.br/orienta-homosexual.html>>. Acesso em 26/10/2017

Segundo Paim (2009), *promover* saúde está relacionado ao fomento, cultivo, estímulo de medidas gerais e inespecíficas à saúde e a qualidade de vida das pessoas e do coletivo, na perspectiva de boas condições de vida, educação, atividade física, lazer, paz, alimentação, arte, cultura, diversão, entretenimento e ambiente saudável, para citar algumas (pág. 45). Defende que a promoção da saúde supõe atuar nos determinantes socioambientais, cultivando o bem-estar e a qualidade de vida.

No tocante a *proteção* à saúde, significa reduzir ou eliminar riscos por meio de ações específicas, com medidas baseadas em conhecimentos científicos que permitem identificar fatores de risco e de proteção.

Quanto ao princípio de *recuperação da saúde*, o autor afirma que requer diagnóstico precoce, tratamento oportuno e limitação da doença ou agravo, evitando complicações ou sequelas. Como exemplo de principais medidas de recuperação da saúde, traz a atenção à saúde na comunidade (in loco) e a assistência médica ambulatorial, hospitalar e domiciliar (pág. 46).

Isso tudo está previsto sob a ótica da legislação específica do SUS, na Lei 8.080/1990 e este é um instrumento de luta e importante orientador da aplicabilidade do que está previsto para a política de Saúde constitucionalmente.

Na construção da Coleção do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS (2011), o Sistema Único de Saúde é definido como o conjunto das ações e de serviços de saúde sob gestão pública. Está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo. O SUS não é, porém, uma estrutura que atua isolada na promoção dos direitos básicos de cidadania. Insere-se no contexto das políticas públicas de seguridade social, que abrangem, além da Saúde, a Previdência e a Assistência Social (pág. 24).

Segundo afirmação da Coleção, a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, institui o Sistema Único de Saúde, constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. A

iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde em caráter complementar, cujas ações e serviços privados são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal de 1988 (pág. 26).

Essa Lei determina a forma de organizar, direcionar e fazer a gestão do SUS, bem como define as competências e atribuições das esferas de governo municipal, estadual e nacional, define o funcionamento e participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde, por isso mesmo é reconhecida como Lei orgânica.

Mas essa instrumentalização se dá, sobretudo, com a participação da comunidade, dos movimentos/segmentos sociais comprometidos com a saúde para além da doença. E para regulamentar tal participação, foi criada a Lei N. 8142/1990, que dispõe da participação popular na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, entre outras providências.

Podemos entender que como materialização desta Lei, pensando no contexto de lutas da população LGBT por ampliação dos direitos sociais, incluindo a saúde, dentre os sujeitos envolvidos nesse processo, desde o final da década de 1970, estava o GRUPO SOMOS reconhecidos como precursor da luta homossexual, pautando a homossexualidade como tema político (Política Nacional de Saúde Integral de LGBT, 2013, pág. 09).

No início dos anos 1980, com o surgimento da epidemia HIV/AIDS, era notório o movimento constituído majoritariamente por homens gays, haja vista a doença relacionada a este segmento. Naquele período, a questão ganhou visibilidade na agenda pública, sendo as mobilizações da população homossexual masculina apoiada pelo governo brasileiro, na perspectiva de prevenção.

Segundo a Política Nacional de Saúde LGBT, foi uma mobilização oportuna para ampliar o olhar do poder público para as demandas de outras identidades sexuais e de gênero, em particular as lésbicas e travestis. “As demandas desses grupos ampliaram a discussão e, conseqüentemente, redirecionaram as estratégias da prevenção e do cuidado das pessoas em relação ao HIV/AIDS” (pág. 09) .

Nessa política registra-se que na mesma época a causa das transexuais foi incluída na agenda do movimento da Associação das Travestis e Liberados do RJ (Astral). No entanto, “as discussões sobre as questões específicas envolvendo a homossexualidade feminina, ainda que surgidas na década de 1980, no contexto do Grupo Somos, não tiveram potência para modificar as relações de poder no interior do movimento” (pág. 10).

O contexto demonstra a manutenção da invisibilidade política das identidades sexuais femininas, dificultando as ações de prevenção para esses segmentos, o que proporcionou pautar temas como machismo, misoginia e a própria invisibilidade feminina, a partir dos movimentos de lésbicas e bissexuais, qualificando as discussões e evidenciando as lutas por demandas específicas desses grupos (pág. 10).

Tais mobilizações envolvendo reivindicações nas áreas dos direitos civis, humanos, sociais, econômicos e políticos, resultou na construção da Política Nacional da Saúde Integral LGBT (2013), representando mais um passo na mudança de posição histórica brasileira e uma iniciativa para a construção de mais equidade no SUS.

A Política tem como marca o reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão no processo saúde-doença da população LGBT. Suas diretrizes e seus objetivos estão, portanto, voltados para mudanças na determinação social da saúde, com vistas à redução das desigualdades relacionadas à saúde destes grupos sociais. (Política Nacional de Saúde LGBT, 2013, pág. 08).

Essa Política reitera a relevância da participação da comunidade na construção do SUS, como importante impulsionadora da efetiva promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, conforme preconizado pelos princípios da universalidade e integralidade desse sistema de saúde.

-

Para tanto, “a Política LGBT articula um conjunto de ações e programas, que constituem medidas concretas a serem implementadas, em todas as esferas de gestão do SUS, particularmente nas secretarias estaduais e municipais de saúde”, cujo processo “deve ser acompanhado pelos respectivos conselhos de saúde e apoiado, de forma permanente, pela sociedade civil (pág. 08).

A participação da sociedade civil tem, portanto, o poder legítimo de impulsionar mudanças importantes no cenário e imaginário social quanto aos segmentos historicamente discriminados, resultando em efeitos significativos no âmbito privado e coletivo desses grupos.

Em 2004, por exemplo, a mobilização social organizada tenciona o governo a instituir o Programa Brasil sem Homofobia, de combate à violência e discriminação contra GLTB⁷ e de promoção da cidadania homossexual, elaborado pela Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH) da Presidência da República. Naquele mesmo período, criou-se o Comitê Técnico de Saúde da População GLTB, na perspectiva de construir uma política específica para o SUS.

A participação do segmento LGBT segue ampliando a ocupação nos espaços de decisão. Em 2006 conquista a representação no Conselho Nacional de Saúde (CNS), permitindo promover os debates de forma estratégica e permanente no tocante a orientação sexual e a identidade de gênero e as implicações na saúde.

No período de 5 a 8 de junho de 2008, em Brasília, um marco histórico na luta pela cidadania e pelos direitos humanos da população LGBT é demarcado com a Conferência Nacional de Lésbicas, Gays, Travestis e Transexuais, com o tema “Direitos Humanos e políticas públicas: o caminho para garantir a cidadania de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais”, sendo esta fortalecedora do Programa Brasil sem Homofobia (Anais da Conferência Nacional LGBT, Vannuchi, 2008, pág. 05).

Na apresentação do Relatório dessa Conferência Paulo de Tarso Vannuchi, então Ministro da Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República (SEDH PR), considerou que o conteúdo discutido naquele espaço foi reflexo do esforço do Governo e da Sociedade Civil na busca por políticas públicas capazes de responder às necessidades, potencialidades e direitos da população envolvida. Segundo ele, tratou-se do crescimento e amadurecimento do país no tocante a democracia participativa, visto não temer mediante os grandes obstáculos ainda presentes para garantia de avanços definitivos na área dos Direitos Humanos.

⁷ Segundo consta na Política Nacional de Saúde LGBT que essa sigla corresponde à designação encontrada na redação dos documentos oficiais à época.

Para Vannuchi (2008, pág. 06), a implementação de políticas públicas com maior equidade e mais condizente com o imperativo de eliminar discriminações, combater preconceitos e edificar uma cultura de paz depende da garantia do amplo acesso aos direitos civis da população LGBT, promoção da conscientização dos gestores públicos e fortalecimento dos exercícios do controle social.

No entanto, a fala do então Ministro pareceu um tanto ingênua ou com um toque de esperança por dias melhores para os segmentos LGBT, mediante a avaliação de Julian Rodrigues, um dos expositores, que discutiu sobre contextualização e perspectiva do Poder Legislativo frente as demandas específicas da população LGBT.

Na sua análise, o Brasil daquela época estava enfraquecido sobre a questão dos direitos civis da população LGBT, visto que, do ponto de vista da legislação, o país estava muito aquém de se consolidar. Segue um trecho da sua análise:

Toda a política de Direitos Humanos e toda a política de mulheres, igualdade racial e outros setores tenta se balizar numa legislação internacional, desde a Carta da ONU de Direitos Humanos, Convenção da OEA, no caso de LGBT's, nós não temos ainda uma legislação consolidada, em nível internacional, específica para a orientação sexual e identidade de gênero. (Anais da Conferência Nacional LGBT, 2008, pág. 69).

E continua demarcando sua crítica nesse aspecto:

[...]nós avançamos com a abolição da escravatura, com as leis de combate ao racismo, com as políticas afirmativas, avançamos na questão indígena, na questão das mulheres, da criança e do adolescente, das pessoas com deficiência, acabamos de ratificar o Estatuto da ONU das pessoas com deficiência e não conseguimos discutir uma legislação para os LGBT's. (pág. 69)

Julian (2008, pág. 69), reconhece que a Constituição de 1988 foi um marco no tocante o capítulo dos direitos e garantias individuais, dos princípios fundamentais da igualdade, da dignidade da pessoa, da liberdade de expressão, do Estado Laico. No entanto, compreende criticamente que a ausência da inclusão da questão da orientação sexual implica no acesso a tais direitos fundamentais da população LGBT.

O autor reitera sua crítica ao considerar um paradoxo a incorporação do termo orientação sexual na criação de leis orgânicas municipais bem como a proibição da discriminação de gênero, uma vez que elas não são de caráter penal, mas de caráter civil, ou seja, o ato de discriminar a pessoa em função da orientação sexual e identidade de gênero limita-se a processos administrativos, com aplicação de multas, advertências, cassação de alvará, e não se configura como crime.

Percebe-se um retrocesso na compreensão das diversas formas de ser e está no mundo quando o assunto é diversidade de gêneros nos âmbitos da justiça, da agenda pública e de tantas outras instâncias importantes para as vidas da população LGBT. Na época referida o autor ressalta pendências relevantes em termos de efetivação de projetos a nível nacional voltados para esses segmentos, a exemplo da criminalização da homofobia - que no ano corrente ainda é pauta não vencida -, a união civil e a mudança do prenome das pessoas transexuais e travestis.

Esses permanecem, portanto, como ainda eixos da Agenda Legislativa não resolvidos em sua plenitude. Enquanto isso, a população LGBT continua vulnerável a sofrer discriminações e vitimadas por crimes absurdos em função, dentre outras questões, do desinteresse do poder público em resolver tais demandas. Julian reitera os seguintes desafios:

O poder que atravança os nossos direitos, infelizmente pe o Legislativo; o Judiciário, mesmo com todo seu conservadorismo, todo o dia, ele pipoca uma decisão de primeira instância, numa decisão até de segunda instância favorável; o Executivo [...]é complicado, os projetos não andam porque a reação fundamentalista é muito forte (Anais, 1ª Conferência Nacional LGBT, 2008, pág. 72).

Há uma questão de governabilidade envolvida, de interesse político, de imposição moralista, de dominação heteronormativa, distanciamento do Estado laico em um país que se diz democrático. E tudo isso aliado ao ódio mediante a diversidade sexual e de gêneros obstaculizam a efetivação dos direitos da população LGBT.

Julian Rodrigues sugere como alternativas para avançar, a escolha por candidatos que se comprometem com os direitos da população LGBT e exercício do controle social. Ainda naquela 1ª Conferência a Sra. Fernanda Benvenutty reforça que não há aprovação de projetos se não houver forte mobilização e vontade política. Por isso mesmo reitera

que a escolha por candidatos políticos sensíveis às questões da população é uma estratégia importante e deve ser levada em consideração.

Sem querer aqui entrar no mérito da política partidária, nota-se a relevância dessa representatividade para a população LGBT, visto ser o espaço privilegiado de decisões importantes para as pautas do público em questão. Benvenutty (2008, pág. 75) reafirma que:

“Essas questões, elas perpassam pelo empoderamento do sujeito político que nós somos; [...]e sujeitos políticos que precisam avançar e que nós precisamos fortalecer esses agentes políticos, que são nossos aliados, mas nós precisamos começar a olhar para o nosso próprio umbigo e começar a eleger candidatos e candidatas também militantes, também que dão a cara para bater, em todo o país, porque se a gente não começa, onde que a gente vai chegar?”

Nota-se que Benvenutty propõe a luta por acesso a direitos de forma individual, na condição de sujeito político que não pode se conformar mediante tantas desigualdades em termos de condições de acesso e utilização dos serviços; para além da inquietação individual, a mesma considera que esse sujeito deve ter um direcionamento político coerente com as principais pautas reivindicadas pela população LGBT, ou seja, escolher candidatos/as cuja militância esteja voltada para os seguintes eixos: criminalização da homofobia, a oficialização da união estável e a mudança do prenome das pessoas travestis e transexuais.

Julian Rodrigues reitera que tais eixos de discussão não dependem de projetos para efetivação, haja vista a vasta produção nesse aspecto. Provoca que o que falta mesmo é força política e capacidade de articulação e compromisso do Congresso para pautar as demandas da população LGBT (pág. 71).

Nesse contexto, compreende-se as lutas de forma interligada, conectadas, que condicionam pensar a política de saúde em consonância com diversos outros setores e políticas importantes para a concretização da integralidade do acesso e utilização dos serviços públicos.

A implantação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT é um marco nesse contexto, visto demarcar a necessidade de reconhecimento da complexidade das

demandas de saúde dessa população, exigindo uma articulação intensa e estratégica do movimento social no intuito de viabilizar o seu caráter transversal (Política Nacional LGBT, pág. 06, 2013).

“A Política LGBT tem como marca o reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão no processo saúde-doença da população LGBT. Suas diretrizes e seus objetivos estão, portanto, voltados para mudanças na determinação social da saúde, com vistas à redução das desigualdades relacionadas à saúde desses grupos sociais.” (Política Nacional de saúde LGBT, pág. 08)

Trata-se de uma Política instituída a partir de reivindicações da sociedade civil que demarcou a importância de implantar o Brasil sem homofobia, um Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLBT (2004), que tencionou os diversos “setores do governo, de modo a assegurar políticas, programas e ações contra a discriminação e que, sobretudo, promovam equidade de acesso a ações qualificadas aos serviços públicos” (pág. 11).

A articulação política e estratégica do movimento social LGBT tencionou a Agenda Pública para inserir suas pautados. Para instituição da Política de Saúde espaços de decisão foram criados e ocupados, na perspectiva de agregar conquistas diretamente relacionadas às vidas dessa população. Dentre eles, estão os seguintes registrados no citado documento:

- A constituição do Comitê Técnico de Saúde da População, no âmbito do Ministério Público em 2004;
- A representação do segmento LGBT no Conselho Nacional de Saúde - CNS, em 2006;
- A inclusão dos termos orientação sexual e identidade de gênero na análise da determinação social da saúde a partir da 13ª Conferência Nacional de Saúde LGBT, em 2007, que dentre as recomendações dessa conferência, em se tratando de questões específicas do segmento transexual, pautava-se o aprimoramento do Processo Transexualizador;

- Em 2008, foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, através da Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República;
- Finalmente a aprovação da Política pelo CNS em 2009.

A Política está fundamentada nos princípios garantidos na Constituição Federal de 1988, que assegura a cidadania e dignidade da pessoa humana (BRASIL, 1988, art. 1.º, inc. II e III), reiterados no objetivo fundamental da República Federativa do Brasil de “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação (BRASIL, 1988, art. 3.º, inc. IV)” (Política Nacional LGBT, 2013, pág. 17).

Para tanto, no intuito de atender especificamente os processos de adoecimento, do sofrimento e da morte, criou-se o SUS, cujos princípios constitucionais garantem: a) a universalidade do acesso, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios; b) a integralidade da atenção; c) a participação da comunidade institucionalizada por meio da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (pág. 17).

Nesse sentido, a Política propõe a eliminação da discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuir para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS.

Instituída por meio da Portaria nº 2.836 de 1º de dezembro de 2011, no tocante às especificidades do segmento transexual no contexto da Política LGBT, o que fica evidente como conquista parcial marcante é “a implantação do Processo Transexualizador no SUS, que regulamenta os procedimentos para readequação cirúrgica genital. É uma conquista parcial haja vista o desafio considerado pela própria Política que é a garantia do acesso a todas as pessoas que necessitam dessa forma de cuidado” (pág. 15).

E, em se tratando de mulheres transexuais, o uso indiscriminado e sem orientação de hormônios femininos além do desrespeito ao uso do nome social são outros graves problemas recorrentes que reiteram essa parcialidade da conquista. Para atendimento de

tais demandas, dentre os objetivos específicos da Política voltados para esse segmento, encontram-se:

[...]VI - Garantir acesso ao processo transexualizador na rede SUS, nos moldes da regulamentados; VII - promover iniciativas voltadas à redução de riscos e oferecer atenção aos problemas decorrentes do uso prolongado de hormônios femininos e masculinos, para travestis e transexuais (pág. 21).

No tocante às diretrizes, a Política assegura para trans e travestis especificamente: V) implementação das ações, serviços e procedimentos no SUS, com vistas ao alívio do sofrimento, dor e adoecimento relacionados aos aspectos de inadequação de identidade, corporal e psíquica (pág. 22)

A Política revela, portanto, a necessidade de concretização do direito à saúde de forma digna, equânime, mas, sobretudo, a importância do olhar ampliado quanto às demandas específicas da população transexual, haja vista sua complexidade e singularidades.

É um instrumento revelador do histórico processo de exclusão, tratamento desumano e não efetivação da saúde integral no tocante os direitos das pessoas trans. Existe numa perspectiva de amenizar os dissabores de se entender transexual, em particular, bem como de toda a orientação sexual e identidade de gênero que se distancia do binarismo homem/mulher.

Então, ao mesmo tempo que a Política é um instrumento constituidor de direitos, porque institucionaliza o acesso e utilização dos serviços de saúde pública, funciona também como uma denúncia da longuíssima manutenção de privilégios de grupos dominantes, geralmente homens, brancos e bem-sucedidos, características distintas do público em questão.

É, por isso mesmo, a expressão do grito dos excluídos/as ao longo da história, que tem como determinantes para essas condições a questão da raça/cor, a orientação sexual, as identidades de gêneros diversas, a classe social, dentre outros marcadores sociais influenciadores nesse processo de desigualdades e violações de direitos.

Nesse contexto, ainda com base nessa Política, compreende-se que o processo de transexualização no contexto do SUS ultrapassa os limites da redesignação sexual,

embora seja uma das possibilidades de efetivação do modo de viver, de ser e está no mundo, que não se restringe à mudança de sexo, ou seja, isso apenas não define as dores e sabores de se entender uma pessoa transexual.

Contudo, é importante reconhecer nesse contexto que a implantação dos ambulatórios de transexualização no país expressa um espaço relevante de respeito a alternativa da pessoa transexual em realizar ou não a mudança do sexo biológico, visto que cabe exclusivamente a ela o direito dessa decisão.

Nessa perspectiva, a seguir trataremos um pouco do processo de implantação dos ambulatórios de transexualização no Brasil e interessa refletir sobre os limites e possibilidades de acesso e uso dos serviços por parte do público que necessita nesse espaço, no âmbito do SUS, mas sem perder de vista que a realização da vida de uma pessoa transexual não se finaliza nesta pauta.

2.2 O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DOS AMBULATÓRIOS DE TRANSEXUALIZAÇÃO NO BRASIL E AS POSSIBILIDADES DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O que vamos discorrer neste capítulo são algumas reflexões sobre o processo de implantação dos ambulatórios de transexualização no Brasil, considerando suas implicações políticas e ideológicas. Cabe aqui abordar questões que no olhar limitado dos desavisados/as parecem ser irrelevantes ou até desnecessárias, mas não se engane, porque implantar e implementar qualquer ação voltada para esse e diversos outros grupos historicamente discriminados, requer sensibilidade, não do ponto de vista da condescendência e muita vontade política - nem sempre disponível na história da nossa pátria nada gentil nesse aspecto.

Nesse sentido, cabe questionar o que seria de uma pessoa transexual se não fosse os ambulatórios de transexualização? Será que elas vivem bem sem realizar a redesignação sexual? Conseguem continuar suas vidas tendo uma genitália que não está em consonância com a sua aparência e com seu comportamento psicossocial? Até que

ponto a mudança de sexo é relevante para uma pessoa transexual? Ou ainda, são todas as pessoas trans que acessam o atendimento e serviços nesse espaço?

Essas indagações são compreendidas como abertura para diversas reflexões quanto ao sentido do processo de transexualização para as pessoas trans, principalmente quando se trata da mudança de sexo. Ao mesmo tempo que pressupõe a ideia de realização plena, é um convite para refletir se de fato a cirurgia em si é um desejo universal para esse público. Na tentativa de contribuir para uma visão mais ampla desse aspecto, traremos algumas reflexões apresentadas por PRADO&TENÓRIO (2016:42), que já ponderam o seguinte:

“[...]nem todas as pessoas trans que desejam se submeter a intervenções corporais alegam ter algum sofrimento significativo associado isoladamente ao seu próprio corpo biológico; terem total e/ou parcialmente algum tipo de repulsa e/ou indiferença ao seu corpo sexuado; muito menos terem incapacidade de expressarem sua masculinidade/feminilidade social ou sexualmente.”

No entanto, segundo estes autores, há ainda a realização dessas intervenções dentro da informalidade, quando não da forma clandestina de alto risco e múltiplas vulnerabilidades (PRADO&TENÓRIO:2016; TEIXEIRA, 2009; SANTOS, 2014: 42).

Citando Canguilhem (2009 [1966]), esses autores consideram que “o que pode ser saudável para um indivíduo pode não ser para outro e vice-versa, tornando-se inadequado tomar uma norma coletiva como parâmetro para considerar patológica a experiência de um indivíduo” (pág. 42).

Estes autores argumentam que essa questão está ligada à construção de certos conhecimentos no âmbito da Medicina e da Psicologia que se distanciam da realidade das experiências das vidas de trans e, ao mesmo tempo à redução de determinados estereótipos falaciosos quanto ao diagnóstico desse público.

Levando em consideração essa realidade é que entendemos a implantação dos ambulatórios de transexualização relevante, haja vista amenizar os índices de automutilação do corpo - quando o acesso aos serviços é possível -, já que é preciso colocar que a forte violência sofrida nas instituições de saúde funciona como obstáculos na busca do atendimento formal.

Obviamente, reiteramos que o entendimento sobre processo de transexualização ultrapassa os limites da redesignação sexual, ou seja, da intervenção cirúrgica para mudança de sexo. No entanto, essa é uma demanda real, embora não seja unânime no contexto complexo do universo transexual.

Por isso mesmo importa refletir que os Determinantes Sociais em Saúde - DSS são compreendidos como relevantes no processo de construção e reconstrução das identidades de gênero, visto interferir diretamente nas dimensões objetivas e subjetivas de sujeitos/as sociais que assumem contrapor a compreensão binária do que é ser homem e do que é ser mulher no contexto de uma sociedade pautada no patriarcado, sexismo, racismo e LGBTfobia.

Nesse sentido, faremos uma breve reflexão, a partir do levantamento bibliográfico, sobre o processo transexualizador no Brasil, cujo destaque está para a redesignação sexual, mas sem perder de vista a ótica do social, considerando os impactos de ser entender uma pessoa transexual quando da necessidade de busca e acesso aos serviços de saúde, no âmbito do SUS.

Nessa perspectiva, do ponto de vista social, processo transexualizador é aqui entendido como tudo que perpassa a vida de uma pessoa transexual, desde a sua compreensão de estar biologicamente em um corpo que não lhe pertence, haja vista a não consonância com o seu comportamento psicológico e social até às implicações para a sua vida mediante a forma diversa de expressar a identidade de gênero e orientação sexual.

Essa transexualização perpassa, portanto, por questões que acometem as vidas da população transexual em função da transfobia institucional e interpessoal, ou seja, através das diversas formas de opressão e discriminação sofridas, quando na busca por acesso e utilização dos serviços, públicos ou privados, quanto nas suas relações diárias, seja no âmbito familiar e fora dele. O termo transfobia é aqui adotado, considerando as violências direcionadas para as pessoas transexuais, embora alguns documentos e textos façam uso do termo homofobia, ampliando para todos os segmentos LGBT.

Segundo o Relatório de violência homofóbica no Brasil 2013 (2016, pág. 5), “o termo homofobia é constantemente problematizado em decorrência de sua possível homogeneização sobre a diversidade de sujeitos que pretende abarcar, ocultando violências e discriminações cometidas contra pessoas lésbicas e pessoas trans (travestis, mulheres e homens transexuais). Nesse sentido, optamos por denominá-las especificamente como lesbofobia (sobre as quais recaem também o machismo e sexismo) e transfobia (sobre as quais recai o preconceito relativo à falta de entendimento da realidade de assumir o gênero e/ou sexo oposto ao biológico do indivíduo)”.

A relevância de fazer essa demarcação é extremamente indispensável, haja vista a visibilidade das demandas específicas de cada segmento LGBT, ainda que tenham como forte semelhança a realidade cruel de estarem em vulnerabilidade de riscos constantemente.

No tocante à homofobia institucional, nesse Relatório compreende-se como formas pelas quais as instituições discriminam pessoas em função de sua orientação sexual e identidade de gênero presumida e os crimes de ódio de caráter homofóbico, ou seja, violências tipificadas pelo Código Penal, cometidas em função dessas categorias presumidas da vítima (Relatório de violência homofóbica no Brasil, 2016, pág. 6).

Em relação à população transexual o crime de transfobia institucional e interpessoal é potencializado exatamente durante o processo de transexualização, dada as formas de expressão do corpo e de mentalidade totalmente adverso ao padrão heteronormativo que tem como base forte, dentre outras questões, o olhar e ações moralistas, julgador do que pertence ou não aos bons costumes, ou seja, está diuturnamente em situação de risco.

Nesse cenário de discriminação constante, a pessoa transexual se vê ameaçada a todo momento, uma vez que seu direito de viver da forma como deseja é violado, é posto em cheque e considerado uma aberração, um crime, um pecado, tudo de ruim se for avesso ao binarismo imposto no imaginário social sexista, patriarcal, racista, LGBTfóbico do que é ser homem e mulher e que há muito tempo ainda é reiterado por profissionais da saúde brasileira quando da necessidade dessa população em buscar a

readequação sexual e/ou qualquer outro tipo de atendimento, em particular, no âmbito do SUS.

Sobre esse binarismo, Viviane Vergueiro (2016) entende como exemplo de uma estrutura de “in+compreensões”⁸ sobre corpos e identidades de gênero humanas. Para ela, “quando se considera que a leitura sobre os corpos seja capaz de, objetivamente, determinar gêneros, ela também é atravessada pela ideia de que estes corpos, se “normais”, terão estes gêneros definidos a partir de duas, e somente duas, alternativas: macho/homem e fêmea/mulher” (pág. 64).

A autora entende que essas in+compreensões (ainda mantendo o termo utilizado por ela) sobre “as diversidades corporais e de identidade de gênero opera a partir de processos de naturalização de diferenças que encobre relações de poder que as organizam” (pág. 64).

“O gênero não somente designa as pessoas”, mas também “constitui um episteme conceitual mediante a qual o gênero binário é universalizado.” [...] Esta universalização binarista é diretamente associada a uma perspectiva decolonial que a compreende enquanto parte de projetos de extermínio das diversas perspectivas socioculturais de gênero que existem e existiram em sociedades colonizadas, “ininteligíveis” a olhares europeus cristãos, e onde outras perspectivas sobre corporalidades e gêneros podem e poderiam ter existido. (VERGUEIRO;2016; BUTLER, 2003, pág. 65).

Vergueiro (2016, pág. 65) esclarece que “ser tida como alguém ininteligível constitui-se no fundamento para violências contra as diversidades corporais que não se ajustam a estes sistemas⁹, assim como em um dispositivo desenhado “para manter divisões de gênero”, cisnormalizando aquelas que são indisciplinadas a ponto de borrar as fronteiras”.

Essa concepção do gênero binário foi - e ainda é - potencializada nas instituições de saúde do Brasil, e apesar dos tímidos avanços apresentados no capítulo anterior, está muito aquém de ser resolvido, fator de forte influência no processo de implantação e implementação dos ambulatórios de transexualização no país.

⁸ termo utilizado pela autora para se referir á concepção binária do que é ser homem e mulher na sociedade patriarcal, heteronormativa.

⁹ termo usado pela autora para se referir ao que ela chama de cisnormatividade, ou seja, as identidades de gênero naturalizadas (binômio homem/mulher).

Em 1997, o Conselho Federal de Medicina - CFM, por meio da Resolução nº 1.482, autorizou a cirurgia de transgenitalização¹⁰ em pacientes transexuais no país. Contudo, partia do princípio de que se trata de dar atenção à saúde da pessoa portadora de desvio psicológico permanente de identidade sexual, visto a rejeição ao fenótipo e tendência a automutilação ou autoextermínio (Arán; Murta e Lionço 2009).

No Brasil, a intervenção cirúrgica passa a ser legítima sob a condição de avaliação multidisciplinar e acompanhamento psiquiátrico por no mínimo dois anos que, baseada na norma do CFM, segundo a avaliação dos autores supracitados, pressupõe a transexualidade como doença, dada a não conformidade entre sexo biológico e gênero, sendo o transtorno de identidade de gênero - TIG condição de acesso à assistência médica e jurídica para transexuais (pág. 1142).

Para Arán; Murta e Lionço (2009), ao mesmo tempo que há o exercício da cidadania por meio da institucionalização da prática assistencial para as pessoas transexuais, o vetor de patologização e de estigma sobrepõem as questões históricas, políticas e subjetivas dessa psiquiatrização (pág. 1142).

O conflito entre saúde pública e medicina e entre os enfoques biológico e social do processo saúde-doença estiveram no centro do debate sobre a configuração desse novo campo de conhecimento, de prática e de educação (BUSS; FILHO, 2007, pág. 79).

Ainda segundo os autores acima citados, apesar da preponderância do enfoque médico biológico na conformação inicial da saúde pública como campo científico, em detrimento dos enfoques sociopolíticos e ambientais, observa-se, ao longo do século XX, uma permanente tensão entre essas diversas abordagens (pág. 80).

Para Berenice Bento e Larissa Pelúcio (2012), nos três documentos de referência quanto ao processo de transgenitalização construídos emblematicamente ao longo da história, a saber: DSM-IV, CID-10 e SOC, as pessoas transexuais são construídas como portadoras de um conjunto de indicadores comuns que as posicionam como

¹⁰ Os termos readequação sexual, transgenitalização ou redesignação sexual não altera o significado final, pois todos significa o processo cirúrgico para mudança de sexo (homem para mulher e de mulher para homem no sentido biológico).

transtornadas, independentemente das variáveis históricas, culturais, sociais e econômicas (pág. 572) .

Ambas diferem tais documentos da seguinte forma:

“Para o SOC, “o transexual de verdade ” tem como única alternativa para resolver seus “transtornos” ou “disforias”, as cirurgias de transgenitalização. Já no DSM-IV a questão da cirurgia é apenas tangenciada, sua preocupação principal está em apontar as manifestações do “transtorno” na infância, na adolescência e na fase adulta. Nesse documento não há diferenciação entre sexo, sexualidade e gênero. [...]O CID-10, por sua vez, não é manual de orientação ou de indicadores diagnósticos, é, antes, uma convenção médica que estabelece as características das doenças e seus respectivos códigos utilizados e aceitos internacionalmente por médicos/as e outros/as operadores/as da saúde.” (pág. 572)

Nota-se com isso a evidente patologização direcionada às diversas formas de expressar a identidade de gênero, uma vez que há uma tentativa de diagnóstico clínico desse comportamento psíquico e social que ultrapassa os limites da concepção binária homem/mulher, ou seja, um comportamento que não se adequa ao conceito de nenhuma patologia. PRADO&TENÓRIO (2016), reiteram que:

“O processo histórico da patologização das transidentidades gera prejuízos de várias ordens às pessoas trans, negando a dignidade, a relativa autodeterminação e possível autonomia sobre seus corpos, pois entende a expressão das vidas das pessoas trans como um conjunto de comportamentos psicopatológicos, reduzindo-os a estereótipos e descrições prescritivas homogeneizantes.” (pág. 43).

A despeito dessa psiquiatrização da transexualidade no século XIX, ARAÁN&MURTA&LIONÇO (2009), reiteram que se trata de “uma concepção normativa dos sistemas de sexo-gênero, fundamentados numa matriz binária heterossexual que se converte em sistema regulador da sexualidade e da subjetividade.

Continua a crítica, refletindo que por contrariar a coerência essencial entre sexo biológico e gênero, não se encaixando em nenhum dos modelos propostos de identidade sexual em conformidade com as práticas discursivas do século XIX, restou exclusivamente à transexualidade de ocupar o espaço que foi aberto pela psiquiatrização da homossexualidade: o de uma patologia da identidade sexual” (pág. 1142).

O marco histórico nesse contexto de redesignação sexual, só para constar, trazido pelas autoras supracitadas foi a primeira intervenção terapêutica tornada pública, vivenciada pelo ex-soldado do exército americano George Jogensen, em 1992, na Dinamarca, o que, segundo as autoras, influenciou as novas teorias médicas e sociológicas de pesquisadores da época para uma nova definição do conceito de transexualismo e para a defesa do tratamento de transexuais via intervenções corporais (pág. 1143).

Segundo essas autoras, no Brasil a assistência a transexuais no âmbito da rede pública de saúde tiveram início em 1979 por meio do Conselho Federal de Medicina - CFM, quando foi consultado pela primeira vez sobre a inclusão de próteses mamárias em pacientes do sexo masculino, sob o Protocolo nº 1529/79 CFM.

Retomam que essa discussão girava em torno da licitude ética e penal, visto ser considerada, ainda nos dias atuais, como “mutilação grave” e “ofensa à integridade corporal”. As questões jurídicas também entravam na pauta, visto que a alteração da genitália serviria como argumento para modificação da identidade sexual, sendo esta razão relacionada ao crime de atribuição de falsa identidade, considerando o Artigo 307 do Código Penal Brasileiro (pág. 1144).

Ainda a partir das contribuições de ARÁN&MURTA&LIONÇO (2009), é possível resgatar momentos históricos importantes para a implantação dos ambulatórios de transexualização no país como o I Encontro Nacional dos Conselhos de Medicina, nos quais, segundo as autoras, houve pela primeira vez uma manifestação favorável à realização da cirurgia de adequação sexual, ainda que limitando o processo de transexualização a essa pauta.

Esse movimento desdobrou-se na Resolução PC/CFM 39/97, que segundo as autoras sugere a adoção deste procedimento cirúrgico a título experimental nos casos de transexualismo e, posteriormente, a Resolução nº 1.482, que em 2002 foi reformulada, aprovando a Resolução CFM n.º 1652/2002, esta, por sua vez revogada dando espaço à Resolução n.º 1.955 de 3 de Setembro de 2010. Tal documento, em sua vasta história de reformulações, define que a cirurgia de transgenitalização e procedimentos afins poderiam ser realizados no Brasil em hospitais universitários ou públicos a título

experimental, com destaque para o acompanhamento psiquiátrico por no mínimo dois anos.

Segundo ARÁN (2008), essa Resolução ampliou as possibilidades de acesso aos procedimentos de transexualização, retirando o caráter experimental da cirurgia do tipo neocolpovulvoplastia (alteração genitália masculina para feminina), e mantendo o da cirurgia de neofaloplastia (a construção do neofalo com outras partes do corpo da própria pessoa). Essa ampliação tornou possível o atendimento das transexuais femininas em qualquer instituição de saúde, pública ou privada, impondo novos desafios relacionados ao acesso aos procedimentos no Sistema Único de Saúde e na iniciativa privada (pág. 1).

Dentre os desafios abordados pela autora, ela destaca a distinção entre os serviços, apesar de todos terem se constituído através de equipes multidisciplinares; lentidão e resistências institucionais para implantar os programas previstos; sobreposição dos valores éticos, jurídicos, morais e religiosos ao acolhimento e cuidados; conflitos no tocante à equidade do acesso ao tratamento público, visto o estabelecimento hospitalar de outras prioridades.

No âmbito da Agenda Pública, a autora destaca o Comitê Técnico da Saúde da População de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais do Ministério da Saúde como forte tensionador do debate acerca da assistência a pacientes transexuais, com evidência para as reuniões sobre “O processo Transexualizador no SUS” em 2006 e o Seminário Saúde da população LGBT na construção do SUS, em 2007, cujo protagonismo do Coletivo Nacional de Transexuais, dentre outras representações da sociedade civil e do Poder Público, possibilitaram uma maior visibilidade das demandas desse segmento.

Como desdobramento dessa mobilização o Ministério Público Federal requereu a inclusão de cirurgia de transgenitalização na tabela do SUS, sendo essa e outras iniciativas já citadas importantes para o aprofundamento, fortalecimento e gestão de políticas de saúde de inclusão de transexuais no SUS.

ARÁN (2008) resgata a I Conferência Nacional LGBT: Direitos Humanos e Políticas Públicas, ocorrida em Brasília (2008), como espaço político estratégico para que o

Ministério da Saúde anunciasse uma norma técnica de regulamentação do processo transexualizador no SUS e credenciar os Centros de Referência para o atendimento desta população.

Percebe-se com isso uma discussão bem recente sobre a saúde integral, digna e equânime para a população trans, na perspectiva do direito e só reitera o que foi introduzido nesse capítulo que para implantar e implementar políticas voltadas para a população trans e todos os grupos discriminados ao longo da história é sempre a partir de vários processos de luta e sofrimento.

A própria Portaria 2.803/2013¹¹ que redefine e amplia o processo transexualizador no âmbito do SUS expressa as dificuldades, dores e sabores para que a população trans possa alcançar direitos imprescindíveis à vida, nesse caso, à saúde. Basta refletir criticamente as considerações legais que fundamentam a constituição desse instrumento.

Esse importante documento, dentre outros elementos, orienta quanto a relevância da integralidade do cuidado e respeito ao uso do nome social, desde a Atenção Básica à Atenção Especializada.

No tocante a Atenção Básica, a Portaria define que se trata do componente responsável pela coordenação do cuidado e por realizar a atenção contínua da população que está sob sua responsabilidade, além de ser a porta de entrada prioritária do usuário na rede de atenção à saúde, cuja integralidade do cuidado se expressa no acolhimento com humanização e respeito ao uso do nome social e viabilidade da garantia do acesso ao serviço especializado no processo transexualizador (Art. 4º, I, II).

Quanto aos estabelecimentos habilitados, no Brasil temos os seguintes, em Unidades de Atenção Especializada no processo transexualizador: no município de Porto Alegre (RS) Hospital das Clínicas de Porto Alegre – Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Universidade Estadual do Rio de Janeiro – Hospital Universitário Pedro Ernesto no Rio de Janeiro; Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina em São Paulo e o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás/Goiânia.

¹¹ Leia a portaria na íntegra:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html.

Sobre o acompanhamento terapêutico, ARÁN (2008) ressalta que envolve ações que não se limitam ao processo cirúrgico. Com base na pesquisa: *Transexualidade e saúde: condições de acesso e cuidado integral*, do Instituto de Medicina Social da UERJ/DECIT MS, observa as seguintes ações:

“(1)redução de danos orgânicos por uso continuado de hormônios para alteração dos caracteres sexuais secundários, através da hormonioterapia, (2) psicoterapia, que não necessariamente restringe a meta terapêutica à tomada de decisão sobre a cirurgia, mas abrange vários aspectos da subjetividade dos usuários, o que muitas vezes significa o desenvolvimento de estratégias de melhoria das relações sociais que se estabelecem no cotidiano da família, do trabalho e dos demais espaços de convivência, (3) assistência social, através do apoio na superação de processos discriminatórios e excludentes no âmbito da família, trabalho, educação e lazer, (4) cirurgia de transgenitalização e cirurgias complementares.”(pág. 3).

Percebe-se que o princípio da Integralidade do SUS deve ser uma realidade nas vidas das pessoas trans no acesso ao atendimento. É imprescindível a sua efetivação para que o direito digno á saúde não seja violado, ou seja, deve atender às perspectivas previstas no projeto de implantação do ambulatório transexualizador.

“Se inicialmente a institucionalização da assistência a transexuais no Brasil foi associada ao modelo estritamente biomédico - diagnóstico: transtorno de identidade de gênero; tratamento: cirurgia de transgenitalização -, hoje a noção de saúde integral há que promover uma abertura para redescrições da experiência transexual. Este deslocamento exige em parte a problematização da gramática normativa dos sistemas de saber dos especialistas, que consideram o transexualismo uma patologia.” (ARÁN, 2008, pág. 4).

Esse deslocamento se configura como avanço significativo no processo de lutas da população LGBT, de um modo geral, e do protagonismo do segmento transexual, em particular, resultando na consolidação das discussões de saúde de transexuais e de uma sólida pactuação política entre governo e sociedade civil.

Ainda sob a ótica clínica, a discussão em torno do processo transexualizador precisou ser ampliado, desde elaboração de protocolos de acompanhamento, dando um caráter

institucional à questão á avaliação de transexuais orientados pelo Ministério da Saúde (ARÁN;LIONÇO;MURTA, 2009, pág. 6).

Além disso, as autoras apresentam outras demandas específicas de saúde da população transexual que necessitava de uma atenção especial e ampliada, de uma rearticulação quanto aos critérios para realização de outras intervenções somáticas, a saber: implante de silicone nos seios, eletrólise, redução de pomo de Adão, mastectomia e hysterectomia, inclusão de previsões de distribuição de medicações específicas, inclusão da cirurgia na tabela do SUS, a promoção da inclusão desse público como cidadãos de direitos e a inclusão de transexuais no SUS de forma mais ampla que a questão da cirurgia de redesignação sexual (pág. 6).

Contudo, as autoras ponderam que o debate atual sobre a temática no tocante o acesso e utilização dos serviços de saúde pelo público transexual de um modo geral, e por mulheres trans, em particular no âmbito do SUS, ainda é “raiz de restrições sociais e estigma que afetam diversos níveis da vida desses indivíduos, reforçando sua condição de exclusão social” (pág. 7).

Essas questões não estão desconectadas das determinações sociais padronizadas, heteronormativa, evidentes na mídia, nas roupas, nos shopping-centers, nas músicas, nos programas de TV, entre outros exemplos trazidos por LOURO (2009), uma vez que:

"redobra-se ou renova-se a vigilância sobre a sexualidade, mas essa vigilância não sufoca a curiosidade e o interesse, conseguindo apenas, limitar sua manifestação desembaraçada e sua expressão franca. [...] Através de múltiplas estratégias de disciplinamento, aprendemos a vergonha e a culpa, experimentando a censura e o controle. Acreditando que a questão da sexualidade são assuntos privados, deixamos de perceber sua dimensão social e política" (pág. 18).

Daí, é importante trazer a concepção de DSS aqui entendida. Para tanto, a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), apresenta um conceito interessante nesse aspecto:

“os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais como gênero, raça-etnia, geração, deficiência, classe social, escolaridade e diversidade sexual, que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (Filho; Buss, 2007, pág. 78).

Os DSS dizem respeito aos diferentes modos de vida, ambientes de trabalho e valores culturais que podem afetar as pessoas de formas distintas no acesso à saúde, e por consequência, a cuidados.

Nessa perspectiva, enfrentar a complexidade dos determinantes sociais da vida e da saúde da comunidade LGBT requer intervenções que visibilize como o estigma, a transfobia, o racismo, dentre outras formas de opressão, pode gerar violência e impactos sobre a saúde psicossocial e bem-estar físico dessa população.

Por isso mesmo é importante reconhecer o uso do nome social por parte das pessoas transexuais e travestis como fator determinante para as condições de saúde, visto se tratar de uma questão de legitimidade e dignidade humana. E no caso das pessoas trans, este reconhecimento integra o seu processo de transexualização.

Para Silva (2013), nome possui funções que individualizam e identificam a pessoa. Esta definição não cabe para identificar uma pessoa que se apresenta com características do gênero feminino, que a individualiza como mulher perante as demais e que difere do sexo biológico. A identificação da pessoa a partir do registro civil só servirá como uma forma de punição, quando a identidade de gênero é diferente do sexo biológico (pág. 19707).

Silva (2013) reafirma que no âmbito escolar, é comum observarmos casos em que travestis e transexuais sofrem discriminações de professoras/es. Citando Santos (2009), a autora revela que a evasão escolar é inevitável nestas situações.

“Um dos fatores preponderantes para a evasão escolar consiste na insistência das professoras e professores dirigirem-se as alunas e alunos travestis e transexuais por meio de seu nome civil, utilizando este artifício como um caráter punitivo, negando o nome social escolhido pela/o sujeita/o em consonância com a forma como esse sujeito se reconhece, identifica e apresenta-se nas relações sociais (SANTOS, 2009)”.

Segundo Cristiane Stefanny, Coordenadora da Associação das Travestis e Transexuais de Mato Grosso do Sul, em entrevista ao Dourados News, no ano de 2015, em termos de acesso ao mercado de trabalho a discriminação se acentua. Além das discussões em torno da sexualidade, orientação sexual e identidade de gênero abordadas ao longo da

história, numa perspectiva de distorcer o sentido político das várias formas de expressar o corpo e a mente, trata-se de um público que integra 99% das pessoas que vivem exclusivamente da prostituição como único meio de sobrevivência e nem 1% conseguem ingressar no mercado de trabalho,

A falta de segurança ofertada às profissionais do sexo dá aos algozes e assassinos a sensação de impunidade e, portanto, à naturalização de ceifar as vidas de Travestis e Transexuais. Geralmente, os casos não são devidamente esclarecidos pela polícia, visto que se trata de um público marginalizado e estigmatizado como "pessoas perigosas" e não há o uso de orientação sexual e identidade de gênero como prerrogativa nas mortes que envolvem LGBT's. O reflexo disso é a dificuldade dos dados concretos e estatísticos que contribuam para a implantação e implementação de políticas públicas específicas. Nesse sentido, há uma inversão dos valores, que coloca a vítima no lugar de criminoso/a.

A efetivação da inclusão da população LGBT nas políticas públicas e sociais em geral e, em particular, no âmbito do Sistema Único de Saúde, segundo seus princípios fundamentais de universalidade, integralidade e equidade ainda está aquém do ideal, também justificado equivocadamente pela imputação das crenças e valores de profissionais em suas práticas de trabalho, pautando-se no fundamentalismo religioso.

Ainda retomando as contribuições de Cristiane Stefanny, ela considera que as principais lutas das associações e movimentos sociais sensibilizadas com as demandas das Travestis e Transexuais, estão em combater o fundamentalismo religioso agressivo, sendo determinante para os altos índices de violências, em específico os assassinatos do público em questão. Sem falar da exclusão social nos demais âmbitos da vida, necessários para a sobrevivência de toda e qualquer pessoa, como acesso ao mercado de trabalho, às escolas e harmonização no ambiente familiar.

Essa discussão é permeada por uma questão importantíssima para a complexidade da sexualidade e identidade de gênero que é a consolidação identitária, considerada por Leal e Pereira (2005) citando Meyer e Dean (1998), como fator preditivo para problemas de saúde mental, problemas de intimidade e comportamentos de risco VIH/SIDA (pág. 317).

Ainda que os autores estejam tratando da consequência tardia de uma infecção pelo VIH (vírus da imunodeficiência humana), chamada SIDA, a discussão não se distancia do contexto, visto colocar em pauta a existência da homofobia internalizada (Meyer; Dean, 1998), sendo esta fortalecedora no processo saúde-doença da população LGBT, de um modo geral, e das pessoas trans, em particular, considerando ser o público principal deste trabalho.

Os autores consideram a influência dos pais e dos familiares sobre o processo de construção da identidade de gênero seguramente importante para a saúde da população LGBT. Afirmam que os jovens homossexuais provenientes de famílias com valores morais mais tradicionais revelam-lhes menos a sua homossexualidade do que os jovens provenientes de famílias com valores morais menos tradicionais.

Posto isto, reitera-se que as questões aqui tratadas são entendidas também como parte desse processo transexualizador, visto que esse não se finaliza no ato da redesignação sexual, como também, e não menos importante, são determinantes na construção e reconstrução da identidade de gênero.

Conforme a Coordenadora da Associação das Travestis e Transexuais de Mato Grosso do Sul, é mais que relevante considerar os vários fatores (falta de emprego, educação social, aumento do fundamentalismo religioso, dentre outros) prejudiciais às vidas de Travestis e Transexuais, em processo de transexualização para quebrar paradigmas e comportamentos sociais criminalizadores, que não mais cabem nos dias de hoje.

Nesse sentido, é importante reconhecer que o processo de Reforma Sanitária no Brasil viabilizou a garantia institucional do direito à saúde, assim como institucionalizou um novo campo de práticas e saberes, por meio da Saúde Coletiva (Guaranha, 2014; Teixeira, 2009), definindo assim, os rumos do novo sistema de saúde pública, tendo com um dos princípios importantes que norteiam a política de saúde o da Integralidade que, no campo do ideal, deve ser articulada com os princípios da universalidade e equidade, ambos, também orientadores da política.

Então, o princípio de Integralidade preconizado na Lei 8080/1990 também expressa um fator determinante para as condições de vida e saúde das mulheres e homens transexuais. Importa trazer esse princípio como fortalecedor no processo de transexualização.

Guaranha (2014), em sua pesquisa sobre os princípios que norteiam o SUS e sua efetividade nas vidas das pessoas transexuais e travestis, traz importantes contribuições, de diversos autores, quanto o conceito de Integralidade. O que veremos a seguir.

O princípio da integralidade é uma das bandeiras de luta do movimento sanitário (Mattos, 2006), refere-se à garantia de oferta das ações de promoção, proteção, cura e reabilitação em saúde direcionadas aos sujeitos e aos coletivos.

“A integralidade leva em conta a dinâmica do processo saúde-doença de forma ampliada, devendo se considerar, além das questões biológicas, as dimensões sociais, relacionais e subjetivas do adoecimento.” (Guaranha, 2014, pág. 20).

A autora segue, trazendo Rubens Matos (2006), que entende integralidade relacionada com a forma de organização dos serviços, sendo uma resposta à fragmentação que dividia, antes da criação do SUS, práticas de saúde pública de práticas assistenciais - quando as ações de saúde pública ficavam a cargo do Ministério da Saúde e as ações curativas ou de assistência médica eram responsabilidade do Ministério da Previdência e Assistência Social o que, para este autor, produziu um sistema fragmentado, com baixo grau de comunicação e bastante desarticulado (pág. 21).

Entende-se que o cotidiano dos serviços de saúde, em suas relações com os modos de fazer a atenção e a gestão, é matéria constituinte e, portanto, primordial na construção de processos de formação que busquem enfrentar os desafios da concretização do SUS e de seu princípio de integralidade, alterando as práticas de saúde e dos sujeitos nelas implicados (Cadernos Humaniza SUS, 2010, pág. 15).

A integralidade coloca em cena alguns aspectos da maior importância, a saber: a concepção de saúde/doença, o funcionamento dos serviços de saúde em rede, a organização do processo de trabalho no campo da saúde, a não fragmentação da assistência, as práticas de cuidado, dentre outras questões.

Assim, podemos perceber que a discussão da integralidade remete à análise dos modelos instituídos de atenção e gestão do SUS, buscando afirmar um ethos, uma prática ético-política no campo da saúde, que se contrapõe aos reducionismos, à

objetivação dos sujeitos, à fragmentação dos modelos de atenção e de organização do processo de trabalho em saúde, assim como dos processos de formação (MATTOS, 2001).

Guacira (2014) pondera, no entanto, que o conceito de integralidade, além dos sentidos apresentados acima, também remete às limitações inerentes aos diferentes setores das políticas públicas. Em se tratando da Saúde, por mais organizado e acolhedor que um serviço seja, a plenitude da integralidade (Cecílio, 2006) nunca será alcançada e realizada de forma completa em um único estabelecimento, visto que o cuidado integral só ocorre se considerar a importância da intersectorialidade (pág. 22).

Portanto, compreende-se que o fazer e promover saúde deve estar em consonância com as políticas públicas de educação à habitação, lazer, emprego/renda, dentre outras que determinam as condições de vida e saúde das pessoas. E, em se tratando das demandas específicas de saúde da população transexual, é compreender que o processo de redesignação sexual não é o limite para abarcar tantas questões objetivas e subjetivas envolvidas na transição de gêneros.

Nesse contexto as contribuições de ARÁN&MURTA&LIONÇO (2009) são oportunas, visto que fazem considerações críticas sobre o olhar e práticas discriminatórias em relação à diversidade de gênero e dialogam com a concepção de processo transexualizador refletida nessa breve discussão, ou seja, é um entendimento que ultrapassa a questão da cirurgia de adequação sexual, onde todas as categorias aqui trabalhadas (Nome social, DSS, princípios de Integralidade e Intersetorialidade do SUS) também compõem a transição de gênero.

Essas questões demarcam a necessidade do despir-se de todos os preconceitos, do moralismo pautado no fundamentalismo religioso, para fazer valer os direitos das pessoas transexuais. Acontece que no campo prático, estudos revelam que ainda estamos muito aquém dessa realidade, visto que marcadores sociais como raça/cor, identidade de gênero, orientação sexual, território, dentre outros, é que determinam em uma sociedade racista, sexista, TRANSfóbica as condições de vida e saúde das pessoas, conforme veremos a seguir.

2.3: CONSIDERANDO AS INTERSECCIONALIDADES NAS POLÍTICAS DE SAÚDE: OS DILEMAS DE SER MULHER TRANS NEGRA

Feitas as considerações anteriores quanto ao processo de lutas enfrentado pela população LGBT e em particular, do segmento transexual para implantação e efetivação das políticas de saúde no âmbito do SUS, esse capítulo é dedicado a abordar reflexões importantes no que se refere às intersecções que comprometem o processo saúde-doença.

Pensar a elaboração deste trabalho numa perspectiva interseccional é também uma forma de transgredir o pensar no âmbito da formação e do trabalho, de modo a refletir a discussão de classe social agregada às dimensões raça, gênero e sexualidade, visto ser determinantes para as condições de vida e saúde de alguns grupos sociais, de um modo geral e, em particular das mulheres transexuais e negras.

A transgressão do pensar aqui vem no sentido de compreender a discussão sobre classe social indissociável das categorias acima citadas, visto que uma dimensão não está desvinculada da outra quando se leva em consideração o processo de vulnerabilidade social vivenciado por determinados grupos.

Nesse aspecto, entende-se que não basta ser pobre ou rico, dispor ou não de renda favorável à condição de vida digna. Trata-se de compreender que os quesitos raça/cor, orientação sexual e identidade de gênero são sim definidores para que determinados segmentos sociais possam acessar serviços e espaços públicos ou privados parcial ou integralmente, sem violação.

Nesse sentido, a necessidade de ultrapassar o mito da democracia racial é gritante e devemos ser coerentes com a nossa realidade quanto ao perfil dessa população, para então atender as demandas específicas dos grupos sociais diversos e não perpetuar a discriminação.

O mito da democracia racial no Brasil fez com que durante muito tempo a discriminação pela raça não fosse matéria de denúncias e debates. A luta do movimento negro fez com que gradualmente houvesse o reconhecimento da profunda desigualdade que marca a sociedade brasileira. (CLEMENTE;MIRANDA,2016:179).

Trata-se, portanto, de uma discussão cara e ao mesmo tempo difícil, haja vista a complexidade das dimensões aqui abordadas, principalmente pela insistência de camuflagens sociais, quando não se reconhece os quesitos raça/cor, orientação sexual e identidade de gêneros como determinantes para as condições de vida e saúde das mulheres transexuais.

Essas dimensões simultaneamente geram dor, sofrimento e morte em função do pertencimento de cor, território, geração, classe social, orientação sexual e identidade de gênero, dentre outros marcadores fortemente influenciadores nesse contexto.

Portanto, discutir a categoria Interseccionalidade é reflexo da compreensão de que o racismo, sexismo, transfobia e tantas outras manifestações de ódio operam como instrumentos de opressão e de manutenção dos privilégios e esses são implicadores no processo saúde-doença dos grupos sociais historicamente condicionados ao alto risco de vulnerabilidade

Nessa perspectiva, recorreremos ao conceito de Interseccionalidade a partir das contribuições predominantemente de mulheres intelectuais, que embora nem todas tenham usado esse termo, mas sua abordagem dialoga com a ideia de simultaneidade das opressões quando o público é mulher negra, e ajudam, portanto, a projetar o percurso teórico da reflexão aqui proposta.

A centralidade dessa reflexão está no racismo e transfobia em articulação com o eixo de gênero pensado para além do binarismo homem/mulher. Pretende-se visibilizar as especificidades de saúde das mulheres transexuais, autodeclaradas negras, além de viabilizar o rompimento de paradigmas baseado nos padrões dominantes, levando em consideração as categorias raça, gênero e sexualidade.

CARDOSO (2012: 52) citando Sueli Carneiro (2005:34), ao discutir o conceito de raça vinculado ao gênero, a partir do ativismo político de mulheres negras, entende essa categoria como “um construto discursivo, mas com poder efetivo de ditar o destino social das mulheres e homens negros na sociedade, através dos limites impostos pela prática do racismo, corporificando, assim, uma realidade social.”

Ainda considerando a análise de Sueli Carneiro no tocante a racialidade¹², a autora entende que se trata “de uma noção relacional que corresponde a uma dimensão social, que emerge da interação de grupos racialmente demarcados sob os quais pesam concepções históricas e culturalmente construídas acerca da diversidade humana” (p. 52). E continua suas palavras trazendo o seguinte:

“A racialidade produz relações sociais polarizadas entre dois grupos, “ser branco e ser negro”, e cada um dos polos da racialidade é marcado por valores culturais, privilégios e prejuízos, dependendo do pertencimento racial de cada grupo. (CARDOSO: 2012:52; CARNEIRO, 2005: 34).”

Nas palavras de CARDOSO (2012:54);

“A validade da categoria raça como instrumento metodológico repousa em sua capacidade para precisar o racismo como produtor de desigualdades e discriminações, tornando claro, por um lado, os processos de constituição e manutenção dos privilégios dos brancos e, por outro lado, de exclusão dos negros, na medida em que ambos os processos são decorrentes de questões raciais.”

Nesse sentido, concordando com a autora, é de grande utilidade o conceito de Interseccionalidade, uma vez que, segundo a mesma, permite analisar e compreender a complexidade das realidades de opressão que se configuram em desigualdades e situações adversas de múltiplas discriminações a grupos específicos de mulheres (pág.54).

CARDOSO (2012:55) nos lembra que se trata de um conceito forjado em 1980 por feministas negras norte-americanas, e traz como exemplos nessa discussão as intelectuais de referência Angela Davis (2005), Kimberlé Crenshaw (1991), Patricia Hill Collins (1990), para citar algumas, cuja perspectiva de análise, segundo a autora, era entender os sistemas de dominação formados a partir do modo como raça, classe, sexualidade e gênero se interligam.

A autora traz Assata Zerai (2005), que entende a Interseccionalidade como base conceitual da teoria feminista negra. Para ela, analisar a realidade a partir de uma perspectiva interseccional evidencia as esferas de desigualdades apoiadas umas nas outras para manutenção dos privilégios, do *status quo* (grifos da autora). Outro ponto considerado relevante pela autora está relacionado à pesquisa histórica, na medida em que,

¹² Termo usado pela autora Sueli Carneiro, 2005.

“a abordagem interseccional abre caminhos para reconstruirmos as experiências vividas, o posicionamento histórico, as percepções culturais e a construção social de mulheres negras através da investigação de áreas nunca exploradas da experiência feminina negra, mostrando, inclusive, a diferença entre as/nós mulheres negras, evitando-se, assim, generalizações.” (CARDOSO, 2012; ZERAI, 2005:55).

Esse entendimento dialoga e muito com a proposta do trabalho, visto que tratamos aqui do universo de mulheres negras que se distancia da lógica do sistema binário, limitador do ser mulher a partir de uma única identidade: a heterossexual. Então, o que fica evidente é a necessidade de entender que não há uma unanimidade no ser mulher negra.

Logicamente que no tocante às condições de desigualdades vivenciadas, é uma realidade muito semelhante, no entanto, cada mulher negra é afetada de formas diversas, cujas particularidades e complexidades nesse aspecto são relevantes quando se leva em consideração a orientação sexual e as diversas formas de expressar o gênero. Nesse sentido, CARDOSO traz uma análise interessante de CRENSHAW quando propõe,

“um modelo analítico que possibilite a identificação das várias formas de subordinação, refletindo os efeitos interativos das discriminações de raça e de gênero e o reconhecimento da diferença entre as mulheres, bem como as diferenças entre mulheres e homens.” (pág. 56).

Ainda na perspectiva de CRENSHAW:

“De algum modo, todas as mulheres então submetidas ao peso da discriminação de gênero, mas outros fatores relacionados a suas identidades sociais [...] são diferenças que fazem diferença na forma como vários grupos de mulheres vivenciam a discriminação. Marcadores sociais como raça/etnia, classe, sexualidade, religião podem criar problemas e vulnerabilidades exclusivos de subgrupos específicos de mulheres, ou que afetam desproporcionalmente apenas algumas mulheres.” (CARDOSO, 2012: 56; CRENSHAW, 2002: 173).

Na análise de CRENSHAW (2002:3), a associação de sistemas múltiplos de subordinação tem sido descrita de vários modos: discriminação composta, cargas múltiplas, ou como dupla ou tripla discriminação. Nesse sentido, sobre Interseccionalidade a autora traz a seguinte definição:

“é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. Além disso, a Interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento.”

Compreende-se esse desempoderamento como o poder que o ato de discriminação tem sobre as vidas dos grupos sociais historicamente vulneráveis, visto potencializar o condicionamento à vivência às margens da sociedade, ou seja, o ato de discriminar é tão forte que afeta o caminhar das pessoas e fere sua subjetividade humana a ponto de não deixar outra alternativa a não ser, inclusive, a não busca por assistência médica no caso das mulheres transexuais, por exemplo.

CRENSHAW (2002: 174), avalia que a garantia de que todas as mulheres sejam beneficiadas pela ampliação da proteção dos direitos humanos baseados no gênero exige que se dê atenção às várias as formas pelas quais o gênero intersecta-se com uma gama de outras identidades e ao modo pelo qual essas intersecções contribuem para a vulnerabilidade particular de diferentes grupos de mulheres. Ainda nas palavras da autora:

“há várias razões pelas quais as experiências de subordinação interseccional não são adequadamente analisadas pelas concepções tradicionais de discriminação de gênero ou raça. Frequentemente, um certo grau de invisibilidade envolve questões relativas a mulheres marginalizadas, mesmo naquelas circunstâncias em que se tem certo conhecimento sobre seus problemas ou condições de vida. Quando certos problemas são categorizados como manifestações da subordinação de gênero de mulheres ou da subordinação racial de determinados grupos, surge um duplo problema de superinclusão e de subinclusão.”

Na sua avaliação o termo superinclusão ocorre na medida em que os aspectos que o tornam um problema interseccional são absorvidos pela estrutura de gênero, sem qualquer tentativa de reconhecer o papel que o racismo ou alguma outra forma de discriminação possa ter exercido em tal circunstância. O problema dessa abordagem superinclusiva é que a gama total de problemas, simultaneamente produtos da subordinação de raça e de gênero, escapa de análises efetivas (NORONHA, 2011; Crenshaw, 2002; 174).

Quanto ao termo subinclusão, pretende dar conta da circunstância em que um problema ou condição imposta de forma específica ou desproporcional a um subgrupo de mulheres é simplesmente definido como um problema de mulheres.

Um exemplo de subinclusão é a trajetória de vida das mulheres negras no contexto da sociedade brasileira, cujo resquícios do sistema escravocrata ainda afetam sua realidade em diversas dimensões.

Ser mulher hétero, autodeclarada negra em uma sociedade como a nossa já não é tarefa fácil, que dirás uma mulher trans. Falar desses lugares não é tão tranquilo para quem sente na pele as dores e sabores desses pertencimentos. Isso porque estamos tratando de um grupo social frequentemente estigmatizado, considerado capaz de suportar todas as consequências a partir do diversos marcadores sociais, ou seja, a cor da pele, a questão do corpo hipersexualizado, o imaginário social de que pode e deve resistir a tudo, ser forte a todo momento.

Existe uma crença social equivocada de que a mulher negra nasceu para servir, para cuidar e não ser cuidada, para submeter-se a tudo que é imposto a ela, sem o mínimo direito de fazer questionamentos visíveis, de que está destinada a ser vitimizada pela opressão machista, racista e sexista. No Brasil essa realidade é potencializada inclusive, se considerarmos a timidez das discussões e produções teóricas relacionadas ao tema.

CARDOSO (2012) resgata que em nosso país a aplicabilidade dos estudos quanto a categoria que versa sobre questões de gênero ainda é muito tímida, tendo como um dos primeiros estudos sobre o tema a tradução de Verena Stolcke em sua produção “Sexo está para gênero assim como raça para etnia”. Nessa produção, segundo a autora, Stolcke analisa como a sociedade de classe determina a naturalização das desigualdades sociais.

“Em sua perspectiva, existe uma tendência geral de naturalização das desigualdades sociais, e, assim, tanto as diferenças de sexo quanto as de raça foram e continuam a ser ideologicamente identificadas como fatos biológicos socialmente significativos” (CARDOSO, 2012:56; STOLCKE, 1991: 110).

Tal naturalização reflete no cotidiano das mulheres negras e na prática de profissionais dos diversos setores, muito mais marcante no âmbito da saúde. Por isso mesmo, NORONHA (2011, pág. 2), em sua discussão sobre Interseccionalidade nas políticas de saúde à luz do Projeto Orun AIYÊ¹³, entende que as dimensões de raça, classe social, gênero, geração, entre outras perpassam e definem as práticas de atenção á saúde.

Conforme a autora, é necessário que gestores e profissionais de saúde conheçam o sentido da Interseccionalidade na produção das políticas de saúde, com a finalidade de estabelecer ações que priorizem os determinantes sociais da saúde e reconheçam os

¹³ Segundo a autora, trata-se de um projeto vinculado à necessidade de criar um estudo propositivo no âmbito da região do Recôncavo Baiano para fortalecimento da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, em especial aos municípios que compõem a referida região.

rebatimentos no processo saúde-doença, prevenindo e combatendo o racismo institucional, a negligência, a homofobia, lesbofobia e as múltiplas formas de violência, de opressões simultâneas.

bell hooks (2015), ao analisar o processo de lutas feminista nos Estados Unidos faz uma reflexão extremamente importante sobre a categoria “opressão”, quando coloca que ser oprimida significa *ausência de opções* (grifo da autora), considerado por ela o principal ponto de contato entre o oprimido (a) e o opressor (a) (pág. 197).

Ainda que se tratando da realidade das mulheres brancas e não brancas nos Estados Unidos, na década de 1970, as questões trazidas por ela não se distanciam tanto da realidade das mulheres no Brasil quando faz críticas aos temas reivindicados por mulheres brancas que não contemplavam as especificidades das mulheres negras.

No contexto brasileiro, essa ausência de opções para as mulheres negras se expressa de várias formas, em tempo, espaço e contexto diversos. A elas o direito de potencializar e viabilizar sua intelectualidade por exemplo, não é uma opção primeira. Muitas vezes não é parte do seu cotidiano a possibilidade de ocupar o espaço acadêmico, que dirás produzir cientificamente, dada a condicionante de exclusivamente dedicar seu tempo e sua vida ao trabalho, geralmente doméstico.

Além da falta de opção, compreende-se que a mulher negra também enfrenta a ausência de oportunidades, visto que a prioridade em diversos aspectos, principalmente no tocante ao emprego/renda, não lhe favorece. Os espaços socialmente considerados privilegiados são em número incipiente ocupados por mulheres negras.

E quando se trata de uma mulher autodeclarada negra e transexual a realidade é ainda mais difícil, em particular no tocante o acesso e utilização dos serviços de saúde no âmbito do SUS, o tema desafiador desse trabalho, haja vista sua complexidade.

Para NORONHA(2011: 6), no tocante a dimensão racial, **a discriminação étnica e racial nos serviços de saúde** (grifos da autora), decorre de uma formação societal baseada nas diferenças sociais de classe, raça e cultura, sendo possível acrescentar as dimensões da orientação sexual e identidade de gênero. Ela pondera que apesar das leis outorgarem que todos são iguais e, no caso da saúde, esta ser direito universal, os vestígios históricos de preconceito e discriminação continuam e afetam negativamente o serviço de saúde.

“A falta de utilização da perspectiva étnico/racial nas políticas e nas ações de saúde em busca da equidade tem servido para manter a população em situação de vulnerabilidade na medida em que dificulta a identidade de disparidades, obstaculiza a assunção de medidas que melhorem suas condições de saúde e contribui para tornar o campo da saúde produtor e reproduzidor de desigualdades raciais.” (NORONHA, 2011:8; LOPES, 2004:24)

ISABELLE&LIBOA&MENDES&PINTO (2016:76), ao analisarem as categorias “raça e etnia” á luz das áreas do conhecimento sobre saúde mental da população negra entendem que a experiência do racismo é geradora de sofrimento que pode se transformar em revolta impulsionadora, individual ou coletivamente, da superação de barreiras impostas pela exclusão racial, haja vista as pesquisas de caráter discriminatório no que se refere ao termo raça, por exemplo. As autoras reiteram que:

“o racismo enquanto uma potência aniquilante e aniquiladora, é um sofrimento imposto que imbrica sentimentos de indignação, inconformismo, raiva, impotência e medo do futuro. O racismo implica humilhação. A humilhação adoece.” (ISABELLE&LIBOA&MENDES&PINTO, 2016:89).

Compreende-se que essa aniquilação está diretamente ligada aos resquícios da sociedade escravocrata brasileira, não sendo possível dissociar a realidade da população negra nos dias atuais da forte influência do período colonial. Ainda referenciando as autoras acima mencionadas, ao recorrer a Sawaia (1999), no tocante à perversidade gerada pelo racismo, elas refletem que:

“a história da população negra no Brasil foi alterada pelas conjunturas econômicas, sociais e políticas específicas; porém as estruturas excludentes e opressoras, a cada momento histórico, tentam cristalizar a imagem, a realidade desse personagem no lugar da inclusão excludente, causando um sofrimento econômico, político, social e, sobretudo, afetivo-emocional. A pessoa que sofre racismo e exclusão social experimenta os sentimentos mais profundos de ofensa, humilhação, vergonha e dor. O racismo nega às pessoas o direito de serem consideradas totalmente humanas.”

Trata-se de uma forma de opressão tão perversa, que é capaz de desestabilizar qualquer estrutura e ao longo dos anos vem sendo a base de intervenções de muitas políticas públicas, sobretudo no âmbito da saúde.

Concordamos com CLEMENTE&MIRANDA (2016:179) citando WERNECK (2005), que o racismo é uma ideologia que se mantém às custas do privilegiamento de setores autodefinidos como racialmente superiores e que é preciso um processo continuado de explicitação e destituição do racismo, de mobilização ética dos segmentos privilegiados

bem como a elaboração de instrumentos legal e social de repressão e reparação às ações do racismo.

Dialogando com a proposta desse capítulo, as autoras seguem citando WERNECK (2004) reforçando que raça é um conceito a ser utilizado em diferentes esferas como categoria de hierarquização social e política, e tem operacionalidade na produção de desigualdades afetando diferentes grupos humanos em diversas partes do mundo (pág. 179).

Citando Lopes (2005), Miranda e Clemente (2016:179), entendem o racismo com uma programação social e ideológica a qual estamos submetidos. Segunda a autora, uma vez programadas, as pessoas reproduzem atitudes racistas consciente ou inconscientemente e que essa forma de violência tem sido traduzida em políticas e arranjo sociais que tem limitado oportunidades e expectativas de vida.

Na análise dessas autoras, os estudos levantados por elas no tocante as implicações do racismo para a saúde da população negra do Recôncavo Baiano, revelam que a questão do preconceito, do racismo e das disparidades presentes na sociedade brasileira incidem diretamente nas diversas dimensões da vida humana e nos diferentes espaços e instituições sociais. No tocante o âmbito da saúde, segue o posicionamento das autoras:

“O cotidiano dos serviços de saúde e a prestação de atendimento são perpassados por atitudes e comportamentos que trazem consigo a marca da discriminação afetando especialmente a população negra, que historicamente se insere em uma situação de grande vulnerabilidade social (CLEMENTE;MIRNADA,2016:180).”

Em se tratando das questões de gênero, a realidade de discriminação é ainda mais evidente e potencializadora de violência para as mulheres negras, conforme refletem as autoras Araújo&Caldwell&Hogan (2016:190):

“Nas pesquisas de saúde pública sobre a mulher, fatores como o racismo, classe ou discriminação de gênero e estresse têm sido estudado individualmente como potenciais exposições exclusivas para mulheres afro-americanas. [...]As mulheres estão sujeitas à discriminação devido a sua classe social ou condição socioeconômica, mas os efeitos dessa discriminação serão mais prejudiciais sobre sua saúde ou não a depender do pertencimento racial/étnico dessas mulheres.”

Em seus estudos, as autoras revelam que as diferentes exposições a que as mulheres negras estão submetidas produzem efeitos, se adicionam e se potencializam, dificultando a mobilidade social dessas mulheres, e isso tem sido reflexo sobre todas as áreas das suas vidas, sobretudo na saúde. No entanto, criticam que a maioria dos estudos

analisados por elas têm utilizado metodologia e feito a interpretação dos efeitos determinantes da saúde de forma isolada e individual (pág. 192).

Essa é uma das razões pelas quais essas breves reflexões são emergentes, visto que interessa pensar a saúde da mulher negra a partir das várias dimensões, considerando seu contexto social, histórico e econômico, por exemplo, na perspectiva de contribuir para a superação das desigualdades sócio raciais.

MIRANDA (2011:3) citando Crenshaw (2002), associa a discriminação racial às diferenças de gênero, cujo argumento é baseado na idéia de que homens e mulheres são afetados de forma diferente pela discriminação racial. No tocante à diversidade de gênero, a autora ressalta que o peso da discriminação de gênero deve considerar que o grupo de mulheres não é homogêneo, e sim, que há outros fatores relacionados as suas identidades sociais tais como classe, raça, cor, etnia, religião, origem nacional e orientação sexual.

Nessa linha de pensamento, CARDOSO (2012: 57) apresenta a concepção de Patrícia Hill Collins (1990) sobre Interseccionalidade. Para a autora, “raça, classe e gênero constituem os principais eixos de opressão que afetam profundamente as experiências das mulheres negras nas sociedades pós-coloniais da diáspora negra”.

Isso nos inspira a inferir que em se tratando da categoria gênero, as mulheres negras trans se colocam em suas práticas e discussões políticas a partir de um corpo negro marginalizado pelo pertencimento de uma identidade de gênero divergente das normativas heterossexual. Então é um corpo-negro-mulher-trans que fala.

CARDOSO (2012: 60) quando se refere ao corpo negro refletindo sobre o ativismo das mulheres negras, ainda que sem discorrer quanto á sua orientação sexual nos ajuda a elucidar o posicionamento em questão.

“Quando falo de corpo, refiro-me ao corpo social, historicamente formado a partir de experiências marcadas por embates e estratégias de sobrevivência na diáspora, nas sociedades pós-coloniais racializadas. Reporto-me a um corpo discursivamente construído, como escreve Sueli Carneiro (2005, p. 20), a partir “das representações negativas que estiveram desde longe associadas ao meu corpo negro”.”

A autora segue refletindo que:

[...]o processo pedagógico de construção de um “corpo-negro-mulher” se configura como resultado de práticas discursivas disciplinares e

normatizadoras de gênero e de raça e como agente produtor de sujeições e exclusões.

Nessa perspectiva, o corpo-negro-mulher-trans se coloca na cena como protagonista de um histórico social marginalizado, sempre em busca de sobreviver no contexto de discriminações constantes, em busca de reconhecimento da sua existência.

CARDOSO (2012), traz as ONG's como principais espaços de organização mobilizados por mulheres negras. E em se tratando das mulheres negras trans, também se aplica para o cumprimento do papel de enfrentamento ao racismo, sexismo e transfobia. Há também o tensionamento da agenda pública como forma de visibilizar suas demandas junto ao Poder Público na perspectiva de ocupar os espaços privilegiados de decisões.

Marcia da Silva Clemente (2005) ao discutir a necessidade de ações afirmativas para os negros à luz da Universidade do Estado da Bahia - UNEB, reafirma – caso haja alguma memória falha- que esse processo de lutas enfrentado pela população negra no Brasil é de longa data. Tem início no Brasil Colonial com a formação dos quilombos e segue até os dias atuais, a partir de organizações e entidades negras reivindicando seus direitos de cidadania e denunciando as atrocidades sofridas.

Não se pretende aqui discutir essa questão de forma exaustiva, visto que a própria autora acima citada – devidamente referenciada – já nos ajuda nesse aspecto em sua brilhante dissertação de Mestrado. Mas é sempre bom lembrar que a história de lutas, de desigualdades sociais vivenciadas pela população negra não é uma realidade recente.

A análise de Clemente nos ajuda a compreender que no tocante às desigualdades sociais, os eixos classe, gênero e etnia não estão desconectados. São marcadores sociais que influenciam e muito as condições de vida e saúde das pessoas, e determinam formas de opressão simultaneamente a partir desses diversos pertencimentos.

CLEMENTE (2005), ao analisar os dados relativos à desigualdade social brasileira na década de 1990, traz uma perspectiva interseccional, ampliando o olhar para as dimensões de gênero, classe e etnia.

Segundo a autora, “a década de 1990 assistiu aos reflexos da crise estrutural do capital e das tentativas de se criar estratégias de reestruturação produtiva. Para tanto, fez-se

necessária a hegemonia da proposta neoliberal, enquanto fundamento ideo-político de legitimação da ordem do capital, em sua etapa monopolista” (pág. 48).

Nesse contexto de reestruturação do capital, as consequências recaem sobre as vidas de determinados grupos sociais, conforme a fala da autora:

“Diversos estudos assinalam que a intersecção da categoria raça/cor com outras tais como gênero e classes sociais, evidencia fortes contrastes nas evidências de homens e mulheres, brancos e negros, ricos e pobres, na sociedade brasileira. Estes contrastes incidem transversalmente nas esferas da vida social, refletindo no acesso à educação, saúde, qualidade de vida, inserção no mercado de trabalho, acesso à informação, à justiça, etc.” (pág. 50)

A autora mostra o impacto dessa reestruturação do capital latente no aspecto da renda, cujos grupos condicionados a viver em situação mais precária, recebendo menores salários e sujeitos a diferentes tipos de discriminação estavam as mulheres negras, homens negros, homossexuais, pessoas com deficiência e idosas. Concordamos com a autora que tal realidade, além de deixar marcas subjetivas na vida dos envolvidos/as, desumaniza a sociedade e faz com que seja afirmada a barbárie.

CLEMENTE (2005) reflete que, ao mesmo tempo que a Constituição Federal de 1988 é um documento importante para institucionalizar o acesso aos direitos humanos e expressa um forte instrumento de conquista do povo brasileiro, contraditoriamente representa um aliado para atender os interesses do capital, da burguesia, uma vez que abre precedentes para tanto, conforme suas palavras que seguem:

“[...] o Direito burguês se utiliza de dispositivos e normativas para legitimar sua lógica dentro da ordem internacional estabelecida nos Pactos e Convenções internacionais, no sentido de criar obstáculos aos interesses particulares e privados da classe dominante. Tudo isto, contraditoriamente, envolve as lutas da classe trabalhadora por direitos, sem os quais estarão em risco as condições de frear, mesmo que minimamente, a barbárie do capital sobre as condições de reprodução social dos trabalhadores.” (pág. 57).

Nesse contexto de reestruturação do capital para atendimento da lógica neoliberal, a autora argumenta que essa contradição se expressa na medida em que se coloca como uma “noção/conceito de direitos humanos dos mais avançados, no entanto, sob um aparato judiciário hegemonicamente conservador” (pág. 75). Sendo assim, concordando com a autora:

“[...]a adoção de políticas públicas e afirmativas pelo Estado faz parte de uma etapa importante, no sentido de que se reconheça a desigualdade social produzida na sociabilidade do capital. No entanto, reconhecer que existe

discriminação e formular leis para eliminá-la não é suficiente. Muito se tem falado a respeito da enorme distância existente entre as declarações formais de direito e a efetiva prática dos mesmos, o que se constitui num eterno porvir, numa objetivação irrealizada.” (pág. 77).

As contribuições acima são importantes para elucidar que a categoria classe social não está desconectada das dimensões raça, gênero, sexualidade, dentre tantas outras capazes de determinar as condições de vida e saúde de seletivos grupos, condicionados a viver de forma desigual numa sociedade que atende aos interesses da burguesia.

SARDENBERG (2015: 58) citando PAOLI & SADER (1986, 1987), em outro contexto, reitera a afirmativa acima:

“A entrada de mulheres, negros, gays, lésbicas, aposentados e moradores das periferias das grandes cidades no cenário político, reclamando espaço e do devido reconhecimento de suas especificidades e direitos, não apenas mostrou a relevância de outros fatores constituintes de sujeitos políticos, como também colocou em xeque a imagem de classes sociais como coletividades homogêneas, revelando, ao invés, uma imagem de classe multifacetada e com clivagens internas. [...] Não é, pois, ao acaso, que outras categorias ou marcadores sociais de diferenciação – e dentre eles, em especial, gênero e raça – passaram a ser vistos como igualmente importantes aos determinantes de classe no processo de mobilização política.”

A autora, embora não faça uso do termo Interseccionalidade nesse trabalho aqui referenciado, entende que há o reconhecimento que as dimensões classe social, raça, gênero, sexualidade, operam como matrizes preponderantes de hierarquização, desigualdade social e subordinação na grande maioria das sociedades contemporâneas, cujos racismo, sexismo - podemos acrescentar, LGBTfobia -, ao lado do capitalismo, produzem diferenças relevantes em termos de gênero e raça na experiência de classe e vice-versa.

Tudo isso, reitera a autora, revela a necessidade de se pensar coerentemente a dinâmica das relações sociais nas sociedades contemporâneas. Nesse aspecto, na tentativa de contribuir para a compreensão de que racismo, sexismo, transfobia, dentre outras formas de opressão, não agem de forma desconectada, isoladamente, é que esse trabalho se torna emergente e a pesquisa a seguir comprova tais afirmativas.

3: PESQUISA:

Neste item será apresentado como foi construído o processo da pesquisa, os caminhos metodológicos percorridos e resultados da mesma.

3.1: O PERCURSO METODOLÓGICO

Definir o tema central do trabalho não foi tão complicado quanto conseguir escrever essas linhas, considerando tanto questões concretas do cotidiano quanto externas, que por muitas vezes ultrapassaram a possibilidade de resolver de imediato. A realidade de não ter o privilégio da dedicação exclusiva para tal desenvolvimento foi muito influenciadora nesse processo.

bell hooks (1995), em outro contexto, ao analisar as dificuldades de mulheres negras decidirem trilhar de forma consciente um caminho intelectual como meio de sobrevivência, já elucidava questões com potencial de obstáculos para tanto, que em nosso entendimento, se aplica ao que está sendo aqui colocado.

“Entre as negras que trabalham como acadêmicas muitas com quem falei que seu anseio por dedicar tempo e energia ao trabalho intelectual não podia ser plenamente satisfeito porque se viam eternamente fazendo malabarismos com múltiplas exigências.” (p. 471).

A autora se referia, conforme suas palavras,

“à socialização sexista inicial que ensina as negras e na verdade a maioria das mulheres que o trabalho mental tem de ser sempre secundário aos afazeres domésticos, ao cuidado dos filhos ou a um monte de outras atividades servis, que tornou difícil para elas fazer do trabalho intelectual uma prioridade essencial” (hooks, 1995, pág. 471).

Essa realidade trazida pela autora, embora seja de décadas atrás ainda é vivida em dias atuais por muitas mulheres, sobretudo, mulheres negras, solteiras ou casadas, trabalhadoras formais e informais.

Apesar de tantos obstáculos, já estava entendido que a discussão seria em torno do universo transexual, haja vista todas as inquietações expressas a partir das vivências nos âmbitos dos estágios curricular e não-obrigatório, ainda que, mediante a complexidade envolvida e a obrigatoriedade de fazer um recorte temático.

Inicialmente interessava discutir sobre a implantação e implementação do ambulatório transexualizador no Estado da Bahia, visto ter sido o debate que muito chamou a

atenção durante a vivência no âmbito do estágio não-obrigatório, espaço qual já foi dito como forte influenciador da escolha do tema geral: a transexualidade no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Acontece que em função de demandas de ordem pessoal e burocráticas no âmbito institucional do campo de pesquisa antes pensado, estrategicamente foi preciso alterar o percurso metodológico. Pretendia-se entrevistar mulheres transexuais, autodeclaradas negras assistidas em uma instituição estadual de saúde em Salvador, sem êxito. Mas isso não torna o trabalho menos valioso, e sim fortalecedor para buscar alternativas possíveis, porque a pesquisa acontece paralelo à dinâmica de vida de quem investiga e é investigado/a. Minayo (1994: 17) reitera que:

“[...] as questões de investigação estão, portanto, relacionadas a interesses e circunstâncias socialmente condicionadas. São frutos de determinada inserção no real, nele encontrando suas raízes e seus objetivos.”

Posto isto, houve então a necessidade de reformular o tema e o campo de pesquisa, de modo que não se distanciasse tanto do propósito inicial, haja vista a importância de alguma forma tencionar o Estado para o amplo reconhecimento de que as demandas das pessoas transexuais estão para além da mudança de sexo. Perpassa pela necessidade de acessar direitos fundamentais à vida e que no âmbito da saúde pública a realidade é muito latente e cruel porque também é consequência da falta de tantos outros serviços públicos.

A participação, ainda que mínima por questões de ordem pessoal em espaços de potencialidade para encontrar mulheres trans facilitou o contato para a entrevista. Era um interesse primeiro entrevistar Thiffany Odara, primeira mulher negra trans graduada pela Universidade Estadual da Bahia, referência e representatividade no Movimento Negro LGBT. O principal obstáculo para a não concretização foi a agenda da mesma. Na contrapartida, tenho o privilégio, o presente, a honra da sua presença na Banca Examinadora desse trabalho.

Inclusive, a partir da mesma foi possível entrevistar uma mulher trans negra, também referência do Movimento Negro LGBT. Pretendia-se agregar ao trabalho a entrevista de pelo menos três mulheres trans, no entanto, reiterando o não privilégio da dedicação

exclusiva para escrita, ficou entendido que seria inviável até mesmo para dar conta da análise de tantos dados.

Ainda assim, a rede de relacionamento da pesquisadora foi importante para o acesso a outros contatos de homens e mulheres trans que poderiam ter contribuído, porém pela justificativa acima, não deu para concretizar.

A preocupação em entrevistar mais de uma mulher trans autodeclarada negra vem muito por entender a relevância de ampliar as possibilidades de falas das mesmas no trabalho. Mas fica a certeza de que a entrevistada representa – e muito – outras mulheres trans que certamente são contempladas por elas.

Contudo, entende-se também que não é a quantidade que qualifica o trabalho, mas sim a possibilidade de realizar o mesmo a partir de contribuições únicas, singulares, que enriquecem cada linha desenvolvida e que certamente fará algum sentido para o público em questão. É a razão pela qual o mesmo existe, é a perspectiva traçada na intenção de transgressão do pensar e fazer profissional e sem nenhuma modéstia mesmo, por que não dizer pelo seu caráter saboroso de fazer porque é também ousado.

Realizar esse trabalho não foi algo penoso, pesado, no que se refere a construção das ideias, visto que o tema é resultante de uma vivência de estágio onde tive acesso a materiais relevantes relacionado e os próprios arquivos vivos – digamos assim -, das pessoas trans que tive a oportunidade de conhecer, cujos relatos denunciavam a insuficiência da oferta dos serviços de saúde, bem como o acesso parcial e/ou inexistente aos mesmos.

Outro fator importante para o caminhar foram as contribuições de amigas e pessoas que conheci durante a realização do trabalho que compartilharam diversos materiais, muitos deles aqui referenciados, além, é claro, e de forma muito especial, á orientação acadêmica na pessoa de Valéria Noronha, cuja gratidão será eterna por compreender que produzir não é tarefa fácil quando se leva em consideração a realidade concreta da pessoa que pesquisa.

As interferências para a não concretização desse trabalho em tempo anterior foram por questões de ordem pessoal e dificuldades mediante situações reais ocorridas no decorrer do processo, que quem acompanhou sabe o transtorno vivido. No final das contas, foi

possível realizar duas entrevistas: uma com uma mulher trans negra e outra com uma profissional de saúde do âmbito da gestão estadual, em um determinado período.

É relevante dizer que o espaço acadêmico se configura como importante para produção do conhecimento. Isso é fato. O que difere uma produção de outra é a intencionalidade e qual público a mesma irá atender, ou seja, se estamos falando de um espaço inserido na sociedade de classes, evidentemente o que sai e/ou se mantém nele, é para atender os interesses do capital ou da classe trabalhadora.

Compreende-se, portanto, que se trata de um lugar privilegiado, visto ser viabilizador para formação de posicionamentos que não se adequam à neutralidade. Nesse sentido, pesquisar não pode ser meramente entendido como mais uma disciplina que visa atender a conclusão de um curso a partir de uma nota que aprova ou reprova o/a estudante.

Na realidade, para além da imposição acadêmica de que é obrigatória a contrapartida do/da estudante por meio da apresentação de um Trabalho de Conclusão de Curso – TCC, essa pessoa também representa, por um lado um/uma agente de transformação, talvez não de todas as realidades sociais desprivilegiadas – inclusive de quem escreve -, mas fortalecedora para determinados grupos, e por outro, o/a agente que vai produzir e reproduzir os interesses do capital.

Pensando nessas questões, é que a elaboração desse trabalho é desafiadora e ao mesmo tempo uma felicidade conseguir realizar, visto se tratar de um tema delicado, complexo, e por que não dizer dispensado por tantos ditos/as intelectuais que não conseguem servir cientificamente esse público.

Tal afirmativa pode até causar estranhamento para algumas pessoas, mas te convidamos a refletir que se o espaço acadêmico é um lugar privilegiado de produção do conhecimento, e este é disseminado de diversas formas (apresentações internas e externas, em livros e eventos diversos), para citar algumas, tal produção também será convertida em indicadores sociais importantes que atenderão ou não as demandas do público em questão.

Nessa perspectiva, pensar em “instrumentos conceituais que nos permitam identificar e analisar como estruturas de privilégio e opressão se inter cruzam em diferentes níveis e se manifestam na vida cotidiana das mulheres e na construção de suas identidades”

(SARDENBERB, 2005: 56), é ultrapassar a necessidade primeira de concluir mais uma disciplina.

Conforme JUNCÁ&MORAES&SANTOS (2010: 435) citando Mills (1982: 211), é preciso pensar melhor o sentido da pesquisa:

“[...] um ponto fundamental é recuperar o significado da prática da pesquisa em nosso cotidiano. Prática que, ao nosso ver, deve ser artesanalmente construída, de forma apaixonada e vibrante, desenhando problematizações e encarando desafios. Prática com fome de descobertas, combinando razão e sensibilidade, rigor e criatividade, ciência e arte, conhecimento e ação. Prática que comemora os “achados” do processo de investigação, mas que com ponderação e humildade desconfia desses “achados” e quer avançar sempre mais, valorizando os sujeitos com os quais se relaciona.”

Estes autores nos ajudam a refletir que toda pesquisa tem um direcionamento, uma intenção, um sentido. Então, entender para quê e para quem é a pesquisa realizada faz uma grande diferença, ou seja, condiciona a pensar qual a função social do conhecimento produzido, o resultado social das investigações dos pesquisadores (JUNCÁ&MORAES&SANTOS, 2010: 436; Rubem Alves, 1999).

Logicamente que falar em pesquisa também envolve concepções condicionadas pelas questões concretas de quem pesquisa, visto que sua construção está ligada a prazos, normas, uma obrigação a cumprir, a solidão da escrita, as prioridades a se fazer. Mas compreendemos que tudo isso é inerente ao processo da pesquisa e a mesma não deveria ser recebida como um pesar, mas como privilégio por ser viabilizador de direitos, a depender de qual lado o pesquisador/a está, conforme já dito em linhas supracitadas.

Nessa perspectiva, JUNCÁ&MORAES&SANTOS (2010: 435), ao discutir sobre os desafios que transitam no cotidiano da pesquisa no contexto da formação do Serviço Social, entendem que tal concepção, exercitando ou não um processo de investigação, está relacionada a uma certa elitização ou burocratização da pesquisa ou, ainda pior, o aprisionamento, o enquadramento de uma prática que nasceu para ser ousada, desafiadora, saborosa.

Sendo assim, para elucidar a compreensão do que vem sendo refletido nesse trabalho, fizemos uso do método qualitativo. Para resultado da pesquisa foi utilizado o instrumento de roteiro de Entrevista aberta semiestruturada gravada (APÊNDICES A e B), no qual foram abordadas questões relacionadas à identificação pessoal com nome, religião, orientação sexual, profissão, escolaridade, bairro onde mora, idade e perguntas temáticas que revelam as intersecções das opressões aqui refletidas pelo pertencimento de diversas categorias (raça/cor, identidade de gênero, classe social, orientação sexual, dentre outras).

A escolha do instrumento é justamente pela complexidade do tema, que não se adequa a reflexões nos limites apenas das variáveis. Envolve questões que ultrapassam a dimensão objetiva e do quantitativo, ou seja, não se limita a procedimentos duros e estanques.

“A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.” (MINAYO, 1994: 21).

O instrumento utilizado para pesquisa permite verificar como as entrevistadas construíram suas identidades, a partir do gênero, sexualidade, raça e classe social, tendo essas dimensões como referências importantes para suas práticas políticas e ideológicas, cujas perguntas temáticas foram importantes para orientar as entrevistas.

A escolha das entrevistadas teve como base critérios qualitativos, cujo direcionamento reconhece as mulheres transexuais como protagonistas da sua própria realidade, da sua história, sobretudo, no tocante às conquistas alcançadas em tempos e espaços diversos de lutas; e a existência de profissionais ainda sensíveis às questões das pessoas trans, que não imputam valores e crenças morais em seu fazer profissional.

A autorização para realização da pesquisa foi imediata, em contato feito inicialmente por telefone. Acredita-se que a principal razão para aceitação por todas as partes envolvidas seja a insuficiência da produção voltada para esse tema, sobretudo, na escola

de origem da pesquisadora, além da compreensão de que se trata de uma discussão inerente à vida particular de uma entrevistadas e parte da trajetória profissional da outra.

Nesse sentido, compreende-se que a pesquisa contribui para elasticidade do tema de modo a ampliar a visibilidade de demandas gritantes, porém, muitas vezes ignoradas por parte do Poder Público, da sociedade, das instituições, sobretudo, de saúde.

As entrevistadas não apresentaram desinteresse em ter seus nomes revelados. Até porque, demonstraram que o nome, ou melhor, o nome social, é usado como um posicionamento político e ideológico. Configura-se como construção de identidade que demarca a sua existência. Manter os nomes é uma questão de reconhecimento da sua dignidade humana.

Foram realizadas 05 (cinco) perguntas para Millena Passos, e 06 (seis) para Guida França. O quantitativo das perguntas não tem nenhuma relação com as sujeitas sociais envolvidas. A intenção maior foi otimizar o tempo de todas as partes, considerando as demandas diversas. Utilizou-se o Termo de Consentimento para fins do uso da pesquisa científica e publicação dos resultados em eventos relacionados à temática nos momentos e espaços oportunos.

As perguntas não foram divergentes, em sua maioria, para ambas as entrevistadas, visto que pretendeu-se analisar os olhares, por um lado de quem é usuária dos serviços e que também tenciona as esferas de governo municipal, estadual e nacional para efetivação dos mesmos, e por outro, quem os promove no âmbito do SUS numa perspectiva da gestão participativa e mais sensível às diversidades de público existente.

3.2: APRESENTANDO OS RESULTADOS DA PESQUISA:

A análise dos resultados leva em consideração as perguntas realizadas nas duas entrevistas. Elas se configuram como o que Minayo (1994: 27) chama de ciclo da pesquisa porque nelas não se fecha toda a pesquisa, visto que o conhecimento aqui refletido provoca mais questões que incitam maior aprofundamento. As respostas, que também não são fechadas, sugerem uma discussão ainda mais ampliada e que seja levada para espaços que ultrapassem os muros da academia.

É importante salientar que, embora tenha dito em capítulo anterior que a definição do tema não foi um dilema considerando a aproximação com o mesmo em campo de estágio, não significa que analisar os resultados encontrados seja tarefa fácil e/ou que é possível obter uma conclusão aparentemente óbvia.

Romeu Gomes (1994: 68) citando Minayo (1992), elucida a questão:

“[...]é uma *ilusão do pesquisador* ver as conclusões, à primeira vista, como “transparentes”, ou seja, pensar que a realidade dos dados, logo de início se apresenta de forma nítida a seus olhos. Quanto maior for a familiaridade que o pesquisador tenha em relação aquilo que está pesquisando, maior poderá ser sua ilusão de que os resultados sejam óbvios numa primeira visão.”

Minayo entende que essa ilusão se configura como um primeiro obstáculo para uma análise eficiente dos dados. Chama a atenção para que o pesquisador ultrapasse o óbvio e não caia na armadilha de simplificar os resultados encontrados para não realizar conclusões superficiais ou equivocadas.

Contudo, os resultados encontrados confirmam os pressupostos levantados, seja com base em Relatório concedido por uma das entrevistadas, como, principalmente, nas entrevistas realizadas.

Esse Relatório se trata do Dossiê: mortes de trans na Bahia no período de 2015-2017 (ANEXO 1), dados recentes levantados pelo Grupo Gay da Bahia – GGB e a Associação Nacional de Travestis e Transexuais – ATRAS e que foi entregue por Millena Passos, uma das entrevistadas, ao governo do Estado da Bahia, demonstrando a sua atuação e representação política junto ao Poder Público.

No Dossiê há dados preocupantes de violências sofridas pelas pessoas trans e travestis no Estado da Bahia e imagens fortes que aqui optou-se por não inserir por entender que os dados por si só já expressam tamanha brutalidade. O Documento original está em formato PDF, sendo aqui anexado como tabela construída pela pesquisadora para nível de melhor visualização dos dados, sem comprometer a ordem original das informações.

Inicialmente se apresenta o perfil das entrevistadas, a qual uma é ativista do Movimento Negro LGBT, representatividade do segmento trans em espaços de decisão do governo baiano e a nível nacional; e a outra é profissional de saúde que em determinado período da sua trajetória profissional, atuou ativamente em favor da população LGBT no âmbito da gestão estadual de saúde, em Salvador.

Seguindo o roteiro, é realizada a aplicação da entrevista aberta, semiestruturada, com as gravações no intuito de otimizar o tempo das entrevistadas e aproveitar o máximo possível as informações compartilhadas.

Por se tratar de perguntas, em sua maioria, iguais para ambas as entrevistadas, em alguns momentos a análise dos dados serão cruzados, não para nível de comparação, mas sim, demonstrar que muitas vezes os posicionamentos se assemelham, visto se tratar de sujeitas sociais atuantes na história de lutas por acesso a direitos para pessoas trans e travestis, comungando do ativismo político em tempos e espaços por vezes simultâneos.

Logo, as categorias de análise são muito próximas em ambas as falas, bem como o entendimento de que o racismo, transfobia e tantas outras formas de opressões direcionadas às mulheres trans negras são implicadoras para suas condições de vida e saúde. Sobre categorias, GOMES (1994: 70), esclarece que:

“[...]em geral, se refere a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si. [...] nesse sentido, trabalhar com elas significa agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso.”

Feitas essas considerações, segue o perfil das entrevistadas e logo após a análise dos resultados.

Primeira entrevista: Guida Maria - Sua entrevista foi concedida em 05 de fevereiro de 2018, no apartamento do seu pai, no bairro do Garcia, com duração de 1:30h (uma hora e trinta minutos). Reside no bairro do Rio Vermelho, em Salvador. A sua relação com a pesquisadora data do período que essa última foi privilegiada com a sua Supervisão no âmbito do estágio não-obrigatório, cuja aproximação ultrapassou os muros institucionais, se tornando muito especial por tantas trocas de aprendizado. Assistente

Social, formada pela Universidade Católica do Salvador – UCSAL, Guida França, assim ela prefere ser chamada, atuou na Área Técnica de Saúde Integral LGBT no período desde o seu surgimento ao ano de 2017, na Secretaria de Saúde da Bahia. Tem 56 anos de idade, declara que sua religião é atitude de vida, é a ética, o respeito ao próximo, é um ato de fé recíproco entre as pessoas.

Segunda entrevistada: Millena Passos- A entrevista foi concedida em 06 de fevereiro, no âmbito do seu trabalho, com duração de 40 minutos. Ela se autodeclara mulher negra trans. Tem 39 anos, segundo grau completo, trabalha em uma Secretaria de governo, se orgulha por ser a única mulher trans no Brasil que ocupa esse espaço, mora no bairro Engomadeira, em Salvador. Ela foi uma das mulheres trans que a pesquisadora teve o privilégio de conhecer quando participou de alguns encontros em atividades do estágio não-obrigatório.

Um marcador importante que chama a atenção no momento de identificação pessoal de Millena Passos é sobre o território, bairro onde mora. A entrevistada revela preocupação por se tratar de um lugar que, segundo ela, estar inserido no Cabula e este último *vem se elitizando com a construção de “arranhas céus” de prédios e todas as questões de violência são atribuídas à comunidade qual reside*. Entende que *se trata de um bairro negro, quilombola, que tudo que acontece naquela região diz que foi lá e nem sempre foi lá, né. lá moram pessoas de bem*.

Sobre essa forma de organização da cidade de Salvador, há décadas atrás já chamava a atenção de Milton Santos (1959) essa característica, tornando-se um fato que despertou sua curiosidade e, portanto, seu objeto de estudo.

“Alguns fatos nos despertaram a atenção no centro da cidade de Salvador. Inicialmente sua repartição em dois andares: uma cidade alta e uma cidade baixa e em ambas a presença de paisagens contrastantes. Há edifícios novos, arranha-céus, em uma vizinhança e intimidade com velhos palácios e casas degradadas (pág. 26).”

Em outro contexto, Milton Santos (1977), argumenta que,

“cada forma geográfica é representativa de um modo de produção ou de um dos seus momentos. A história dos modos de produção é também, e sob esse aspecto preciso, a história de sucessão das formas criadas a seu serviço (pág. 88). [...]o espaço não é uma simples tela de fundo inerte e neutra.”

Nesse sentido, para além do aspecto de organização do espaço, interpretamos a fala de Millena Passos como uma denúncia da disparidade espacial que afeta diretamente a comunidade da Engomadeira, em sua maioria, pobre e negra. Entende-se que a forma como o território vem sendo organizado se configura como definidor de estigmas e, conseqüentemente marginalização e criminalização de uma determinada população.

Lélia Gonzalez (1984) se referindo à reinterpretação da teoria do “lugar natural” de Aristóteles, chamou essa realidade de divisão racial do espaço por entender que no Brasil há o lugar natural do grupo branco dominante e o lugar natural do negro. Sobre o lugar do dominante, ela compreende que,

[...] desde a época colonial aos dias de hoje, percebe-se uma evidente separação quanto ao espaço físico ocupado por dominadores e dominados. O lugar natural do grupo branco dominante são moradias saudáveis, situadas nos mais belos recantos da cidade ou do campo e devidamente protegidas por diferentes formas de policiamento que vão desde os feitores, capitães do mato, etc, até à polícia formalmente constituída. Desde a casa grande e do sobrado até os belos edifícios e residências atuais, o critério sem sido o mesmo (pág. 232).

Na contramão desses privilégios, a autora descreve o lugar natural do negro:

[...] é o oposto, evidentemente. Da senzala, às favelas, cortiços, invasões, alagados e conjuntos “habitacionais” (...) dos dias de hoje, o critério tem sido sinceramente o mesmo: a divisão racial do espaço (..) Aqui também se tem a presença policial, só que não é para proteger, mas para reprimir, violentar e amedrontar (pág. 232).

Depois da identificação pessoal, Millena Passos foi perguntada sobre **as principais demandas de saúde de uma mulher transexual e o que falta no âmbito do SUS para atendê-las?**

Ela considera que *é o nome social muito importante* nesse aspecto. *Recordo-me que na época do Ministro Temporão¹⁴ (José Gomes Temporão), a nível nacional essa pauta teve atenção. Quanto à Bahia, temos as portarias de Educação 120, nacionalmente a 675, 1820 e o processo transexualizador do sus.*

¹⁴ Médico Sanitarista, foi Ministro da Saúde durante o mandato do Governo Lula, empossado em março de 2007 e sucedido em 01/01/2011. Considerado apoiador na defesa dos direitos da população trans.

Millena se refere às bases legais para uso do nome social por pessoas travestis e transexuais no âmbito da Educação e em relação ao âmbito da Saúde a Portaria 675 que no ano de 2009 foi revogada e substituída pela Portaria 1820, que prevê o uso do nome social por pacientes atendidos/as, sem especificar qualquer segmento LGBT.

Para ela, o uso do nome social expressa um instrumento importante de efetivação das políticas públicas. No entanto ainda há uma deficiência no âmbito do SUS para a devida efetivação desse direito, tanto do ponto de vista da formação/capacitação de profissionais quanto da realidade de que esses imputam valores moralistas à sua prática profissional, violando assim o acesso integral e equânime à saúde. Ela diz:

é importante que as políticas sejam efetivadas. e para ser efetiva precisa de capacitação continuada dos profissionais que muitas vezes tem a questão da religião. Se utilizam da religião para implantar o machismo, racismo, sexismo, LGBTfobia naqueles espaços de saúde, entendeu?

O nome social não deve, portanto, ser ocultado, visto que tal ocultação “significa permanecer na invisibilidade e no silenciamento, não reconhecendo que o direito à diferença e ao tratamento diferente são critérios primordiais na garantia de equidade de direitos” (ALVES; SILVA; MOREIRA, 2016: 333).

Fica latente o entendimento de que respeitar o uso do nome social é reconhecer a dignidade humana das pessoas transexuais e travestis. É compreender que não atender essa dimensão, é violar o direito da pessoa ser chamada e entendida a partir da identidade que contrapõe as imposições do sistema heteronormativo. É ferir, portanto, seu direito de viver dignamente.

Millena se demonstra orgulhosa quando informa que esses instrumentos legais que fundamentam e legitimam o uso do nome social teve sua contribuição quando promoveu o Simpósio Nacional, no período 2012/2013 para discutir a questão transexual, cuja representatividade no âmbito da política, estava, segundo ela, a Sr^a. Kátia Souto. Foi na época do Governo Lula que as pautas da população LGBT ganhou maior visibilidade no âmbito da Agenda Pública.

Sobre esse momento político do Brasil, Guida França também coloca como favorável porque viabilizou um espaço mínimo para as demandas da população trans:

Bom, acho que é uma série de encontros que o universo, digamos no bom sentido conspira, porque em 2010, acho que com o avanço do governo Lula as políticas sociais e setoriais ganharam visibilidade e foi dado todo um espaço mínimo para isso. A população LGBT, desde que o mundo é mundo está aí mas nunca teve um olhar diferenciado para ela.

Quanto a essa diferença, a Assistente Social elucidada:

Diferenciado no sentido de um olhar que realmente olhasse, que escutasse as suas demandas, que tivesse uma escuta qualificada e que tivesse com vontade de dar um retorno para as necessidades, para as especificidades e singularidades dentro dessa demanda. Então, a primeira conferência que teve nacional LGBT foi exatamente no governo Lula. Isso é uma coisa importantíssima para a gente está resgatando isso na história.

Guida França reitera que *do ponto de vista nacional, estávamos vivendo a efervescência do movimento social, já tinha em Brasília o apoio do Ministério da Saúde, das pessoas que estavam na área técnica, lá era a Kátia Souto que trabalhava com as políticas de equidade e saúde, então ela valorizava esse espaço, ela oportunizou vários encontros não só com os gestores e técnicos mas encontros também colado com o movimento social.*

No tocante o uso do nome social, Guida França, enquanto então Técnica de Referência da Área Técnica da Saúde Integral LGBT, considera que se tratou de uma pauta importante inserida nas discussões naquele espaço em diálogo com representantes do Fórum LGBT, conforme a transcrição abaixo:

[...] Outra coisa importante é a questão do nome social. Acho que essa foi uma pauta importante nos espaços para a ATS LGBT está colocando, e assim acho que duas outras coisas que eu considero um avanço foi a formação, em portaria, ou seja uma coisa oficial do Comitê Técnico Estadual da Saúde Integral LGBT em que foi constituído por meio de diversas diretorias, que tinha um diálogo maior com essa pauta

e com representantes de todos os segmentos, inclusive, escolhidos pelos próprios segmentos”.

Na tentativa de dar conta das demandas da população LGBT, de modo geral, e da população trans, em particular, Guida explica que a participação ativa, política e ideológica dos segmentos em questão no Comitê Técnico da Saúde Integral LGBT é de suma importância, ou seja, o controle social por parte da sociedade civil organizada. Ela relata:

Então solicitamos ao Fórum que indicasse entre os seus próprios pares. Então as mulheres trans tinha lá seu segmento. Não fizemos por raça porque ali não era o nosso objetivo. Então tinha reuniões abertas, reuniões com ATAS, e a maioria das reuniões nossa foram mais de trinta pessoas e isso para um comitê técnico, nas condições nossas, isso é uma vitória muito grande, muito importante e eu acho que a discussão para a construção do ambulatório. Não foi fácil, muitas discussões, muitas demandas inclusive para identificar as pessoas quais iríamos trabalhar, porque não é só a questão da instalação física, mas um dos maiores desafios era encontrar profissionais que quisessem trabalhar com essa temática, em particular e de uma forma muito respeitosa era a questão mesmo da categoria médica. A gente teve muita dificuldade de encontrar profissionais médicos que pudessem assumir essa questão.

Esse relato é bastante significativo por diversos aspectos. Nele podemos perceber que há o reconhecimento no âmbito da gestão de que as políticas públicas precisam ser articuladas junto com a sociedade civil organizada, e nesse caso trata-se da gestão participativa do SUS, respaldada pela Lei 8.142/90.

Outro ponto importante é a questão do lugar de fala, porque é a partir dele, sobretudo, que muitas questões são visibilizadas e escancaradas sem camuflagem. CARDOSO (2014: 966) parafraseando Lélia Gonzales (1983: 225), em outro contexto reafirma:

“O fato é que, enquanto mulher negra, sentimos a necessidade de aprofundar a reflexão, ao invés de continuarmos na repetição e reprodução dos modelos que nos eram oferecidos pelo esforço de investigação das ciências sociais. Os textos só nos falavam da mulher negra numa perspectiva socioeconômica que elucidava uma série de propostos pelas relações raciais. Mas ficava (e ficará) sempre um resto que desafiava as explicações.”

Por isso mesmo, o lugar de fala funciona como um instrumento de resistência, de denúncias, de derrubar um leão a cada segundo vivido e, portanto, aproveitar os espaços

pode ser entendido como uma obrigação, visto que, infelizmente não lhes resta uma alternativa a não ser permanecer de pé, ainda que mediante tantas submissões impostas.

Ainda sobre o relato supracitado de Guida França, por outro lado, é possível inferir no que se refere a tentativa de formação de equipe multiprofissional para atendimento das demandas específicas da população trans, que a indisponibilidade por parte de uma determinada categoria profissional se configura como uma discriminação por orientação sexual e identidade de gênero por sobrepor suas crenças, valores moralistas à necessidade prioritária de preservar a vida.

Demonstra ao mesmo tempo que há profissionais comprometidos com as questões de saúde das mulheres trans, para demarcar o público aqui discutido, mas também resistências que tendem a entender as diversas formas de expressar o gênero como patologia e, portanto, criminaliza a ponto de não se ver atuando em favor dessa vida.

O/a profissional com essa postura, ainda que de forma inconsciente ou não, contribui para que aos poucos – ou de forma acelerada a depender de como elas percebem/recebem essa realidade -, as mulheres trans desfaleçam e são condicionadas, inclusive, a não buscar o atendimento nas instituições de saúde. Sobre isso, Millena Passos diz:

as pessoas trans só buscam o hospital quando já está perto de morrer né. porque a grande maioria não querem está lá por vários fatores né, por várias vulnerabilidades, às vezes por ignorância né, por falta de informação né.

Para Guida França, além da razão acima colocada por Millena Passos sobre os **impedimentos das mulheres trans buscarem o atendimento nas instituições de saúde**, há outros fatores considerados determinantes para tanto. Ela diz:

Acho que o acesso ainda é bastante limitado por diversas questões: desde a estrutura física até a estrutura dos profissionais e a forma operacional das unidades de saúde. Então vamos lá quanto a estrutura física; quando você olha dentro das unidades elas parecem que não são feitas para a população LGBT muito menos para a população trans. Você não encontra um único cartaz, as pessoas elas não se enxergam naquele espaço. Então ninguém frequenta lugar nenhum, seja nas unidades de saúde, seja em outros espaços públicos que não se enxergue.

Na Cartilha “Cuidar bem da saúde de cada um”, do Ministério da Saúde (2016: 8), há uma explicação também interessante nesse aspecto:

“a pouca experiência dos serviços de saúde em relação ao tema da saúde trans constitui uma barreira aos cuidados em saúde desta população.”

Outro aspecto relevante para isso, segundo Guida França, é o horário de funcionamento das instituições de saúde que pressupõem, ao menos no campo das idéias promover saúde e prevenção de doenças, nesse caso as Unidades Básicas de Saúde – UBS.

A outra coisa para as pessoas trans é que tem um certo público, exatamente pela questão da exclusão. elas vivem, como uma questão de sobrevivência, infelizmente o que sobrou para elas foi as ruas porque são tantas portas fechadas que a própria sociedade faz e elas precisam pagar as contas, naturalmente elas precisam pagar aluguel, precisam pagar a luz, precisam se vestir, precisa ter o prazer, fazer o que ela quiser, como qualquer outro cidadão tem esse direito de viver e as unidades funcionam com um horário que não tem absolutamente nada a ver com as vidas das pessoas trans. Então, aquele horário comercial e olhe lá, de 07h ou 08h da manhã até as 12h, mas se você chegar 12:15 já está no horário de almoço aí a trans já não vai e se chegar 15 para as 12 está perto do meio dia e meio dia é folga e no período da tarde, às 17h muitas unidades já não está mais em funcionamento.

Ainda considerando a Cartilha supracitada, o relato da entrevistada dialoga com a análise feita naquele importante instrumento:

“É preciso dar importância às trajetórias de vida dessas pessoas, que passam por intenso sofrimento, depressão, processos de automutilação e até tentativas de suicídio que, na maioria das vezes, estão relacionadas aos diferentes tipos e violências e provações a que foram submetidos(as) pela sociedade ao longo de suas vidas, além da dificuldade de acesso ao Processo Transexualizador.” (pág. 8).

Apesar dessa realidade, a entrevistada pondera que *a culpa não é só dos profissionais. É que as vezes a unidade é tão desassistida que os profissionais são obrigados a sair um pouco mais cedo por causa da sobrevivência deles. Então é uma questão que os profissionais devem resolver junto aos seus órgãos de classe, junto às entidades.*

E a terceira razão para a não busca pelo atendimento, considerada por Guida é que as mulheres trans se resguardam para não passar pelo constrangimento de não ter seu nome social respeitado por profissionais. Ela relata:

[...]Então para ela não passar pelo constrangimento porque você está vendo um nome João na carteira de identidade, o nome dessa pessoa na hora que ela nasceu, mas ela não se identifica, ela não se vê na condição posta, ou seja a identidade de gênero dela é uma identidade feminina, e o temor de ser chamada, então algumas pessoas não respeitam. Existem muitos relatos que a pessoa diz meu nome está x na minha carteira, mas eu me considero, me identifico com esse nome e gostaria que fosse chamada de y. E aí a pessoa, mesmo com essa informação, de uma forma desumana, chama a pessoa pelo nome que está no registro.

Essa realidade compromete muito a saúde das mulheres trans. Guida continua:

O temor em relação a isso muitas vezes afeta o acesso à saúde porque muitas pessoas que sabem que lá vai ser chamada pelo nome a pessoa evita e às vezes até com doenças crônicas, doenças importantes que precisam de atenção, e as pessoas acabam evitando de buscar o atendimento.

Segundo a Cartilha do Ministério da Saúde (2016: 9), a identificação do nome social é um direito garantido pelo SUS desde 2009 pela Carta de Direitos dos Usuários do SUS, por meio da Portaria 1.820/2009, já citada no decorrer das nossas reflexões. Por isso, reitera a Cartilha, “independente do registro civil ou de decisão judicial, é direito do(a) usuário(a) do SUS ser identificado(a) e atendido(a) nas unidades de saúde pelo nome da sua preferência.”

Guida França sugere alternativas para amenizar o quadro de desrespeito a esse direito que, segundo ela, funciona com alguns profissionais:

Eu tenho convicção, que na sua imensa maioria, se o profissional de saúde disser eu conheço pouco sobre pessoas trans ou no processo de escuta da queixa, dor de ouvido, torcicolo, por exemplo, eu não preciso está deslocando sobre a vida dessa pessoa. Essa é uma primeira coisa. E o fato dessa pessoa ter uma orientação sexual não heterossexual, e aí a pessoa mandar todas as pessoas para um grupo com DST/AIDS. Aí vem aquela relação: se não é heterossexual tem a ver com a questão de DST/AIDS. Então essa visão que afeta até a saúde mental. Então o profissional perde a

oportunidade de está crescendo e aprendendo junto com a outra pessoa, porque assim, o processo de atendimento é um processo de troca se a pessoa permitir. Porque tem o conhecimento teórico, o científico, mas o conhecimento da vida está no conhecimento do usuário e se você souber abordar essa pessoa, se ela der oportunidade de ela falar quais são as razões que leva ela está lá, de forma o profissional ali pode está ajudando?

Na Cartilha se destaca a seguinte orientação:

“profissional de saúde, respeite o nome social impresso no Cartão do SUS e, na dúvida, pergunte como ela (para travestis e mulheres transexuais) ou ele (para homens trans) gostaria de ser chamado(a)” (pág. 10).

Outra demanda apresentada por Millena como específica é a questão da hormonioterapia, o uso do silicone. Para ela *“seria muito mais fácil o SUS poder garantir essas modificações do que as pessoas trans se medicar por conta própria porque no futuro tem câncer, várias rejeições, a questão do uso do silicone, então existe vários fatores que leva ao SUS gastar muito mais do que dar esse andamento. a questão da recuperação é mais caro.*

Levando em consideração a Cartilha, esclarece que uma das especificidades em saúde desta população refere-se às questões relacionadas às modificações corporais, seja pela demanda por tais procedimentos ou pela necessidade de lidar com problemas causados por eles. O relato acima é um dos exemplos desses problemas. Na Cartilha fala-se do uso das bombadeiras como alternativa clandestina para modificação do corpo.

Compreende-se que essa atitude, ao mesmo tempo que é preocupante do ponto de vista clínico, porque é uma auto violência do corpo que o expõe inclusive à morte, por outro, é uma forma de transformação do mesmo como afirmação da sexualidade, da sua feminilidade, ainda que envolvendo alguns riscos.

Com a preocupação de amenizar as demandas específicas de saúde, é que nessa Cartilha também há recomendações para que Travestis e mulheres transexuais, mesmo quando já realizaram modificações corporais e/ou cirurgias de redesignação sexual, têm indicação de realizar exames para prevenção de câncer de próstata.

Outras questões que acometem a saúde das mulheres trans trazidas por ambas as entrevistadas são as doenças crônicas. Em seus relatos, reiteram o o que foi abordado na Cartilha “Cuidar bem da saúde de cada um”:

“Quando se fala da saúde das travestis, das mulheres transexuais e dos homens trans, é comum que venham à mente questões relacionadas às práticas sexuais, tais como HIV/AIDS/Hepatites Virais. No entanto, a sexualidade é apenas um dos aspectos da vida e da saúde dessa população. É importante lembrar que estas pessoas são também acometidas por outras enfermidades como viroses, diabetes, hipertensão, entre outras.” (CARTILHA, 2016: pág. 13)

Nesse aspecto, percebe-se a importância de profissionais e usuárias receberem orientação para o atendimento profissional e institucional de transexuais, o que cabe também para travestis, embora não seja o recorte nessa discussão. Essas orientações precisam atender a demanda supracitada, visto que muitas mulheres trans são condicionadas a automutilação do corpo por conta das diversas formas de opressões sofridas simultaneamente, conforme já dito em capítulos anteriores.

É muito importante que uma cultura de respeito à diversidade e às expressões de gênero sejam reconhecidas de acordo com a sua identidade de gênero. Há questões ainda não resolvidas no âmbito das instituições de saúde, como por exemplo, o uso do banheiro designado para a sua identidade de gênero. Então, são muitas as demandas que ultrapassam os processos pré e pós-operatórios.

Para que essa cultura de respeito seja realmente efetivada, um dos instrumentos usados por mulheres trans é a atuação em diversos espaços de privilégio para tomada de decisões importantes para suas vidas. Millena Passos diz que *em vários espaços o segmento trans representa. A grande questão é ter trans no mercado de trabalho. só tem eu no âmbito do Estado. Ainda precisamos de pessoas trans em vários espaços, não que seja ruim as pessoas trans se prostituírem, mas elas precisam ter o direito de fazer as escolhas de está onde elas quiserem, trabalhar onde quiserem, onde tiver espaço, entendeu? eu estou aqui nesse ambiente de trabalho não por pena mas pela minha capacidade. Não temos que ser excluídas.*

A realidade de não acesso ao mercado de trabalho formal é um dos determinantes para as condições de vida e saúde das mulheres transexuais. Elas dependem muitas vezes de iniciativas pontuais por parte de poucas empresas ainda abertas para ter em seu quadro de profissionais uma pessoa trans.

Falando um pouco do espaço sócio ocupacional vivenciado por Guida França, desse lugar de fala, ela considera que a existência da Área Técnica de Saúde Integral LGBT, do ponto de vista da gestão, trouxe contribuições consideráveis para as mulheres trans,

visto que através dela foi criado o Comitê Técnico da Saúde Integral LGBT, que conforme já foi dito, tem representação dos diversos segmentos LGBT.

Nesse aspecto, podemos inferir que também contribui para reiterar o respeito á cultura da diversidade de gênero. Ela considera que o fato da Diretora, qual se refere com muito carinho e apreço, *ter vontade política para priorizar as demandas da população trans, ainda que nos limites institucionais, como a falta de recursos para encaminhamentos importantes*, para citar um exemplo, já é um ponto positivo.

Guida França relata que na condição de então profissional dentro da SESAB considera que *a ATS LGBT foi um avanço importante, primeiro porque desde quando a gente é gente a secretaria existe e essa população também existe. Agora formar, ter uma pessoa para pensar sobre estas questões: por exemplo falar sobre a mulher, mas não fala da mulher lésbica, sobre a mulher trans, população em situação de rua, você tem mas você não lembra sobre a orientação sexual, enfim. Falar sobre todas as questões de orientação sexual e sobre todas as questões que essa população vive. A saúde mental mesmo: o que é falar sobre a questão da orientação sexual e como pode interferir na questão da saúde mental? E desde quando o mundo é mundo se discute a questão da saúde mental. Então acho que fazer a interface de uma área técnica com a política de saúde LGBT nunca teve. Acho que a gente teve alguns poucos, foram alguns pequenos mas nós tivemos dentro da própria diretoria a costura dessa pauta, porque a diretoria costurava todas as áreas técnicas. Na época eram 19, 2011 era isso.*

Na análise da profissional, a existência da ATS LGBT ressalta a *perspectiva inter e intra institucional da temática*. Segue sua fala:

A outra coisa foi a possibilidade das pessoas falarem de um tema considerado tabu. Até porque não era só um trabalho externo, era um trabalho interno, era uma costura. Foi um avanço porque colocou a temática numa perspectiva interinstitucional e de forma intrainstitucional. Então envolvia várias questões até de desabafos que as pessoas colocavam de dentro da família que não sabia como lidar, pessoas que falavam sobre suas vidas.

A relevância desse relato, na nossa avaliação, está, sobretudo, na capacidade que a população LGBT, de um modo geral, e das mulheres trans negras, em particular, de afirmar a sua identidade nos mais diversos espaços, tornando-se, muitas vezes inspiração para aquelas e aqueles ainda reprimidos/as pelas ações e olhares de discriminação, de imposição dominante. Demonstra que apesar dos riscos aos quais se expõem, a luta por sobrevivência é sempre uma prioridade.

Solicitada a falar um pouco do contexto qual nasce a ATS LGBT, ela diz que surge em um contexto político brasileiro favorável, ainda que minimamente às demandas dos grupos que vivem em condição de desigualdades históricas, ressaltando como relevantes para sua existência e fluidez de funcionamento os ainda gestores daquele lugar.

a área técnica foi formalizada em Janeiro de 2003 por um convite da atual diretora, ela permanece lá, apesar de que já teve várias mudanças de gestão. Estamos finalizando a gestão 2018 mas essa gestão qual me refiro é desde 2014, na gestão de Jorge Solla no governo de Jaques Vagner. Então essa área técnica foi criada na segunda gestão de Jaques Vagner e que Liliane já estava à frente. Mas tem muito a questão da sensibilidade dela no ato. [...] foi no momento em que estávamos construindo na Bahia o Plano Bahia sem homofobia, era um plano importante em todas as secretarias porque essa questão da homofobia era um processo que inviabiliza a questão de todas as lutas da população LGBT.

Seu relato continua...

[...]E nesse processo eu fui conhecendo as outras pessoas e fui também, digamos assim me aproximando das questões da saúde e aí eu fui me apropriando porque também a secretaria não era pautada em relação a isso, era um assunto novo para nós e assim, Liliane Mascarenhas é uma pessoa que não dá para falar de área técnica sem o papel dela porque não existe política se não tiver pessoas que execute a política.

Naquele período Guida França diz que a falta de recurso era gritante, mas por ter gestores como a Diretora e o Coordenador da ATS LGBT, Antônio da Purificação, mencionado por ela, comprometidos político e ideologicamente com as questões da população, o trabalho funcionava nesses limites. Ela relata que

[...]a política, o que é lamentável nunca teve recurso, dinheiro. Porque para colocar uma política pública na execução precisa ter dinheiro. Nós não tínhamos dinheiro, mas conseguimos andar muito pela boa vontade, muitas vezes pelo contrário, muitos técnicos colocavam dinheiro do seu bolso para as coisas acontecerem. Mas aí era uma contribuição também cidadã, que para quem acredita eu acho que é uma troca que o universo vai dando também, não que eu ache que o caminho é esse mas acho que cada pessoa pode analisar se quer ou não quer. Não me era pedido isso, mas algumas vezes eu coloquei do meu próprio bolso para está nos espaços, desde quando a instituição dizia não tenho dinheiro para pagar, mas libero você para participar. Se me liberava já era uma coisa importante.

No tocante o olhar das entrevistadas quanto **a inclusão dos quesitos raça/cor, orientação sexual e identidade de gênero nos instrumentos de trabalho das instituições de saúde**, elas entendem que é de suma importância, visto que *demarca uma realidade, uma especificidade viabilizadora de formulação de políticas públicas específicas* (Millena Passos, 2018).

Sobre essa questão, Guida França que é *totalmente a favor porque não dá para traçar uma política sem conhecer quem é a população qual será atendida. E essa inclusão era para ontem. Quer dizer, uma coisa aparentemente simples, já se fala há séculos e mais séculos sobre a importância disso, já tem várias reclamações em relação a isso mas a gente não avança. Inclusive para conhecer as doenças prevalentes populacionais isso é fundamental. É importante inserir para questão de doenças, para medicação, para ver o perfil. Então toda essa parte de promoção e prevenção, nessa perspectiva de saúde ligada a qualidade de vida, na perspectiva de um olhar de saúde pública mesmo e que a gente não tem em função disso* (da discriminação, Transfobia, Racismo).

Para além da dimensão clínica, elas compreendem que a inclusão desses termos expressa uma luta ideológica no âmbito da política de saúde *porque quando você traz esses elementos é na intenção de dar visibilidade a uma população que para os detentores do poder, não é importante. Ela ia saltar* (Guida França, 2018).

Mediante esses resultados, compreendemos ainda mais que a pauta em questão é muito relevante. Pensar a saúde das mulheres trans negras perpassa por ressignificar a concepção de saúde restrita à doença em si. Percebe-se que o nome social é uma dimensão subjetiva que interfere – e muito –, nas condições de vida e saúde dessa população e uma formação de qualidade, discutida numa perspectiva macro, considerando todos os contextos relatados são de suma relevância.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS?

Essa breve reflexão objetivou fazer o levantamento bibliográfico da realidade de violências sofridas pela população transexual, em particular por mulheres trans negras, compreendendo os crimes de transfobia e racismo como principais implicadores na saúde desse público no âmbito do SUS.

Partindo desse pressuposto, os resultados tanto das pesquisas bibliográfica quanto de campo demonstram que as formas de violência (física, verbal, sexual e psicológica), se expressam nas relações interpessoais, no âmbito familiar, na rede de amigos/as, e institucionais, nas escolas, igrejas, que constituem uma rede articulada para promover a discriminação, a transfobia, ou seja, as opressões são manifestadas de forma simultânea a partir dos diversos marcadores sociais

No tocante às diversas faces da violência, ressalta-se a do tipo física com uso de instrumentos que ceifam mais rapidamente as vidas das pessoas trans, a exemplo da arma de fogo, numa perspectiva de atender os padrões dominantes, como castigo, disciplina, coerção, controle do corpo e mente alheio.

Observa-se a transfobia e o racismo como fortes implicadores para a saúde das pessoas mulheres trans negras, sobretudo, á saúde mental, visto que a recorrente vivência com a discriminação obstaculiza, inclusive, a busca por atendimento nas instituições de saúde, realidade que não difere em relação às demais políticas e serviços.

A dimensão subjetiva é ferida a todo momento. Não há respeito. Não há efetivação das políticas nas vidas dessa população integralmente, é sempre parcial e/ou inexistente. O

ódio da sociedade heteronormativa demonstra a dificuldade de compreender que não há um destino moralmente superior ou inferior para ser e estar no mundo.

A população transexual é condicionada, pelos padrões dominantes, a estar em situação de vulnerabilidade e sofrer as diversas formas de violências. No âmbito da saúde, compreende-se essa realidade avassaladora, visto ser o lugar estratégico para atender um dos aspectos significativos para as vidas das pessoas trans, que é o processo transexualizador - embora nem todas as pessoas trans deseje a redesignação sexual, como um dos passos desse processo.

Nesse sentido, este trabalho demonstra os desafios postos para os/as profissionais de saúde e, em particular, para Assistentes Sociais, no sentido de contrapor as imposições estruturais dessa sociedade machista, racista, lgbtfóbica, transfóbica, que somado aos valores morais e religiosos, influenciam o fazer profissional.

Compreende-se que algumas das alternativas para amenizar a dor, sofrimento das mulheres trans negras, no que diz respeito à linha de cuidado para a atenção integral à saúde perpassam pela receptividade, acolhimento, notificação e articulação em rede/setores/movimentos sociais, de modo que resulte no atendimento às suas demandas específicas.

Reflete-se que as práticas profissionais devem estar articuladas com a realidade e demandas desse público, de modo a valorizar e compreender as singularidades das diversas formas de expressão sexual e identidade de gêneros, ainda que, considerando as limitações inerentes à lógica de uma sociedade pautada na norma do binarismo, que não reconhece a diversidade sexual como legítima e importante.

Conforme apontado nos resultados da pesquisa, essas sugestões só são possíveis quando do interesse, vontade política de quem exerce o SUS no seu cotidiano. E isso perpassa pela formação, capacitação continuada voltada para essa temática, como uma das possibilidades de amenizar tantas violências objetivas e subjetivas que acometem as vidas das mulheres trans negras.

Infelizmente o que foi aqui traçado, apesar dos tímidos avanços trazidos para a população, demonstra que ainda há muito o que discutir e fazer para alcance da efetivação plena dos direitos dessas mulheres.

Ao tempo que discorrer essas linhas é uma alegria, considerando a fala de bell hooks (1995: 478) que “quando o trabalho intelectual surge de uma preocupação com a mudança social e política radical, quando esse trabalho é dirigido para as necessidades das pessoas, nos põe numa solidariedade e comunidade maiores. Enaltece fundamentalmente a vida.”, é também uma tristeza porque, ainda citando a autora:

“[...] leva ao confronto com duras realidades. Pode nos lembrar que a dominação e a opressão continuam a moldar as vidas de todos, sobretudo, das pessoas negras e mestiças.”

Logicamente, aqui não se esgota o debate, visto que a complexidade do tema e a deficiência social das pessoas e instituições ainda não nos permite descansar. No entanto, ainda considerando os resultados encontrados, é possível ter esperança por dias melhores, na medida que mais intelectuais contribuam para a elasticidade do tema, mulheres trans, antes de serem tombadas, e profissionais comprometidos/as com as vidas desse público, tenham a oportunidade de visibilizar ainda mais as suas demandas nessa sociedade moralista, porém sem tanta moral.

REFERÊNCIAS

ALVES, Claudio Eduardo Resende; SILVA, Guilherme Freitas; MOREIRA, Maria Ignez Costa. **A política do uso do nome social por travestis e transexuais em escolas municipais de Belo Horizonte: uma pesquisa documental.** Pesquisas e Práticas Psicossociais, 11 (2), São João Del Rei, julho a dezembro de 2016. Disponível <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v11n2/05.pdf>>. Acesso em 25/04/2018;

ARÁN, Márcia. **Transexualidade e políticas de saúde pública no Brasil.** Fazendo Gênero 8 - corpo, violência e poder. Florianópolis, de 25 a 28 de agosto de 2008. Acessado em 07/02/2018. Disponível em <http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST40/Marcia_Aran_40.pdf>;

ARÁN, Márcia; MURTA, Daniela; LIONÇO, Tatiana. **Transexualidade e saúde pública no Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, 14(4):1141-1149, 2009;

BENTO, Berenice; PELÚCIO, Larissa. **Despatologização do Gênero: a politização das identidades abjetas.** Estudos Feministas, Florianópolis, 20(2): maio-agosto/2012, pág 569-581;

BRASIL. **Código de Ética do/da Assistente Social.** Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. - 10ª. ed. rev. e atual. - [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, [2012];

———. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. - Brasília: CONASS, 2011. Disponível em <file:///C:/Users/Gilmara%20Silva/Downloads/Cole%C3%A7%C3%A3o%20CONASS_%20para%20entender%20a%20Gestao%20do%20SUS_Volume%201.pdf>. Acesso em Novembro de 2017;

———. DECRETO Nº 8727 de 28 de Abril de 2016. Nome Social. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/D8727.htm>. Acesso em 11/03/2018;

———. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização.** – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 242 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS ; v. 1). Disponível em [file:///C:/Users/Shaira%20Cristal/Downloads/cadernos%20humanizaSUS%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Shaira%20Cristal/Downloads/cadernos%20humanizaSUS%20(1).pdf) . Acesso em 01 de Agosto de 2017;

———. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.. Departamento de Apoio à Gestão Participativa . **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais** - Brasília: 1.ed., 1. reimpr. - Ministério da Saúde, 2013. 32 p.:il.;

———. Ministério da Saúde. PORTARIA N.º 2.803 de 19 de Novembro de 2013. Disponível em

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html. Acesso em 04/04/2018;

———. Ministério da Saúde. CUIDAR BEM DA SAÚDE DE CADA UM FAZ BEM PARA TODOS FAZ BEM PARA O BRASIL. Atenção Integral á Saúde da população trans. Conteúdo para profissionais de saúde/trabalhadores do SUS. Brasília, 2016.

Disponível em

<<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/fevereiro/18/CARTILHA-Equidade-10x15cm.pdf>>. Acesso em 25/04/2018;

———. Secretaria de Direitos Humanos. Relatório sobre violência homofóbica no Brasil: ano de 2011. Priscila Pinto Calaf, Gustavo Carvalho Bernardes e Gabriel dos Santos Rocha (organizadores). - Brasília, DF, 2012;

———. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Anais da Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais - GLBT: Direitos Humanos e Políticas Públicas: o caminho para garantir a cidadania GLBT. Brasília, DF, 2008.

Acesso em 23 de Janeiro de 2017. Disponível em

<<http://www.sdh.gov.br/sobre/participacao-social/cncd-lgbt/conferencias/anais-1a-conferencia-nacional-lgbt-2>>;

———. Secretaria Especial de Direitos Humanos do Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos. Relatório de Violência Homofóbica no Brasil: 2013. Brasília, 2016. Acesso em 05 de Fevereiro de 2018. Disponível em

<<http://www.sdh.gov.br/assuntos/lgbt/dados-estatisticos/Relatorio2013.pdf>>;

———. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Ministério da Saúde, 1986.

Disponível em

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf>. Acesso em 20/10/2017;

BUSS, Paulo Marchiori; FILHO, Alberto Pellegrini. **A saúde e seus determinantes sociais**. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007;

CARDOSO, Cláudia Pons. **Outras falas. Feminismos na perspectiva de mulheres negras brasileiras**. Salvador, 2012;

CARDOSO, Cláudia Pons. **Amefricanizando o Feminismo: o pensamento de Lélia Gonzalez**. Estudos Feministas, Florianópolis, 22(3): 320, setembro-dezembro/2014;

CLEMENTE, Márcia da Silva. **As políticas afirmativas de educação superior no Brasil: um estudo sobre as formas de acietação/negação do negro e da negra na Universidade do Estado da Bahia-UNEB**. Recife, 2005;

CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativas ao gênero. Estudos Feministas, University of California, Los Angeles, 2002;

DESLANDES, Suely Ferreira. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade** / Suely Ferreira Deslandes, Otavio Cruz Neto, Romeu Gomes; Maria Cecilia de Souza Minayo (organizadora). – Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. Disponível em <

<https://wp.ufpel.edu.br/franciscovargas/files/2012/11/pesquisa-social.pdf>>. Acesso em 20/04/2018;

Entrevista de Jairnilson Paim concedida à Revista do Instituto Humanita Unisinos, 2011. Disponível em <<http://www.ihuonline.unisinos.br/artigo/4120-jairnilson-paim-1>>. Acesso em 28 Junho 2017;

FALEIROS, Vicente de Paula. **Estratégias em Serviço Social**, 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999. p. 43-66. Capítulo III. O paradigma da correlação de forças: uma proposta de formulação teórico-prática;

GONZALEZ, Lélia. **Racismo e sexismo na cultura brasileira**. Revista Ciências Sociais Hoje, Anpocs, 1984, p. 223-244. Disponível em <file:///C:/Users/luluzinha123/Downloads/Racismo_e_Sexismo_na_Cultura_Brasileira.pdf>. Acesso em 25/04/2018;

Guaranha, Camila. **O desafio da Equidade e da Integralidade: Travestilidades e Transexualidades no Sistema Único de Saúde**. UFRGS, Porto Alegre, 2014. Disponível em <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/115052/000956446.pdf?sequence=1>>. Acesso em 31 de julho de 2017.

hooks, bell. **Intelectuais Negras**. Estudos Feministas. N2/95;

JESUS, Jaqueline Gomes de. **Orientações sobre a população transgênero: conceitos e termos**. Brasília: Autor, 2012. Disponível em <https://www.sertao.ufg.br/up/16/o/ORIENTA%C3%87%C3%95ES_POPULA%C3%87%C3%83O_TRANS.pdf?1334065989>. Acesso em 09-11-2017.

JUNCÁ, Denise Chrysóstomo de Moura; MORAES, Carlos Antônio de Souza; SANTOS, Katarine de Sá. **Para quê, para quem e como? Alguns desafios do cotidiano da pesquisa em Serviço Social**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 103, p. 433-452, jul./set. 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n103/a03n103.pdf>>. Acesso em 20/04/2018;

Leal, Isabel Pereira; Pereira, Henrique. **A identidade (homo) sexual e os seus determinantes: Implicações para a saúde**. Análise Psicológica (2005), 3 (XXIII): 315-322. Disponível em <<http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/190/1/AP%2023%283%29%20315-322.pdf>>. Acesso em 23/07/2017;

MIRANDA, Valéria dos Santos Noronha. A interseccionalidade nas políticas de saúde: o desafio do projeto ORUN AIYÊ. Seminário Internacional Enlaçando Gênero, 04 a 06 de setembro, Salvador-BA, 2011;

MUNANGA, Kabengele. **Diversidade, Identidade, Etnicidade e Cidadania**. Movimento - revista de educação - n°. 12, FEUFF-PPGEUFF - ISSN 2359-3296, 2005;

O cenário da saúde da população negra no Brasil: diálogos e pesquisas / Organizado por Regina Marques de Souza Oliveira. - Cruz das Almas: EDUFRB; Belo Horizonte: Fino Traço, 2016. Disponível em

<file:///C:/Users/Quilombo/Downloads/MIOLO%202002_CENARIOS%20(1).pdf>.
Acessado em 15/02/18;

O corpo educado: pedagogias da sexualidade / Guacira C622 Lopes Louro
(organizadora) Tradução dos artigos: Thomas Tadeu da Silva - Belo Horizonte:
Autêntica, 2000. 176p;

O Recôncavo baiano sai do armário: universidade, gênero e sexualidade / Org. Ana
Cristina Nascimento Gigivi, Priscila Gomes Dornelles...[et. al.] - Cruz das Almas/BA:
UFRB, 2013;

PAIM, JS. **A reforma sanitária como objeto de reflexão teórico-conceitual. In:**
Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica [online].
Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, pp. 153-174. ISBN 978-85-
7541-359-3. Disponível em <<http://books.scielo.org/id/4ndgv/pdf/paim-9788575413593-07.pdf>>. Acesso em 28 Junho 2017;

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS.**/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009;

PIANA, MC. A construção do perfil do assistente social no cenário educacional [online]. São
Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 233 p. ISBN 978-85-7983-038-9.
Disponível em <<http://books.scielo.org/id/vwc8g/pdf/piana-9788579830389-02.pdf>>. Acesso
em 26-10-2017;

SANTOS, Milton. **Contribuição ao estudo dos centros de cidades: o exemplo da
cidade do Salvador.** Separata do Boletim Paulista de Geografia. Nº. 32 – Julho de 1959
– De pág. 17 a 30. Disponível em <http://miltonsantos.com.br/site/wp-content/uploads/2011/04/Contribuição-ao-estudo-dos-centos-da-cidade-o-exemplo-da-cidade-do-salvador_MiltonSantos_1959.pdf>. Acesso em 22/04/2018;

SARDENBERG, Cecilia M. B. **Caleidoscópios de gênero: Gênero e
interseccionalidades na dinâmica das relações raciais.** Dossiê – Desigualdades e
Interseccionalidades, 2015;

SILVA, Elias José da. **Saúde e Cultura em sínteses criativas: um mostruário escrito e
cantando da Educação Popular em Saúde.** Vol. 1, Fortaleza: Encaixe, 2014;

SILVA, R. F. **Nome social - um direito à dignidade humana.** PUCPR. Curitiba. de
23 a 26-09-2013. Disponível em <
http://educere.bruc.com.br/ANAIS2013/pdf/9304_6811.pdf>. Acesso em 23/07/2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A Roteiro da Entrevista Millena Passos

I. IDENTIFICAÇÃO:

Nome:
Idade:
Formação:
Profissão:
Bairro onde mora:
Religião:
Orientação sexual:

II. QUESTÕES NORTEADORAS DA ENTREVISTA

1. Quais as principais demandas de saúde da mulher transexual e o que falta no âmbito do SUS para atendê-las?
2. Com que frequência você busca os serviços de saúde?
3. Como se dá o acesso e utilização dos serviços de saúde por mulheres trans no âmbito do SUS?
4. Qual a sua avaliação quanto a inclusão dos quesitos raça/cor, orientação sexual e identidade de gênero nos documentos das instituições de saúde, por exemplo, Prontuários?

APÊNDICE B Roteiro da Entrevista Guida França

I. Identificação:

Nome:
Idade:
Formação:
Profissão:
Bairro onde mora:
Religião:
Orientação sexual:

II. QUESTÕES NORTEADORAS DA ENTREVISTA

1. Considerando a sua trajetória profissional na ATS LGBT, fale um pouco desse espaço sócio ocupacional e em que contexto ela surge?

2. Do ponto de vista profissional, como você entende que a ATS LGBT contribuiu para a população LGBT, de modo geral, e para as mulheres trans, considerando o recorte do tema?

3. Como você entende o acesso e utilização dos serviços de saúde por mulheres trans no âmbito do SUS?

4. Você considera que há uma rede de atenção articulada para atender às demandas de saúde das mulheres trans?

5. Qual a sua avaliação quanto a inclusão dos quesitos raça/cor, orientação sexual e identidade de gênero nos documentos das instituições de saúde, por exemplo, Prontuários?

ANEXO 1 MORTE DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS NA BAHIA – 2015-2017

2017				
Nº.	Vítima	Idade	Município	Mês
1	Samaielly	16	Lauro de Freitas	Abril
2	E. A. Moreira	-	Itabuna	Abril
3	Gabi	29	Feira de Santana	Abril
4	Grace Kelly	-	Lauro de Freitas	Abril
5	Lalá	22	Feira de Santana	Maió
6	Leona Albuquerque	-	Salvador	Julho
7	Xayanna Shayuri Morganna (Lili)	41	Cachoeira	Agosto
8	Charliane Silva Barreto	25	Itabuna	Agosto
9	Eduarda Figueiredo	17	Porto Seguro	Dezembro
10	Lorrany	18	Valente	Dezembro
11	A.S. Souza (Xoda)	24	Salvador	Dezembro
2016				
Nº.	Vítima	Idade	Município	Mês
1	Márcia Cabrita	38	Salvador	Janeiro
2	Cris	30	Teixeira de Freitas	Março
3	Brenda Alberlock	34	Salvador	Maió
4	Sheila Santos	-	Salvador	Junho
5	Suelen	-	Salvador	Junho
6	Sabrina Souza Sales	25	Luis Eduardo Magalhães	Julho
7	Bruniele	16	Feira de Santana	Agosto
8	Pâmela	16	Conceição do Jacuípe	Setembro
9	H. J. Silva	37	Sítio do Quinto	Setembro
2015				
Nº.	Vítima	Idade	Município	Mês
1	Léo	26	Vitória da Conquista	Janeiro
2	Keity	23	Salvador	Fevereiro
3	Não identificada	-	Salvador	Junho
4	Runa Mendes de Jesus	27	Itapebi	Junho
5	Miscilene	25	Ipiáú	Outubro
TOTAL: 25 mortes				

Fonte: Grupo Gay da Bahia – GGB