

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

Alice Sandra Gomes Moreira

Trans na trama da saúde: a realidade do município de Juiz de Fora

Juiz de Fora
2021

Alice Sandra Gomes Moreira

Trans na trama da saúde: a realidade do município de Juiz de Fora

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Serviço Social. Área de concentração: Políticas Sociais e Gestão Pública.

Orientadora: Dra. Marina Monteiro de Castro e Castro

Juiz de Fora

2021

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Gomes Moreira, Alice Sandra.

Trans na trama da saúde : a realidade do município de Juiz de Fora / Alice Sandra Gomes Moreira. -- 2021.
223 p.

Orientadora: Dra. Marina Monteiro de Castro e Castro
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Serviço Social. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, 2021.

1. Transexualidade. 2. Processo Transexualizador. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Juiz de Fora. I. Castro, Dra. Marina Monteiro de Castro e, orient. II. Título.

Alice Sandra Gomes Moreira

Trans na trama da saúde: a realidade do município de Juiz de Fora

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Serviço Social. Área de concentração: Questão Social, Território, Política Social e Serviço Social.

Aprovada em 13 de dezembro de 2021.

BANCA EXAMINADORA

Dra. Marina Monteiro de Castro e Castro - Orientadora

Faculdade de Serviço Social
Universidade Federal de Juiz de Fora

Dr. Marco José de Oliveira Duarte

Faculdade de Serviço Social
Universidade Federal de Juiz de Fora

Dra. Paula Martins Sirelli

Escola de Serviço Social
Universidade Federal Fluminense – campus Rio das Ostras

Juiz de Fora, 17/12/2021.



[Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.](#)

Dedico este trabalho às pessoas que militam pelos direitos das pessoas LGBTQ+ em Juiz de Fora. A construção de novos caminhos é possível.

AGRADECIMENTOS

No percurso trilhado para a construção deste trabalho pude contar com muitas pessoas que influenciaram positivamente a minha vida, me acalentaram e me fizeram perceber que sou capaz. Por isso, sou grata por esta realização e agradeço:

À vida, às vidas, tão diversas.

Aos deuses e deusas do universo que, porventura, me cercam e me cuidam.

À UFJF pela oferta de ensino público, gratuito e de qualidade. Espaço este, onde pude viver uma importante fase da minha vida e experimentar o ensino, a pesquisa e a extensão. Lugar que me formou como pessoa e profissional, e me permitiu criar laços de amizade grandiosos.

À Faculdade de Serviço Social da UFJF e a todo o seu quadro profissional, especialmente ao Programa de Pós-graduação, que com toda a responsabilidade e cuidado, propiciaram a minha chegada até aqui, meu acúmulo teórico e prático e a minha (des)construção enquanto ser humano.

Ao Programa de Residência do HU/UFJF que me qualificou como a profissional do SUS que sou hoje e me proporcionou o encontro com pessoas incríveis, sejam os amigos e amigas, as tutoras, preceptoras, colegas de trabalho, professores e professoras, usuários e usuárias. Um agradecimento especial às usuárias trans que, ao buscarem o Serviço Social, colocaram em cheque o meu lugar e conhecimento sobre o mundo e me fizeram buscar maior conhecimento e me impulsionaram até este objeto de pesquisa. Assim, me recoloquei na pesquisa e na vida.

Aos meus pais por se esforçarem para cuidar de mim e para o meu desenvolvimento escolar. Especialmente à minha mãe que sempre lutou para que eu pudesse estudar e abdicou de muito de sua vida por mim, pra que eu alcançasse os meus sonhos. Que desde que eu era pequena corria contra o tempo para me ensinar os deveres de casa, fazer os trabalhos e buscar conteúdos nas bibliotecas. Lembro de muito e não existem palavras suficientes que demonstrem a minha gratidão. Te agradeço mãe, por, mesmo com crenças diferentes das minhas, permitir que eu construísse meu próprio caminho e chegasse até aqui.

Ao meu sobrinho Nícolas que me ensina a cada dia o significado do amor e me faz lembrar que há sempre por quem lutar.

Ao meu companheiro de vida, Dirceu, por todo o amor e grande paciência. Você tornou os meus dias mais leves.

Aos meus amigos e amigas que a vida proporcionou encontros, desde a infância à vida adulta. Especialmente a Nelson, Suzana, Jéssica, Geórgia, Larrissa, Ana Carolina, Sara, Luiza, Reginaldo, Jussara, Ana Paula, vocês fazem parte da minha história.

Às minhas irmãs por todo apoio e alegrias vividas.

À Prefeitura de Juiz de Fora, nas figuras das chefias do DESM e do CAPS AD, que permitiram a minha presença no mestrado, flexibilizando horários para participação nas aulas e estudos. E à Secretaria de Saúde que me tornou representante da Saúde no GT de construção do Plano Municipal LGBTQI+. Também agradeço aos, as, es representantes deste GT, que contribuíram para o meu processo de aprendizado. Certamente me esforçarei para a efetivação de um SUS universal, integral e equânime; um SUS para todos, todas e todes.

À minha amiga de mestrado e de trabalho, Giselle Mara, que é uma pessoa iluminada em minha vida, que sempre me tranquiliza quando perco o rumo, que corria comigo para que pudéssemos chegar às aulas, que me incentivou a não desistir e que é uma inspiração de Assistente Social para mim.

Aos meus e às minhas colegas e amigas (os) de trabalho, que tornam os dias mais divertidos no CAPS e que me estimularam durante os anos em que cursei o mestrado. Agradeço especialmente a Diane pelas caronas, pelo apoio, por me ouvir e por ser tão leal. Também à Bia que, segurou muito a “onda” do trabalho e a minha também, para que esta dissertação pudesse ser escrita.

À Dra. Paula Sirelli por fazer parte deste momento de bom grado e por suas importantes contribuições para a escrita deste trabalho.

À minha orientadora Dra. Marina pela dedicação, paciência e ensinamentos; um exemplo de educadora.

Por último e não menos importante, ao professor Dr. Marco, que, para além de me orientar em estudos individuais e de ser membro integrante da banca de defesa, é uma inspiração como militante pelos direitos LGBTQI+ e saúde mental. Além disso, o agradeço também pelo grande feito ao município. A sua vinda para Juiz de Fora foi um presente. Sem você não teria acontecido da mesma maneira.

Se sou o esboço.
É o que eu posso.
Jamais obra feita.
Pau que sempre se endireita.
Pra logo desajeitar
(ALMEIDA, 2019, p. 119).

RESUMO

O presente estudo tem por objetivo analisar a construção das políticas públicas de saúde no Brasil direcionadas às pessoas trans e discutir a particularidade do município de Juiz de Fora, especialmente em relação ao Processo Transexualizador no SUS (PrTr SUS). Este é o único programa de saúde brasileiro específico para travestis e transexuais e foi implementado na primeira década dos anos 2000 e redefinido na segunda. O PrTr SUS carrega as marcas do poder da patologização e medicalização dos corpos trans, pautadas no modelo binário de definição dos gêneros e congruência na relação sexo, gênero e desejo. A pesquisa mostra que pessoas trans vivenciam diversas barreiras no acesso aos cuidados em saúde, ainda com o estabelecimento do PrTr SUS e da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, instituída em 2011, que também não estão configuradas como lei. A luta dos movimentos LGBTQI+ pelo direito à saúde é abordada desde a constituição do movimento homossexual no período da ditadura civil e militar brasileira, até os dias atuais, em que essas políticas têm sido ameaçadas por um governo nacional contrário às diversidades, com a proliferação do ódio direcionado às pessoas LGBTQI+, em um contexto perverso de redução dos direitos sociais e consequente empobrecimento da população. Este quadro é agravado com a pandemia de COVID-19 e a forma de governo de um presidente genocida, afetando de maneira cruel as pessoas trans. Na contramão destes acontecimentos, em Juiz de Fora é aberta a possibilidade de diálogo entre militantes e a gestão, coroada com a vitória de uma mulher petista nas eleições municipais para prefeita, o que possibilitou a construção de políticas para LGBTQI+ e a pactuação do PrTr no município, via HU/UFJF, que ainda estão em curso. Para esta análise foi realizada pesquisa bibliográfica e documental, com destaque para produções de pesquisadores da UFJF que permitiram uma aproximação com a realidade local.

Palavras-chave: Transexualidade. Processo Transexualizador. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACTO

Este estudio tiene como objetivo analizar la construcción de políticas públicas de salud en Brasil dirigidas a personas trans y discutir la particularidad de la ciudad de Juiz de Fora, especialmente en relación al Proceso de Transexualización en el SUS (PrTr SUS). Este es el único programa de salud brasileño específico para travestis y transexuales y fue implementado en la primera década de los 2000 y redefinido en la segunda. El PrTr SUS lleva las marcas del poder de patologización y medicalización de los cuerpos trans, basado en el modelo binario de definición de género y congruencia en la relación entre sexo, género y deseo. La investigación muestra que las personas trans experimentan diversas barreras para acceder a la atención de salud, incluso con el establecimiento del PrTr SUS y la Política Nacional de Salud Integral LGBT, instituida en 2011, que tampoco se configuran como una ley. La lucha de los movimientos LGBTQI + por el derecho a la salud se ha abordado desde la constitución del movimiento homosexual en el período de la dictadura civil y militar brasileña, hasta la actualidad, en la que estas políticas han sido amenazadas por un gobierno nacional contrario a diversidades, con la proliferación del odio dirigido a las personas LGBTQI +, en un contexto perverso de reducción de derechos sociales y consecuente empobrecimiento de la población. Este panorama se ve agravado por la pandemia COVID-19 y la forma de gobierno de un presidente genocida, que afecta cruelmente a las personas trans. Frente a estos hechos, en Juiz de Fora se abre la posibilidad de diálogo entre militantes y administración, coronado por el triunfo de una mujer del PT en las elecciones municipales a la alcaldía, que posibilitó la construcción de políticas para LGBTQI + y el convenio de la PrTr en el municipio, por el HU / UFJF, que aún están en curso. Para este análisis se realizó una investigación bibliográfica y documental, con énfasis en las producciones de los investigadores de la UFJF que permitieron una aproximación con la realidad local.

Palabras clave: Transexualidad. Proceso de transexualización. Sistema único de Salud.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Caracterização dos procedimentos do PrTr SUS.....	137
Quadro 2	Normatizações vigentes acerca da população LGBTQI+ no âmbito da PJF.....	166
Quadro 3	Produções na UFJF: abordagem da temática da saúde nas dissertações e teses com palavras-chave transexual e/ou travesti e/ou processo transexualizador e/ou transgênero.....	206
Quadro 4	Artigos de periódicos do Repositório Institucional da UFJF por palavras-chave: transexual, e/ou travesti, e/ou transgênero, e/ou processo transexualizador.....	208

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ABGLT	Associação Brasileira de Gays, Lésbicas, Travestis e Transexuais
ABIA	Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids
ANTRA	Associação Nacional de Travestis e Transexuais
APS	Atenção Primária à Saúde
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BIRD	Banco Internacional para a Reconstrução e Desenvolvimento –
BSH	Brasil Sem Homofobia
CEBES	Centro Brasileiro de Estudo de Saúde
CAPS AD III	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III
CRDH	Centro de Referência de Direitos Humanos
CeR – LGBTQI+	Centro de Referência de Promoção da Cidadania de LGBTQI+
CFM	Conselho Federal de Medicina
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CNCD-LGBT/ SDH/PR	Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de LGBT
CNCD	Conselho Nacional de Combate à Discriminação LGBT
CONASSEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EBGLT	Encontro Brasileiro de Gays, Lésbicas, Travestis e Transexuais
EBHO	Encontros Brasileiros de Homossexuais
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FONGES-LGBT	Fórum Nacional de Gestoras e Gestores Estaduais e Municipais das Políticas Públicas para a População de LGBT
FUNALFA	Fundação Alfredo Ferreira Lage
GRID	Gay Related Immuno-Deficiency
GAPA	Grupo de Apoio à Prevenção à Aids
GT	Plano Grupo de Trabalho para a Construção do Plano Municipal de

Municipal LGBTQI+	Promoção e Defesa dos Direitos de LGBTQI+
AIDS	Acquired Immuno deficiency Syndrome (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSH	Homens que fazem Sexo com Homens
HC da UFRGS	Hospital das Clínicas de Porto Alegre
HU	Hospital Universitário
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMS	Instituto de Medicina Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Aplicada
JF	Juiz de Fora
LGBTQI+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Transgêneros, Queer, Intersexos e mais
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OSC	Organizações da Sociedade Civil
OS	Organizações Sociais
OSCIP	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PACS	Programa dos Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PESI LGBT	Política Estadual de Saúde Integral à População LGBT
PNSI LGBT	Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
PrTr	Processo Transsexualizador
VIGISUS	Projeto de Vigilância e Controle de Doenças
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
PDRE – MARE	Reforma do Aparelho do Estado do Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado
REFORSUS	Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde

RJ	Rio de Janeiro
SEPP/IR/PR	Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial da Presidência da República
SPM/PR	Secretaria de Políticas para Mulheres da Presidência da República
SDH/PR	Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República
SUS	Sistema Único de Saúde
SBU	Sociedade Brasileira de Urologia
SEDPAC	Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, da Secretaria de Estado de Direitos Humanos, Participação Social e Cidadania
SEDH	Secretaria Especial de Direitos Humanos
SS	Secretaria de Saúde
SE	Secretaria de Educação
SESUC	Secretaria de Segurança Pública e Cidadania
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UNA SUS	Universidade Aberta da Sistema Único de Saúde
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFG	Universidade Federal de Goiás
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA E A CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS PARA A POPULAÇÃO LBTQI+.....	31
2.1	MOVIMENTO LBTQI+ E A CONSTRUÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL.....	33
2.1.1	Redemocratização do Estado brasileiro e a constituição da saúde pública.....	37
2.1.2	Epidemia de HIV/AIDS e a saúde de LBTQI+.....	69
2.2	POLÍTICAS NEOLIBERAIS E OS IMPACTOS PARA A SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA.....	44
3	POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO TRANS BRASILEIRA A PARTIR DOS ANOS 2000.....	88
3.1	POLÍTICA DE SAÚDE E A CONQUISTA DE DIREITOS DO MOVIMENTO LBTQI+ DURANTE OS GOVERNOS PETISTAS.....	89
3.1.2	Política de saúde para LBTQI+ para além de HIV/AIDS.....	92
3.1.3	A saúde no terceiro governo petista Governo Dilma.....	108
3.1.3.1	<i>Política Nacional de Saúde Integral LGBT.....</i>	<i>109</i>
3.1.4	O paradoxo da política de saúde e dos direitos da comunidade LBTQI+ nos governos petistas.....	114
3.2	DO DESGOVERNO TEMER A BOLSONARO: DESESTRUTURAÇÃO DO SUS, ATAQUE ÀS DIVERSIDADES E PANDEMIA DE COVID-19.....	118
3.2.1	Pandemia de COVID-19 e a população LBTQI+.....	125
4	TRANSAÚDE PÚBLICA E O PROCESSO TRANSEXUALIZADOR NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA: CONSTRUÇÕES RECENTES.....	129
4.1	A CONFIGURAÇÃO DO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR NO SUS.....	130
4.1.1	Desafios para o acesso e permanência de pessoas trans nos serviços da Saúde e no PrTr SUS.....	141
4.1.2	Considerações sobre TRANSdiversidades e a patologização das identidades trans.....	152
4.2	CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO DE ESTUDO: O ESTADO DE MINAS GERAIS E O MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA NA ROTA DAS TRANSPOLÍTICAS PÚBLICAS.....	159

4.2.1	Política de Saúde para a população trans no interior de Minas Gerais: conhecendo o município de Juiz de Fora.....	164
4.3	O PROCESSO TRANSEXUALIZADOR EM JUIZ DE FORA.....	170
4.3.1	TRANSrealidade do Município de Juiz de Fora: entre a ausência de política pública e a existência de uma rede informal de cuidado à saúde.....	171
4.3.1.1	<i>Organização dos atendimentos em terapia hormonal para pessoas trans em juiz de fora.....</i>	<i>177</i>
4.4	CENTRO DE REFERÊNCIA LGBTQI+ NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA.....	180
4.5	MOVIMENTO LGBTQI+ JUIZFORANO E A ARTICULAÇÃO COM A GESTÃO MUNICIPAL.....	184
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	193
	REFERÊNCIAS.....	196
	APÊNDICE A – Produções encontradas no Repositório Institucional da UFJF acerca da temática estudada.....	206

1 INTRODUÇÃO

A presente dissertação busca uma aproximação acerca da temática da política pública de saúde brasileira para a população trans¹, destacando o percurso de luta e organização dos movimentos sociais para a conquista de direitos neste âmbito e os desafios para a sua consolidação. Assim, será realizado o debate sobre o acesso e permanência desta população aos serviços de saúde que são preconizados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O texto aqui desenvolvido tem por objetivo estudar a particularidade do município de Juiz de Fora (Minas Gerais) na organização da Rede de Atenção à Saúde e a implementação do Processo Transexualizador (PrTr) no SUS² enquanto estratégia de cuidado específica a travestis e transexuais.

A atual política brasileira direcionada a pessoas trans foi constituída inicialmente entre o período de 1997 e 2008, através da realidade vivenciada internamente nas diversas experiências de atendimento realizadas nos hospitais de ensino que foram autorizados a ofertar esse tipo de assistência com a Resolução do Conselho Federal de Medicina, em 1997. Deste modo, as sementes que, mais adiante, germinaram a primeira Portaria do Ministério da Saúde que instituiu o PrTr SUS, em 2008, foram semeadas “pela movimentação típica dessas diferentes realidades em seus cotidianos prático-interventivos com os desafios surgidos sistematicamente por meio e através da assistência prestada” (SANTOS, 2020, p.46).

¹ Neste trabalho as expressões “população travesti e transexual”, “pessoas trans” e similares, serão utilizadas para fazer referência, de maneira geral, a todas as identidades de gênero que não são cisgêneras, ou seja, que não “identificam-se com o gênero que lhes foi designado”, transformando, mudando, ou em trânsito. (ALMEIDA; VASCONCELOS, 2018, p. 305).

² O Processo Transexualizador no SUS, como será abordado no capítulo III deste trabalho, é a única política de saúde específica para travestis e transexuais e é parte do cuidado em saúde desta população, compreendendo a organização de serviços prestados pelo SUS no processo de mudanças dos seus corpos em transição de gênero. “Não se trata, portanto, do estabelecimento de diretrizes para a atenção integral no sentido estrito, mas daquelas ações necessárias à garantia do direito à saúde circunscritas à passagem para a vivência social no gênero em desacordo com o sexo de nascimento” (LIONÇO, 2009, p.45). A sua formalização ocorreu por meio da Portaria nº. 1.707, de 18 de agosto de 2008 e a sua redefinição e ampliação através da Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013, ambas do Ministério da Saúde.

O interesse da pesquisadora por este tema surgiu da experiência como Assistente Social residente no Programa Multiprofissional em Saúde do Adulto, do Hospital Universitário (HU) de Juiz de Fora e Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Durante esta especialização (2016-2018) atuei em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e no HU (unidades ambulatorial e de internação), e me deparei, em alguns momentos, com demandas de usuárias transexuais. Esta situação, me inquietou diante das dificuldades de acesso e manutenção do cuidado em saúde, vivenciadas por elas, na busca por modificações corporais, acompanhamento médico após a cirurgia de redesignação sexual e hormonioterapia³ – procedimentos que legalmente são garantidos a travestis e transexuais⁴ do país através do PrTr SUS.

Uma outra questão que despertou a atenção nestes espaços foi a busca pela retificação do nome e do sexo em documentos civis. De acordo com Trindade (2016), este processo pode demorar anos mesmo após a cirurgia, haja vista que historicamente a política de saúde pública brasileira tem sido um pouco mais precípito do que o Poder Judiciário em relação ao atendimento das demandas de pessoas transexuais. Este desamparo em relação ao acesso, acompanhamento, orientações e esclarecimentos na rede de saúde, socioassistencial, jurídica e outras, gerava nessas mulheres sofrimento e frustrações, limitando o direito do exercício da cidadania.

Nestes espaços, também foi identificado que o número de transexuais e travestis inseridos e inseridas era muito pequeno e que pouco se falava sobre essa população. Não haviam ações organizadas voltadas para este público e as instituições não incorporavam estes sujeitos em suas agendas. Diante deste contexto, a judicialização era utilizada como estratégia para acesso a direitos e a busca esporádica por atendimento do Serviço Social acontecia no sentido de

³ De acordo com a vigente Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013, “cirurgia de redesignação sexual” e “hormonioterapia” são procedimentos que compõem o Processo Transexualizador no SUS. O primeiro refere-se, neste contexto, a cirurgia de “amputação de pênis” e construção de uma “neovagina”, portanto, realizada em pessoas cujo órgão genital é considerado do sexo masculino, entre 21 e 75 anos. O segundo diz respeito a tratamento hormonal para ambos os sexos, com idade entre 18 e 75 anos (BRASIL, 2013).

⁴ Nem todos os procedimentos são garantidos a travestis e transexuais, haja vista que dependem de diagnóstico, como será visto no capítulo 3.

orientação sobre onde recorrer. Enquanto profissional do Serviço Social, a pesquisadora teve dificuldades em dar respostas qualificadas a esta população por não conhecê-la o suficiente e não saber sobre as políticas públicas e os serviços voltados a ela.

Com a inserção como assistente social do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III (CAPS AD III) do município de Juiz de Fora, desde 2018, esta inquietação se ascendeu diante da percepção do adoecimento da população LGBTQI+⁵ e das situações que perpassam suas vidas, como a pobreza, o desemprego, a rejeição da família, a vivência de rua, a prostituição, o uso abusivo de substâncias psicoativas e indiscriminado de hormônios, silicones industriais etc.

Tais questões estavam relacionadas à condição de sujeito LGBTQI+ na sociedade e às possibilidades dadas por esta condição, bem como à falta de redes estruturadas para garantia de acesso desses (as) usuários e usuárias aos serviços públicos e ao despreparo dos profissionais, principalmente em relação à política de saúde no município de Juiz de Fora.

Neste local de trabalho, surgiu o desafio de problematizar e repensar as questões de gênero e sexualidade no âmbito da instituição e da sociedade de maneira geral. Assim, foi possível gradativamente fazer alterações no modo de intervenção e organização da rotina no serviço, de modo a garantir, ainda que minimamente, os direitos das pessoas LGBTQI+, facilitando o acesso ao serviço de saúde mental direcionado a pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas.

No cotidiano do serviço foi possível desenvolver um trabalho embrionário de esclarecimento e orientação aos profissionais sobre a população LGBTQI+ e os seus direitos, proporcionar alterações na organização do trabalho (como dos registros em prontuário, identificação do nome social e outras ações) e a problematizar o tema com alguns usuários e usuárias que frequentam o CAPS, para

⁵ O termo LGBTQI+ será utilizado neste trabalho para designar lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, transgêneros, *queer*, intersexos e demais indivíduos que não estão inseridos na cultura sexual e de gênero dominante (PENNA, 2018), de acordo com a compreensão que é exposta neste projeto de fluidez das expressões de gênero e sexualidade, corroborando com a crítica à padronização dos comportamentos e vivências, como será abordado. Em alguns momentos deste texto, as expressões GLBT e LGBT serão utilizadas, de acordo com a utilização do termos em certos documentos.

que a referida instituição pública possa ser um ambiente de cuidado, de atenção, de respeito e de garantia de direitos, e não um espaço de violação. A proposta de trabalho é audaciosa, porém necessária e se articula com o projeto da profissão defendido pela autora.

O projeto de profissão do Serviço Social, denominado Projeto Ético Político⁶, se vincula a um projeto social radicalmente democrático que supõe a erradicação de todos os processos de exploração, opressão e alienação. Do ponto de vista legal, uma das formas de materialização deste projeto é através do Código de Ética do/a Assistente Social⁷, que por sua vez, estabelece direitos e deveres diante de “princípios e valores radicalmente humanistas” (IAMAMOTO, 2008).

Os princípios do Código de Ética indicam como horizonte de atuação para os profissionais o apoio a classe trabalhadora, aos movimentos sociais e à luta contra qualquer forma de discriminação e preconceito, além de apontar para a necessidade de acúmulo de forças no sentido da luta contra-hegemônica, para a construção de uma nova ordem societária.

A 9ª edição do Código de Ética do/a Assistente Social, lançada em 2011 pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) contou, entre outras coisas, com o reconhecimento da linguagem de gênero, de forma que em todo o texto a forma masculina e feminina, apareça simultaneamente, expressando além de uma mudança formal, um posicionamento político que contribua para a negação do machismo na linguagem. Ocorreram mudanças de nomenclatura, com a substituição do termo “opção sexual” por “orientação sexual” e com a inclusão de “identidade de

⁶ O projeto ético-político do Serviço Social, que orienta o exercício e a formação profissional, é fruto de um processo histórico de percurso da categoria dos Assistentes Sociais, que a partir da década de 1980 se renovou criticamente e fez uma opção pelo campo da teoria social crítica, expressando em seu projeto da profissão o apoio a classe trabalhadora. Este projeto de profissão e sociedade é explicitado no Código de Ética (1993), na Lei de Regulamentação da Profissão (1993) e nas Diretrizes Curriculares para a Formação Profissional (1999). O projeto profissional do serviço social é “fruto da organização social da categoria e de sua qualificação teórica e política, construído no embate entre distintos projetos e sociedade que se refratam no seu interior” (IAMAMOTO, 2008). Para Netto (1999 *apud* IAMAMOTO, 2008), há forte ligação entre projeto profissional e projeto societário. Sendo que os valores do projeto de sociedade permeiam o projeto de profissão que é dotado de intencionalidade e historicidade.

⁷ Aprovado em 13 de Março de 1993 com as alterações Introduzidas pelas Resoluções CFESS nº290/94, 293/94, 333/96 e 594/11 (CFESS, 2011).

gênero” no princípio XI⁸, seguindo o entendimento político dos movimentos sociais e das entidades que atuam em defesa da liberdade de orientação e expressão sexual e do feminismo (CFESS, 2011).

No campo da diversidade sexual e de gênero e das demandas da população LGBTQI+, o Serviço Social enquanto categoria profissional tem se posicionado contrário ao conservadorismo, a favor da democracia e dos direitos humanos e na defesa e ampliação dos direitos. A categoria, hegemonicamente está aliada aos movimentos de luta contra as diversas formas de violência, preconceito e discriminação e contra a opressão. Além disso, tem demonstrado empenho no debate e na luta pelo respeito à diversidade humana e suas diferentes expressões e identificações de gênero e sexualidade, problematizando a heteronormatividade⁹ e a patologização da diversidade humana.

Este posicionamento é ratificado pelas publicações do CFESS, que tem criado materiais informativos e campanhas para orientação dos profissionais e ampliação do debate. Dentre eles se destacam: a Resolução N° 489 de 2006: um instrumento na luta contra a opressão sexual; a Resolução N° 615, de 8 de setembro de 2011 que dispõe sobre a inclusão e uso do nome social da assistente social travesti e do(a) assistente social transexual nos documentos de identidade profissional; O caderno n° 4 da Série Assistente social no combate ao preconceito intitulado “transfobia”, lançado em 2016; e a Resolução N° 845, de 26 de fevereiro

⁸ O princípio XI do Código de Ética do/a Assistente Social versa sobre o “Exercício do Serviço Social sem ser discriminado/a, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física” (CFESS, 2011).

⁹ Por heteronormatividade, compreende-se a “legitimação do modelo heterossexual como norma regulatória das relações sexuais e de gênero na sociedade ocidental contemporânea, que se torna uma imposição ao invés de ser uma entre tantas formas de viver a sexualidade”. Este padrão herda uma visão de sexualidade que se orienta por aspectos que são biológicos. Desde o momento em que a heterossexualidade se tornou algo compulsório (datando do final do século XVIII), entre heterossexualidade e reprodução foi estabelecida uma associação, considerada como natural e normal, gerando a atribuição de papéis fixos e rígidos ao é feminino e ao masculino. Quem não cumpre esses papéis passa a ser tido como anormal” (COLLING; PIRAJÁ, 2011, p. 513). Para Colling (2011, p. 14) há diferença entre os conceitos de heteronormatividade e heterossexismo. “Heterossexismo pressupõe que os heterossexuais pretendem, a qualquer custo, impor a sua orientação como a natural e correta. A ideia de heteronormatividade, que não deseja substituir o conceito de homofobia, vai muito além disso, pois aqui o objetivo é revelar também como a heterossexualidade compulsória, muito mais forte no período da patologização das orientações sexuais não heterossexuais, se alastrou com tamanha força que acabou por se introduzir na constituição das identidades de todos nós, sejamos héteros ou não”.

de 2018, que dispõe sobre atuação profissional do/a assistente social em relação ao processo transexualizador.

Os Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde¹⁰ corrobora com a construção da categoria apresentada até aqui. O documento considera no âmbito da saúde a “diversidade como mediação necessária para o entendimento da individualidade humana”, reconhecendo a existência das diferentes expressões dos sujeitos quanto às relações de gênero, étnico-racial, de orientação sexual e identidade de gênero, entre outras questões. Concomitantemente compreende que a diversidade humana não tem sido garantida nessa sociabilidade, prevalecendo as violações de direitos e as várias formas de opressão que afetam a vida cotidiana e se materializam em ações de violência, sobretudo, contra as mulheres, jovens, crianças/adolescentes e pessoas com orientação sexual LGBTQI+¹¹ (CFESS, 2010, p.49).

Neste sentido, a diversidade sexual é negada em quase todos os espaços da vida social, inclusive no âmbito institucional, levando esses indivíduos a processos de adoecimento. Os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde problematiza ainda a homofobia institucional, que pode ser identificada nas ações, manifestações, comportamentos e nos processos que por ventura manifestam discriminação a usuários e usuárias LGBT's, como fruto de preconceito, do desconhecimento, da negligência e da “estereotipação homofóbica” que provoca impedimento de acesso aos direitos dessa população (CFESS, 2010, p.50).

Além da importância deste debate entre a categoria profissional, que lida em muitos espaços diretamente com este público, inclusive por compor a equipe do Processo Transexualizador¹², é de extrema relevância contribuir para o processo de reflexão dos próprios usuários dos serviços públicos de saúde sobre as suas condições de vida e possibilidades de organização e mobilização, diante do que a rede pública de serviços oferece. Conhecer as frações da classe trabalhadora é

¹⁰ Lançado pelo CFESS em 2010, este documento tem como propósito referenciar a intervenção dos Assistentes Sociais na área da saúde (CFESS, 2010).

¹¹ Termo escrito como utilizado no referido documento.

¹² De acordo com a Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013, o Assistente Social é um dos profissionais que compõe a equipe de referência na Atenção Especializada no Processo Transexualizador, tanto na modalidade ambulatorial, quanto na modalidade hospitalar.

tarefa necessária para os/as/es que acreditam que à luta pela superação da sociedade de classes é fundamental somar a luta em favor da diversidade, contra preconceitos e discriminação de qualquer tipo.

Travestis e transexuais têm particularidades neste modo de sociabilidade e apresentam demandas específicas para as políticas de saúde, bem como para outras políticas públicas, uma vez que as suas vivências são marcadas pelos rebatimentos do que o “adjetivo trans” carrega consigo, algo que afeta a inserção social dos sujeitos em diversos campos, inclusive na divisão sociotécnica do trabalho, como assinala Almeida e Santos (2014).

Desta maneira, a população trans brasileira, em sua maior parte, tem vivido em condições de miséria e “exclusão” social, sem ter acesso à educação, saúde, formação profissional, oportunidade de inserção no mercado de trabalho formal e políticas públicas adequadas a estas condições, que considerem suas demandas específicas (BENEVIDES; NOGUEIRA, 2019).

Por vezes são até mesmo, mortos e mortas, por serem trans, por se expressarem como tal e até mesmo por se prostituírem, diante das restritas alternativas concretas postas a eles e a elas. O Dossiê dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais no Brasil em 2018¹³ aponta que, de acordo com o relatório da Organização Não Governamental (ONG) Internacional Transgender Europe¹⁴, o Brasil prossegue sendo o país que mais mata pessoas trans de todo o mundo, liderando este ranking de assassinatos (BENEVIDES; NOGUEIRA, 2019). Ao mesmo tempo, este é o país que mais procura conteúdo pornográfico relacionado às pessoas transexuais (GERMANO, 2016 *apud* ALMEIDA; VASCONCELOS, 2018).

Embora haja uma considerável subnotificação desses dados, a pesquisa pode inferir que, dos assassinatos direcionados a pessoas trans, 65% das vítimas eram profissionais do sexo – tendo acontecido 60% deles nas ruas; 82% foram

¹³ Lançado em 2019 contou como organizadoras Bruna G. Benevides e Sayonara N. B. Nogueira.

¹⁴ O relatório lançado em 20/11/2018, Dia Internacional da Memória Trans (T-DOR), “mapeia 72 países e denuncia a transfobia”. No Brasil o levantamento destes dados foi de responsabilidade das seguintes instituições: a Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA) e o Instituto Brasileiro Trans de Educação (IBTE) (BENEVIDES; NOGUEIRA, 2019).

identificadas como negras e pardas; e 97,5% foram contra pessoas trans do gênero feminino (BENEVIDES; NOGUEIRA, 2019).

Afirma-se que as pessoas trans têm maiores chances de serem assassinadas do que as pessoas cisgêneras¹⁵ e que “estas mortes acontecem com maior intensidade entre travestis e mulheres transexuais¹⁶, negras. Assim como são as negras as que têm a menor escolaridade, menor acesso ao mercado formal de trabalho e a políticas públicas” (BENEVIDES; NOGUEIRA, 2019).

De acordo com o Relatório de Assassinatos de LGBT no Brasil do Grupo Gay da Bahia de 2015, as pessoas trans correspondem a um dos grupos mais vitimizados no país, tendo em vista que “o risco de uma pessoa travesti, transexual ou transgênera ser assassinada é 14 vezes maior que o de um homem cis gay, e a chance dessa morte ser violenta é 9 vezes maior” (BENEVIDES; NOGUEIRA, 2019).

Apesar de não existir estudos sistemáticos sobre a expectativa de vida das travestis e transexuais femininas, estima-se que esta seja de aproximadamente 35 anos, correspondendo a menos da metade da expectativa do restante da população (BENEVIDES; SIMPSON, 2018).

No Brasil, a invisibilidade social das pessoas trans é muito grande, sendo percebida pela inexistência de censos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do Instituto de Pesquisa Aplicada (IPEA), por exemplo, que façam um mapeamento deste segmento para a proposição e fomento das políticas públicas, com vistas a atender as devidas demandas desta população (BENEVIDES; NOGUEIRA, 2019).

¹⁵ Considera-se como sujeito cisgênero quando a “identidade de gênero” da pessoa está em consonância com o gênero que lhe foi atribuído no nascimento, ou seja, quando sua conduta expressa está completamente de acordo com o que a sociedade espera de pessoas do seu sexo biológico. Falar sobre o que significa o termo cisgênero é “falar sobre diversas lacunas que envolvem o conceito de gênero/sexo. É falar sobre abjeções, normatividades, discursos de resistência, equívocos, alteridades, lugares de falas e também sobre questões linguísticas que a dicotomia cis/trans envolve ou propõe”. Disponível em: <<https://transfeminismo.com/o-que-e-cisgenero/>>. Acesso em: 14/08/2019.

¹⁶ Miskolci (2011) aponta a discussão do “medo do efeminamento em homens e a recusa do feminino em geral”, questionando a “dominação masculina, hetero, homo, sobre as mulheres e sobre homossexuais femininos”. Bento (2011) destaca o processo de subordinação, discriminação e violência sobre os corpos a partir dos tributos considerados femininos, sendo assim a violência que se direciona aos seres femininos não se limita a “mulheres cromossomas XX”. “Se os gays que performam o feminino estão e são mais susceptíveis de agressão, entre as travestis e transexuais essa violência assume tons mais dramáticos” (BENTO, 2011, p.101).

Nesta perspectiva, destaca-se que parte desses sujeitos expressam vivência enquanto classe trabalhadora explorada em contexto de desemprego, acirramento das políticas sociais e pauperização da população. Neste modo de sociabilidade, travestis e transexuais engrossam o exército de reserva, que é decorrente do funcionamento do capitalismo – que ao gerar riqueza para uma minoria, produz a miséria da maioria – e até mesmo, funcional a ele, embora essa massa sobranete de miseráveis também possa corresponder a uma ameaça a este mesmo sistema, caso não seja controlada.

As diferentes expressões e manifestações de gênero e sexualidade não pertencem apenas a uma classe social, entretanto, cabe enfatizar que o recorte de classe é fundamental para analisar a situação dos sujeitos que fazem uso dos serviços públicos em meio a focalização dos mesmos nas parcelas mais pobres da população, como será abordado.

Além disso, o apontamento da classe também relaciona-se com a marginalização sofrida por parte desses sujeitos, que por existirem em condição considerada transgressora das normatizações impostas pela sociedade, são excluídos de espaços de sociabilidade, como da educação, do mercado de trabalho formal, dos serviços públicos e outros, sendo abjetos e invisibilizados, tendo prejudicadas as suas estratégias de vida e de sobrevivência.

A sociedade tem se pautado na heterossexualidade e no binarismo de gênero¹⁷ como normas de condutas sociais, tomando como natural o que é construído socialmente, imprimindo regras fixas a serem seguidas e impondo padrões à cultura – inclusive em relação a gênero, sexualidade, afetividade etc (RIBEIRO *et al.*, 2013). Comportamentos desviantes do normativo são encarados como anormais e até mesmo como doentios.

Travestis e transexuais destoam dos padrões hetero-cis-normativos, historicamente estabelecidos, e como segue:

possuem identidades de gênero diversas àquelas impostas pelos padrões heteronormativos vigentes na sociedade. Problematizam a lógica hegemônica de sexo biológico como determinante da

¹⁷ Para Butler (2008, p. 24) “a hipótese de um sistema binário dos gêneros encerra implicitamente a crença numa relação mimética entre gênero e sexo, na qual o gênero reflete o sexo ou é por ele restrito”.

identidade de gênero e, por esse motivo, assim como qualquer pessoa que fuja da lógica binária e dicotômica, são encaradas com estranhamento (POPADIUK; OLIVEIRA; SIGMORELLI, 2017, p.1510).

De maneira geral, entende-se que “transexuais são as pessoas que, tendo sido registradas no sexo masculino ou feminino ao nascerem, se identificam como sendo de outro gênero” e que “as travestis são pessoas que, ao nascerem, foram registradas no sexo masculino, com base apenas no seu sexo genital, e que procuram inserir, em seus corpos, símbolos do que é socialmente convencionado como feminino”¹⁸ (CFESS, 2016, p.10).

A transexualidade para alguns autores é reconhecida como “uma experiência identitária e encontra-se no conflito de gênero”, não podendo ser reduzida apenas à sexualidade e nem padronizada. (RIBEIRO *et al.*, 2013). Almeida (2013, p. 388) destaca alguns elementos que considera como importantes para a análise da transexualidade:

a) é uma experiência identitária e um desdobramento das normas de gênero; b) é uma construção histórica e cultural; c) é metonímia das relações de gênero hegemônicas, pois "a aproximação com a transexualidade é reveladora das convenções sociais sobre masculinidade e feminilidade" ; d) é provocação para os/as que nela são envolvidos/as ou sobre ela têm que arbitrar (Bento, 2008, p.10 apud ALMEIDA, 2013, p. 388).

Vale ressaltar a diferença entre “gênero atribuído”, ou seja, o gênero que é imposto à pessoa na hora em que ela nasce (ex: sexo feminino ou masculino) e “gênero identificado/gênero de destino/gênero adquirido”, que o indivíduo trans (homem ou mulher) reivindica socialmente e legalmente para si (não é preciso que ocorra a cirurgia para haver essa ação) (RIBEIRO *et al.*, 2013).

Os comportamentos, sentimentos e percepções dos sujeitos são diferentes, portanto, cabe desconstruir a ideia fixa de adequação aos gêneros, às identidades estabelecidas, às maneiras de se relacionar, de demonstrar afeto e à sexualidade. Ainda que tenha havido um avanço nas discussões de gênero e sexualidade no campo da saúde, o PrTr SUS aponta como público-alvo travestis e transexuais, e

¹⁸ Em uma análise ampliada, Almeida (2016), traz esta compreensão no caderno 4 da série “Assistente Social no combate ao Preconceito”, publicado pelo CFESS, intitulado “Transfobia”, de modo a contribuir para o entendimento dos profissionais, acerca da questão das identidades travestis e transexuais (CFESS, 2016).

ainda não incorpora as diversificadas possibilidades de construção dos gêneros e suas expressões não binárias.

É importante estar atento para que, ao falar de transexuais e travestis, não seja construída uma concepção rígida de quem se enquadra ou não em critérios pré estabelecidos de maneira categorial, tendo em vista que os sujeitos vivenciam experiências diversas, para além do é dito como masculino ou feminino, ou ao que é definido como o que é transexual, travesti. Não é possível classificar os indivíduos por categorias apresentadas como universais, sendo imprescindível romper com conceitos que são tradicionais e com a visão binária entre sexo e gênero (TRINDADE, 2016, p.34).

Existem pessoas que vivenciam desconforto com o gênero assignado ao nascerem e que não se reconhecem como transexual e nem como travesti. Não aceitam o único gênero que lhes foi imposto no nascimento e constroem outras formas de expressão de si, inclusive que contestam a construção social de dois únicos gêneros (masculino e feminino) (ALMEIDA; SANTOS, 2014, p.299).

Baseado nas obras de Almeida (2012) e Nery (2011), Trindade (2016, p.82) expõe que alguns sujeitos que vivem este desconforto nem sequer conhecem a categoria “transexual” e outros que a conhecem, mas preferem ser reconhecidos “gay”, “lésbica”, “transgênero”, “travesti” etc, ao invés, de se considerarem transexuais.

A diversidade dos seres humanos expressa pluralidade nos modos de ser e diante disso, há trans que optam por mudanças corporais completas, como mudanças em órgãos sexuais, outros decidem por aderir apenas a parte dos procedimentos ofertados, como uso de hormônios etc, e ainda existem os que decidem por permanecer como estão.

Fala-se, atualmente, em várias identidades trans, que quebram aos poucos a necessidade de classificar as pessoas em padrões binários de comportamento, mas de uma maneira geral, a pessoa trans busca sentir-se confortável com seu corpo de acordo com o gênero que ela se identifica e, assim, podem ser necessárias (mas não obrigatoriamente) modificações corporais e comportamentais visando a sua saúde mental e seu bem-estar social (MACIEL, 2017, p.05).

Historicamente o campo da saúde concebeu a transexualidade como

patologia e a prática assistencial direcionada a população trans no Brasil foi determinada por diagnóstico psiquiátrico, permitindo e garantindo acesso a tratamentos por um lado e por outro, sendo vetor de patologização e de estigma¹⁹. No meio das ciências sociais, da saúde coletiva e da psicologia, esta temática é discutida frente a diversidade de experiências em relação a identidades de gênero e sexualidade (ARÁN; MURTA; LIONÇO, 2009).

Dar a devida atenção às necessidades de saúde dessas pessoas é reconhecer que elas estão mais suscetíveis a sofrer com preconceitos, segregação e violência. Tais “vulnerabilidades” vivenciadas comprometem a inserção social, a condição psicológica e mental, e afeta todas as esferas da vida destes sujeitos. Entretanto, há diferença entre necessidade de cuidado e tornar a questão como doença.

Como a política pública de saúde brasileira formalmente reconhece que a saúde é compreendida de maneira ampliada²⁰, a questão de luta dessas pessoas deve ser reconhecida então, como questão de saúde pública. Embora o SUS constitucional tenha como princípios a universalidade, a equidade e a integralidade, na prática há barreiras de acesso de travestis e transexuais aos serviços e à assistência em saúde. Portanto, para abarcar as necessidades que lhes são peculiares e para garantir acesso aos serviços que estão postos ao público geral, necessitou-se de criação de legislação e normatizações que estabeleçam a saúde como direito para esta população.

Para uma aproximação ao movimento desta realidade, aponta-se a construção da pesquisa entendida como uma atividade básica da ciência nos seus questionamentos e processo de construção da realidade. É uma prática teórica que se vincula a um pensamento e ação. Na investigação as questões estão relacionadas a uma realidade e a uma determinada inserção nela, e portanto, a

¹⁹ Brandão (2016) aponta que os estudos demonstram que a organização dos serviços de saúde se pautam em uma heteronorma que negligência as necessidades de saúde que são específicas à população LGBT.

²⁰ Entende-se saúde, de uma maneira ampliada, como elemento que se torna condição das situações de vida e leva à articulação da saúde com outros setores e políticas. Este conceito, portanto, é complexo e não se restringe apenas às questões relacionadas a presença ou não de doença. De acordo com a Lei nº 8.080, de 1990, as ações de saúde se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 1990).

interesses e circunstâncias que são socialmente condicionadas. Para Minayo (2009, p. 16) “nada pode ser intelectualmente um problema se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática”.

Em relação a pesquisa, a metodologia é considerada o caminho do pensamento e uma prática que pode ser exercida para abordar a realidade, incluindo simultaneamente o método, as técnicas e a criatividade do pesquisador²¹. A metodologia é algo maior do que apenas técnicas, incluindo as “concepções teóricas da abordagem, articulando-se com a teoria, com a realidade empírica e com os pensamentos sobre a realidade” (MINAYO, 2009, p.15).

Propõe-se neste trabalho como caminho metodológico realizar a pesquisa qualitativa, que no âmbito das Ciências Sociais, trabalha com um universo de significados, de crenças, de valores, de atitudes, representações, percepções etc, com um conjunto de fenômenos humanos entendido como parte da realidade social (MINAYO, 2009), em busca de uma compreensão particular daquilo que se estuda (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004).

Nogueira-Martins e Bógus (2004) apontam que, sendo impossível separar por completo os valores pessoais do processo de pesquisa, recomenda-se que o pesquisador expresse quais são os seus pressupostos e valores, para que os leitores os julguem perante o desenvolvimento do trabalho.

Neste sentido este trabalho parte da realidade experimentada pela pesquisadora, que possui um vínculo atual com a Prefeitura de Juiz de Fora (PJF), como trabalhadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS) deste município e como pessoa cisgênero. Que apesar de ter interesse pelo tema das diversidades sexuais e de gênero, e de posicionar a favor dos direitos da população trans, vivencia a realidade da vida de maneira diferente deste segmento. Portanto, o olhar sobre esta temática perpassa pela condição da pesquisadora no mundo.

Tendo como recorte o referido objeto, busca-se considerar os pressupostos apontados pela dialética marxista, que privilegia a historicidade dos processos sociais, dos conceitos, “as condições socioeconômicas de produção dos fenômenos” (MINAYO, 2009, p.24), as contradições sociais, os conflitos, a unidade dos contrários

²¹ Para Minayo (2009) a criatividade do pesquisador envolve sua experiência, capacidade pessoal e sensibilidade.

e a totalidade social. Neste movimento dinâmico que compõe a realidade, permite buscar além da aparência, a essência dos fenômenos sociais.

O materialismo dialético enquanto método fornece as bases para uma interpretação dinâmica e totalizante da realidade, já que estabelece que os fatos sociais não podem ser entendidos quando considerados isoladamente, abstraídos de suas influências políticas, econômicas, culturais etc, privilegiando as mudanças qualitativas (GIL, 2008).

Para o desenvolvimento do estudo proposto foi realizada pesquisa documental e bibliográfica, compreendendo o período dos anos 1960 – com o início do movimento homossexual – e 2021 – ano de finalização e apresentação da presente dissertação, que é marcado por um aprofundamento das desigualdades sociais e de ataque às diversidades.

A construção de um referencial teórico-conceitual se deu a partir de um arsenal de produções com perspectiva crítica que permita a leitura deste movimento a partir da análise da sociedade capitalista e portanto da divisão em classes antagônicas, do Estado e da política social (particularmente a política de saúde pública) inseridos nesta relação.

A revisão bibliográfica sobre o campo da saúde pública e dos direitos relacionados aos segmentos de pessoas LGBTQI+, principalmente sobre o segmento de pessoas trans envolveu a apreensão dos estudos realizados no Brasil por pesquisadores e pesquisadoras de grande destaque nesta discussão, sob a perspectiva de despatologização das identidades de gênero, incluindo transexuais, ativistas e profissionais que atuam com o PrTr SUS, como: Berenice Bento, Bruna Irineu, Daniel Canavese Oliveira, Daniela Murta, Hebert Daniel, Popadiuk, Guilherme Almeida da Silva, Judith Butler, Mably Trindade, Márcia Arán, Marcos Claudio Signorelli, Marco Duarte, Marcia Brasil, Pablo Rocon, Richard Miskolci, Tatiana Lionço.

Para o acúmulo teórico e elaboração textual foram realizadas pesquisas não sistemáticas a banco de dados bibliográficos como *Scielo* e em sítios eletrônicos de núcleos de pesquisa de universidades públicas, como o Ser – Tão – Núcleo de Estudos e Pesquisas em Gênero e Sexualidade da Universidade Federal de Goiás

(UFG). Também houve a indicação de bibliografias por professores e profissionais da saúde e busca em banco de produções da UFJF, que será detalhada mais adiante.

Além das mencionadas produções, foram abordadas as legislações e os documentos normativos e informativos a respeito dos direitos (e da falta destes) de travestis e transexuais no campo da saúde no Brasil e em Juiz de Fora. Considerando para a busca os sites de domínio público, a saber: a nível federal – os *sites* do Planalto²², do Ministério da Saúde²³ e do Senado Federal²⁴; a nível estadual – a página do Governo do Estado de Minas Gerais²⁵ e ferramenta de Pesquisa Legislativa da Casa Civil de Minas Gerais²⁶; e no âmbito municipal – o Sistema JFLegis²⁷ e o *site* da Prefeitura de Juiz de Fora²⁸. Para subsidiar o debate proposto, também foram acessadas informações produzidas por conselhos profissionais e associações/organizações da população LGBTQI+, através de suas páginas na *internet*.

Considerou-se a importância de conhecer os sujeitos que vivenciam a política pública de saúde (e nesta, o Processo Transexualizador) e as suas percepções sobre a representação das suas demandas materializadas (ou não) em ações e serviços. Para isso, diante da impossibilidade da pesquisadora em realizar a pesquisa de campo com pessoas trans no município de Juiz de Fora, foi analisada a produção de dados sobre esta população e ações direcionadas a ela, bem como uma aproximação da realidade e das experiências vividas a partir de pesquisas locais.

²² Site em que consta uma ferramenta de pesquisa de legislação federal, histórica, estadual, entre outras informações disponibilizadas. Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/legislacao/>. Acesso em: 05/ ago. 2019.

²³ Site do Governo Federal que aborda informações sobre sobre as políticas de saúde no Brasil, inclusive legislações deste campo. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/>. Acesso em: 05/ ago. 2019.

²⁴ A página virtual disponibiliza informações sobre a agenda, a tramitação de matérias e as publicações oficiais do Senado Federal. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/hpsenado>. Acesso em: 05/ ago. 2019.

²⁵ Site oficial do Governo de Minas Gerais que conta com a disponibilização das legislações em âmbito estadual. Disponível em: <https://www.mg.gov.br/>. Acesso em: 05/08/2019.

²⁶ A ferramenta de pesquisa oferece acesso à informação sobre os atos normativos da administração pública do Estado. Disponível em: <http://pesquisalegislativa.casacivil.mg.gov.br/SaibaMaisLegislacao.aspx>. Acesso em: 12/08/2019.

²⁷ Sistema da Prefeitura de Juiz de Fora de que disponibiliza a legislação municipal. Disponível em: <https://jflegis.pjf.mg.gov.br>. Acesso em: 05/08/2019.

²⁸ Este site dispõe de informações institucionais, ao cidadão, ao servidor, sobre os concursos e licitações, entre outras. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/>. Acesso em: 05/08/2019.

Em janeiro de 2021 foi realizada uma busca na página virtual do Repositório Institucional da UFJF²⁹, por dissertações de mestrado e teses de doutorado pertinentes ao tema estudado. Segue, respectivamente, as palavras-chave e o número de produções encontradas: transexual – 49 dissertações e 14 teses; travesti – 150 dissertações e 43 teses; processo transexualizador – 15 dissertações e 01 tese; transgênero – 04 dissertações e nenhuma tese.

Através da leitura do título de todas essas teses e dissertações quantificadas, foi possível identificar os textos cujo tema principal relaciona-se ao campo da saúde. Em caso de dúvida se era ou não deste campo, o texto foi incluído para averiguação. O resultado completo pode ser visto no APÊNDICE A.

Das dissertações e teses relacionadas ao campo da saúde todos os resumos foram lidos e, a partir de então, foram escolhidas para a leitura na íntegra os textos que tratam do município de Juiz de Fora – Minas Gerais. Assim, compõem esta dissertação, as produções encontradas no Repositório da UFJF sobre o campo da saúde, especificamente relacionadas a mudanças corporais por pessoas trans, que abordam a constituição das redes de cuidados relacionados aos procedimentos previstos pelo PrTr SUS na cidade de Juiz de Fora, a saber:

1. A dissertação de mestrado de Marina Cápua Nunes (2016): Processo de transexualização: uma trajetória de militância trans na cidade de Juiz de Fora 2011-2016;
2. A dissertação de mestrado de Brune Coelho Brandão (2016): A produção de corpos trans e suas interseções com os processos saúde-doença: efeitos (in)desejáveis e autonomia dos corpos;
3. A tese de Doutorado de Fernanda Deotti Rodrigues (2018):(Des)caminhos em busca de cuidado: uma análise da rede de assistência à saúde para pessoas transexuais e travestis em Juiz de Fora/MG;
4. A dissertação de mestrado de Camila Rodrigues Paiva (2020): A rede de cuidados à saúde para a população transexual em Juiz de Fora.

²⁹ O Repositório Institucional Digital da Produção Científica e Intelectual da UFJF reúne o conjunto das publicações da UFJF. Disponível em: <<https://repositorio.ufjf.br/jspui/>>. Acesso em: 12/01/2021.

Ainda em janeiro de 2021 foi realizada uma busca no mesmo Repositório da UFJF, por artigos, como consta no APÊNDICE A e apenas um foi incorporado na dissertação, de acordo com as discussões trazidas ao longo da escrita:

1. O artigo de Pablo Cardozo Rocon; Francis Sodré; e Marco José de Oliveira Duarte: Questões para o trabalho profissional do Assistente Social no processo transexualizador.

Algumas dessas produções, tanto as teses e dissertações, como os artigos, já haviam sido lidas desde o início da construção deste objeto de pesquisa, a partir da indicação de professores e colegas profissionais da saúde, que também indicaram outras bibliografias aqui utilizadas.

Outro modo de aproximação do objeto estudado foi através da participação da pesquisadora no papel de representante da Secretaria Municipal de Saúde (SS) de Juiz de Fora no Grupo de Trabalho para a Construção do Plano Municipal de Promoção e Defesa dos Direitos de LGBTQI+ (GT Plano Municipal LGBTQI+)³⁰. Neste sentido, a integrante e observadora é parte do contexto que está sob sua observação e o modifica ao interferir nele, assim como é modificado por ele. (MINAYO, 2009).

Em momentos de assimilação do conhecimento, questionamentos e proposição, foi utilizado o diário de campo, considerado por Minayo (2009) como o principal instrumento de trabalho quando se trata desta observação, anotado in loco, na situação concreta em que acontecem manifestações dos sujeitos que discutem as políticas para LGBTQI+, inclusive no contexto da saúde, junto a pessoas destes segmentos. Este instrumento foi importante na análise do material teórico coletado, passo este que está presente em vários estágios da investigação.

Também foi de grande valia para a escrita desta dissertação as trocas com militantes do movimento LGBTQI+ de Juiz de Fora e as contribuições do professor Dr. Marco José de Oliveira Duarte³¹, em momentos de estudo individual, de trocas

³⁰ Criado em maio de 2021 através do Decreto do Executivo nº 14.543, esteve em funcionamento entre junho e outubro de 2021 em processo de elaboração do Plano Municipal LGBTQI+, que já foi entregue à prefeitura.

³¹ Assistente Social, Sanitarista, Mestre e Doutor em Serviço Social e Pós-Doutor em Políticas Sociais. Professor da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Pesquisador e Coordenador de projetos LGBTQI+ da UFJF.

informais, de construção do Plano Municipal LGBTQI+, e com indicação de bibliografia para estudo. Neste caminho de produção, também se reconhece a participação da investigadora em eventos como seminários e debates sobre as políticas para LGBTQI+ empreendidos pela UFJF, Centro de Referência de Promoção da Cidadania de Lésbicas, Bissexuais, Gays, Travestis, Transexuais, Não-binários, e Intersexuais (CeR – LGBTQI+), PJF, e nos cursos de capacitação da Universidade Aberta da Sistema Único de Saúde (UNA SUS) e da PJF.

O referencial teórico que orienta esta trabalho busca analisar a configuração da política de saúde direcionada a travestis e transexuais, a partir da conquista do direito à saúde pelo movimento de pessoas LGBTQI+ no Brasil. Para esta abordagem o texto foi dividido em três capítulos: 1 *Saúde pública brasileira e a construção de políticas para a população LBTQI+ Política social e luta por direitos da população LGBTQI+ no Brasil*; 2 *Política pública de saúde para a população trans brasileira a partir dos anos 2000*; e 3 *Transaúde pública e o processo transexualizador no município de juiz de fora: construções recentes*.

2 SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA E A CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS PARA A POPULAÇÃO LBTQI+

A política de saúde brasileira se expressa na dinâmica das contradições estruturais que são inerentes à política social no capitalismo (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017). A política social e os direitos sociais que ela materializa são síntese de determinações políticas, econômicas e culturais e produto histórico da luta de classes no capitalismo, ou seja, acompanham os movimentos do trabalho, do capital e seus impactos sobre o Estado, como um componente central na garantia das condições gerais de produção e reprodução social (BEHRING, 2016).

As medidas adotadas pelo Estado ao longo da história mostram que, mesmo diante de pressões e lutas da classe trabalhadora, as políticas sociais estão vinculadas à necessidade de manutenção da ordem vigente (OLIVEIRA, 2018, p. 233). Além disso, expressam mais do que reivindicações e lutas dessa classe, também o modo de gerir o capital em seus diferentes estágios, seja expandindo-o diretamente, tornando rentável o público e o social; seja através de geração de consenso/coesão via políticas públicas, dentre outras maneiras, sempre visando manter a ordem de dominação. Isso também significa gerir a situação social na qual o próprio capitalismo coloca os sujeitos na sociedade (da classe trabalhadora), já que é impossível que este sistema supere as sequelas que ele mesmo causa.

Sendo assim, não podemos perder de vista a configuração desse Estado, seu papel de mediação e como são gestadas as políticas públicas na relação da luta de classes. Esta discussão é importante para que a compreensão não seja fragmentada, entendendo parcialmente as políticas como meras conquistas, haja vista que elas também possuem papel ideológico, para além da sua representação material. Portanto, a existência e ampliação das políticas sociais e dos direitos na sociedade capitalista apresenta limite estrutural. Apesar deste Estado comportar as contradições de classe, essa sociedade não comporta a radicalização e o aprofundamento dos direitos (SOUZA FILHO, 2004).

Com esta reflexão, destaca-se que é importante fortalecer a dimensão democrática possível dentro do capitalismo, no movimento de contradição. Embora as políticas sociais sejam funcionais para a dinâmica de acumulação capitalista³² e sua manutenção, avanços limitam os ganhos do capital e são necessários para a classe trabalhadora, com importantes impactos na vida de amplos segmentos pauperizados desta classe, como aponta Behring (2016).

³² Oliveira (2015) ao explorar este tema destaca a partir da análise de Bihl (2010), que em certos momentos da história, houve uma aproximação da classe trabalhadora ao projeto reformista via consumo, políticas sociais e medidas de proteção e isso, sobretudo, inviabilizou a possibilidade de concretização de um projeto revolucionário, favorecendo a intenção de colaboração entre as classes, com mediação do Estado que toma a aparência de Estado que está pelos interesses de todos e não como em defesa de interesses da burguesia. Este é um cuidado importante na análise das políticas públicas, conhecer a sua história, surgimento e função.

Diante do exposto, afirma-se a importância de reconhecer o funcionamento das políticas públicas de saúde direcionadas a população trans a partir de uma aproximação das políticas sociais no Brasil e da luta da população LGBTQI+ pelo direito à saúde, considerando os movimentos não lineares de concessão e conquista, avanços e retrocessos no âmbito das políticas sociais.

Nesta direção, este capítulo abordará a conquista do direito à saúde a partir da mobilização de setores da sociedade em contexto de redemocratização do Estado Brasileiro, e paralelamente a este processo, a constituição dos movimentos de pessoas LGBTQI+ e a sua inserção na política de saúde, marcada pela pandemia de HIV/AIDS³³. Também será tema do capítulo 1 o direcionamento das políticas de ajuste fiscal às políticas sociais, que orientadas pelo neoliberalismo compõem o cenário de construção e desconstrução dos direitos sociais, sobretudo o direito à saúde. Para tanto, o período aqui analisado compreenderá entre os anos 1970 e 1990.

2.1 MOVIMENTO LGBTQI+ E A CONSTRUÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

³³ Aids é a designação em inglês de *Acquired Immunodeficiency Syndrome*, que significa Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), conforme consta no sítio eletrônico <aids.gov.br>. No Brasil, o Ministério da Saúde adotou o padrão de grafia da palavra aids, de acordo com a deliberação da reunião da Comissão Nacional de Aids, no ano de 2001, em que a palavra foi considerada como substantivo comum, sendo escrita em letra minúscula quando se tratar de epidemia; em letras maiúsculas e minúsculas quando se tratar, por exemplo, de setor ou título; quando estiver entre outras siglas escritas em maiúsculo, seguirá a mesma regra dessas palavras; (SILVA, 2006 *apud* LOPES; CASTRO, 2017). Portanto, nesta dissertação também será considerado este padrão.

Para abordar a política de saúde para a população LGBTQI+, este item parte do contexto da ditadura brasileira instaurada a partir de um golpe civil-militar a serviço das forças reacionárias internas e do imperialismo norte-americano. A ditadura emergiu em um contexto que transcendia as fronteiras do país, sendo um desdobramento de um processo de alteração na divisão internacional capitalista do trabalho, em que os centros imperialistas, sob hegemonia norte-americana, patrocinaram contrarrevoluções preventivas cujos objetivos principais eram: enquadrar os países ao capitalismo marcado por internacionalização do capital; imobilizar os protagonistas sociopolíticos que se posicionavam contrários a essa inserção; dinamizar tendências catalisadas contra a revolução e o socialismo (NETTO, 2005).

Para Netto (2014, p. 74) o regime derivado do golpe do 1º de abril de 1964 foi o regime político que melhor atendia os interesses do grande capital, podendo ser entendido como uma forma de autocracia burguesa³⁴ e como ditadura do grande capital³⁵. Com a “instrumentalização das Forças Armadas pelo grande capital e pelo latifúndio”, este regime “conferiu a solução que, para a crise do capitalismo no Brasil à época, interessava aos maiores empresários e banqueiros, aos latifundiários e às empresas estrangeiras (e seus agentes, 'gringos' e brasileiros)”.

A ditadura, recente na história do Brasil, marcou um período em que o Estado, em nome do grande capital, criou mecanismos de impedir a participação política da população, por meio do seu braço repressor e violento. Houve a exclusão da massa do povo no direcionamento da vida social, neutralizando a possibilidade de socialização do poder político, sendo os processos diretivos da sociedade decididos “pelo alto”. O Estado buscou a desestruturação das agências da sociedade que expressam os interesses das classes subalternas, portadoras de vontades coletivas e projetos societários alternativos (NETTO, 2005). Mas isso não significa que foi um período de ausência total de lutas sociais, estas se adensaram a partir do final dos anos 1970.

³⁴ Na interpretação de Florestan Fernandes por Netto (2014).

³⁵ Conforme a análise de Octávio Ianni por Netto (2014).

Durante o período da ditadura brasileira, travestis e transexuais eram submetidas e submetidos a diversas formas de violência física e mental. Neste momento, foi estabelecida uma “associação direta entre os desvios sexogênero e a ideologia comunista”, justificando a necessidade de prender esta população para combater a perversão praticada por comunistas, já que estas pessoas eram consideradas como um risco de corromper e incentivar a juventude, podendo difundir as suas práticas consideradas desprezíveis (ARAÚJO; NOGUEIRA, 2017, p. 18).

Sendo assim, essas pessoas (apenas por existirem) acompanhando os procedimentos utilizados pelo regime ditatorial, apanhavam da polícia, eram presas, necessitavam se esconder, sendo “delegadas aos guetos, para melhor controle” e até mesmo desapareciam. Além disso, a internação em hospital psiquiátrico foi uma estratégia lançada a este segmento (acionada inclusive pelos próprios familiares) que sofreu com a lógica manicomial, com os vários choques elétricos e com a exclusão (LUCON, 2016 *apud* ARAÚJO; NOGUEIRA, 2017, p. 18).

Bruna Benevides, Secretária de Articulação Política da Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA), publicou um texto no *facebook* em 31 de março de 2021, retomando a memória da violência e assassinatos sofridos por LGBTQI+ na ditadura, como parte do grupo de pessoas que eram vistas como pervertidas, sendo alvo de “perseguições, detenções arbitrárias, expurgos de cargos públicos, censura” etc; “indesejáveis eram caçadas e assassinadas”. Estas situações foram relatadas na Comissão Nacional da Verdade, cujo relatório informa que maneiras de “medir” e “averiguar” os corpos das travestis foram estabelecidas com a finalidade de determinar o grau de periculosidade delas (BENEVIDES, 2021, s/p).

Na rede social Benevides (2021) destaca um trecho da matéria “Onde estavam as travestis da ditadura?” que expressa a maneira como estes corpos eram desumanizados, assim, poderia ser feito o que quisessem deles, inclusive por parte do Estado, como segue.

No RJ, a travesti, negra e chacrete, Weluma Brum, nos relatou suas experiências com a polícia. Naquele momento, Weluma contou, que certa vez, ao ser parada pela polícia enquanto se prostituía na Central do Brasil-RJ, fora obrigada a fazer sexo oral nos policiais para não ser presa. Isso depois de apanhar de 4 policiais, que lhe batiam e davam choques. Depois, Weluma conheceu a estratégia mais comuns entre as travestis para evitar a prisão, segundo ela “Nós nos cortávamos com gilete, para que os policiais não nos

prendessem, vejam aqui, tenho ainda cicatrizes. Eles tinham medo que a gente se cortasse”. Este medo, é claro, advinha do estigma de serem soropositivas, afinal, é neste período que a AIDS é considerada “o câncer gay”, a partir de uma cruel biopolítica. (BENEVIDES, 2021, s/p)

Este contexto de ditadura marca o início da luta política do movimento homossexual no Brasil (POPADIUK OLIVEIRA; SIGNORELLI, 2017), que foi protagonizado pelos pioneiros grupos de militância: Triângulo Rosa, fundado em 1977 no Rio de Janeiro, e o Grupo Somos, fundado em 1978, em São Paulo (DUARTE, 2014). O Jornal Lampião de Esquina, um dos primeiros na publicação homossexual (circulou entre os anos de 1978 e 1981) e ações do Somos se constituíram como importante resistência no período ditatorial (IRINEU, 2016).

Apesar das primeiras ações do movimento homossexual terem ocorrido na década de 1970, já existiam desde 1950 “atos individuais de politização das identidades gay e lésbicas em locais de lazer” (GREEN, 2007 *apud* IRINEU, 2014, p. 165).

Ao final do ciclo ditatorial, nenhum dos grandes e decisivos problemas da sociedade brasileira estavam solucionados, pelo contrário, aprofundaram-se (NETTO, 2005). Desde o final dos anos 1970 setores da sociedade, como por exemplo da indústria de base e metalmeccânica e empresários de São Paulo queixavam-se da excessiva presença do Estado na economia, se identificando em certa medida com a situação geral de esgotamento em que chegou a sociedade brasileira com a ditadura. Se por um lado havia o influxo de grandes mobilizações antiditatoriais, por outro, o desejo de mudança do Estado brasileiro e sua presença no plano econômico, foi expresso por setores como os já mencionados.

No final dos anos sob esse regime, se apresentava o quadro de uma sociedade civil heterogênea, complexa, com desigualdades ampliadas, que incide em significativas mobilizações e organizações de setores progressistas, cujas lutas contribuíram para a inclusão, no texto constitucional, de direitos, como a saúde, pública, universal, tida direito de todos e dever do Estado, compondo a seguridade social na articulação com, assistência social e previdência.

Para a compreensão da construção histórica do direito à saúde da população LGBTQI+, com destaque para a população trans no Brasil, dois processos no século XX ganham relevância: 1. A constituição da política pública de saúde; 2. A epidemia de HIV/AIDS.

O movimento político LGBTQI+ (inicialmente como movimento homossexual), que, durante o período ditatorial precisava se organizar para sobrevivência diante dos inúmeros ataques que este segmento de pessoas sofria, se amplia frente a novas determinações históricas concretas. De acordo com Trindade (2016, p. 44), o “binômio repressão policial e AIDS” foi fundamental para a articulação de forças que, em outro momento passou a abarcar novas bandeiras de luta.

Destaca-se que a expansão da produção de conhecimento acerca de gênero e sexualidade, para além das perspectivas “psi”³⁶, foi propiciada a partir da reabertura política e do processo de redemocratização do Brasil. Começa então, a articulação de sujeitos ligados às lutas por direitos sexuais que demandarão por políticas públicas (IRINEU, 2014).

2.1.1 Redemocratização do Estado brasileiro e a constituição da saúde pública

Entre o final da década de 1970 e os anos 1980 o Brasil vivenciou o processo de abertura política e redemocratização do Estado após o Golpe de 1964. Esta fase foi marcada pela organização de diversos segmentos sociais que lutavam contra o regime ditatorial e reivindicavam direitos, como o Movimento de Reforma Sanitária³⁷ e aqueles historicamente excluídos, como as pessoas do segmento LGBTQI+, que sofreram duramente com as perseguições e repressão do regime ditatorial.

³⁶ Termo utilizado por Irineu (2014) para se referir às perspectivas das ciências ligadas à psicologia e psiquiatria.

³⁷ Sobre o movimento de reforma sanitária, Rezende, Moraes e Castro (2016) apontam que este movimento defende que a saúde da população brasileira deve ser atendida através de um sistema público de saúde, com garantia de condições igualitárias de atendimento a todos os cidadãos do país. Bravo e Matos (2006) afirmam que o movimento sanitário vem sendo construído desde os meados dos anos 70 e conseguiu avançar na elaboração de propostas de fortalecimento do setor público em oposição ao modelo de privilegiamento do produtor privado, apresentando como marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986).

A década de 1980 foi marcada por um novo patamar na relação Estado e sociedade, com a mudança dos governos militares à constituição da democracia (COUTO, 2010). O campo da saúde pode contar com a participação de novos sujeitos sociais para a sua discussão em relação às condições de vidas da população e a propostas governamentais, contribuindo para o debate presente na sociedade. Nesse sentido, a saúde deixou de ser do interesse circunscrito aos técnicos e passou a ter uma dimensão política, vinculada a perspectiva de democracia (BRAVO, 2006).

Destacam-se neste cenário os profissionais de saúde que, sob representação de suas entidades, defendiam questões de saúde gerais, para além do corporativismo; o movimento sanitário, contando com o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES), considerado como “veículo de difusão e ampliação do debate em torno da Saúde e Democracia e elaboração de contra-propostas”; os partidos políticos de oposição; e os movimentos sociais urbanos (BRAVO, 2006, p. 08).

Tais personagens debateram principalmente as seguintes questões:

a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde (BRAVO, 2006, p.09)

Neste momento, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) marca a discussão de saúde no Brasil, ao colocar no campo deste debate a sociedade e então, assumir outra dimensão a partir da participação de vários setores sociais e entidades que representam a população. A análise da questão de saúde ultrapassa a visão setorial, se direcionando a toda a sociedade e propondo, para além do Sistema Único, a Reforma Sanitária (BRAVO, 2006).

Com relação a Assembleia Constituinte, a arena política de disputa em torno da saúde se organizou em dois blocos de interesses e poderes, em que um envolvia os grupos empresariais, liderados pela Federação Brasileira de Hospitais e pela Associação de Indústrias Farmacêuticas, de caráter multinacional; e o outro bloco

correspondia aos que defendiam a Reforma Sanitária, sendo representado pela Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte, que congregava entidades representativas do setor (BRAVO, 2006).

A Constituição Federal de 1988 e o direito à saúde nela firmado é apresentado aqui como fruto de projetos divergentes em pleito, não como construção pacífica e serena. Destacam-se portanto, dois projetos em disputa neste momento: o Projeto de Reforma Sanitária, construído a partir de meados década de 1970, baseado nas lutas populares e sindicais em torno do direito à saúde e nos posicionamentos críticos em relação ao modelo médico assistencial previdenciário e seus limites, por parte de universidades e entidades que compunham o pensamento sanitário brasileiro, como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) (BRAVO, 1996).

Este projeto que foi parcialmente apresentado na Constituição Brasileira, tem o Sistema Único de Saúde (SUS) como uma de suas estratégias e centra-se na tarefa de assegurar a atuação do Estado na sociedade como Estado democrático de direito, como o responsável pela política de saúde, bem como as demais políticas sociais (BRAVO, 2006).

O outro é o Projeto Privatista que tem sua origem no período da ditadura civil militar e é retomado nos anos 1990. Orienta-se pelas regras de mercado e fundamenta-se na exploração da doença como sua principal fonte de lucros (BRAVO; PELAEZ, 2018).

Como “reatualização do modelo médico assistencial privatista” é vinculado a Política de Ajuste, minimizando os gastos e descentralizando com a desresponsabilização do poder central. Neste projeto, o Estado tem como função a garantia do mínimo para os sujeitos que não podem pagar pelo privado, que é designado aos que podem acessar o mercado. Sendo assim, propõe a focalização de ações básicas (“pacote básico”) de saúde para as populações que são vulneráveis e fomenta a ampliação do setor privado, com o seguro privado, a descentralização e a degradação do financiamento (COSTA, 1996 *apud* BRAVO, 2006). Este projeto avançará a partir da década de 1990.

A Constituição Federal de 1988 representou a possibilidade de avanços significativos para o sistema de proteção social, tais como os princípios universalistas dos direitos sociais, direcionados a uma maior igualdade, através de políticas sociais de Estado. Um sistema de ampliação da proteção social e dos direitos sociais, que desta maneira contemplam, sobretudo, as classes subalternas, como nunca ocorreu nos períodos anteriores – em que o atendimento das demandas se restringiam ao lugar ocupacional do trabalhador, determinando quem era incluído no sistema (YAZBEK, 2010).

A noção de Seguridade supõe que os cidadãos tenham acesso a um conjunto de direitos e seguranças que cubram, reduzam ou previnam situações de risco e de vulnerabilidades sociais. Assim sendo, a Seguridade brasileira emerge como um sistema de cobertura de diferentes contingências sociais que podem alcançar a população em seu ciclo de vida, sua trajetória laboral e em situações de renda insuficiente (YAZBEK, 2010, p. 16).

Em seu texto foi afirmado, entre outras coisas, cidadania, dignidade da pessoa humana, prevalência dos direitos humanos, constituição de uma sociedade livre, justa e humanitária, garantia do bem de todos sem preconceitos e discriminação, e que todos são iguais perante a lei, sendo inviolável o direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade (BRASIL, 1988).

Com a Constituição, o direito social à saúde, fruto do movimento de reforma sanitária, é assegurado legalmente como componente do sistema de seguridade social, que integra um conjunto de iniciativas dos Poderes Públicos e da sociedade com a finalidade de garantir direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social, objetivando a universalidade da cobertura e do atendimento (BRASIL, 1988).

No artigo 196 este é apresentado como “direito de todos e dever do Estado”, garantindo “redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, trazendo como diretrizes a descentralização, a integralidade do cuidado e a participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Bravo (2006, p. 10-11) aponta os itens principais da constituição brasileira, que foram destacados por Teixeira (1989):

O direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano; As ações e Serviços de Saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle; Constituição do Sistema Único de Saúde integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade; A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais; Proibição da comercialização de sangue e seus derivados.

Cabe salientar que embora o texto constitucional tenha se pautado nas aspirações do movimento sanitário, seu projeto não foi totalmente atendido, uma vez que se confrontam com os interesses dos setores empresariais e até mesmo de setores do próprio governo. Outro aspecto importante é a pouca definição sobre financiamento do sistema, dentre outras coisas (BRAVO, 2006).

No que tange à saúde, a Constituição de 1988, em seu texto, a partir de acordo políticos e da pressão dos movimentos populares, atendeu parte das reivindicações colocadas pelo movimento sanitário brasileiro – o que ataca interesses empresariais, sobretudo do setor hospitalar – e não alterou a situação da indústria farmacêutica no país (BRAVO, 2006).

O projeto de reforma sanitária, enquanto projeto radical, não foi contemplado em sua totalidade e a Constituição Federal de 1988, embora muito avançada em perspectiva de cidadania, não contempla toda a radicalização necessária para uma sociedade justa e igualitária.

No entanto, é no bojo dessas alterações que um Sistema Único de Saúde é concebido na carta constitucional e foi regulamentado com a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 que considera a saúde para além do fator doença, sendo relacionada ao modo de organização da sociedade e reconhece como seus determinantes e condicionantes, “entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, 1990).

O SUS apresenta como alguns de seus princípios a universalidade de acesso aos serviços em todos os níveis de assistência, integralidade e igualdade sem preconceitos e a participação da comunidade (BRASIL, 1990). Este último é também regulamentado pela Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e transferência de recursos intergovernamentais (BRASIL, 1990b).

Embora esta política até o momento não tenha tocado diretamente a questão da diversidade sexual e de gênero, uma vez que juridicamente é estabelecida a todos, conforme seus princípios, também é direito de gays, lésbicas, bissexuais, travestis, transexuais, ainda que não fosse reconhecida como tal, ou de modo equivocado, de maneira patologizante. Essas conquistas foram fundamentais para que se construíssem políticas específicas para a população LGBTQI+.

No movimento histórico contraditório da sociedade não houve só conquistas. As primeiras tentativas de diálogo com o poder legislativo ocorreram no período da constituinte (IRINEU, 2014) e é neste período também que ocorrem as primeiras negativas às demandas da população LGBTQI+, como por exemplo, “a tentativa de inserção do termo ‘discriminação por orientação sexual’ no artigo 5º do texto constitucional, que foi vetado por deputados da bancada religiosa”(CÂMARA, 2000 *apud* IRINEU, 2016, p. 97).

Cabe destacar que setores religiosos e ruralistas já se faziam presentes durante o debate público entorno da Constituinte no Brasil (IRINEU; OLIVEIRA; LACERDA, 2020), oferecendo resistência até os dias atuais aos projetos progressistas no que concernem aos direitos sexuais, reprodutivos, de diversidades de gêneros etc.

No processo de embate, de lutas e resistências, ao final dos anos 1990 surgem as primeiras ações organizadas de saúde pública no Brasil com ênfase específica na população transexual. Este processo foi desencadeado por diversos fatores, com destaque para a Reforma Sanitária e a epidemia da aids (TRINDADE, 2016).

2.2 POLÍTICAS NEOLIBERAIS E OS IMPACTOS PARA A SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

O cenário brasileiro dos anos 1990 apesar de congrega avanços e resistências construídas, foi marcado por um processo de crise internacional do Capital, com a introdução do neoliberalismo no país, direcionando a contrarreforma do Estado.

Portanto, apresenta-se neste item um panorama geral do contexto político, econômico e social brasileiro pelo marco das alterações a nível mundial que se expressam a partir da década de 1970. Cenário este que afetou os caminhos trilhados no campo dos direitos sociais conquistados duramente por meio de lutas e mobilização social efervescentes em processo de redemocratização do país, após um longo período de ditadura civil e militar, afetando portanto o segmento LGBTQI+.

É possível verificar a partir dos anos 1970 uma mudança no trato das políticas em nível mundial a partir da crise do capital, que correspondeu ao esgotamento do padrão de acumulação fordista/keynesiano³⁸ e, por conseguinte o início da crise do estado de bem-estar-social³⁹ europeu que se deu a partir do final dos anos 1960. Em meados da década de 1970, o capitalismo começa a demonstrar os sinais de crise, em uma longa onda de estagnação, afetando o processo de acumulação capitalista (MANDEL, 1982 *apud* MOTA, 2008).

A crise desta década expressava o fim de uma onda longa de expansão que foi desencadeada ao final da Segunda Guerra Mundial e o estabelecimento de uma “crise estrutural do modo de produção capitalista” estritamente relacionada ao capitalismo tardio (MANDEL, 1982, p. 150). Este momento foi acompanhado por uma crise financeira endêmica do Estado que trouxe dificuldades para a execução concomitante das funções que o mesmo estava cumprindo no padrão de acumulação anterior. “A ‘crise administrativa’ permanente do Estado transforma-se com isso numa crise permanente do Estado” (MANDEL, 1982, p. 343).

³⁸ De acordo com Oliveira (2018, p. 237), o keynesianismo-fordismo foi um pacto social firmado entre as classes sociais e mediado pelo Estado no segundo pós guerra, combinando produção e consumo em massa com “a lógica do pleno emprego de homens e máquinas para evitar a capacidade ociosa da economia será a exigência do plano de ajuda aos países europeus afetados pela guerra”. A combinação de fordismo e keynesianismo resultou na criação do Estado de bem-estar social, ou Welfare State.

³⁹ Conforme Netto (1995, p.68-69) a crise do Welfare State evidencia o “fracasso do único ordenamento sociopolítico que, na ordem do capital, visou expressamente compatibilizar a dinâmica da acumulação e da valorização capitalista com a garantia de direitos políticos e sociais mínimos”. Sendo assim, esta crise expressa “a curva decrescente da eficácia econômico-social da ordem do capital”.

Com a grave crise econômica (que no Brasil adquire relevância em 1980) o considerável crescimento econômico dos Países centrais, como Estados Unidos, Japão, Alemanha, França e Inglaterra obtido nos anos 1960, apresentou declínio, acompanhada da queda de taxas de lucro das empresas e por choques do petróleo⁴⁰. A crise se estendeu por todo mundo e, inclusive, houve a sua transferência para os países periféricos (GURGEL, 2017).

De fato, a denominada crise do fordismo e do keynesianismo era a expressão fenomênica de um quadro crítico mais complexo. Ela exprimia em seu significado mais profundo, uma crise estrutural do capital, em que se destacava a tendência decrescente da taxa de lucro (...) Com o desencadeamento de sua crise estrutural, começava também a desmoronar o mecanismo de “regulação” que vigorou, durante o pós-guerra, em vários países capitalistas avançados, especialmente da Europa (ANTUNES, 2009, p. 31).

Em resposta a esta crise instaurou-se um processo de reorganização do capital e de sua forma ideológica e política de dominação, tendo como estratégias o neoliberalismo, a privatização do Estado, a desregulamentação dos direitos trabalhistas e o desmonte estatal no setor produtivo. Iniciou-se um profundo processo de reestruturação da produção e do trabalho, visando a retomada dos patamares anteriores de expansão capitalista. (ANTUNES, 2009).

Este processo foi acompanhado de críticas ao modelo keynesiano/fordista e ao Estado de bem-estar social, como mencionado. Um conjunto de críticas já existia desde a década de 1940, como apontado por Paula (2005), e na década de 1970, com a crise, se sedimenta. A crítica neoliberal ascende ao responder a necessidade de organizar do ponto de vista social, político e econômico o funcionamento na dinâmica de acumulação que se torna mundializada.

⁴⁰ Segundo Gurgel (2017), dois choques do petróleo se encarregaram de agravar a crise, ao ponto de levar à suposição de que eram os responsáveis por ela.

A partir do declínio do referido padrão de acumulação surge a necessidade dos capitalistas (burguesia) recuperarem o “ciclo produtivo” e de reafirmarem sua hegemonia, frente aos confrontos de grupos de trabalhadores organizados em partidos e sindicatos. De acordo com Antunes (2009), esta crise não foi apenas uma nova crise de superprodução e de diminuição das taxas de lucro (processo analisado por Marx como característico do modo de produção e acumulação capitalista), mas sim um sinal de esgotamento e de crise do próprio processo de acumulação capitalista.

Para este autor, os elementos constitutivos desta crise foram: a redução do consumo que se acentuava, associado ao desemprego estrutural que se iniciava; a “hipertrofia” do capital financeiro, na nova fase do processo de internacionalização; a maior concentração de capitais devido às fusões entre as empresas; a “crise” do Welfare State ou do “Estado de bem-estar social” e seus mecanismos de funcionamento – modelo que foi indicado como o responsável pela crise fiscal do Estado –, que culminou em medidas de retração dos gastos públicos com as políticas sociais, e transferência de recursos do Estado para o capital privado, incluindo as estratégias de privatização.

No que tange ao projeto neoliberal, as produções afirmavam que a expansão do Estado é que inviabiliza o processo de acumulação. O conjunto de políticas sociais que constituíam direitos de cunho universal são acusadas pelos neoliberais de serem responsáveis pelo esvaziamento dos fundos públicos, por serem aplicados nas atividades burocratizadas que não geram retorno e que têm cobertura extensiva a toda a população de maneira indiscriminada. No Brasil, a recém-nascida Constituição de 1988 e sua concepção de Seguridade Social aparecem como as vilãs.

Portanto, diante da crise capitalista, o neoliberalismo aparece como solução parcial, objetivando reconstituir o mercado e reduzir ou eliminar a intervenção social do Estado em várias áreas. A retórica neoliberal aproveita e explora a insatisfação e desconfiança que existem na sociedade em relação ao público, satanizando-o e contribuindo para a sua desvalorização (DURIGUETTO; MONTAÑO, 2011).

Para Netto (1995, p. 77), a ofensiva neoliberal encontra a “essência do seu arsenal”, “uma argumentação teórica que restaura o mercado como instância mediadora societal elementar e insuperável e uma proposição política que repõe o Estado mínimo como única alternativa e forma para a democracia”.

No “plano social e político-institucional” é colocado em questão os direitos sociais e as “funções reguladoras macroscópicas do Estado”. Em um “plano ídeocultural” amplo a ofensiva neoliberal contrapõe-se

à cultura democrática igualitária da época contemporânea, caracterizada não só pela afirmação da *igualdade* civil e política para todos, mas também pela busca da *redução das desigualdades* entre os indivíduos no plano econômico e social, no âmbito de um objetivo mais amplo de libertar a sociedade seus membros da *necessidade e do risco* (NUNES, 1991, p. 502 *apud* NETTO, 1995, p. 78).

A proposta neoliberal está centrada na despolitização das relações sociais, rechaçando qualquer regulação política do mercado, seja por via estatal ou por outras instituições. Na verdade, diante da crise contemporânea do capital, o que querem os neoliberais é acabar com os mecanismos reguladores que comportem qualquer componente democrático “de controle do movimento do capital”. Portanto, a questão não é o desejo de redução da intervenção do Estado, mas sim “encontrar as condições ótimas (hoje só possíveis com o estreitamento das instituições democráticas) para direcioná-la segundo seus particulares interesses de classe” (NETTO, 1995, p. 81).

Conforme Oliveira (2015, p. 359) “se nos anos do pós-guerra a política social serviu como um elemento para recuperar crescimento e salvar o capital da sua crise”, já com os anos 1980 “ela passa a ser o principal inimigo das taxas de crescimento, alvo frequente das contrarreformas e dos ajustes fiscais”. Neste sentido, a crise demonstrou o limite da democracia no capitalismo, como apontam Duriguetto e Demier (2017).

No Brasil o governo Collor marcou efetivamente a implementação do neoliberalismo no país e atuou reduzindo o tamanho do Estado central, extinguindo órgãos, demitindo funcionários, além de outras ações direcionadas a diminuir o papel do Estado e dos serviços públicos (GURGEL, 2017).

Ao longo dos anos 1990 propagou-se pela sociedade brasileira uma forte campanha em defesa de reformas e é sob o governo do presidente Fernando Henrique Cardoso, eleito em 1995, que o ideário neoliberal se aprofunda no país, especialmente pela implementação da Reforma do Estado. As reformas defendidas são orientadas para o mercado, tendo em vista que os problemas do Estado eram apresentados como as principais causas da crise econômica e social que o país vivenciou a partir dos anos 1980.

No caso deste país que vivenciou uma via particular de transição para o capitalismo, nunca houve pleno emprego keynesiano e os direitos chegaram tardiamente, tendo a sua implementação na maioria das vezes atravancada por políticas neoliberais a partir de 1990 (BEHRING, 2016).

Diante disso, o projeto de modernidade que era colocado, objetivava reformar o Estado, enfatizando as privatizações e a previdência social, hostilizando a Constituição, haja vista que esta é considerada como um retrocesso e precisavam ser corrigidas as distorções, reduzindo custos. A seguridade social é severamente afetada com este projeto.

Justificavam as privatizações, entre outras coisas, pela necessidade de atrair capitais, reduzir a dívida externa, reduzir os preços para os consumidores, melhorar a qualidade dos serviços e alcançar uma eficiência econômica para as empresas, que supostamente eram ineficientes sob o controle do Estado.

O documento que expressou a orientação da Reforma foi O Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado do Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado (PDRE - MARE)⁴¹, que retratou a crise contemporânea como a crise do Estado que desviou-se das suas funções básicas para ampliar a sua presença no setor produtivo, gerando a degradação dos serviços públicos e o agravamento da crise fiscal e da inflação.

A análise apresentada neste documento caracteriza a crise do Estado como:

(1) uma crise fiscal, caracterizada pela crescente perda do crédito por parte do Estado e pela poupança pública que se torna negativa; (2) o esgotamento da estratégia estatizante de intervenção do Estado, a qual se reveste de várias formas: o Estado do bem-estar social nos países desenvolvidos, a estratégia de substituição de importações no terceiro mundo, e o estatismo nos países comunistas; e (3) a superação da forma de administrar o Estado, isto é, a superação da administração pública burocrática (BRASIL, 1995, p. 10-11).

Sendo necessárias e inadiáveis, portanto:

(1) o ajustamento fiscal duradouro; (2) reformas econômicas orientadas para o mercado, que, acompanhadas de uma política industrial e tecnológica, garantam a concorrência interna e criem as condições para o enfrentamento da competição internacional; (3) a reforma da previdência social; (4) a inovação dos instrumentos de política social, proporcionando maior abrangência e promovendo melhor qualidade para os serviços sociais; e (5) a reforma do aparelho do Estado, com vistas a aumentar sua "governança", ou seja, sua capacidade de implementar de forma eficiente políticas públicas (BRASIL, 1995, p. 11).

⁴¹ O PDRE foi elaborado pelo Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado, cujo ministro era Bresser Pereira e aprovado pela Câmara da Reforma do Estado em 1995.

Neste sentido, para refuncionalizar o Estado, colocava-se como necessário alterar a questão fiscal, o modo de intervenção e o aparelho administrativo. A reforma do aparelho administrativo está vinculada a solução da crise fiscal e a solução do modo de intervenção. Fazer ajuste fiscal duramente foi uma medida neoliberal, principalmente forjada em países periféricos, sob as orientações de organismos internacionais⁴² para as alterações internas no país.

De acordo com Behring (2008), o PDRE presumia o processo de transição desta reforma do Estado e de seu aparelho através das seguintes direções: alteração da legislação (inclusive com reformas constitucionais), introdução de cultura gerencial e adoção de tais práticas, ganhando destaque a ênfase nos resultados e a dita superação dos resquícios de patrimonialismo. Segundo esta concepção, isto possibilitaria o resgate do papel do Estado brasileiro como de indutor do desenvolvimento econômico e social, aumentando a sua *governance* e propiciando a garantia dos direitos de cidadania.

O plano objetivou a modernização da administração pública, uma vez que a administração baseada em princípios racional-burocráticos é considerada como rígida, lenta e ineficiente, necessitando de um “salto” rumo a administração pública gerencial, voltada para a eficiência, para o controle dos resultados e descentralizada – esta última sob a alegação de “poder chegar ao cidadão” (BRASIL, 1995).

⁴² Correia (2007) aponta que o poder do capital financeiro é assegurado pelas seguintes instituições financeiras internacionais: Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Mundial (BM/BIRD) e Organização Mundial do Comércio (OMC). Estas instituições representam os interesses dos Estados mais poderosos do mundo, e impõem ao restante dos Estados nacionais a admitirem políticas de cunho liberal, bem como de desregulamentação e privatização; prescrevendo reformas políticas, econômicas, sociais e culturais, que impactam na “soberaniados Estados-nação que a estas aderirem, mediante as condicionalidades de suas políticas internas e externas”. Além disso, executam funções importantes para o “ajuste de integração dos espaços mundiais”, com vistas à produção e à reprodução do capital. Assim, a contrarreforma na esfera da saúde tem ocorrido no contexto das reformas praticadas pelo governo brasileiro em assentimento aos requisitos e determinações dos organismos internacionais (CORREIA, 2007).

Tais mudanças foram necessárias para viabilizar a acumulação de capital diante da crise que aqui foi abordada e que é estrutural, e portanto, inerente à própria dinâmica do capitalismo. Na verdade, este movimento para a reconstrução do Estado serviu para que ele se refuncionalizasse dentro do quadro do capitalismo contemporâneo, das mudanças que ocorreram no processo de acumulação, na estrutura de financeirização do capitalismo.

A reforma, na verdade, esteve mais voltada para atender à crise do mercado, em momento de *superacumulação dos capitais*⁴³. “Uma vez que foram estes capitais acumulados que vieram a ser atendidos, sob a ideia *mater* de que a gestão privada é o que melhor se presta à administração pública” (GURGEL, 2017, p.168). O privado foi afirmado enquanto valor e houve estímulo a concepções empresariais. Além das privatizações das empresas públicas, também foi colocado para o setor privado conduzir serviços públicos.

Os capitais estavam acumulados porque não encontravam revalorização na produção. Os limites do mercado se impunham, agravados pelo padrão repetitivo do fordismo que desestimulava a renovação dos estoques domésticos, entre os que podiam comprar. O Estado, com baixa receita, também se abstinha de consumir e investir. Mas agora esses capitais acumulados contaram, para sua recuperação, com a obsolescência planejada e acelerada, típica da *destruição criadora*, e também dispuseram dos espaços de investimento criados pelas privatizações, delegações e parcerias. De um só golpe, mudam-se o mercado e o Estado (GURGEL, 2017, p. 168).

Para Gurgel as crises não podem ser explicadas apenas pela superestrutura. Na verdade “a crise começa com o mercado e o Estado se revela incapaz de compensar a situação com as medidas” (GURGEL, 2017, p. 163).

A condição do Estado portanto é reflexo da crise do mercado, como segue.

Estamos dizendo que a questão principal dos anos 1980 continuou a ser o mercado e por extensão o Estado, precisamente o capital em crise. Apontar para o Estado foi um expediente hábil para poder

⁴³ Expressão de Harvey usada por Gurgel em 2017.

reduzi-lo, principalmente pela via da transferência de ativos e serviços públicos para o setor privado (GURGEL, 2017, p.165).

Neste sentido, o autor afirma que esta é na verdade, uma contrarreforma em todas as dimensões, que colocou ao mercado a vida social e difundiu fortemente o individualismo. Ao Estado coube descaradamente servir para a reprodução do sistema, sem limites. As medidas adotadas foram consonantes com as mudanças ocorridas nos países centrais, embora tenham traços peculiares os países de periferia, que mais sofreram com isso (GURGEL, 2017).

O Estado brasileiro em um cenário de necessidade de reorganização para atender aos novos padrões de acumulação do capitalismo em sua nova fase, precisava de recursos para serem investidos neste processo e não no atendimento social. Justificou-se de maneira falaciosa a necessidade “reformas”⁴⁴ no campo das políticas sociais, tendo em vista que era necessário garantir o processo de acumulação sob hegemonia financeira. Reorganiza-se a estrutura do gasto público, reduzindo o gasto com processos de produção material, com a intervenção no campo social e expande-se gastos para garantir tal processo de acumulação. Com isso, não está reduzindo a intervenção do Estado e sim reorganizando (SOUZA FILHO, 2018).

Netto (2012, p.417) afirma que, em relação às exigências postas pelo grande capital, o projeto neoliberal “viu-se resumido no tríplice mote da ‘flexibilização’ (da produção, das relações de trabalho), da ‘desregulamentação’ (das relações comerciais e dos circuitos financeiros) e da “privatização” (do patrimônio estatal)”.

Neste cenário são incorporadas estratégias como privatização parcial ou total dos bens e serviços públicos pelo capital privado (e entrega de parcelas do patrimônio público brasileiro ao capital estrangeiro), apelo à sociedade civil, à ajuda mútua e autoajuda, construção do chamado “terceiro setor” e alterações no mundo do trabalho (englobando precarização, desregulamentação, flexibilização, aumento do desemprego etc), e assim, contribuindo para a despolitização dos conflitos sociais.

⁴⁴ Considerada aqui como contrarreforma.

Justifica-se e legitima-se o processo de desestruturação da seguridade social ao passo que o Estado é desresponsabilizado pela intervenção frente as sequelas da questão social. Sendo assim, o mercado torna-se a instância privilegiada de regulação e legitimação social e o capital é desonerado da responsabilidade de cofinanciar as respostas a tais sequelas inerentes à existência da sociabilidade capitalista.

De acordo com Yazbek (2010), o padrão de desenvolvimento do sistema de proteção social dos países latino-americanos, com destaque para o Brasil, ocorreu de maneira distinta do que é percebido nos países europeus, haja vista o peso que tiveram neste processo as particularidades da sociedade brasileira e de sua formação sócio-histórica e “suas dificuldades em adiar permanentemente a modernidade democrática”. Posto isto, bens e serviços sociais foram submetidos à lógica do acesso “desigual, heterogêneo e fragmentado”.

Desta forma, as respostas às necessidades dos sujeitos sociais são tratadas de maneira individual e desigual, conforme o poder de compra de cada um, levando a uma “dualidade discriminatória: tendo melhores serviços quem pode pagar e os piores a quem depende dos serviços do Estado (DURIGUETTO, 2007).

Este novo trato à “questão social” no marco do neoliberalismo, expressa concomitantemente a existência da precarização das políticas sociais e ações estatais, combinando focalização e descentralização, destinada aos sujeitos mais carentes; privatização das políticas sociais e da seguridade, por meio da mercantilização dos serviços sociais lucrativos. Sendo esta, considerada como uma nova maneira de apropriação da mais valia do trabalhador e, portanto, mais um campo de expansão do capitalismo. Tal privatização também ocorre por meio da “re-filantropização” das respostas à “questão social” (YAZBEK, 1995), haja vista que parte da população fica descoberta da assistência estatal e que não tem condição de pagar por serviços privados.

Há a transferência para a sociedade civil da responsabilidade de assistir a esta população, que a executa por meio do voluntariado, da filantropia e da caridade (DURIGUETTO, 2007). Por conseguinte, a sociedade civil é transformada em meio para operacionalizar a estratégia do projeto neoliberal de desresponsabilização do Estado e do capital nas respostas à questão social. Além disso, passa a ser considerada como “terceiro setor” – alternativo ao Estado e ao mercado –, como uma esfera das ações de cunho solidário, da harmonia, da ajuda,⁴⁵ diferentemente da concepção gramsciana (DURIGUETTO; MONTAÑO, 2011).

⁴⁵Esta não é uma apropriação exclusiva do projeto neoliberal, também sendo abordada por segmentos que se apresentam na defesa dos interesses populares, em intenção progressista (DURIGUETTO; MONTAÑO, 2011).

Uma “nova” sociedade civil toma espaço, confundida com as Organizações Não Governamentais (ONGs), na qual participação significa prestação de serviços, mobilização significa buscar recursos para o melhor funcionamento de um projeto ou da própria estrutura destas instituições, a lógica da reivindicação passa a ser substituída pela da parceria e o conflito pelo consenso passivo. A luta pela emancipação da sociedade, seria deixada no passado, e o almejo é pela humanização do capitalismo, atuando sob o prisma da solidariedade e da filantropia. Uma outra luta ganha corpo: a luta das ONGs por captação de recursos, sujeitando seus objetivos e a sua missão aos recursos que recebem e à sua fonte (SANTOS, 2011).

No campo do “terceiro setor” estão as diversas organizações da “sociedade civil”⁴⁶, como as denominadas ONGs ou Organizações da Sociedade Civil (OSC)⁴⁷, e as Organizações Sociais (OS)⁴⁸ e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP)⁴⁹.

⁴⁶ De acordo com a Lei nº13.204, de 14 de dezembro de 2015, que institui normas gerais para as parcerias entre a administração pública e organizações da sociedade civil, organização da sociedade civil é compreendida como: “a) entidade privada sem fins lucrativos que não distribua entre os seus sócios ou associados, conselheiros, diretores, empregados, doadores ou terceiros eventuais resultados, sobras, excedentes operacionais, brutos ou líquidos, dividendos, isenções de qualquer natureza, participações ou parcelas do seu patrimônio, auferidos mediante o exercício de suas atividades, e que os aplique integralmente na consecução do respectivo objeto social, de forma imediata ou por meio da constituição de fundo patrimonial ou fundo de reserva; b) as sociedades cooperativas previstas na Lei nº 9.867, de 10 de novembro de 1999; as integradas por pessoas em situação de risco ou vulnerabilidade pessoal ou social; as alcançadas por programas e ações de combate à pobreza e de geração de trabalho e renda; as voltadas para fomento, educação e capacitação de trabalhadores rurais ou capacitação de agentes de assistência técnica e extensão rural; e as capacitadas para execução de atividades ou de projetos de interesse público e de cunho social; c) as organizações religiosas que se dediquem a atividades ou a projetos de interesse público e de cunho social distintas das destinadas a fins exclusivamente religiosos” (BRASIL, 2015).

⁴⁷ O termo ONG tem dado lugar ao termo OSC, também utilizado para designar as entidades privadas sem fins lucrativos que celebram parcerias com o poder público, conforme as Leis Federais nº 13.019, de 31 de julho de 2014 e nº 13.204, de 14 de dezembro de 2015.

⁴⁸ OS é uma entidade que recebe qualificação direcionada a pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde, atendidos aos requisitos previstos na Lei Federal nº 9.637, de 15 de maio de 1998 (BRASIL, 1998b).

⁴⁹ A OSCIP também é a uma organização que recebe determinada qualificação direcionada a pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, sendo necessário o requerimento ao Ministério da Justiça, de acordo com a Lei Federal nº 9.790, de 23 de março de 1999 (BRASIL, 1999a).

As organizações sociais⁵⁰, já estavam previstas no Plano Diretor, que planejava a transformação dos serviços não-exclusivos estatais em organizações sociais, “ou seja, sua transferência do setor estatal para o público não-estatal”, presumindo que tais serviços seriam realizados com mais eficiência se fossem realizados pelo setor público não-estatal, mantendo o financiamento do Estado (BRASIL, 1995, p. 60). Os serviços não exclusivos se constituem em um setor em que o Estado atua concomitante a outras organizações públicas não-estatais e privadas, compreendendo a saúde e a educação, por exemplo.

Do ponto de vista ideológico, o “terceiro setor” contribuiu com a justificativa do desmonte da Seguridade Social estatal, contida na Constituição de 1988, substituindo as atividades sociais que são extintas e precarizadas enquanto estatais adquire uma forma de compensação. Assim, as perdas são transmutadas em novas conquistas, em um nicho de atividades “solidárias”; o “terceiro setor” minimiza os impactos da oposição às reformas neoliberais. O que era de responsabilidade do conjunto geral da sociedade passa a ser de responsabilidade dos próprios sujeitos que são afetados pela questão social (DURIGUETTO; MONTAÑO, 2011).

Ao analisar a seguridade social brasileira a partir de 1990 e 2000, Mota (2008) argumenta que as políticas que a compõem se fazem contraditoriamente de maneira desarticulada. Enquanto se expandia a assistência social, se restringia, mercantilizava e privatizava a previdência e a saúde, demonstrando dois polos da proteção social – privatização e assistencialização (MOTA, 2008).

Apesar de incorporar orientação das políticas de proteção social dos países desenvolvidos de tradição Beveridiana, a seguridade social brasileira não se fez como um sistema de proteção integrado, desde a sua organização administrativa e financeira, ao acesso (VIANNA, 2003 *apud* MOTA, 2008).

⁵⁰Organizações sociais são entendidas no Plano Diretor como “entidades de direito privado que, por iniciativa do Poder Executivo, obtêm autorização legislativa para celebrar contrato de gestão com esse poder, e assim ter direito à dotação orçamentária” (BRASIL, 1995, p. 60).

Isso não exclui o fato que o momento político em que foi estabelecida a seguridade social na Constituição de 1988 foi marcado por “resistência e autonomia dos setores progressistas da sociedade brasileira”, haja vista que o contexto era de crítica às medidas de intervenção do Estado (no público, nas áreas sociais) e ao ataque neoliberal ao Welfare State nos países desenvolvidos (MOTA, 2008).

A seguridade social é fruto do “produto histórico de lutas do trabalho”, já que atendem necessidades postas pelos trabalhadores que são reconhecidas pelo Estado. Entretanto, é um campo de disputas no qual o capital investe e ataca, de modo a adequá-la às suas necessidades, transformando os serviços sociais em campo para negociações lucrativas. Cabe atentar para uma organização atual de desvinculação entre pobreza e acumulação de riqueza, garantindo outro significado à questão social e à política social, transmutando a condição de cidadão portador de direitos para a de consumidor, ou de beneficiário (MOTA, 2008, p.142-143).

Soares (2001) analisa os custos sociais das políticas de ajuste neoliberal no Brasil e afirma que correspondem, por um lado, como deterioração das políticas sociais e por outro, como agravamento das condições sociais. O ajuste fiscal, custou caro ao setor público que sofreu com corte de gastos essenciais, combinando de maneira perversa a reestruturação no âmbito da economia e do setor público, com a criação de diversas novas formas de exclusão social, bem como agravou as condições sociais da população pobre, que já eram precárias.

As políticas econômicas e sociais a partir do Plano Real não foram capazes de transfigurar o quadro de pobreza e exclusão social que se instaurou. Do contrário, levou a novas formas de exclusão social, dado que se agravou as condições de emprego e trabalho – com a precarização, o crescimento da informalização, redução dos salários e dos direitos sociais) e além disso, criou-se um desemprego de enorme dimensão e com grandes impactos (SOARES, 2001).

Frente as demandas sociais colocadas pelo agravamento das situações sociais de exclusão, da desigualdade e da pobreza há uma incompatibilidade de resposta pelas Políticas Sociais que são restringidas pelo ajuste. Diante disso, “pequenas soluções” são colocadas neste cenário, através de programas focalizados e emergenciais de combate à pobreza (SOARES, 2011).

Isto tem sido acompanhado da descentralização, que é apontada por Soares (2001) como destrutiva, levando a total responsabilização dos Municípios pela implementação de Políticas Sociais, sem os recursos correspondentes e/ou necessários, resultando no agravamento da iniquidade na distribuição e oferta de serviços. Os municípios que conseguem manter certa qualidade de serviços, acabam se deparando com o recebimento de grande número de sujeitos de populações vizinhas onde isso não acontece (SOARES, 2001).

Essa política gerou, ainda, um profundo desequilíbrio na já complicada federação brasileira, retirando dos estados, enquanto entes federativos de maior porte, as possibilidades (financeiras, técnicas e políticas) de planejar e coordenar os programas sociais de forma regional e mais eqüitativa. Baixo os argumentos de que o cidadão vive no “município” e de que o controle e a participação social se realizariam plenamente se os serviços fossem geridos pelo “poder local”, a descentralização de programas sociais tem provocado um enorme reforço do “caciquismo” ou do “coronelismo” local, expressões que no Brasil significam o reforço de esquemas tradicionais de poder das elites locais (SOARES, 2001, p. 177).

Os ajustes sobre as Políticas Sociais neste país provocaram reformas administrativas em áreas do Setor Público – denominadas como “Modernização do Setor Público”, e estas de maneira geral, se restringiram a cortes do funcionalismo público e a alterações nos mecanismos de gestão dos serviços, levando a significativas modificações no caráter público dos serviços sociais – ao mesmo tempo em que se introduziu a lógica privada nos serviços públicos, privilegiando a racionalidade da eficiência que se restringe ao custo/benefício das ações. A alegação para justificar a privatização faz menção ao próprio “sucateamento” dos serviços públicos, gerando uma considerável restrição do acesso, além perda de qualidade dos mesmos.

Soares (2001, p. 180) faz referência a Lessa (1997), entre outros autores, ao afirmar que a “tão propalada crise de financiamento de uma Seguridade Social” que nunca se constituiu efetivamente, poderia ter sido consideravelmente amenizada caso “a alocação dos recursos vinculados às suas principais políticas – Saúde, Previdência e Assistência Social – tivesse respeitado sua destinação constitucional”.

Configura-se portanto, um processo de retração do Estado, ao mesmo tempo em que se privatiza as políticas sociais, levando a dualidade no acesso a esses serviços, ao criar um setor público para pobres, sem recursos e com subfinanciamento; e um setor privado, “complementar” para os que podem pagar, sendo por vezes, subsidiado com recursos públicos (SOARES, 2001).

Com isso, a proposta de política de saúde que foi construída na década anterior, tem sido atacada, destruída, desmontada. Os princípios do SUS são desrespeitados e a saúde fica como espaço de vínculo com o mercado, com ênfase nas parcerias com a sociedade civil, que recebe a responsabilidade dos custos da crise. Como já foi afirmado, a refilantropização ganha lugar e isto é perceptível em relação a saúde (BRAVO, 2006).

A partir de Lebasupin e Mineiro (2002), Castro (2015) aponta que dentre as políticas sociais, a saúde foi a mais afetada pela política neoliberal do governo FHC. A reforma no campo da saúde seguiu as orientações do Banco Mundial (Banco Internacional para a Reconstrução e Desenvolvimento – BIRD), o que implicou em subordinação desta política a princípios como “eficiência, efetividade e economia dos gastos públicos e direcionada para privatização”. O corte de custos também foi um importante elemento para se fazer ajuste fiscal (CASTRO, 2015, p. 50).

Com o início do governo de Fernando Henrique Cardoso são expandidos os empréstimos com o BIRD, que tem sido um norteador do processo de contrarreforma brasileira através de orientações de reformas setoriais que se contrapõem aos direitos sociais consagrados pela recente Constituição Federal (RIZZOTTO, 2000).

No sentido de “desagrado⁵¹” para com os direitos expressos na Constituinte, o BIRD emitiu documentos para orientação das políticas internas no Brasil, e em relação ao âmbito da saúde destacam-se dois nos anos 1990: 1. *Brasil: novo desafio à saúde do adulto* (1991)⁵²; 2. *A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90* (1995)⁵³ (RIZZOTTO, 2005). Ambos os documentos apresentam uma “avaliação genérica do Sistema Único de Saúde brasileiro”, enfatizando a “relação custo-benefício dos serviços”, e defendendo a imprescindibilidade de reformas no âmbito da saúde. Houve a proposição de reformas para a ampliação da assistência aos mais pobres, que na verdade contribuiu para a redução ou até mesmo a aniquilação dos direitos constitucionais no país (RIZZOTTO, 2005).

⁵¹ Após a consagração da Constituição Federal brasileira, continuaram descontentamentos a nível nacional e internacional, com os direitos sociais que eram compreendidos pela elite econômica e uma fração da classe política do país, como “entrave para interesses do capital”, se contrapondo ao movimento neoliberal que já estava em curso nos países centrais há mais de 20 anos (RIZZOTTO, 2005).

⁵² Este documento foi feito pouco depois da Constituição de 88 e da aprovação das Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080 e nº 8.142, ambas de 1990, e refuta diretamente os avanços formais da reforma sanitária que foram contemplados nestas legislações (CORREIA, 2007).

⁵³ O segundo documento também conflui na direção de uma ofensiva aos avanços constitucionais de 88, pontuando que a manutenção da promessa de universalização da cobertura e a sua progressiva expansão acarretará em um importante aumento nas despesas públicas (CORREIA, 2007).

Os dois textos sintetizam o direcionamento do Banco no país e explanam a defesa de “participação da rede privada na prestação dos serviços de saúde no Brasil”, com severas críticas à Constituição Federal pela preferência às instituições filantrópicas e sem fins lucrativos. Indicam então, limites para a atuação do setor público e a ampliação do setor privado, com justificativas pautadas em elementos como criatividade, eficiência e qualidade, apresentados como superiores no setor privado quando comparado ao setor público, identificando na administração pública brasileira a incapacidade de formulação de políticas sociais adequadas e ineficiência na alocação dos recursos públicos. Setor público que deveria, portanto, assumir a sua função central de regulador, promotor e educador, frente ao seu desempenho insatisfatório e insuficiente na prestação de serviços (RIZZOTTO, 2005). Esta perspectiva converge na direção do Plano Diretor do governo FHC.

Contenção de custos, eliminação de desperdícios, eliminação do princípio da universalidade do direito, com a focalização da gratuidade da assistência aos mais pobres e a cobrança de pagamento ao restante da população pelos serviços prestados, são alguns dos elementos apresentados pelo BIRD, contidos nos documentos de 1991 e 1995, como necessários ao processo de reforma da política de saúde brasileira (RIZZOTTO, 2005).

Entre as ações condizentes com a Reforma do Estado na área da saúde, a autora cita como exemplo:

a criação de subsistemas de saúde dentro do SUS; o incentivo por meio de diversas ações à ampliação da iniciativa privada na prestação de serviços de saúde; a transferência de funções do Ministério da Saúde para agências reguladoras e organizações não estatais; a redefinição da própria estrutura do Ministério da Saúde. Ou ainda, a criação de programas como o PACS (Programa dos Agentes Comunitários de Saúde) e o PSF (Programa Saúde da Família), dirigidos para a população mais pobre. observou-se também, na década de 1990, a adoção de medidas ou a ausência delas, que permitiram a precarização, sem precedentes na história, do emprego público na área da saúde e a transformação paulatina do Estado de produtor de serviços em regulador do setor. No campo da saúde, destaca-se a criação de duas agências reguladoras com tais fins: a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), criada em 26 de janeiro de 1999, pela Lei Federal 9728 e a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), criada em 28 de janeiro de 2000 (RIZZOTTO, 2005, p. 147).

Em consonância com o texto elaborado pelo Banco Mundial de 1995 *A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90*, no mesmo ano (1995), foi produzido um documento conjunto entre o MS e o MARE: *Sistema de Atendimento de Saúde do SUS*. Este, sintetizou a proposta de reforma para o setor saúde, indicando o novo papel regulador conferido ao Estado que deverá concentrar esforços somente no financiamento e no controle dos serviços, contrariamente ao seu oferecimento direto (CORREIA, 2007).

Para Rizzotto (2005), as propostas do Banco Mundial, direcionadas à saúde dos países periféricos, a exemplo o Brasil, tinham outras pretensões para além de “ajudar” na estabilização política e econômica desses países, e de compor ações de “humanização” do Banco. Tais propostas estavam atreladas a estratégias direcionadas à segurança interna e externa dos países centrais e à organização do capitalismo global.

“O crescente problema da miséria, no nível mundial, se insere neste contexto; segundo Wolfenshon (1995), presidente do Banco Mundial, 'aliviar' a pobreza e mantê-la em níveis suportáveis seria condição necessária para o futuro crescimento de todos”. No discurso da instituição se faziam presentes questões sobre o suprimento de necessidades humanas básicas, com críticas a grandes discrepâncias na distribuição de renda e diferenciação social. Assim, financiaram programas e projetos voltados para o combate à pobreza, bem como projetos centrados na educação básica e na atenção primária à saúde. Oferecendo então, além de recursos, as suas ideias, a sua visão de realidade, para a conformação de políticas internas nesses países considerados “em desenvolvimento”, como também apontam Coraggio (1995), George e Sabelli (1994) (RIZZOTTO, 2005, p. 141).

Em relação aos acordos de empréstimos para o Brasil, destacam-se três projetos que tiveram a participação financeira do BIRD, nos anos 1990: 1. *REFORSUS (Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde)*, denominado pelo BIRD como *Projeto de Reforma do Setor de Saúde*; 2. *Projeto de Controle e Prevenção de DST/AIDS*; 3. *Projeto de Vigilância e Controle de Doenças (VIGISUS)* (RIZZOTTO, 2000).

O primeiro projeto foi apresentado pelo Ministério da Saúde (MS) em outubro de 1995, com o intuito de auferir financiamento externo, inicialmente denominado como *Reforço a Organização do SUS* e que passou a ser chamado por este Ministério, em suas divulgações, de *Reforço à Reorganização do SUS*. Nos contratos dos empréstimos que foram assinados entre o Brasil, o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e o BIRD, os seus cofinanciadores, este mesmo projeto foi nomeado *Projeto de Reforma do Setor de Saúde*, o que demonstra um adensamento das pretensões expostas inicialmente, já que parte do intento de reforçar o SUS para a proposição de reformar o setor de saúde (RIZZOTTO, 2000).

Conforme Rizotto (2000, p. 2021):

Se quando da apresentação do referido Projeto, pelo Ministério da Saúde, as ações e estratégias prioritárias a serem executadas em seu âmbito, seriam aquelas “voltadas para a recuperação da capacidade instalada e gerencial do sistema” (Ministério da Saúde, 1995, p.18), para os financiadores deste projeto, os objetivos deveriam ser em parte modificados. Ficando expresso, no contrato de empréstimo com o BIRD, que os objetivos do REFORSUS “são a melhoria da prestação de serviços de saúde nos territórios do Tomador e a assistência na introdução de reformas de política no setor de saúde do Tomador, relativas ao Sistema Único de Saúde” (grifos do autor) (Contrato de Empréstimo N.º 4047 – BR, 1996, p.20).

Os projetos de *Controle e Prevenção de DST/AIDS*⁵⁴ e de *Vigilância e Controle de Doenças (VIGISUS)*, parcialmente financiados pelo BM (RIZZOTTO, 2000), objetivaram o controle e combate às doenças transmissíveis. O primeiro pretendia reduzir a incidência da infecção pelo HIV/aids e outras DST; e ampliar o acesso e melhorar a qualidade do diagnóstico, tratamento e assistência aos portadores do HIV/aids e outras DST (Acordo de Empréstimo 4392 -1998) (BRASIL, 2001).

O segundo, tinha como objetivo o aperfeiçoamento e o fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância e Controle de Doenças de maneira que contribuísse para a redução da mortalidade e morbidez decorrentes das doenças transmissíveis (Acordo de Empréstimo 4394 – 1998) (RIZZOTTO, 2000).

⁵⁴Ao longo dos anos 1990 dois Projetos *Controle e Prevenção de DST/AIDS* receberam financiamento do BM, chamados de AIDS I (empréstimo do BIRD equivalente a US\$160 milhões) e de AIDS II (empréstimo do BIRD equivalente a US\$165 milhões). Um terceiro empréstimo foi aprovado em junho de 2003, equivalente a US\$100 milhões (BANCO MUNDIAL, 2004). Outros empréstimos nesse âmbito aconteceram posterior a estes.

Tais projetos serviram de estratégias para a contrarreforma do Estado, ao passo que destacaram novamente as diretrizes do Banco Mundial para a saúde no Brasil, em defesa da participação da rede privada nos serviços de saúde, e da focalização dos serviços públicos na população mais pobre (RIZOTTO, 2000).

Outro documento de relevância no âmbito da Saúde foi apresentado em setembro de 1995, na “reunião especial sobre Reforma Sectorial en Salud”, promovida pela OPAS⁵⁵, BID e BIRD, intitulado de *Informe sobre a Reforma do Setor Saúde no Brasil*, que foi uma forma de prestação de contas sobre as reformas implementadas no setor público de saúde brasileiro (RIZZOTTO, 2000).

Neste informe, o MS firma o compromisso com a modificação das bases organizacionais do sistema de saúde nacional, através da organização de um sistema de assistência privado, adequadamente regulamentado; o funcionamento competitivo dos subsistemas público e privado, incitador da qualificação com redução de gastos; a adoção de inovadores modelos técnico-operacionais; e o encetamento de um novo e sólido sistema de acompanhamento, controle e avaliação (CORREIA, 2007).

Rizotto (2000, p. 200) expõe que, comparando as diretrizes apresentadas pelo MS e as propostas do Banco Mundial para a reforma do setor de saúde brasileiro, várias semelhanças podem ser notadas, “isto para não afirmar que se constitui em uma resposta pragmática às críticas e recomendações daquela instituição”.

Contudo, não se pode afirmar que haja um alinhamento e aceitação incondicional das propostas do Banco Mundial. Porém, é evidente que quanto mais o governo mostrar que as políticas nacionais se aproximam das diretrizes gerais que configuram o atual quadro de desenvolvimento do capitalismo internacional, mais facilmente se conseguirá respaldo político internacional e aprovação dos empréstimos pleiteados. (RIZOTTO, 2000, p. 200).

Assim, não foi por acaso que o Informe sobre a Reforma do Setor Saúde no Brasil, foi elaborado e apresentado em um momento em que o país estava em negociação dos empréstimos destinados ao Projeto REFORSUS, com o BIRD e com o BIRD (RIZOTTO, 2000).

⁵⁵ Organização Pan-Americana de Saúde.

Dos motivos que levaram o BIRD a ter interesse em intervir na área da saúde, Rizzotto (2000) sinaliza três significativos: contribuir para o avanço do liberalismo, criticando incisivamente o papel do Estado na intervenção nas políticas públicas, com direcionamentos específicos à saúde; a necessidade do BIRD de propalar a sua figura humanitária, em face do deterioramento das condições de vida da maioria da população e da crescente pobreza e desigualdade social resultantes do estabelecimento de mecanismos de ajuste estrutural nos países periféricos, que foi por ele subordinado; e pela configuração da área da saúde um valioso mercado a ser explorado pelo capital.

O BIRD então, interferiu no sentido de fortalecimento do mercado de saúde, como área de interesse do mercado nacional e internacional, de diferentes grupos, como das indústrias farmacêutica e de equipamentos (CORREIA, 2007). Portanto, a saúde foi (re)estabelecida como instância da regulação mercantil, ao passo em que as suas políticas se tornaram alvo das contenções de gastos do Estado, implicando na precarização do SUS como um todo. Isto, levou à queda da qualidade dos serviços públicos de saúde prestados à população, que também estava sofrendo com o ataque aos outros direitos sociais, e então, com a deterioração das suas condições de vida; vivendo a miséria, o desemprego, a falta de moradias ou a precariedade dessas, a falta de saneamento básico, o adoecimento etc, incidindo em uma maior busca pela atenção à saúde. Este projeto choca-se com os avanços formais da Reforma Sanitária, sobretudo em relação a universalidade do acesso ao SUS e ao adequado financiamento para a execução da política (CASTRO, 2015).

O momento de impossibilidade da expansão dos serviços e a sua saturação, gerou problemas como até mesmo a falta de insumos mais básicos nos locais de assistência. No SUS, trabalhadores e trabalhadoras, usuários e usuárias sofreram com a precarização deste sistema. Em relação aos recursos humanos, a Reforma provocou a queda de salários, a ausência de concursos públicos, aumento dos servidores celetistas ou com contratos precários, a terceirização, desvios de função, aumento das prestadoras de serviços de saúde, além de “gestões que não primam pelos espaços de participação coletiva”. (CASTRO, 2015, p. 51).

Castro (2015, p. 51) afirma que este conjunto de acometimentos em relação aos recursos humanos se configuram em ataque ao produto da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que preconizou a “isonomia salarial, a estabilidade, níveis de remuneração e formas de contratação adequadas”. Como já observado neste capítulo, o ataque aos direitos trabalhistas também significou ataque à organização sindical, com a fragmentação da classe trabalhadora, a retirada da estabilidade, a precarização das condições de trabalho de maneira geral, que também se aplicou aos trabalhadores da saúde e às suas organizações (CASTRO, 2015).

Com a contrarreforma do Estado brasileiro as políticas sociais acompanharam a tendência de focalização, com os gastos sociais direcionados aos setores de extrema pobreza; de descentralização da gestão federal para as gestões estaduais e municipais sem a transferência dos recursos cruciais neste processo, coexistente a participação na esfera local de ONGs, filantrópicas, comunitárias e de empresas privadas; e de privatização, com a transposição da prestação de bens e serviços públicos para o setor privado, regido pelo mercado (CORREIA, 2007).

As políticas sociais garantidas legalmente são deturpadas e rebaixadas a programas focais, assistenciais e seletivos, e o seu caráter universal vai se esvaindo. Ao passo que há abertura ao mercado para o provisionamento de serviços acessíveis conforme o poder de compra de cada pessoa, reduzindo a dimensão do “público” desses serviços. Enfraquece a intervenção estatal na área social, paralelamente à delegação da gestão de bens e serviços públicos para a rede privada, como por exemplo, a saúde e a previdência, com transferência de recursos públicos (CORREIA, 2007).

Correia (2007) expõe que há progressiva propensão a utilização do fundo público para o financiamento da acumulação de capital em oposição ao interesse do financiamento da reprodução do trabalho. Dessa maneira são repassados ao conjunto da sociedade e para os próprios trabalhadores, os custos de reprodução do capital.

Portanto, as contrarreformas praticadas desde a segunda metade da década de 90 em sintonia com as orientações do BIRD, estão sustentadas na necessidade

delimitação das funções do Estado, requisitando à política de saúde brasileira o rompimento com o caráter universal do sistema público de saúde, ficando este encarregado por prestar atendimento aos mais pobres que não podem pagar pelos serviços no mercado, por meio de um modelo assistencial fundamentado na oferta da atenção básica e na racionalização da média e da alta complexidade. A divisão entre as atividades médico-hospitalares e as “básica”, configuram retrocesso ao princípio da integralidade. Assim, o Estado não se ausenta totalmente na prestação de serviços públicos de saúde, se encarrega da fração não lucrativa desses serviços, os que não são interessantes ao capital (CORREIA, 2007).

A contrarreforma no âmbito da saúde tinha como proposição a separação do SUS em hospitalar e básico. De acordo com BRAVO (2006), neste momento já se observava a tensão entre o “projeto de reforma sanitária” e o “projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista”. Neste sentido, o Sistema Único de Saúde (SUS) em sua atual forma é fruto das disputas entre projetos antagônicos existentes na sociedade brasileira para a área da saúde desde antes da redemocratização e da Constituição de 1988 (BRAVO; PELAEZ, 2018).

Para além da compra direta dos serviços de saúde (como consultas, procedimentos e exames, e também do consumo de planos e convênios privados), a partir da década de 1990, em expressão da substituição do Estado no provimento dos serviços, vigoram os “Novos Modelos de Gestão” (OS, OSCIP, Parcerias Público-privadas e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, entre outros) que, “associado a subvenções e isenções fiscais, avança sob o fundo público como uma nova forma de garantia de acumulação de capital” (BRAVO; MATOS, 2004, p. 02).

O projeto articulado ao mercado se ampara no individualismo e na fragmentação da sociedade, se contrapondo às premissas das concepções coletivas e universais apontadas pelo Projeto de Reforma Sanitária (BRAVO, 2006).

Cabe destacar que a própria Constituição de 1988 menciona em seu texto os sistemas complementares de saúde e de previdência. E então, ainda na década de 1990, se concretiza as duas realidades de sistemas – o básico e o complementar, diante de reformas previdenciárias e da situação da saúde no Brasil (MOTA, 2008).

Portanto, a Política de Saúde, enquanto componente da seguridade social no Brasil tem respondido às “necessidades advindas do processo de reestruturação da economia capitalista, tais como globalização, a reestruturação produtiva, uma nova divisão do trabalho e a reforma do Estado”, garantindo o consumo e a gestão da força de trabalho (MOTA, 2008, p.140).

É com este cenário que as articulações entre o movimento LBTQIA+ e o Estado brasileiro se desenrolam. Se por um lado tem-se a conquista ao direito constitucional à saúde como imprescindível para a estruturação de diversas ações no âmbito da saúde para LGBTQI+ nas três esferas de governo (TRINDADE, 2016), por outro o ataque a este sistema público de saúde, conseqüentemente afeta o direito à saúde deste segmento.

2.1.2 Epidemia de HIV/AIDS e a saúde de LGBTQI+

A política de saúde para a população LGBTQI+ no Brasil será tensionada pela irrupção da epidemia de aids, que a partir de 1980 leva a mudanças significativas na sociedade, nas relações humanas, nas ciências, na área da saúde, nos movimentos sociais e conseqüentemente acarretou em visibilidade para as questões da sexualidade (TRINDADE, 2016).

Neste contexto começa a desvelar a invisibilidade homossexual, como aponta Irineu (2016). Portanto, inicialmente a atenção à saúde a este segmento surge vinculada a referida doença.⁵⁶ Prioritariamente o enfrentamento não era mais contra os militares e sim contra um outro perigo que assombrava: a aids. Nesta mesma década surgem importantes grupos que protagonizaram o movimento contra a doença, como o Grupo Gay da Bahia⁵⁷ - fundado em 1980, que tem relevância para o movimento LGBT até os dias atuais. A militância que inicialmente era em sua maioria formada por gays, gradualmente foi se ampliando e passou a abranger outros grupos com diversificadas identidades sexuais e de gênero, – sobretudo lésbicas e travestis –, expandindo o escopo de demandas e agregando força para tais reivindicações (BRASIL, 2011).

No Brasil, logo nos anos iniciais desta década foram notificados os primeiros casos da doença, e a sua associação com a homossexualidade foi estabelecida na sociedade, uma vez que o acometimento era numeroso entre homens que faziam sexo com outros homens, e que diante disso, o movimento homossexual esteve envolvido e provocou visibilidade à situação (TRINDADE, 2016).

Além disso, esta associação é carregada de preconceito, haja vista que mesmo com o registro de casos da doença em outros segmentos da população, continuou a repercutir o discurso que colocava a epidemia como um problema dos gays (PINHEIRO, 2018). As práticas homossexuais que antes eram vinculadas ao pecado e ao crime passam a ser associadas de maneira negativa a doenças (TRINDADE, 2016).

⁵⁶ E ainda tem influência sobre as ações para tal segmento até os dias atuais.

⁵⁷ O Grupo Gay da Bahia é uma “associação de defesa dos direitos humanos dos homossexuais no Brasil” que funciona como “entidade guarda-chuva que oferece espaço para outras entidades da sociedade civil que trabalham em áreas similares especialmente no combate a homofobia e prevenção do HIV e aids entre a comunidade e a população geral”. Mais informações em: <https://grupogaydabahia.com.br/about/o-que-e-o-ggb-nossa-historia/>.

O desenvolvimento da epidemia ocorreu em momento de tentativa de reestabelecimento da democracia participativa no país, após o período ditatorial. A reação social direcionada à aids no Brasil ocorreu em um contexto em que os problemas mais básicos de saúde da população deste país nunca tinham sido enfrentados ou resolvidos. E a “atitude derrotista”, mascarada diante de um “quadro calamitoso da saúde”, apontava que havia pouco ou nada a se fazer frente aos enormes problemas de saúde enfrentados pela população do país (HERBERT DANIEL; PARKER, 2018).

Diante deste quadro a epidemia de aids era apresentada, inclusive por Ministros da Saúde, como uma questão secundária às outras problemáticas sanitárias que o país enfrentava. Além disso, imperava a visão das pessoas com aids como uma minoria social – por um lado como parte de uma elite e por outro como marginal à estrutura da sociedade. Tais análises, distorcidas como são, repercutiram no cenário das políticas destinadas ao controle desta epidemia. Compreensões parciais ou sua ausência fundamentaram reações diante da aids, em que indivíduos, grupos sociais e instituições foram mais provocadas por medo do que por outra causa (HERBERT DANIEL; PARKER, 2018).

Embora somente no início dos anos 1980 foram relatados os primeiros casos no Brasil, sabe-se que havia a disseminação silenciosa do HIV na população brasileira desde, pelo menos, o final dos anos 1970. E antes de se tornar estatisticamente significativa, teve muita atenção, sobretudo, dos meios de comunicação, que disseminaram concepções baseadas no imaginário/representação da doença, dos doentes, ou dos que estavam em maior risco de contaminação, e assim se inseriu nas conversações e na vida cotidiana (HERBERT DANIEL; PARKER, 2018).

Herbert Daniel (2018, p. 35) ao falar do ponto de vista de uma pessoa vivendo com aids, afirma que a chegada da epidemia de aids no Brasil não foi surpresa, ao contrário, foi anunciada por médicos, cientistas, jornalistas, políticos a partir do cenário internacional. Os alertas não se traduziram em ações de prevenção, inclusive por parte das autoridades de saúde.

Sobre a forma de condução e resposta à aids, fez presente a repercussão antes da primeira notificação, assim, o autor aponta que a epidemia da aids precedeu a doença, e que, inclusive: “por volta de 83, esperava-se, apenas, a confirmação da presença da doença no Brasil”. Assim, “a imprensa aguardava somente o nome da primeira vítima para produzir uma manchete já preparada de antemão”. E que ao chegar a manchete, ainda no referido ano, houve um “surto de interesse jornalístico” (HERBERT DANIEL, 2018, p.35).

Destacam-se pelo menos dois conjuntos de imagens que foram importantes na conformação da resposta social direcionada à aids no Brasil. O primeiro, relaciona-se às “vítimas” da aids as quais ações eram direcionadas; “uma concepção da epidemia em seu conjunto decorreu de um vasto conjunto de suposições mais ou menos fantasistas relativas às características atribuídas àqueles que eram atingidos pela doença”. Além do foco nos doentes, o outro “conjunto de suposições foi construído relativamente às mais fundamentais características da própria doença”, em um misto de preconceitos, concepções populares e teorias científicas (HERBERT DANIEL; PARKER, 2018, p.17).

A maioria dos primeiros doentes de aids, tanto no Brasil, como nos Estados Unidos e na Europa Ocidental, foram identificados como homossexuais masculinos. Muitos dos acometidos pela doença no Brasil, estiveram fora do país, havendo, assim, a suposição de que contraíram o vírus em outros países, sendo considerados ricos. A conduta sexual destes sujeitos foram consideradas promíscua, com perigosa imoralidade (HERBERT DANIEL; PARKER, 2018).

A culpa pelo alastramento da doença no Brasil era direcionada por discursos da mídia e médicos às pessoas que tinham práticas destoantes dos padrões morais conservadores hegemônico, com grande peso para usuárias e usuários de drogas injetáveis e, ainda mais rigorosamente para LGBTQI+ (PELÚCIO, 2007).

As imagens criadas e disseminadas tomaram conta das discussões sobre tal epidemia, permeando a concepção da população sobre a doença (HERBERT DANIEL; PARKER, 2018). Embora em 1973 o termo “homossexualismo⁵⁸” tenha sido excluído da categoria de “desvio e transtornos sexuais” pela Associação Americana de Psiquiatria (APA), com o significativo crescimento de notificações do vírus entre homossexuais o preconceito se disseminou como “uma espécie de caça às bruxas”, e a epidemia de AIDS, considerada como “o mal dos anos 1980” foi referenciada como “peste rosa”, “peste gay”, “câncer gay” (TRINDADE, 2016, p.61).

Associada a um grupo pequeno de ricos e viajantes, as políticas de saúde voltados para a aids tinha pouca ação e recurso governamental, mas a década de 1980 mostra ser insustentável esta concepção (HERBERT DANIEL; PARKER, 2018).

apesar dos contatos homossexuais continuarem a contribuir com o maior número de casos notificados, eles, no entanto, constituíam menos da metade dos casos notificados no total, e o número de casos ligados tanto a contatos bissexuais como heterossexuais, por um lado, e o contato com sangue contaminado e hemoderivados, por outro lado, rapidamente emergiram como fatores igualmente significativos no crescimento da epidemia brasileira de AIDS. Além disso, pesquisas destinadas a investigar as origens sociais dos doentes de AIDS e o perfil sociológico da epidemia demonstraram claramente o grau em que o crescimento da AIDS efetivamente atravessava os limites de classes e *status social*, tirando talvez maior contingente de afetados nos segmentos mais pobres da sociedade brasileira (HERBERT DANIEL; PARKER, 2018, p. 19).

⁵⁸O termo homossexualismo trata das pessoas homossexuais enquanto portadores de patologia.

As imagens da doença vinculadas aos homossexuais de classes média e alta, passam a ser substituídas por um novo elenco de personagens vinculados a marginalidade social e moral, como prostitutas, prisioneiros, travestis, crianças de rua, drogados, entre outros, compondo um ideário de perigo. Mesmo que caracterizada por ser de elite, a aids passa a se configurar como uma “moléstia de classes mais carentes”. Destaca-se, que no Brasil, sendo os setores marginalizados da sociedade considerados fonte de perigo, são submetidos a práticas de contenção e controle, físico e moral (HERBERT DANIEL; PARKER, 2018, p. 19).

Um conjunto de imagens relacionadas não apenas aos doentes, mas também à própria doença, agrava este quadro, sendo a marginalidade dos sujeitos doentes, vinculadas às gravidades consequentes da doença. Três características inter-relacionadas ganharam destaque se tornando uma definição do que é a aids: “sua natureza contagiosa, sua aparente incurabilidade e seu desfecho inevitavelmente fatal”. A composição desta definição pode conter fatos científicos, porém, levou ao desrespeitos de direitos humanos básicos, como exemplificados por autores que vivenciaram este momento histórico (HERBERT DANIEL; PARKER, 2018, p. 20).

Noções de sujeira e perversão sexual, foram atreladas a forma de contágio da aids com a “transgressão perigosa”, implicadas em práticas proibidas – sexo e uso de drogas. As vias de transmissão muitas vezes eram esquecidas e a ideia de poder pegar no contato com outras pessoas, expondo até mesmo “as vítimas aparentemente inocentes” permeava o imaginário da doença, contribuindo para a histeria e o medo (HERBERT DANIEL; PARKER, 2018, p. 20-21).

Neste período, a “A AIDS é entendida como uma doença inevitavelmente fatal, uma doença na qual mesmo um diagnóstico inicial traduz imediatamente uma sentença de morte” e “cada vez menos atenção é dada àquilo que podemos descrever como a qualidade de vida das pessoas com AIDS”. A doença “conformou-se como um caso muito especial – uma doença diferente de outras doenças, cujos doentes são diferentes de outros doentes”. Os autores retomam a ideia da lepra (e não a hanseníase), para falar de uma concepção como definidora da própria essência das vítimas: “aidéticos” (HERBERT DANIEL; PARKER, 2018, p. 21).

Discriminação, medo e estigma foram marcas do início da epidemia, seja pelas consequências da doença ou até mesmo pela violência policial sofrida por homossexuais e travestis no momento. A aids, em seu momento inicial, foi Designada por GRID (Gay Related Immuno-Deficiency), e deixava de ser vista pela medicina como doença e passava a ser interpretada como fonte de doenças (HERBERT DANIEL, 2018).

Aids como sinônimo de morte fez parte de um contexto – como já mencionado, mas que vale reafirmar – no qual “os mais elementares direitos humanos podem simplesmente desaparecer ou deixar de ter validade”. A distorção de imagens das pessoas que vivem com aids e da própria doença tomaram conta da discussão pública sobre a epidemia e produziu pânico moral, de maneira que violou direitos de um grupo estigmatizado. Não é espantoso afirmar que desde o início as respostas sociais direcionadas à aids, mesmo as mais básicas foram permeadas por pânico e medo (HERBERT DANIEL; PARKER, 2018, p. 21).

A aids aparece como “evidência disponível para a legitimação da opressão sobre grupos já estigmatizados”, como exemplo as ações policiais contra lugares de encontro de homossexuais ou, em áreas de ponto de prostituição de travestis, ancoradas em ações das autoridades para a prevenção da aids. “A violência policial pretendia servir aos interesses da saúde pública” (HERBERT DANIEL; PARKER, 2018, p. 23).

Herbert Daniel e Parker (2018) também denunciaram a falta de compreensão de profissionais de saúde sobre a homossexualidade e a aids (além da população de maneira geral), que culminou em assistência e tratamento inadequados. Como por exemplo, a dificuldade de encontrar corpo médico para procedimentos cirúrgicos em pacientes travestis, haja vista a associação da aids, desde o seu aparecimento, com a prostituição de travestis⁵⁹ (HERBERT DANIEL; PARKER, 2018).

Não é à toa, diante de tão extensa discriminação, que muitas e muitas pessoas abandonem o local desesperadas, sem receber a atenção médica de que precisavam. Entre esses grupos estigmatizados, o número de doentes de AIDS que morrem sozinhos em suas casas, sem nenhum atendimento médico, está crescendo tragicamente (HERBERT DANIEL; PARKER, 2018, p. 24).

⁵⁹ Este já pode ser considerado um marco de barreira de acesso à saúde, sobretudo a travestis.

Um outro exemplo da discriminação é que, embora havia um crescimento da transmissão do vírus entre os usuários de drogas intravenosas, algumas clínicas de tratamento da dependência química recusavam-se a aceitar pessoas com aids, passando a exigir testes de HIV negativos para admissão nas instituições. Sobre a testagem voluntária, podia ser usada como um instrumento para combater a epidemia, mas quase não era encontrada de maneira anônima, gratuita e com adequados serviços de aconselhamento psicológico (HERBERT DANIEL; PARKER, 2018).

Herbert Daniel escreve nos anos 1990 sobre dois aspectos que ressaltam ao analisar o quadro da aids no Brasil. O primeiro diz da massificação da pandemia, em que o crescimento do número de casos criou situações complicadas para o atendimento de pessoas doentes. Cresceu descontroladamente o número de pessoas portadoras do vírus que não possuíam assistência, e nem ao menos as informações mais básicas sobre sua própria situação eram repassadas. O segundo aspecto é a pauperização que crescia em relação a essa massa de pessoas doentes de aids (HERBERT DANIEL, 2018). Neste sentido, as palavras do autor descrevem o cenário vivido e denunciam a situação calamitosa de saúde no país:

onde os pobres morrem mais do que os ricos, e vão morrer de AIDS muito mais depressa do que os ricos. Onde não temos certeza do número de casos de AIDS, porque os números são não apenas confusos, são também falsificados. Onde não sabemos por onde a AIDS caminha porque não há pesquisas. **Onde os doentes morrem em porta de hospitais públicos sucateados durante os anos de governo militar autoritário e hoje incapazes de atender à catástrofe geral da saúde pública do país.** Onde a população não acredita em AIDS, porque as informações que chegam até ela falam de uma doença metafórica e cheia de mistérios. **Onde é preciso, até hoje, provar que a epidemia de AIDS existe**, inclusive para homossexuais, e não é apenas um complô da CIA para exterminar gays, nem apenas uma manipulação dos jornais para estimular a repressão. Onde é preciso educar médicos que nada sabem sobre a doença, educar professores, prelados e autoridades para lhes dizer que a AIDS não é um castigo dos céus. (...) Onde não há nenhum tipo de previsão de assistência jurídica para pessoas com o HIV, tendo o Grupo pela VIDDA no seu departamento jurídico que atender centenas de pessoas para encaminhar problemas básicos de direitos adquiridos pela população há décadas, pelo menos no papel, sobretudo ligados a questões trabalhistas. Onde, por ser a cidadania considerada um luxo, **o portador do vírus é condenado de uma forma silente à morte civil, com a cumplicidade gentil das**

autoridades governamentais. Onde autoridades de saúde declaram em jornal que não se deve comprar AZT para doentes internados em hospitais públicos, porque “**eles vão morrer de toda a forma**” (HERBERT DANIEL, 2018, p. 55-56, grifos nossos).

Este era um cenário de grave desestruturação social sofrida por pessoas soropositivas, em meio a desinformação, desamparo estatal e inexistência de garantias sociais que preservassem o vínculo trabalhista, permitisse acesso a tratamentos etc; e de violência policial sofrida por travestis e homossexuais.

Neste contexto, uma travesti chamada Brenda Lee⁶⁰ criou a primeira casa de apoio a pessoas com HIV/AIDS do Brasil (TRINDADE, 2016). Irineu (2016) escreve que a militante pernambucana que viveu em São Paulo, divide com o Grupo de Apoio à Prevenção à Aids (GAPA) o mérito de ter dado início aos trabalhos de acolhimento às pessoas vivendo com HIV em São Paulo, conforme a Agência de Notícias da Aids.

Em 1984 Brenda Lee começou o acolhimento em sua própria casa, de “pacientes sociais” sem condições para ocupação profissional, com necessidades de cuidados médicos diários, que não tivessem necessidade de internação hospitalar. A maioria das (os) acolhida (os) eram travestis soropositivas, que sofriam violências. A casa de acolhimento era chamada “Palácio das Princesas” e em 1986 foi renomeada e oficializada como “Casa de apoio Brenda Lee”, ainda em funcionamento nos dias atuais (CARVALHO, 2011).

Afirma-se que, de certa maneira, que a aids “tornou-se um foco não apenas para o exercício opressor do poder, mas também para resistência”. Medo e injustiças crescentes fomentaram organização e direção de resposta mais justa e humana contra a doença, em favor das pessoas que ela mais afeta. Neste sentido desenvolvimento de ações de grupo já existente e de grupos que surgem neste período são destacados pelos autores pela conformação de um trabalho para denúncia da discriminação contra pessoas com aids e em maior risco, e ações direcionadas aos efeitos da estigmatização e da marginalização, considerando a noção de solidariedade como a única resposta aceitável para fazer frente a aids (HERBERT DANIEL; PARKER, 2018, p. 27).

⁶⁰ Brutalmente assassinada em 1996, conforme notícias de *El País*, *Folha de São Paulo* entre outros veículos de notícias.

Estiveram envolvidos em ações em torno das questões apresentadas pela aids, além do já referido Grupo Gay da Bahia, outras entidades como a Associação dos Hemofílicos e o grupo Atobá. Destaca-se o surgimento de uma grande número de novos grupos e organizações que formaram-se especificamente em resposta à aids (desde meados de 1985), como o Grupo de Apoio à Prevenção à Aids (GAPA), formado a partir de um grupo variado de (profissionais de saúde, ativistas políticos e membros de organizações homossexuais) que reuniu-se em São Paulo (HERBERT DANIEL; PARKER, 2018).

A partir de então, foram fundados outros grupos independentes no Rio de Janeiro, em Belo Horizonte, Porto Alegre e Salvador e em outros centros urbanos no Brasil. Depois da fundação do GAPA foi formada a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA), a partir da reunião no Rio de Janeiro, entre importantes intelectuais de várias áreas e lideranças de movimentos sociais. Esta associação objetivou a coleta e disseminação de informações sobre a aids no país e o acompanhamento crítico das políticas governamentais como forma de “elaborar iniciativas de saúde pública mais bem fundamentadas” (HERBERT DANIEL; PARKER, 2018, p. 29).

Outros grupos apareceram em várias direções

o ARCA/ISER (Apoio Religioso Contra a AIDS, um programa do ISER, Instituto Superior de Estudos da Religião), um grupo ecumênico de líderes religiosos; o Projeto Nomes (ligado à mesma ideia em outros países), formado como iniciativa artística e cultural, para elaborar “bandeiras” com os nomes dos mortos pela epidemia; e o Grupo Pela VIDDA (Grupo pela Valorização, Integração e Dignidade dos Doentes de AIDS), constituído basicamente por soropositivos, doentes ou não, seus amigos e familiares, que está lutando pela cidadania e pelos direitos humanos das pessoas com AIDS na sociedade brasileira (HERBERT DANIEL; PARKER, 2018, p. 29).

A criação de novos grupos LGBTQI+ foi favorecida pelo recebimento de financiamento das atividades de prevenção a doenças sexualmente transmissíveis (dst) e aids direcionado a organizações da sociedade civil, configurando ineditismo na relação entre a sociedade civil e o Estado. Entretanto, cabe o registro da morte de ativistas de maneira trágica pela aids, culminando em um “grande refluxo” no movimento homossexual a nível nacional e internacional. Sendo assim, certos grupos que haviam sido criados anteriormente à epidemia destinaram-se à desestruturação ou à sua extinção (PERILO *et al.*, 2011, p. 10).

Trindade (2016) considera que o ativismo político da sociedade na década de 1970 e início de 1980, propiciou condições favoráveis de organização da sociedade para o processo de democratização do acesso à saúde, enfrentamento à aids e ao combate à discriminação. A atuação sanitária e o movimento homossexual foram determinantes para intervenção junto à população infectada e na luta por ações públicas estatais para tal questão. Apesar dessa articulação, cabe destacar que a epidemia e, conseqüentemente, as respostas a ela dirigidas no Brasil aconteceram em contexto de implementação de políticas sociais sob a égide do neoliberalismo (TRINDADE, 2016).

Pela Secretaria de Saúde de São Paulo surgem as primeiras ações estatais de combate à doença, representando ações isoladas, haja vista que o Governo e parte de instituições de ensino e pesquisa em saúde não aderiram a tais intervenções (GALVÃO, 2000 *apud* TRINDADE, 2016). As autoridades se faziam omissas e o MS em suas declarações apresentava a aids como doença circunscrita a uma minoria (homens homossexuais), como se não fosse uma questão de saúde pública (TRINDADE, 2016).

Diante da generalização e disseminação da doença a situação se agravou. Houve pressão do movimento (principalmente de homossexuais), dos profissionais de saúde e também orientação de organismos internacionais. Sendo assim, aids se tornou um problema político e cultural que colocava demandas e exigia respostas a elas de diversos setores. Tais pressões junto ao MS culminaram nas primeiras ações estruturadas de saúde para os infectados e para a prevenção da doença (TRINDADE, 2016). Porém, a resposta do Governo Federal veio tardiamente e a epidemia já estava se espalhando pelo Brasil (HERBERT DANIEL, 2018).

Apesar de já existirem ações de apoio, controle e prevenção à doença estruturadas em alguns estados do país (TRINDADE, 2016), foi em 1986 que aconteceu a criação do Programa Nacional de DST e Aids (atual coordenação Nacional de DST/Aids), sendo este atualmente considerado um “espaço privilegiado de intervenção e militância” (DUARTE, 2014). Este programa não foi direcionado especificamente à população LGBTQI+, mas em partes significativas promoveu iniciativas orientadas a ela (PERILO *et al.*, 2011).

O documento que sistematiza as diretrizes norteadoras do Programa Nacional de DST/Aids no âmbito da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde e o apresenta enquanto Política Nacional de DST/Aids, só foi lançado em 1999 (BRASIL, 1999b).

No que se refere as políticas voltadas para a epidemia HIV/Aids, Trindade (2016), pautando-se em parte dos argumentos de Herbert Daniel (1989), afirma que em 1990, o Governo do Brasil recebeu empréstimo do Banco Mundial (BIRD) para a prevenção da aids e que a intenção do banco não era a assistência ao grupo infectado como política e sim o desenvolvimento capitalista, já que a disseminação da doença era considerada como um entrave para este objetivo. Esta foi a primeira vez de empréstimo destinado exclusivamente a esta causa, e se repetiu ao longo dos últimos 20 anos (TRINDADE, 2016).

Corroborando com o apontamento de Trindade (2016), Rizzotto (2000; 2005) afirma que a preocupação do Banco Mundial com as doenças transmissíveis, especialmente com a aids, decorre de pressão exercida pelos países centrais, em face dos perigos que a disseminação incontrolada desta doença poderia acarretar, menos para as populações destes países e mais para o processo de expansão do modelo econômico capitalista. A lógica é a seguinte: os corpos dissidentes podem ser relegados à morte, desde que isso não alcance uma proporção tamanha que interfira nos ganhos do capital.

No texto da Política Nacional de DST/Aids consta a argumentação de que o empréstimo para financiamento do Aids I (1994-1998) possibilitou a consolidação do Programa Nacional de DST/Aids e o desenvolvimento de diversas ações. Este acordo foi renovado no Projeto Aids II (1998-2002).

Enfim, dizer simplesmente que a Aids é mortal tem servido apenas como condenação à morte civil. Quem está contaminado, ou doente, vive numa outra vida, no além. Esta tem sido a base de toda a propaganda governamental, no Brasil. Não é de surpreender. Este país, que não se ocupa de sua saúde, ainda não se deu conta da gravidade da epidemia de Aids. Ainda não existe um programa nacional de prevenção e controle da epidemia. Não há informação, apoio ao doente, medicamentos, hospitais. Os burocratas do governo, de olho gordo nos financiamentos internacionais em que a Aids é pródiga, fazem programas para inglês ver e querem mesmo é que o doente morra. De preferência, em silêncio (HERBERT DANIEL, 2018, p. 24).

Herbert Daniel (2018) em 1989 já apontava para a necessidade de mobilização da sociedade no enfrentamento à aids e organização para exigir do Estado respostas, já que este demonstrava-se incompetente para lidar com tamanha gravidade sanitária e social.

Essas respostas dependem hoje, em grande parte, da capacidade da sociedade civil em mobilizar-se contra a Aids e obrigar o governo a assumir suas responsabilidades. O governo atual do país ainda não tomou consciência da importância da epidemia. Aliás, não tem consciência de nada. É apenas o estertor, ridículo em sua mediocridade, de um sistema autoritário que se perpetua. Não há nada, por enquanto, parecido com um programa nacional de controle e prevenção da epidemia do HIV. Por isto, a Aids no Brasil vai ter o

tamanho da incompetência desse governo (HERBERT DANIEL, 2018, p. 43).

Não obstante, Oliveira (2021) explana que o recurso destinado a aids financiou muitas ações sociais e ONGs, que atuavam não apenas com pessoas com HIV, como com a população LBTQIA+ em geral. Pontua que os primeiros ambulatórios trans de São Paulo nos anos 2000 foram financiados com o recurso da aids.

O fato desta doença ter sido propagada primeiramente entre gays, travestis e transexuais, culminou na incorporação deste público como usuário de políticas públicas de saúde, mesmo que ainda de maneira restrita e preconceituosa. Diante da organização e mobilização colocava-se ao Estado a necessidade de repostas e intervenções frente a questão. Neste contexto, o processo de conquista da cidadania da população LGBTQI+ é obtida pelo “sistema preventivo oficial de DST/AIDS” (IRINEU, 2016, p. 224), configurando o que Pelúcio (2007) descreve como “SIDAdanização”.

Trindade (2016) afirma que “é possível inferir que a irrupção da epidemia de aids foi um dos fatores que trouxe à luz a situação da saúde de pessoas transexuais”.

Desta forma, as primeiras iniciativas específicas de atenção à saúde da população transexual foram forjadas em paralelo à ampliação das políticas públicas de enfrentamento do vírus, podendo-se afirmar que o Processo Transexualizador – instituído no âmbito do SUS anos depois – é, de certo modo, conseqüência de tais políticas (TRINDADE, 2016, p.67).

Irineu (2016) aponta que ao longo da década de 1990, o movimento de gays lésbicas, bissexuais, travestis transexuais (e outros e outras) passou a ter relações estreitas com o Estado, sobretudo por intermédio do MS, e esse relacionamento impôs uma certa “domesticação”⁶¹. Nesta fase se iniciou a chamada “onguização”⁶² do movimento, uma vez que era necessário se fazer elegível juridicamente para pleitear editais públicos de prestação de serviços de prevenção e combate à doença (IRINEU, 2016). “Ao mesmo tempo, foram estreitados os diálogos, importantes no processo de transformação da vida homossexual para além do comportamento sexual, por colocarem em pauta a possibilidade de expressão social” (PARKER E GAGNON, 1994 *apud* IRINEU, 2016, p.92).

O fenômeno de “onguização”⁶³ no campo dos movimentos LGBTQI+ e do desenvolvimento de ações para este público também relaciona-se com a ausência e demora de ações estatais, em um período em que as pessoas estavam morrendo por desassistência do Estado frente a epidemia de aids. A desassistência não foi por acaso, como já abordado, os anos 1990 foram marcados pela contrarreforma do Estado brasileiro, que incidiu diretamente nas condições de vida da população e no acesso aos direitos sociais (neste contexto, com destaque ao direito à saúde). O desmonte da Seguridade Social foi acompanhado pelo processo de desresponsabilização do Estado pelas expressões questão social e incentivo a ações de responsabilidade individual e de entidades da sociedade civil. O descaso com este público também diz de uma sociedade (e seu Estado) arraigados no preconceito, na discriminação, na LGBTQIfobia.

⁶¹ O referido termo utilizado por Irineu (2016) trás a ideia de controle do Estado frente ao movimento. Cabe destacar que ao longo da história este Estado cooptou lideranças de movimentos sociais brasileiros.

⁶² Termo referente ao protagonismo das ONG's frente a questão LGBT no Brasil a partir do final da década de 1980 e início de 1990 (FACHINNI; SIMÕES, 2009 *apud* IRINEU, 2014).

⁶³ Embora tenha avançado a relação dos movimentos com o Estado, este fenômeno ainda tem seus traços nos dias atuais, como no caso do município de Juiz de Fora, que será estudado. Há necessidade dos movimentos unirem forças na sociedade para cuidarem das necessidades básicas da população LGBTQI+, assumindo este papel diante da falta de ações do governo municipal, para então, reivindicarem a este, que assumam a causa.

Na ausência de legitimação de suas demandas, essas pessoas se organizam e fazem enfrentamento à realidade de mortes, violências, doenças, dificuldades, exclusão e miséria. Conforme apontam Herbert Daniel e Parker (2018), a solidariedade ao lado da informação foi uma resposta eficiente ao avanço da aids, diante do preconceito e do medo.

Em meados de 1990, houve uma articulação entre movimento LGBT e o MS por meio do chamado Grupo Matricial, que conjuntamente com o Movimento de Reforma Sanitária, contribuiu para expandir o acesso desta população à saúde, e também para a formulação da Política Nacional de DST/AIDS⁶⁴. Tal grupo propiciou discussões que culminaram em encontros e seminários, importantes para o movimento de travestis e transexuais no Brasil, além da produção de materiais informativos e definição/aparecimento de lideranças (ALMEIDA, 2005 *apud* TRINDADE, 2016).

Tais lideranças fizeram-se presentes nas negociações para a elaboração dos planos de ação governamental de combate à doença, coordenadas pelo Programa Nacional de DST/AIDS, com as travestis sendo incluídas no “Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de AIDS e DST entre Gays, outros Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) e Travestis” e as mulheres transexuais, por sua vez, no “Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DST” (TEIXEIRA, 2013 *apud* TRINDADE, 2016, p. 46-47), primeira ação governamental a considerar as transexuais como mulheres (TRINDADE, 2016, p. 46-47).

⁶⁴ A Política Nacional de DST/AIDS, instituída em 1999 pelo Ministério da Saúde, apresenta três grandes objetivos que norteiam as ações: “1. reduzir a incidência de infecção pelo HIV/aids e por outras DST; 2. ampliar o acesso ao diagnóstico, ao tratamento e à assistência - melhorando sua qualidade -, no que se refere ao HIV/aids; 3. fortalecer as instituições públicas e privadas responsáveis pelo controle das DST e da aids” (BRASIL, 1999b, p.11).

Ainda no contexto da década de 1990 aconteceram os primeiros estudos sobre homossexualidade no país, direcionados a diferenciação entre gênero e sexualidade. O debate acerca da “subalternização da homossexualidade” foi possibilitado a partir do processo de redemocratização do país e por meio das discussões que foram importadas dos Estados Unidos e de determinados países da Europa (GÓIS, 2003 *apud* IRINEU, 2016).

Com a epidemia que assolou o país houve um crescimento significativo dos estudos sobre homossexualidade, cuja motivação partia, sobretudo, das experiências dos movimentos sociais e estes ainda estavam circunscritos a condição dessas pessoas (homossexuais) enquanto doentes. Sendo assim, “mantinham-se presos às significações dos processos saúde-doença, reduzindo os contextos socioculturais e políticos da homossexualidade à patologia” (IRINEU, 2016, p.93).

É ainda na década de 1990 que houve uma diversificação das pesquisas e de seus objetivos, abrangendo questões das experiências políticas dessas pessoas. Isto reverberou nas discussões e alterações de termos, siglas e categorias no âmbito dos movimentos (FACCHINI, 2005 *apud* IRINEU, 2016).

Este também foi um período de surgimento de novos grupos de militância e alteração em segmentos de alguns grupos. Neste decênio surge a Associação das Travestis e Liberados do Estado do Rio de Janeiro⁶⁵, que colocou em pauta para o Estado o atendimento de suas necessidades e interveio junto a prevenção da aids. A associação ainda nesta época passou a abarcar demandas das pessoas transexuais (POPADIUK; OLIVEIRA; SIGNORELLI, 2017). Em 1995 as travestis passaram a participar dos espaços de organização do movimento homossexual e com a pressão da militância travesti o “T” foi incluído no rol das letras de designação do movimento (SIMÕES e FACCHINI, 2007; CARVALHO, 2011).

Ainda em 1995 é fundada a Associação Brasileira de Gays, Lésbicas, Travestis e Transexuais (ABGLT), que foi a primeira rede nacional de militância LGBTQI+ do país. Surgiu posteriormente a realização de Encontros Brasileiros de

⁶⁵ A Associação das Travestis e Liberados do Estado do Rio de Janeiro instituiu um movimento de travestis em coletivos, pautando para o governo o atendimento de suas demandas e também atuando em ações de prevenção da AIDS (POPADIUK; OLIVEIRA; SIGNORELLI, 2017).

Homossexuais (EBHO) – que mais adiante foi renomeado para Encontro Brasileiro de Gays, Lésbicas, Travestis e Transexuais (EBGLT). A autora aponta que em 1997 as transexuais organizaram um primeiro grupo em Campinas, e que o termo “transexual” passou a circular no vocabulário do movimento com a vinda de militantes internacionais (IRINEU, 2016).

O percurso da luta pela garantia da saúde pública à LGBTQI+ analisado até aqui (entre o período da ditadura militar e o final dos anos 1990) é marcado e, de certo modo, condicionado pela orientação do neoliberalismo às políticas sociais no Brasil, enquanto país periférico e dependente.

Como fruto da dinâmica histórica do país e das conquistas diante da mobilização de gays, lésbicas, bissexuais, travestis, transexuais e demais segmentos da sociedade civil e de sua interlocução com o Estado, os anos 1990 e 2000 foram marcados pela contradição entre a luta pela efetivação e ampliação dos direitos recentemente conquistados legalmente e a subordinação dos direitos sociais à lógica neoliberal. Movimento este contraditório também para as políticas de saúde para pessoas trans no país.

3 POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO TRANS BRASILEIRA A PARTIR DOS ANOS 2000

Como fruto da dinâmica histórica do país e das conquistas diante da mobilização de gays, lésbicas, bissexuais, travestis, transexuais, intersexo e demais segmentos da sociedade civil e de sua interlocução com o Estado, os anos 1990 e 2000 foram marcados pela contradição entre a luta pela efetivação e ampliação dos direitos recentemente conquistados legalmente, e a subordinação dos direitos sociais à lógica neoliberal. Este movimento é contraditório também para as políticas de saúde, inclusive em relação à população LGBTQI+.

O Capítulo 2 tem como proposta abordar a política pública de saúde brasileira a partir dos anos 2000, com o recorte na população LGBTQI+, sobretudo nas pessoas trans. Assim, foi estruturado pensando na correlação entre o contexto

sociopolítico brasileiro em que está inserida a política de saúde, com a construção dos direitos das pessoas LGBTQI+ neste âmbito, enfatizando a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI LGBT) e o PrTr SUS. Tal construção acontece, principalmente, a partir da mobilização dos movimentos LGBTQI+ e a permeabilidade de suas demandas no cenário político, principalmente no governo Lula.

3.1 POLÍTICA DE SAÚDE E A CONQUISTA DE DIREITOS DO MOVIMENTO LGBTQI+ DURANTE OS GOVERNOS PETISTAS

Conforme foi explanado no capítulo anterior, nos anos 1980 e 1990 o embate de projetos na esfera da política de saúde se dava entre o Projeto da Reforma Sanitária e o Projeto Privatista. Com os governos petistas se consolida um terceiro projeto, com contornos próprios diante das contradições inerentes à implementação do SUS, em momento que o Estado se reconfigura concomitante ao processo de desmonte e subfinanciamento de políticas públicas (BRAVO, 2013 *apud* BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

O terceiro é o Projeto de Reforma Sanitária Flexibilizada – o Projeto do SUS Possível –, que indica uma política de “rebaixamento” da proposição inicial do Projeto da Reforma Sanitária, pautando-se em “arranjos institucionais, mecanismos gerenciais e responsabilização dos profissionais” (PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p. 02).

Este se relaciona intimamente ao *Projeto Privatista* e recebe a defesa das antigas lideranças do movimento de reforma sanitária, “flexibilizando os princípios político-emancipatórios que orientam sua racionalidade, em nome da modernização e aperfeiçoamento do SUS” (SOARES R., 2010, p.16).

A racionalidade hegemônica no SUS expressa, de forma diferenciada, os princípios desses projetos – *privatista* e *SUS possível* – e tem fundamentos que reatualizam velhos conteúdos da racionalidade instrumental do Estado burguês. Os problemas e contradições do SUS são atribuídos às questões de âmbito administrativo/gerencial e de gestão, daí surgindo todo o discurso justificador das Parcerias Público-Privadas para gerir a saúde,

criando as possibilidades concretas do usufruto direto do fundo público pela lógica privada (SOARES R., 2010, p. 17).

Ocorre um movimento intenso de transformismo de lideranças do Projeto de Reforma Sanitária que converte a perspectiva do SUS legal, enquanto espaço político estratégico de atendimento dos interesses da classe trabalhadora e de sua organização, em torno de um projeto societário alternativo para a concepção no campo das “possibilidades”, isto é, o “SUS possível”, frente ao ajuste neoliberal (SOARES R., 2010).

Diante dos limites da política econômica, as lideranças defendem a flexibilização da reforma sanitária, entretanto denominam esse processo como a sua reatualização/modernização ou como a sua continuidade. Ainda que tais pessoas não reconheçam, o projeto favorece a ampliação dos espaços do Projeto Privatista, ambos imbricados na mesma racionalidade na disputa pela hegemonia (SOARES R., 2010).

Assim, as políticas, programas e ações do Ministério da Saúde (MS) reproduzem a relação dos projetos em disputa e interligados. A maior abertura para as conquistas da reforma sanitária possibilitada na gestão de Lula dá lugar gradativamente para as propostas hegemônicas do *SUS possível* e do *projeto privatista* (SOARES R., 2010).

A eleição de Lula teve significado importante na política do país, tendo em vista que pela primeira vez foi eleito um representante da classe operária, advindo das lutas e da organização política. O resultado das eleições é fruto da reação da população em posição contrária ao projeto implantado em 1990 – o projeto do neoliberalismo. De maneira inédita o projeto que venceu, pelo menos em relação a sua origem, não representava os interesses hegemônicos das classes dominantes (BRAVO; MENEZES, 2011).

Houve grande expectativa com relação às políticas sociais e à participação social. Entretanto,

a análise realizada por Behring (2004), explicita que, no plano econômico, todos os parâmetros macroeconômicos da era FHC foram mantidos, permanecendo intocáveis: o superávit primário; a Desvinculação de Receitas da União (DRI); taxas de juros parametradas pela Selic; apostas na política de exportação, com

base no agronegócio; o inesgotável pagamento dos juros, encargos e amortizações da dívida pública; e o aumento da arrecadação da União (BRAVO; MENEZES, 2011, p.16).

Tais orientações impactaram fortemente as políticas sociais (BRAVO; MENEZES, 2011). As ações de tais governos demonstraram a focalização das políticas e não a sua expansão, renegando a lógica do direito da seguridade social universal. (MARQUES; MENDES, 2005 *apud* BRAVO; MENEZES, 2011).

O balanço das políticas sociais realizado por Bravo e Menezes (2010) aponta para reduzidos investimentos, que não direcionam um outro projeto para o Brasil. Em relação à participação social, apesar de ter se ampliado os canais de participação e de interlocução, a autonomia garantida a estes espaços não foi respeitada, sofrendo com intervenções desfavoráveis do governo. Ao passo que avança a disputa entre os projetos, também há tensionamentos na construção de políticas mais amplas, com significativo impacto para determinados grupos da classe trabalhadora. Foram adotadas iniciativas em relação a expansão de direitos das mulheres, de grupos LGBTQI+, da população negra, entre outros, inclusive no que diz respeito a criação de secretarias específicas a nível federal e a mudanças legislativas (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017).

Também tiveram destaque as políticas de ações afirmativas, como os incentivos às cotas de vagas para alunos de escolas públicas, negros e indígenas, além da adoção de um programa de bolsas para alunos de baixa renda em universidades privadas. Tais ações expandiram o acesso de jovens ao Ensino Superior (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017), entretanto, algumas delas favoreceram o mercado e a expansão capitalista.

Portanto, política econômica deste governo favoreceu de maneira ampla os interesses do capital financeiro nacional e internacional – ao assegurar grande rentabilidade, sobretudo, por meio de manutenção de altas taxas de juros e viabilizando um recorde do lucro bancário – e do *agribusiness*. Por outro lado também estabeleceu programas e ações dirigidas aos segmentos mais pobres da população brasileira e aos que estiveram por tempo, excluídos de algumas políticas (MARQUES; MENDES, 2007).

Compreende-se a partir do período analisado, que a política macroeconômica impactou diretamente a política de saúde, não havendo o enfrentamento de questões primordiais como “a universalização das ações, o financiamento efetivo, a Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e a Política Nacional de Medicamentos” (BRAVO; MENEZES, 2011, p. 18).

A política de saúde não foi uma área de destaque na agenda governamental e não foram enfrentados os problemas estruturais do SUS, como a relação entre o público e o privado e as desigualdades territoriais em saúde (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017).

Os movimentos sociais têm demonstrado reação a esta proposição e na 13ª Conferência Nacional de Saúde (2008), ficou claro o posicionamento do movimento da saúde de maneira contrária ao modelo de gestão que foi proposto pelo governo federal. Além do debate em torno do projeto de fundação estatal de direito privado no âmbito da saúde, a conferência colocou em discussão a questão do aborto, que recebeu parecer desfavorável à sua descriminalização. Isto demonstrou, sobretudo, a forte influência conservadora e tradicional da cultura em nosso país e a influência da Igreja Católica (BRAVO; MENEZES, 2011).

Em meio a ataques contra as “classes subalternas” também existem resistências de grupos que são gravemente afetados, como é o caso dos movimentos de pessoas do segmento LGBTQI+. Em contexto de valorização do privado em detrimento do público este segmento tem lutado para que também tenha direito a saúde, para que a política pública também as/os incorporem efetivamente, e as suas reais necessidades.

Estas resistências também relacionam-se com o histórico político aqui apresentado, haja vista a conquista de direitos e o reconhecimento de suas demandas na esfera pública, principalmente nos governos petistas. Com as contrarreformas do Estado brasileiro a população trans também sofre com redução e negação de direitos, em um ambiente conservador, higienista, de lógica excludente, LGBTQIA+fóbica. E será em meio a este cenário contraditório que surge a Política de Saúde para LGBT, bem como, o Processo Transexualizador.

3.1. 2 Política de saúde para LGBTQI+ para além de HIV/AIDS

É a partir do final dos anos 1990 e início dos anos 2000 que o movimento LGBT brasileiro tem novos contornos, com o surgimento de redes e coletivos com pautas de combate ao racismo, ao machismo e a transfobia, mencionados por Irineu (2014) como “não onguizados”. Também destacam-se no cenário brasileiro a enorme manifestação pública de rua: as paradas do orgulho LGBT, com início em 1997 no sudeste e no sul do país, e que hoje ocorrem em todo o Brasil, atraindo o turismo gay de maneira mundial (FACCHINI; SIMÕES, 2009, apud IRINEU, 2014).

Se na década de 1990 inicia-se o processo de “onguização” do movimento, nos anos 2000 o país experimenta o surgimento de grande parte das ONG's LGBT's brasileiras, bem como a dissolução de alguns grupos do movimento, surgimento de outros, separação e reagrupamentos, ocorrendo cisões por pautas identitárias. São fundadas diversas expressões deste movimento, tais como a primeira Rede Nacional de Travestis (RENTRAL), que no final destes anos transforma-se em Articulação Nacional de Travestis, Transexuais e Transgêneros (Antra) (IRINEU, 2016); a Liga Brasileira de Lésbicas (LBL) e depois Articulação Brasileira de Lésbicas (ABL), a Rede Nacional de Negros e Negras LGBT (Rede Afro LGBT), grupos com pautas etárias entre outros (IRINEU, 2016).

A dissolução de alguns grupos nas diversas regiões é um marco a partir de 2010, justificado perante a dificuldade de dar seguimento no trabalho em ONG, enquanto grupo institucionalizado, sobretudo por questões burocráticas e financeiras (LÓPES, 2014; BRAZ *et al.*, 2013 *apud* IRINEU, 2016)

O movimento LGBTQI+, assim como outros, não é homogêneo e as suas expressões são diversas. Aqui serão destacados alguns marcos e articulações que datam a partir do século XXI e que de acordo com as literaturas apresentadas, foram destacadas como importantes para a formulação da política de saúde para esta população, principalmente em relação a pessoas trans.

No que se refere às políticas públicas, Irineu, Oliveira e Lacerda (2020) apontam que a primeira referência à comunidade LGBT foi trazida no II Plano

Nacional de Direitos Humanos (2002), ainda no governo FHC, o texto previa o direito à livre orientação sexual e proibição de discriminação.

Das 518 propostas gerais, 10 foram organizadas em um item específico sobre Gays, Lésbicas, Travestis, Transexuais e Bissexuais, designada à época pela sigla “GLTTB”, e outras 10 compoem o tópico “Orientação Sexual”. (BRASIL, 2002).

Dentre as ações programáticas do plano, uma direcionada ao campo da saúde para “GLTTB” recebe destaque sobretudo por versar sobre saúde e não fazer menção especificamente à aids, ao indicar a realização de campanha junto aos profissionais para o esclarecimento de conceitos científicos e éticos relacionados à comunidade “GLTTB”. Porém, ainda não se conformava um grupo de mecanismos que subsidiasse ações e programas para políticas que alcançassem a assistência à saúde da população LGBTQIA+ em sua integralidade (PERILO; PEDROSA; MELLO, 2011).

Nessa circunstância, a via de acesso desta população ao SUS se dava unicamente ou prioritariamente por meio das políticas relacionadas às dsts, ao hiv/aids (CALDERARO; FERNANDES; MELLO, 2008 *apud* PERILO; PEDROSA; MELLO, 2011). Não obstante, um outro quadro de iniciativas no campo da saúde passa a ser delineado com os anos seguintes a partir de novas ações, programas e políticas (PERILO; PEDROSA; MELLO, 2011).

Apesar de reconhecimentos e proposições, como nos itens do plano assinalados, os direitos sexuais foram (e são) confrontados pelos conservadorismos institucionalizados no poder público até os dias de hoje (IRINEU; OLIVEIRA; LACERDA, 2020). Destarte, em 2003 foi criada no âmbito legislativo a *Frente Parlamentar Mista pela Livre Expressão Sexual*, com 196 parlamentares inicialmente, com aumento para 216 em 2010. Esta frente foi alterada no ano de 2011 e renomeada *Frente Parlamentar Mista pela Cidadania LGBT*, contando com 175 parlamentares.

No mesmo ano de criação desta *Frente*, foi criada a *Frente Parlamentar Evangélica*, que ocupa um grande espaço na câmara legislativa. Sendo assim, “em 2013, pela câmara legislativa, caso fosse uma agremiação partidária, esta frente

seria a terceira maior bancada de deputados, atrás somente do PMDB e PT” (IRINEU, 2014, 167).

Essa força conservadora dentro do legislativo tem apresentado valores cristãos enquanto norteadores de políticas e da condução da vida social, e como aponta Irineu (2014, p. 167), apresenta um “modelo exclusivo de família anti-homossexual”, o controle dos sujeitos e a punição do prazer, colocando suas concepções e interesses acima das demandas dos Direitos Humanos.

Irineu (2014) a partir de Mello *et al.* (2010) afirma que diante de negativas do legislativo e de depender de iniciativas individuais do judiciário, a alternativa ao movimento LGBTI foi a investida no Executivo. Tais investidas fizeram o movimento influenciar os sistemas de educação, segurança e saúde, além de aproximar de outros movimentos sociais, partidos políticos e de universidades (IRINEU, 2014).

As demandas de LGBTI encontraram maior espaço no poder executivo a partir do governo de Lula (IRINEU; OLIVEIRA; LACERDA, 2020) e é sob este governo que há a institucionalização do marco-fundador na elaboração de ações que ultrapassem as iniciativas referentes apenas ao combate às dst/aids - (PERILO; PEDROSA; MELLO, 2011), cujas diretrizes foram seguidas na formulação da PNSI LGBT (BRASIL, 2013a), que será abordada mais adiante.

No ano de 2003 o Conselho Nacional de Combate à Discriminação criou um grupo de trabalho para a elaboração do Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra Gays, Lésbicas, Travestis, Transgêneros e Bissexuais (GLBT) e de Promoção da Cidadania Homossexual, que visava “prevenir e reprimir a discriminação com base na orientação sexual” e garantir aos “GLBT’s” o “pleno exercício de seus direitos humanos fundamentais” (BRASIL, 2004a, p.13).

Denominado Brasil Sem Homofobia (BSH), este programa foi lançado em 2004 pelo Ministério da Saúde em resposta ao movimento histórico LGBT e apresentou um programa de ações que envolvia, por exemplo, a articulação da política de promoção dos direitos de homossexuais; a cooperação Internacional, o combate à violência e à impunidade, ao racismo e a homofobia; o direito à educação, à saúde ao trabalho e à cultura (BRASIL, 2004a).

No eixo do direito à saúde, visando tratamento e atendimentos igualitários destacam-se as seguintes proposições: a formalização do Comitê Técnico Saúde da População de GLBT do Ministério da Saúde, que objetivou a construção de uma Política Nacional de Saúde para este público; o apoio e desenvolvimento de estratégias para a produção e acesso ao conhecimento científico sobre a saúde e outras questões da população GLBT, inclusive, o estabelecendo um canal de ouvidoria, por meio do Disque-Saúde do Ministério da Saúde, para denúncias de discriminação na rede de saúde; e apoio aos investimentos na formação e promoção de mudanças de atitudes de profissionais de saúde no atendimento a essa população (BRASIL, 2004a).

O BSH é produto de uma série de discussões e acontecimentos a nível nacional e internacional e seu “documento germe”, “vontade de potência” foi pensado ainda no final do Governo FHC (FERNANDES, 2011 *apud* IRINEU, 2016). Inaugura o campo das políticas públicas específicas para LGBT e apresenta a “homofobia” enquanto categoria que vai além da perspectiva de centralidade no indivíduo, abarcando uma coletividade dos sujeitos (IRINEU, 2016).

O termo aparece como “categoria política central” (FERNANDES, 2011 *apud* IRINEU, 2016) no que diz respeito ao enfrentamento à violência direcionada a este segmento da sociedade (IRINEU, 2016).

[...] deixa de ser posta na “fobia” e em modelos explicativos centrados no indivíduo e passa a ser de reflexão, crítica e denúncia [...], passando a ser vista como fator de restrição de direitos de cidadania, como impeditivo a educação, a saúde, ao trabalho, a segurança e aos direitos humanos (JUNQUEIRA, 2007 *apud* IRINEU, 2016, p. 118).

Duarte (2014) afirma que este programa não teve financiamento público capaz de atender demandas de necessidades específicas, haja vista que este público é sujeitado a discriminação e a marginalização de diversas maneiras, até mesmo nos espaços de saúde. O autor destaca que não se deve esquecer da resistência dos trabalhadores da saúde na lida com LGBT infectados e todo um conjunto violento de preconceitos e mortes a que essas pessoas historicamente estão submetidas pela sociedade de maneira geral.

Regulamentado a princípio pela Portaria Nº 2.227, de 14 de outubro de 2004 e, posteriormente, pela Portaria Nº 2.837, de 1º de dezembro de 2011, o Comitê Técnico Saúde da População de LGBT do Ministério da Saúde se constituiu enquanto importante espaço de debate sobre a assistência à saúde para pessoas transexuais.

Este prevê em sua composição, representantes do MS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASSEMS), Conselho Nacional de Saúde (prioritariamente do segmento LGBT), Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de LGBT (CNCD-LGBT/SDH) (prioritariamente do segmento LGBT), Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR), Secretaria de Políticas para Mulheres da Presidência da República (SPM/PR), Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial da Presidência da República (SEPPIR/PR), Fórum Nacional de Gestoras e Gestores Estaduais e Municipais das Políticas Públicas para a População de LGBT (FONGES-LGBT) e representantes da sociedade civil com conhecimento e atuação na saúde de LGBT (BRASIL, 2011).

Tem como propósito o enfrentamento às iniquidades em saúde, relacionadas a população LGBT e ao princípio de universalidade do SUS (POPADIUK; OLIVEIRA; SIGNORELLI, 2017).

Para Lopes (2020), no período anterior à criação do referido comitê as políticas de saúde direcionadas à população LGBTQI+ se materializaram em projetos e ações pontuais pela via de intervenções relacionadas à prevenção de dst/aids e apoio a pessoas vivendo com hiv/aids, ou no caminho da patologização das identidades trans, enquanto um transtorno.

A partir de sua criação, em 2004, começa a discussão sobre a atenção integral à saúde, considerando que a discriminação por orientação sexual e identidade de gênero impacta a determinação social da saúde. Há o reconhecimento de que o processo de sofrimento e adoecimento advêm da exposição ao preconceito e ao estigma social, atrelado a outros marcadores sociais, o que culminou na PNSI LGBT, como será visto.

Assim, Perilo, Pedrosa e Mello (2011) identificam a coexistência de dois modelos de ações no âmbito da promoção de políticas de saúde para a população LGBTQI+, não excludentes entre si: o mais antigo e estruturado, que é constituído no combate e prevenção às dsts/hiv/aids; e o outro, a partir do início dos anos 2000, que é orientado pela perspectiva de integralidade da saúde de tal população.

Durante o governo Lula houve importantes acontecimentos diante da organização da sociedade civil e permeabilidade das suas demandas ao Estado, ainda que com restrições e cortes nas políticas sociais de maneira geral. Assim, também se destacam a militância de pessoas travestis e transexuais no Brasil e o reconhecimento de parte das suas demandas na política pública de saúde.

O I Encontro Nacional de Transexuais foi realizado em 2005, dando origem ao Coletivo Nacional de Transexuais. Neste ano foi constituído de fato o movimento social de transexuais (ARÁN; MURTA; LIONÇO, 2009).

Diante de uma maior aproximação institucional de políticas para mulheres⁶⁶, gradualmente houve um afastamento de algumas ativistas travestis e transexuais dos espaços LGBT para se achegarem ao movimento de mulheres (CARVALHO, 2011). Neste contexto houve a constituição do Conselho Nacional de Transexuais, em 2005, que foi considerado para a composição do Comitê Técnico de Saúde da População LGBT, onde parte da política do Processo Transexualizador do SUS foi pactuada (TRINDADE, 2016).

No âmbito da discussão travada à época, surgiu a expressão “mulheres que vivenciam a transexualidade”, que, inclusive, foi utilizada pelo então Ministro da Saúde José Gomes Temporão na abertura da I Conferência Nacional LGBT em 2008 (CARVALHO, 2011). A questão terminológica foi problematizada também durante o XV Encontro Nacional de Travestis e de Transexuais (ENTLAIDS), realizado em 2008, cujo documento resultante da plenária deliberativa solicitou ao Ministério da Saúde e demais órgãos do Governo Federal a uniformização no uso dos termos, para que fossem adotadas as seguintes expressões: “homem transexual”, em substituição ao jargão médico “transexual feminino” (FtM) e “mulher transexual”, em substituição a “transexual masculino” (MtF) (TEIXEIRA, 2013 *apud* TRINDADE, 2016, p. 66-67).

⁶⁶ A exemplo desta aproximação, como consta no capítulo 1, nos anos 2000 ocorreu a inclusão das travestis no Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de AIDS e DST entre Gays, outros Homens que fazem Sexo com Homens (HSH), e junto com as mulheres transexuais, no Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DST (TEIXEIRA, 2013 *apud* TRINDADE, 2016).

Outro acontecimento importante para a construção de políticas para pessoas trans no Brasil foi a I Jornada sobre Transexualidade e Saúde realizada em 2005 na Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), com a condução do Instituto de Medicina Social (IMS) e apoio da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) e da ABIA (SANTOS, 2020).

O evento contou com a participação de professores e pesquisadores das diversas universidades (UERJ, UFRJ, UFRGS, USP, UFAL e UFES), dos quais uma parte já prestavam assistência em saúde a pessoas trans. Ainda do núcleo universitário estiveram presentes estudantes de cursos como Medicina, Direito, Serviço Social, Enfermagem e Psicologia.

Também compareceram à jornada membros de diversos conselhos estaduais de saúde e autoridades do MS⁶⁷, bem como representantes de algumas organizações de segmentos do movimento LGBT, como a Associação Nacional de Travestis e Transexuais e a Articulação Brasileira de Lésbicas (TRINDADE, 2016).

Este acontecimento foi de suma importância na trajetória de institucionalização do PrTr SUS, pois oportunizou o encontro de sujeitos políticos e de variados espaços sócio-ocupacionais que, até o momento, não haviam tido a chance de debaterem de maneira coletiva e ampla as problemáticas que envolviam a assistência a pessoas transexuais no contexto brasileiro (SANTOS, 2020). Também, foi onde o Ministério da Saúde pela primeira vez formalizou seu interesse pela saúde da população trans (TRINDADE, 2016).

Neste espaço, foram discutidas questões importantes para a configuração de um modelo de serviços públicos de saúde específicos para trans, além de pontuados aspectos relacionados ao diagnóstico, à hormonioterapia e às cirurgias de transgenitalização (como por exemplo, as correções e possíveis intercorrências). Por fim, foi produzido um material que recebeu o título de Transexualidade e Saúde Pública no Brasil, que elencou recomendações, principalmente, para os gestores da Administração Federal (TRINDADE, 2016).

Dentre elas se destacam:

⁶⁷ Dentre os quais esteve presente o gestor responsável pela Coordenação de Média e Alta Complexidade da Secretaria de Atenção à Saúde (SANTOS, 2020).

a) a imediata convocação de grupos de trabalho, no âmbito do Ministério da Saúde, para a formulação de propostas de Política Nacional e Saúde para a população LGBT; b) o incentivo, a organização, a articulação e a sistematização de serviços públicos jurídicos e de saúde, visando à assistência integral a transexuais, de modo a atender as demandas específicas desse segmento; c) a incorporação dos procedimentos cirúrgicos de redesignação sexual na tabela do Sistema Único de Saúde, entre os procedimentos de alta complexidade e d) adoção de medidas destinadas a facilitar a alteração de nome e sexo no registro civil (TRINDADE, 2016, p.79).

A partir deste encontro, as reivindicações da população LGBTQI+, que estavam sendo “vocalizadas na esteira do fortalecimento de um movimento trans cada vez mais visibilizado” e das cobranças que partiam das coordenações do processo transexualizador e de profissionais das unidades de saúde que faziam este tipo de atendimento alcançaram consistência, bem como maior visibilização pública, especialmente através comunicação e articulação de sujeitos políticos com determinado “poder de agência” inseridos no interior da organização do MS (SANTOS, 2020, p. 62).

Tais sujeitos:

conseguiram catalisar parte das demandas que vinham dos serviços e do movimento social e constituíram caminhos internos e externos de articulação política para a criação do modelo assistencial dirigido a pessoas trans partindo do Ministério da Saúde, especialmente porque já havia demandas de judicialização pelas cirurgias em curso, sendo essas mais um dos vetores de pressão para essa criação (SANTOS, 2020, p. 62).

Quase dez anos após a sua realização, os debates da I Jornada sobre a saúde da população trans passaram a se emoldurar de forma a trazer questões como a inclusão de travestis e a necessidade de uma expansão dos serviços, o que não ocorria em meados dos anos 2005 que focava unicamente o não atendimento e a falta de institucionalização (TRINDADE, 2016).

Partindo da compreensão de que a discriminação e a “exclusão social” sofrida por travestis e transexuais podem gerar limitação e impedimento a seu acesso aos serviços de saúde, em 2006, é lançada pelo MS, a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Esta expressa como direito o atendimento na rede de serviços de saúde livre de qualquer discriminação e estabelece que deverá ter um campo para registro

do nome pelo qual o usuário prefere ser chamado, em qualquer documento de identificação no âmbito desta rede, sem que haja tratamento desrespeitoso ou preconceituoso (BRASIL, 2007).

Ratificando tal ação é publicada a Portaria nº 1.820, em 13 de agosto de 2009, que ao dispor sobre direitos e deveres dos usuários da saúde reafirma o direito para registro do nome de preferência a ser chamada (o), através da disposição de um campo para o nome social, em todo documento desta rede (BRASIL, 2009a).

O reconhecimento do uso do nome social nos serviços de saúde entre os direitos dos (as) usuários (as) do SUS é fundamental no combate às discriminações contra essa população, ao exprimir compromisso com a universalidade e a equidade. Entretanto, ainda são enfrentados obstáculos para essa garantia, como aponta Duarte (2014): há situações de discriminação e preconceito por despreparo e falta de conhecimento dos profissionais no âmbito das instituições, bem como por descaso.

Em 2007 é conquistada pelo segmento LGBTQI+ a representação no Conselho Nacional de Saúde (CNS), que conferiu “um novo sentido de atuação do movimento nos processos de participação democrática no SUS”. Um ano depois, a deliberação da 13ª Conferência Nacional de Saúde, trás os elementos orientação sexual e identidade de gênero para a análise da determinação social da saúde e esta é reconhecida como marco fundamental para construções posteriores do movimento LGBTQI+ na saúde (BRASIL, 2013a, p. 11).

Dentre as propostas que constituem o relatório final da Conferência que versam especificamente sobre a população “GLBTT” (BRASIL, 2008a), destacam-se a recomendação da revogação da portaria da ANVISA sobre doação de sangue, o fomento à pesquisa e produção de conhecimento, a garantia de acesso ao SUS, e o estímulo à política nacional de saúde integral a esta população (PERILO; PEDROSA; MELLO, 2011).

O percurso traçado até aqui dispara um conjunto de outras ações e debates. Assim, o ano de 2008 foi marcado por importantes acontecimentos para a população LGBTQI+ brasileira, e inaugurou a primeira política específica para transexuais e

travestis no país. Público este, que esteve empenhado na luta pela criação da PNSI LGBT, desenvolvida a partir de 2008, e publicada em 2011.

A 1ª Conferência Nacional de GLBT foi promovida pela Secretaria Especial dos Direitos Humanos em 2008 e apresentou como tema “Direitos Humanos e Políticas Públicas: o caminho para garantir a cidadania de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Teve o objetivo de propor diretrizes para implementar políticas públicas e o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT, além de fortalecer o Programa BSH (BRASIL, 2008a).

As deliberações finais seguiram os respectivos eixos temáticos e número de propostas: direitos humanos (73), saúde (167), educação (60), justiça e segurança pública (86), cultura (35), trabalho e emprego (37), previdência social (15), turismo (23), cidades (51) e comunicação (12). Portanto, a maior parte do que foi apresentado diz respeito ao campo da saúde (BRASIL, 2008a).

Nesta conferência foi aprovada a alteração da sigla GLBT para LGBT, como proposto pela LBL, colocando a letra que representa lésbicas em evidência no início como tática de conferir visibilidade a este segmento (IRINEU, 2016).

Irineu (2016) participou do evento e apresenta a percepção de que houve euforia dos e das participantes diante da presença do presidente Lula na abertura. Lula com carisma colocou o boné da ABGLT e segurou a bandeira do arco-íris. A autora afirma que talvez fosse a primeira vez que percebeu a “relação ‘encantada’ do movimento LGBT com o PT”. Lembrando que o presidente já estava em seu segundo mandato e já havia desencantado com a sua gestão e com o seu partido (IRINEU, 2016, p.105).

O Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT, apresentado em 2009 pela Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República, como resultado da supracitada conferência, apresentou “diretrizes e ações para a elaboração de Políticas Públicas voltadas para esse segmento, mobilizando o Poder Público e a Sociedade Civil Organizada na consolidação de um pacto democrático” (BRASIL, 2009b, p. 09). Este foi o primeiro e único plano nacional de cidadania e direitos LGBT. Ocorreram somente outras duas

conferências (2012 e 2016), mas o plano ainda é oriundo da primeira (DUARTE, 2021).

Foi norteado por dois grandes eixos estratégicos: “Promoção e socialização do conhecimento; formação de atores; defesa e proteção dos direitos; sensibilização e mobilização” e “Formulação e promoção da cooperação federativa; Articulação e fortalecimento de redes sociais; articulação com outros poderes; cooperação internacional; gestão da implantação sistêmica da política para LGBT” (BRASIL, 2009b, p. 20).

No que tange especificamente à saúde, se destaca em todo o plano a proposição de sensibilização e capacitação dos profissionais da área em relação ao cuidado aos usuários LGBT (BRASIL, 2009b). Das 559 propostas na conferência, 167 foram da área da saúde (BRASIL, 2008a). No plano, entre as 180 estratégias de ação e 43 competem ao MS (BRASIL, 2009b). Interessante, pois, a comunidade LGBTQI+ já vem discutindo saúde desde os anos 80 (DUARTE, 2021).

Um documento-chave, lançado em 2009, que não é voltado para a população LGBTQI+, mas compõe um importante conjunto de mecanismos que passaram a ser relevantes na elaboração e implementação de políticas públicas voltadas para estes segmentos, é o Programa Nacional de Direitos Humanos 3 (PNDH 3), que também contempla a população LGBT, inclusive na área de saúde, enquanto perspectiva da saúde integral.

Perilo, Pedrosa e Mello (2011) apontam que há um contraste entre as ações previstas para a população GLTB do PNDH 2 e do PNDH 3. Enquanto as ações do PNDH 2 estavam focadas principalmente no combate à epidemia de aids e na capacitação de profissionais para um atendimento não LTGBfóbico, o PNDH 3 não apresentou nenhuma associação entre combate às dst/hiv/aids e políticas específicas para a população GLBT, destacando ações prioritárias de atenção à saúde de travestis e transexuais (PERILO; PEDROSA; MELLO, 2011).

O PNDH III apresenta como um dos seus objetivos estratégicos a “ampliação do acesso universal a sistema de saúde de qualidade”, tendo como ações programáticas a expansão e consolidação de serviços básicos de saúde e de

atendimento domiciliar com apoio diferenciado às pessoas lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, entre outras.

Outro objetivo que abrange pessoas “GLTTB” versa sobre a garantia do respeito à livre orientação sexual e identidade de gênero, abarcando entre outras ações, o reconhecimento e inclusão nos sistemas de informação do serviço público todas as configurações familiares constituídas por LGBT, com base na desconstrução da heteronormatividade (BRASIL, 2009c).

O PNDH III também aponta como finalidade o desenvolvimento de meios para garantir o uso do nome social de travestis e transexuais e por conseguinte, o acréscimo de campo para informações sobre a identidade de gênero nos prontuários do sistema de saúde, dentre outros registros necessários (BRASIL, 2009c).

No que se refere às violências, o texto do programa considera a necessidade de redução da violência motivada por diferenças de gênero, raça ou etnia, idade, orientação sexual e situação de vulnerabilidade; o enfrentamento ao tráfico de pessoas; e a reestruturação do sistema penitenciário (BRASIL, 2009c).

Dentro do item Propostas de Ações Governamentais consta um tópico específico para Gays, Lésbicas, Travestis, Transexuais e Bissexuais – GLTTB, que inclui, entre outras, “promover campanha junto aos profissionais da saúde e do direito para o esclarecimento de conceitos científicos e éticos relacionados à comunidade GLTTB” (BRASIL, 2009c, p.2015).

Diante do cenário brasileiro de crescente judicialização de demandas na área da saúde por pessoas transexuais e do quadro político e institucional do Ministério da Saúde – que se tornou, de certa maneira, receptivo ao processo de construção de uma política – é regulamentado o Processo Transsexualizador no SUS (PrTr SUS), através da Portaria nº 1.707, de 18 de agosto de 2008 e vigente pela Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013 (TRINDADE, 2016).

Santos (2020) considera que a portaria de 2008 institucionalizou via Estado intervenções que já estavam sendo realizadas por hospitais universitários a pelo menos uma década. Este modelo de assistência não foi inicialmente idealizado como um programa do SUS, e foi “arrancado à golpes de Portarias” através de

pressão exercida por determinados sujeitos sociais e do processo judicial que iniciou em Porto Alegre (RS), em 2001.

Este atravessamento que envolve o PrTr SUS diz respeito à judicialização⁶⁸ da realização e do custeio das cirurgias de transgenitalização em mulheres trans, em que as pessoas que buscavam este procedimento e que já estavam em atendimentos no Hospital das Clínicas de Porto Alegre (HC da UFRGS), foram estimuladas pelos profissionais a procurarem o Ministério Público Federal, a fim de reivindicarem o acesso aos procedimentos, que não estavam inclusos na tabela do SUS (SANTOS, 2020, p. 46).

Santos (2020) aponta que o HC da UFRGS iniciou o acompanhamento pré-operatório das usuárias que seriam submetidas às cirurgias de transgenitalização e que quando estavam aptas a receberem a intervenção cirúrgica, a equipe tomou ciência que não bastava ter sido autorizada a realização deste procedimento pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), pois não seria custeado pelo SUS.

Do início do processo em 2001, até a institucionalização do PrTr SUS em 2008, em inúmeros momentos as partes autoras não tiveram êxito e o MS recorria das sentenças já que não aceitava a inclusão desta assistência no rol de procedimentos da saúde pública. Estas negativas aconteceram mesmo em um contexto político que supostamente era mais favorável às pautas relacionadas às diversidades sexuais e de gênero. Portanto, a equipe do HC da UFRGS, quando participou da I Jornada Transexualidade e Saúde já estava em meio ao processo judicial desencadeado alguns anos antes (SANTOS, 2020).

Esta ação judicial, a realização da jornada com seus desdobramentos, e a militância, sobretudo, de travestis e transexuais, foram eventos paralelos decisivos para que “a assistência cirúrgica voltada para pessoas trans extrapolasse os muros institucionais das unidades onde ocorria, alcançasse outros sujeitos e adentrasse o MS” (SANTOS, 2020, p. 60).

O PrTr SUS – que será desenvolvido no capítulo III – envolve um conjunto de estratégias de atenção a saúde implicadas no processo de transformação pelos quais parte de transexuais e travestis passam em momentos de suas vidas.

⁶⁸Processo de Apelação Civil nº 2001.71.00.026279-9/RS.

Abrangendo, para além de mudanças apenas físicas (tratamento hormonal e cirurgias como tireoplastia, histerectomia, mamoplastia e transgenitalização), o cuidado com a saúde mental e social neste processo através do acompanhamento psicossocial.

De acordo com a portaria em vigor, é uma diretriz a “integralidade da atenção a transexuais e travestis, não restringindo ou centralizando a meta terapêutica às cirurgias de transgenitalização e demais intervenções somáticas” (BRASIL, 2008).

A necessidade de ampliação deste processo que inclusive, não incorporava atendimentos para as demandas dos homens trans e das travestis, também foi uma batalha travada à época para a equidade e integralidade PrTr SUS.

No ano da primeira portaria do PrTr SUS uma política de saúde voltada para as necessidades de LGBTQI+ começou a se materializar, com o lançamento da versão preliminar do documento Política Nacional de Saúde Integral de LGBT. Uma das atividades que definiram diretrizes para a sua formulação foi o Primeiro Seminário Nacional Saúde da População GLBTT na Construção do SUS, promovido pelo MS, em agosto de 2007 (PERILO; PEDROSA; MELLO, 2011).

A versão preliminar da Política de Saúde Integral foi colocada em consulta pública pelo período de 20 de junho a 30 de julho de 2008, e o documento da sua versão final foi disponibilizado apenas em 2010 (PERILO; PEDROSA; MELLO, 2011).

No âmbito do Conselho Nacional de Saúde (CNS) é criada a Comissão Intersetorial de Saúde da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis, por meio da Resolução nº 410, de 12 de fevereiro de 2009, representando mais um canal de participação da sociedade civil com intuito de elaborar e monitorar políticas públicas para esta população (PERILO; PEDROSA; MELLO, 2011), contando com a participação dos gestores do MS e de representantes da sociedade civil, de forma bipartite (DUARTE, 2021).

O plenário do CNS considera para a instituição da Comissão “que o princípio da equidade, estruturante do SUS, implica na adoção de medidas de ação afirmativa para a população LGBT no cumprimento de seu direito à saúde”; “que a discriminação e a violência contra as pessoas LGBT determina forma específica de

adoecimento e morte”; e “que o Ministério da Saúde, entendendo as especificidades desta população propôs a Política de Atenção à Saúde Integral da População LGBT” (BRASIL, 2009, s/p). O CNS aprovou, ainda em 2009, a PNSI LGBT (BRASIL, 2013c).

Já em 2010 é lançado pelo Ministério da Saúde o 26º volume dos Cadernos de Atenção Básica intitulado Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva e nele um capítulo foi dedicado a tratar da diversidade. O 8º capítulo intitulado Promovendo a Saúde Sexual e a Saúde Reprodutiva na Diversidade abordou os segmentos: adolescentes e jovens, idosos, população negra, população lgbt, indígenas, pessoas com deficiência, prostitutas e outras pessoas que exercem a prostituição e pessoas em situação de prisão (BRASIL, 2010).

O item 8.4 População de Gays, Bissexuais, Travestis, e Transexuais apontou, entre outras coisas, para a necessidade de adequar a rede SUS às demandas e necessidades desta população, compreendo a discriminação e o preconceito como fatores de vulnerabilidade. O respeito ao nome social e a situação de uso de silicones industriais e hormônios por travestis e transexuais também aparecem como relevantes no documento (BRASIL, 2010).

Tal documento é de suma importância, haja vista que a atenção básica é o dispositivo territorial fundamental da Rede de Atenção à Saúde que deve estar próximo à população e que tem como principais funções dentro desta rede: ser base, ser resolutiva, coordenar o cuidado e ordenar as redes (BRASIL, 2011a). De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, instituída pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das

demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2011b, p. 19).

Embora exista esse avanço de diretriz na atenção básica, como já foi apontado, é notório, como nos apresenta Duarte (2014), a “ignorância” entre os profissionais de saúde e desprezo pela assistência aos sujeitos LGBTQI+, bem como a fragilidade da educação permanente no SUS (DUARTE, 2014). Se isso acontece já na porta de entrada, o acesso e a continuidade dos cuidados neste e nos demais serviços de saúde ficam prejudicados, ainda com a existência de uma política específica publicada, como será visto adiante.

Como retratado, a política de saúde direcionada à população LGBT que estava sendo constituída durante o segundo governo Lula, será implementada no governo Dilma. Este será um momento ainda mais grave para a classe trabalhadora brasileira, em que há o estreitamento ainda maior do campo das políticas sociais e de uma pressão exercida por diversos grupos por insatisfação em relação a este governo e também, alguns, para a saída da representante do PT do governo federal.

3.1.3 A saúde no terceiro governo petista Governo Dilma

Dilma Rousseff, a primeira mulher presidente do Brasil, logo em seu primeiro governo se defrontou com um contexto econômico e político menos favorável do que o do presidente anterior, tendo como restrito o espaço para expansão das políticas sociais (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017).

Frente ao contexto, já nos primeiros meses de governo, grupos sociais demonstraram que crescia a insatisfação, tendo ocorrido diversas manifestações, entre elas, a dos estudantes e trabalhadores em relação ao aumento da passagem nos municípios brasileiros, o acontecimento de fóruns populares em todo o país, a reação de trabalhadores da construção civil à superexploração, e as marchas e greves de funcionários públicos (BRAVO; MENEZES, 2015).

O governo Dilma (2011-2016) trouxe os elementos de cortes orçamentários e retração dos investimentos, e medidas com caráter privatista. Bem como no governo Lula, esteve destinada à dívida pública a maior parte do orçamento da união. Essas medidas, entre outras, demonstraram que tal gestão não daria mais destaque ao social do que anteriormente, ao contrário, assumia um posicionamento de governo mais privatista e com comprometimento em relação a manutenção de tal modelo econômico (BRAVO; MENEZES, 2011).

Foi se ampliando os modelos de gestão que privatizam a saúde a partir das OS, OSCIPs e as Fundações Estatais de Direito Privado, no âmbito hospitalar, no segmento de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e até mesmo na atenção básica (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017), ocasionando grandes impactos para os trabalhadores (as) e usuários (as) (es) da saúde.

É sob este governo que se consagra a PNSI LGBT, como fruto de acumulo da construção dos movimentos e a sua inserção nos espaços políticos e no interior do Estado.

3.1.3.1 Política Nacional de Saúde Integral LGBT

Diante das demandas de saúde da população LGBTQI+, que com muita luta e pressão conquistou espaços de organização e disputa, como exposto até aqui, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI LGBT - 2011) surge como uma resposta do Estado a todo este percurso. O seu processo de discussão e formulação teve início com a organização do já referido Comitê Técnico de Saúde Integral LGBT (POPADIUK; OLIVEIRA; SIGNORELLI, 2017).

A PNSI LGBT foi instituída no âmbito do SUS pela Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011 e é considerada pelo Ministério da Saúde como uma política de promoção de equidade. Sua formulação contou com participação de lideranças, profissionais e pesquisadores e após passar por consulta pública foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 2009 (BRASIL, 2013a).

Em 2011, na 14ª Conferência Nacional de Saúde a PNSI LGBT é legitimada e pactuada, assim como também na 2ª Conferência Nacional de Políticas Públicas e Direitos Humanos para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT, ocorrida no mesmo ano, se pactua. A política tem uma escrita e uma produção de várias mãos e não é de gabinete (DUARTE, 2021).

Esta é fruto de organização e luta dos movimentos LGBT, uma vez que no campo de estudos da diversidade sexual e de gênero a saúde é historicamente considerada como uma das principais demandas deste segmento (DUARTE, 2014). Se fundamenta legalmente na Constituição Federal de 1988 e no SUS e se ampara em documentos e articulações como as determinações da 13ª Conferência Nacional de Saúde que incluem orientação sexual e da identidade de gênero na análise da determinação social da saúde, Programa Brasil sem homofobia, Programa mais saúde direito de todos, Carta dos direitos dos usuários da saúde, entre outros. Tem sua marca no reconhecimento que “discriminação por orientação sexual e por identidade de gênero incide na determinação social da saúde, no processo de sofrimento e adoecimento decorrente do preconceito e do estigma social” da população LGBT (BRASIL, 2013a, p. 18).

A PNSI LGBT reconhece a implicação da discriminação e a exclusão na relação saúde-doença desta população e faz apontamentos importantes em seu texto, considerando o uso indiscriminado de silicones industriais e hormônios por travestis e transexuais que os colocam em risco, a violência sofrida no cotidiano que leva a muitas mortes destes usuários, a vivência de travestis na prostituição como uma alternativa de sobrevivência e integração, a falta de respeito ao nome escolhido por travestis e transexuais, maior vulnerabilidade de gays e bissexuais masculinos ao vírus HIV e demais condições consequentes aos preconceitos e segregação que vão compôr o objeto desta política (BRASIL, 2013a).

A PNSI LGBT apresenta como objetivo geral a promoção de saúde integral a população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, com vistas a eliminar a discriminação e o preconceito institucional, contribuindo para reduzir desigualdades. Neste sentido, é afirmada a consolidação do SUS e de seus princípios, prezando pela garantia de qualidade e aprimoramento dos serviços

prestados e acesso da população LGBT a este sistema que é estabelecido como universal, integral e equitativo (BRASIL, 2013a). Portanto, seu objetivo diz da materialização da política de saúde, que por ser direito de todos é direito deste público. Sendo assim, trás considerações relevantes para pensar a política de saúde e as necessidades em saúde de LGBT's, bem como necessidades de adequação e aprimoramento da rede para atendê-las (os) (es).

A política apresenta objetivos específicos que afirmam, entre outros: equidade; qualificação da rede para o cuidado; garantia de acesso ao PrTr SUS como regulamentado; promoção de cuidados em relação ao uso de hormônios entre travestis e transexuais e redução de danos em relação a medicamentos, drogas, fármacos, especialmente pra este recorte; estratégias e articulações para reduzir morbidade e mortalidade de travestis; prevenção e acesso ao tratamento de cânceres ginecológicos entre lésbicas e mulheres bissexuais, e de câncer de próstata entre gays, homens bissexuais, travestis e transexuais; garantia de uso do nome social para travestis e transexuais; promoção da melhoria de tecnologias utilizadas no processo transexualizador (BRASIL, 2013a).

As diretrizes mencionam, além de temáticas como as supracitadas, a importância de articulação desta com outras políticas sociais, de educação, trabalho e segurança e também a “implementação de ações, serviços e procedimentos no SUS, com vistas ao alívio do sofrimento, dor e adoecimento relacionados aos aspectos de inadequação de identidade, corporal e psíquica relativos às pessoas transexuais e travestis”. A política é transversal e com responsabilidades a serem compartilhadas entre as três esferas de governo, elencadas em seu texto (BRASIL, 2013a).

A Portaria 2836/MS que institui a PNSI LGBT apresenta a necessidade de seu plano operativo. Assim, foram construídos dois planos: o primeiro compreendendo o período de 2012 a 2015; e o segundo o período de 2017 a 2019, abarcando um pouco do que não se efetivou no primeiro (DUARTE, 2021).

O Plano Operativo da PNSI LGBT (2012–2015) tem como objetivo a apresentação de estratégias aos três entes para o enfrentamento a iniquidades e desigualdades em saúde desta população, sendo norteado por articulação intra e

intersetorial e transversalidade entre políticas públicas. Está em consonância com o Plano Plurianual (PPA) (2012–2015) e tem como conceitos orientadores a região de saúde e o mapa de saúde, de acordo com o Decreto nº 7.508/2011 (BRASIL, 2013a).

O plano insere-se na dinâmica do SUS, por meio de estratégias de gestão solidária e participativa, considerando que a integralidade das ações depende da atuação de equipes interdisciplinares, prestando serviços de forma contínua às pessoas no seu contexto e atuando na qualidade de vida, na promoção da saúde, na prevenção, vigilância em saúde, na atenção básica e atenção especializada, incluindo, as ações de urgências e emergências (BRASIL, 2013a, p. 28).

Os objetivos nele apresentados tratam de garantia e ampliação do acesso de LGBT's aos serviços de saúde com qualidade; inclusão dos temas orientação sexual e identidade de gênero na formação e capacitação de profissionais da saúde e no controle social; ampliação da participação desta população nos espaços de representação, como conselhos e outras instâncias; identificação, combate e prevenção de discriminação, preconceito, exclusão e violências nos serviços de saúde; e utilização de *orientação sexual e identidade de gênero* na produção de informações para definições e decisões; identificação de necessidades em saúde deste seguimento (BRASIL, 2013a).

O plano se estrutura em 4 eixos. O primeiro é sobre o acesso da população LGBT à Atenção Integral à Saúde e propõe:

1. Qualificação do atendimento adequado à população LGBT, considerando a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT, e as Políticas de Saúde, garantindo a integralidade da atenção.
2. Ampliação do Processo Transexualizador em mais quatro serviços, em articulação com gestores estaduais e municipais de saúde.

O segundo versa sobre Ações de Promoção e Vigilância em Saúde para a população LGBT, propondo:

1. Qualificação da violência pela condição de orientação sexual e identidade de gênero no Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), por meio de articulação com a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), para dar visibilidade à violência sofrida pela população LGBT;
2. Qualificação dos indicadores em saúde,

considerando a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT, e as Políticas de Saúde (BRASIL, 2013a, p. 29).

O terceiro diz respeito a Educação permanente e educação popular em saúde com foco na população LGBT e apresenta como ação:

1. Inserção das temáticas referentes à saúde LGBT nos processos de educação permanente dos(as) gestores(as) e profissionais de saúde do SUS; 2. Produção de materiais e estratégias educativas destinadas à promoção, proteção e recuperação da saúde da população LGBT; 3. Fomento ao desenvolvimento de pesquisas com foco nas prioridades em saúde da população LGBT; 4. Inserção da temática LGBT no Módulo de Educação a Distância (EAD), para cursos de formação voltados para profissionais de saúde e UnaSUS; 5. Inserção da temática LGBT nos cursos de Educação a Distância (EAD) para conselheiros(as) de saúde e lideranças sociais, em parceria com o Conselho Nacional de Saúde (CNS); 6. Articulação para garantir que estratégias como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde (Portaria Interministerial MS/MEC nº 3.019, de 26 de novembro de 2007), o Programa Telessaúde Brasil – Telessaúde (Portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET Saúde (Portaria Interministerial MS/MEC nº 421, de 3 de março de 2010) considerem as questões desta política (BRASIL, 2013a, p. 30).

E o quarto eixo é o Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população LGBT de acordo com as ações propostas e os indicadores necessários deverão se basar na *morbimortalidade* e no acesso desta população a saúde de maneira integral (BRASIL, 2013a).

Com o objetivo final de melhorar a qualidade do atendimento a esta população, desde o acesso aos serviços de saúde a toda assistência de maneira integral, a política e o seu plano destacam a importância da qualificação da mão de obra em saúde. Neste sentido, embora a política de educação permanente seja frágil, é possível destacar uma ação que contribui para os trabalhadores do SUS, no cuidado aos usuários LGBTQIA+, sendo esta, o curso online “Política Nacional de Saúde Integral LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais)”, promovido pelo Ministério da Saúde e ofertado pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), com início em 2015, como integrante da Rede (UNA-SUS) (FIOCRUZ, 2017).

Outra questão apontada é sobre a relevância da produção de dados e indicadores sobre esta população, frente a escassez existente, que podem subsidiar as políticas públicas, a avaliação destas, fornecer informações para os próprios usuários e conseqüentemente, produzir melhoria no atendimento das necessidades em saúde da população LGBT. (BRASIL, 2013a).

O II Plano Operativo (2017-2019) da PNSI LGBT no âmbito do SUS é disposto através da Resolução do MS Nº 26, de 28 de setembro de 2017, e acrescenta um eixo ao anterior: “Mobilização, articulação, participação e controle social” (BRASIL, 2017, p. 2). Após este período, não houve implementação de outro plano operativo da PNSI LGBT e diante do atual contexto político nacional⁶⁹, não há previsão para tal.

3.1.4 O paradoxo da política de saúde e dos direitos da comunidade LGBTQI+ nos governos petistas

Ao realizar um balanço sobre os governos petistas (2003-2016), Irineu, Oliveira e Lacerda (2020), apontam a existência de várias ações e políticas para a população LGBTQI+ no campo dos direitos humanos, além das já mencionadas até aqui, como o Disque 100 - Direitos Humanos (2011) e a criação do Sistema Nacional de Enfrentamento à Violência LGBT (2013) (IRINEU, 2014).

Outro documento que não é voltado para a população LGBTQI+, mas que foi importante para o processo de ampliação do direcionamento das políticas de saúde para os diversos segmentos é a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes (2004) (PERILO; PEDROSA; MELLO, 2011).

Esta aborda a concepção de gênero enquanto construção social e histórica reconhecendo a necessidade de atenção às particularidades de diversos segmentos de mulheres no atendimento à saúde, como negras, indígenas e lésbicas. Assim, dentro do tema *Breve diagnóstico da Situação da Saúde da Mulher no Brasil*, apresenta um item sobre a saúde das mulheres lésbicas (BRASIL, 2004). O

⁶⁹ Será desenvolvido no capítulo 3.

documento não menciona as mulheres trans, ou as travestis, tampouco pessoas não-binárias.

Também, neste conjunto de documentos-chave não específicos à LGBTQI+ (PERILO; PEDROSA; MELLO, 2011), há em 2008 o lançamento pelo governo federal do documento Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes, em que coloca em evidência a imprescindibilidade desta política considerar a “heterogeneidade das possibilidades de ser homem”, tendo em vista que, “as masculinidades são construídas historicamente e sócio-culturalmente, sendo a significação da masculinidade um processo em permanente construção e transformação” (BRASIL, 2008b, p. 06).

Apresenta ainda dentro do objetivo específico de “estimular a implantação e implementação da assistência em saúde sexual e reprodutiva, no âmbito da atenção integral à saúde”, a promoção a atenção integral à saúde do homem em populações específicas como negras, gays, bissexuais, travestis, transexuais, entre outros (BRASIL, 2008b, p. 32).

Outros acontecimentos que não estão diretamente no âmbito da saúde mas que indicam avanços são as alterações no âmbito da Política Criminal, a partir do reconhecimento da diversidade de “condições sexuais”, e a aprovação em 2013 da resolução que obriga todos os cartórios do país a registrarem o casamento civil entre pessoas do mesmo sexo (IRINEU, 2014).

Paralelamente tem caminhado a exacerbação do conservadorismo no que tange às pautas dos movimentos sobre direitos sexuais e reprodutivos, e a conquista destes grupos no âmbito da Cidadania. Além dos avanços, inúmeros acontecimentos demonstram ataque às conquistas da população LGBTQI+ e retrocessos, como por exemplo: o veto em 2011 ao “Kit Escola sem Homofobia”, a retirada do termo “gênero” no Plano Nacional de Educação em 2014, o Projeto da “Cura Gay” (projeto de decreto-lei) arquivado diante das manifestações de junho de 2013, a proposição do Estatuto do Nascituro, e o Estatuto da Família que foi aprovado na Comissão de Direitos Humanos em 2015, reconhecendo a instituição familiar como uma relação formada entre homem e mulher (IRINEU, 2016).

Nota-se também o processo de judicialização dos direitos, que por vezes condicionam conquistas à fragilidade de instrumentos jurídicos, que a qualquer hora podem ser revogados e retirados. Embora tenha havido todas as criações nos governos petistas que favoreceram os direitos para LGBTQI+, notam-se descontinuidades entre gestão de Lula e a gestão de Dilma, além de ambiguidades e contradições que impactam o desenvolvimento do que foi criado (IRINEU, 2019, *apud* IRINEU; OLIVEIRA; LACERDA, 2020). Assim, o histórico das políticas públicas para LGBTQIA+ no cenário brasileiro se configurou com “restrições orçamentárias, ações descontínuas e uma vontade política subsumida a negociações com segmentos conservadores” (IRINEU, 2019 *apud* IRINEU; OLIVEIRA; LACERDA, 2020 p. 100).”

Logo,

a despeito dos Planos de Políticas Públicas preverem aprovação de legislações protetivas, os governos petistas não cumpriram tais ‘promessas’ de reconhecer, por meio de legislação, os direitos LGBTI, que, em diversas ocasiões, foram utilizados como moeda de troca com os setores conservadores e reacionários (IRINEU; OLIVEIRA; LACERDA, 2020, p. 101).

No Brasil, as conquistas do movimento LGBTQIA+ estão localizadas na articulação e pressão com o executivo e o judiciário. As políticas públicas voltadas para esta população LGBTQI+ não foram políticas firmadas como leis, o que implica em fragilidade das mesmas. Implicam avanços importantes e que devem ser enfatizados, mas a trajetória por reconhecimento legal e ampliação dos direitos deve continuar.

Em 2016 ocorre a 3ª Conferência LGBT e neste mesmo ano é publicado o Decreto nº 8.727, de 28 de abril de 2016, que “dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional” (BRASIL, 2016, s/p), assinado pela presidenta aproximadamente quatro anos antes da sua retirada do governo, através do golpe jurídico-parlamentar.

Com o governo de Temer, o produto de tal conferência não tomou a forma de um Plano de Políticas Públicas, e o que foi percebido foi a expansão da extrema-direita e da agenda neoliberal (IRINEU; OLIVEIRA; LACERDA, 2020).

Bravo e Menezes (2011) afirmam que na análise da política de saúde dos governos Lula e início do governo Dilma, são identificadas dificuldades persistentes, tais como:

a lógica macroeconômica de valorização do capital financeiro e subordinação da política social à mesma, encolhendo os direitos sociais e ampliando o espaço do mercado; a falta de viabilização da concepção de Seguridade Social; o subfinanciamento e as distorções nos gastos públicos, influenciados pela lógica de mercado; a desigualdade de acesso da população ao serviço de saúde com a não concretização da universalidade; o desafio de construção de práticas baseadas na integralidade e na intersetorialidade; os impasses com relação à gestão do trabalho e educação, com a precarização dos trabalhadores e a não definição de um plano de cargos, carreiras e salários para os profissionais; os avanços e recuos nas experiências de controle social e participação popular, face à não observância das deliberações dos conselhos e conferências e à falta de articulação entre os movimentos sociais; modelo de atenção à saúde centrado na doença; modelo de gestão vertical, burocratizado, terceirizado, com ênfase na privatização e, para o seu enfrentamento, são apresentadas propostas contrárias ao SUS, como as Fundações Públicas de Direito Privado e o ressurgimento das Organizações Sociais; o avanço da privatização, em detrimento do serviço público eminentemente estatal, através das parcerias público-privadas; a precarização dos serviços públicos e o não privilegiamento da atenção primária de saúde (BRAVO; MENEZES, 2011, p.24).

Na medida em que se avança essa discussão, o cenário nacional se altera com o *impeachment* de Dilma, que se concretizou no segundo semestre de 2016, assumindo a presidência de maneira ilegítima, Michel Temer.

Observou-se que os governos petistas deram continuidade a lógica de contrarreforma do Estado, embora tenham obtidos alguns resultados positivos de determinadas políticas sobre os indicadores sociais, de modo funcional ao capitalismo no Brasil (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

Na saúde a disputa entre os projetos anteriormente apresentados continuou e apesar que tenha sido enfatizado alguns pontos da Reforma Sanitária, ela não recebeu a merecida dedicação e vontade política, além de financiamento necessário. Foi priorizada a focalização e a falta de democratização do acesso, a articulação com o mercado, a manutenção da política de ajuste fiscal e a desconfiguração da Seguridade Social (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

Apesar de avanços importantes e ampliação das políticas públicas direcionadas a alguns segmentos como LGBTQI+, principalmente nos dois primeiros governos petistas, houve também, paradoxalmente, a reconfiguração das políticas sociais com o direcionamento à população mais pobre, em sentido de avanço do projeto transnacional que já havia sido incorporado no Brasil desde o final dos anos 1980.

A partir do golpe de 2016 que incidiu na saída da presidenta Dilma Rousseff e a entrada no governo do país de um projeto que acentuou as desigualdades sociais e a precariedade das políticas públicas, a combinação entre neoliberalismo e neoconservadorismo torna-se explícita e a comunidade LGBTQI+ sofre diversos ataques em um cenário em que as LGBTQIfobias são sustentadas pelo próprio presidente do país.

3.2 DO DESGOVERNO TEMER A BOLSONARO: DESESTRUTURAÇÃO DO SUS, ATAQUE ÀS DIVERSIDADES E PANDEMIA DE COVID-19

Em 2016, a presidência da República é assumida por Michel Temer (vice) após um golpe que levou ao impeachment da presidenta Dilma. O processo que culminou em seu afastamento demonstrou as fragilidades da democracia burguesa e o esgotamento da política de conciliação de classe (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018). Com o governo ilegítimo, se aceleram e se intensificam as políticas de desmonte do Estado brasileiro, sendo apresentadas propostas que fragilizam ainda mais o financiamento do SUS e fortalecem os mercados privados em saúde.

Michel Temer representa os setores mais conservadores da sociedade brasileira e o seu governo “trata-se de uma restauração conservadora de um projeto político ultraneoliberal, assumidamente pró-capital, que visa resolver os impasses de acumulação e favorecer os interesses da classe dominante do país e aprofundar sua dependência junto ao capital internacional”(BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p. 12).

Desta maneira, o ônus da crise de acumulação é repassado aos trabalhadores, que têm seus direitos atacados por propostas de contrarreformas – trabalhista, previdenciária, de terceirização irrestrita e pelo Novo Regime Fiscal que congelou os gastos públicos por vinte anos (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

Segundo BRAZ (2017), o consenso burguês está na necessidade de acelerar contrarreformas profundas que atendam a quatro objetivos centrais: - Recolocar o Brasil (e a América Latina) na área de influência prioritária dos EUA no sentido de retomada da sua dominância imperialista em nosso subcontinente; - Reduzir os custos do trabalho no país e aumentar a produtividade média do trabalho com base em novas formas de combinação de mais-valia relativa (incremento tecnológico para reduzir trabalho necessário e baratear a reprodução social da força de trabalho) e mais-valia absoluta (sobretudo, via flexibilização das relações trabalhistas com vistas a atacar as formas de proteção social do trabalhador); - Implementar uma cruzada conservadora e reacionária contra os avanços sociais no campo das minorias como forma de promover um retrocesso cultural e ideológico no país; - Readequar as políticas sociais a um novo programa neoliberal mais radical de modo a criar condições para um ciclo profundo de políticas de austeridade fiscal que pesarão sobre os trabalhadores (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p. 12).

Este governo deu continuidade ao processo de privatização “não clássica” na saúde, agravado por cortes de recursos a esta política. Neste período houve a proposição dos chamados planos de saúde acessíveis, além de propostas de retrocessos na política de saúde mental e de mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Também houve a articulação efetiva com o setor privado por meio da Coalizão Saúde (2017) (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020).

Em relação ao financiamento, o congelamento dos gastos, através da Proposta de Emenda Constitucional 95/2016 foi uma medida drástica que traz enormes impactos para a saúde, com estimativa de perda de recursos federais destinados ao SUS de R\$ 654 bilhões de reais, em 20 anos, conforme estimativa apontada pelo IPEA, em um cenário conservador de crescimento do PIB de 2% ao ano, chegando a R\$ 1 trilhão com estimativa de crescimento de 3% ao ano. Nota-se que “quanto mais a economia brasileira crescer, maior a perda de recursos para a Saúde” (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020, p.197).

Essa Emenda Constitucional limita o Estado frente as suas obrigações constitucionais, impossibilitando o cumprimento de seu papel de garantidor de

direitos, culminando na “revisão dos pilares constitucionais”. “Ao direcionar toda sua ação para limitar o gasto primário, o governo torna invisíveis alguns dos principais sorvedouros de recursos públicos nos últimos anos: as desonerações fiscais, a sonegação e o pagamento de juros” (MENEZES; MORETTI; REIS, 2019, p. 61).

Neste contexto, as políticas sociais são afetadas pela austeridade em pelo menos três aspectos:

- a) redução do orçamento disponível no curto, médio e longo prazos;
- b) piora dos índices sociais em razão da redução orçamentária;
- c) associação narrativa entre a piora dos resultados e a defesa da revisão dos pressupostos das políticas sociais universais, demonstrando que não há circuitos lineares que levam da causa material a sua expressão (MENEZES; MORETTI; REIS, 2019, p. 63).

Para além dos enormes estragos causados diretamente na Política de Saúde, os efeitos perversos da limitação dos gastos para o conjunto das políticas sociais, como um todo, também interferem na condição de saúde da população.

Bravo, Pelaez e Menezes (2020, p. 198) destacam dentre outros ataques, a redução do orçamento da política de saúde em 179 milhões, que seriam direcionados a princípio, para o programa de fortalecimento do SUS, efetivando “mais uma medida que favorece o capital, na disputa pelo fundo público”.

Michel Temer instituiu a Medida Provisória Nº 726, de 12 de maio de 2016, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios e, entre outras ações, extingue os seguintes órgãos: a Secretaria de Portos e a Secretaria de Aviação Civil da Presidência da República; a Controladoria-Geral da União; o Ministério da Cultura; o Ministério das Comunicações; o Ministério do Desenvolvimento Agrário; a Casa Militar da Presidência República; e a Secretaria de Comunicação Social da Presidência da República; Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial, da Juventude e dos Direitos Humanos. Sendo o último responsável pelas políticas voltadas ao público LGBT. Outros foram transformados e outros criados, segundo a mencionada Medida (MEDIDA PROVISÓRIA, 2016).

O Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial, da Juventude e dos Direitos Humanos tornou-se uma Secretaria Especial de Direitos Humanos, nas dependências do Ministério da Justiça. Em 2017 o governo recua frente as pressões

e às repercussões de imagem negativa causada e cria o Ministério de Direitos Humanos, sem menção orçamentária (IRINEU; OLIVEIRA; LACERDA, 2020).

O governo Temer faz a aliança entre o conservadorismo e o neoliberalismo – que ganha maior dimensão com o governo Bolsonaro – sendo, neste contexto, o papel do Poder Judiciário contraditório, reafirmando “o direito e instituições judiciárias como a forma jurídica do Estado capitalista” (IRINEU; OLIVEIRA; LACERDA, 2020, p. 102).

Socialmente, este governo fortalece um populismo que pode ser caracterizado por seu caráter a) anti-gênero (manutenção da ordem de gênero que submete o feminino ao domínio da masculinidade hegemônica); b) anti-diversidade (em relação às cidadanias LGBTI e da população negra); c) militarização e punitivismo (advindas da Lava Jato, criminalização do jovem negro, crise de segurança pública e negação dos direitos humanos); d) pró-meritocracia e anti-direitos sociais (a qual se expressa por meio de posturas contrárias às políticas sociais, como cotas e distribuição de renda) e, e) em favor do mercado (promovendo contrarreformas e políticas favorecendo a classe de empresários) e f) radicalização autocrática (com o número expressivo de militares nas distintas pastas do governo) (IRINEU; OLIVEIRA; LACERDA, 2020, p. 102)

No entanto, “a Jurisdição Constitucional, materializada no controle de constitucionalidade, e o papel contramajoritário do Supremo Tribunal Federal” (STF) propiciam o reconhecimento de direitos de pessoas LGBTI, como por exemplo, a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 4.275/DF (sobre identidade de gênero) (IRINEU; OLIVEIRA; LACERDA, 2020).

Esta ADI é uma decisão do STF, em março de 2018, permitindo que pessoas trans alterem prenome e “sexo” nos documentos oficiais, independente de cirurgia de transgenitalização ou de tratamentos hormonais ou patologizantes (STF, 2018, p. 02). O que significou um importante avanço para este segmento no campo dos direitos civis, embora, por questões de custeio para a troca dos documentos oficiais, parte destas pessoas não acessem este direito de maneira efetiva, alijadas do processo de cidadania.

A nova direita no Brasil ascende em detrimento da “esquerda petista”, há o agravamento do conservadorismo, diante das demandas dos movimentos por direitos sexuais e reprodutivos e, paralelo a tudo isso, caminham as conquistas

destes grupos acerca da cidadania (IRINEU, 2020 apud IRINEU; OLIVEIRA; LACERDA, 2020).

Portanto, “a classe trabalhadora cada vez marcada pela heterogeneidade, precariedade e fragmentação, assim como pelos seus recortes de raça, gênero e geração” é devastada, na medida em que há a degradação dos direitos sociais e dos direitos humanos (IRINEU; OLIVEIRA; LACERDA, 2020, p. 104).

Se no governo Temer é perceptível a aceleração e acentuação de políticas de contrarreforma do Estado brasileiro, com Bolsonaro enquanto presidente do país, estas são aprofundadas, com destaque para a centralidade da proposta de Reforma da Previdência, que é pior do que a do governo anterior.

Destacam-se três características básicas do governo atual: “extremo liberalismo econômico; temor das mobilizações; e desprezo pela participação da maioria, ou seja, pela democracia, com ataque às instâncias de participação e controle social” (BRAVO; PELAEZ, 2020, p. 195).

Além disso, a combinação entre o uso de *fake news* e os pânicos morais, a exemplo os discursos maliciosos e falaciosos veiculados sobre o “Kit Gay” e a “ideologia de gênero”, foram ferramentas importantes para a candidatura de Bolsonaro, permanecendo vigorosamente atreladas à governabilidade e manutenção da aprovação pública deste governo (IRINEU, OLIVEIRA, LACERDA, 2020).

Apelo moral, cunho religioso, ataque a esquerda, afirmação do liberalismo, ênfase em “Segurança e combate à corrupção” pela via do aprisionamento, “prender e deixar na cadeia”, através das armas – reformular o estatuto do desarmamento, de investimento e exaltação das forças policiais, na redução da maioria penal, são propostas que demonstram a quem o governo se propôs a servir e contra quem ele está (Proposta de Plano de Governo – Bolsonaro, 2018).

O direcionamento é de defesa da propriedade privada e do grande capital, com louvor às forças armadas, que necessita “recuperar as condições operacionais” (Proposta de Plano de Governo – Bolsonaro, 2018, p. 34) para o confronto desmascarado com a população de pobres, negros, de mulheres, população LGBTQIA+. Neste sentido, orienta um “redirecionamento da política de direitos humanos” (Proposta de Plano de Governo – Bolsonaro, 2018, p. 32).

Este governo tem demonstrado concordância com os retrocessos da EC 95, na medida em que o MS faz a defesa de que o orçamento da saúde é grande e que para melhorar a gestão otimizará os recursos.

No documento Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro do Banco Mundial apresentado na Câmara dos Deputados no dia 04 de abril de 2019 em uma audiência pública que foi solicitada por Ricardo Barros (ex ministro de Temer), o Banco Mundial apresentou a premissa de que o SUS pode melhorar seus resultados com o atual nível de gasto público, deixando entender que não há necessidade de aumento do financiamento ou de derrubada da EC 95. A defesa era de “cobertura universal de saúde” substituindo o termo “universalidade” enquanto princípio do SUS. A cobertura universal aparece como “um pacote básico de serviços e estratégia de focalização, afastando a perspectiva da atenção básica ampla de acesso universal” (BRAVO; PELAEZ, 2020, p. 203).

Ocorreram, entre outras intervenções, mudanças na estrutura do ministério da saúde, extinção de secretaria, reformulação, proposta de extinção de diversos conselhos e colegiados da administração pública federal, alterando suas diretrizes, onde a participação social é negligenciada e restringida pelo governo. Discursos preconceituosos, racistas, misóginos, moralistas imperam no governo. O Ministério dos Direitos Humanos é extinto e é criado o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, liderado pela Ministra Damares, que apresenta nesta direção, discurso e práticas conservadoras e retrógradas no campo dos direitos humanos, sobretudo em relação à população LGBTQI+.

Vivenciam-se enormes impactos no SUS em um contexto de desfinanciamento da saúde e de alteração dos pressupostos constitucionais, já sendo identificados os efeitos negativos sobre a população brasileira. A análise do mandato de Bolsonaro permite afirmar que o financiamento do SUS apresenta situação calamitosa e que o Novo Regime Fiscal “transformou o subfinanciamento crônico da saúde em desfinanciamento do SUS” (MENEZES; MORETTI; REIS, 2019, p. 65).

O conteúdo exposto até aqui teve como intuito demonstrar o panorama geral da política de saúde pública no Brasil, haja vista que com o seu estabelecimento

como direito na carta constitucional, como fruto do movimento de reforma sanitária, abriu a possibilidade de garantia de saúde a todos, todas e todes.

Entretanto, há uma enorme discrepância entre o “SUS real” e o “SUS constitucional”. O modelo de atenção à saúde vigente no país está muito distante da proposta do movimento sanitário, configurando a saúde pública como espaço aos que não conseguem se inserir nos outros sistemas (privados), consolidando um sistema fragmentado. Portanto, há um agravamento do quadro que Bravo analisou em 2006, em que o SUS proposto na Constituição não se efetivou e tem sido restringido (BRAVO, 2006, p. 20).

Atrelado a isso, com o governo de Bolsonaro se consagra uma “cruzada antigênero” materializada através de mecanismos como: a existência da Frente Parlamentar Evangélica no Congresso Nacional; “o enfraquecimento dos setores em órgãos do governo responsáveis pela criação e promoção dos direitos sexuais e reprodutivos”; a “nomeação de pessoas engajadas no movimento Pró-Vida (anti-aborto), sobretudo aquelas ligadas à Igreja Universal do Reino de Deus (IURD)”; a “Associação Nacional de Juristas Evangélicos (ANAJURE) e setores da Renovação Carismática da Igreja Católica” (IRINEU; OLIVEIRA; LACERDA, 2020, p. 107).

Extermínio das diferenças, perseguição de movimentos sociais, militarização, punitivismo, são marcas deste governo que recaem sobre a comunidade LGBTQIA+. Sendo esta população afetada tanto pela propagação do ódio, da aversão às diversidades e diferenças, quanto pelo empobrecimento real diante do esfacelamento dos direitos, sobretudo, sociais e trabalhistas. Esta situação é agravada com a Pandemia de COVID-19, que tem afetado drasticamente as condições de vida e meios de sobrevivência desta população.

Irineu, Oliveira e Lacerda (2020) apontam retrocessos para a população LGBTI nos dois primeiros anos do governo Bolsonaro, dentre eles estão: a extinção do Conselho Nacional de Combate à Discriminação LGBT (CNCD); o cancelamento do Vestibular com cotas destinadas a pessoas trans na Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (Unilab); e a não convocação e não realização da Conferência Nacional de Direitos Humanos LGBT de 2019, que já estava prevista pelo CNCD LGBT.

De modo contraditório, mas que demonstra a resistência e força da comunidade LGBTQI+, houve um aumento significativo no número de candidaturas de pessoas destes segmentos na disputa das eleições municipais de 2020, e com recorde, de 73 representantes eleitos, sendo 25 candidaturas de pessoas trans, além de diversos suplentes espalhados pelo país. Muitas dessas candidaturas foram as primeiras em tais cargos e algumas com maior número de votos no ranking geral. Mais de 450 mil votos. Os partidos que mais elegeram pessoas LGBT foram respectivamente o PSOL e o PT, nos primeiros lugares, seguido por Partido Democrático Trabalhista (PDT), Movimento Democrático Brasileiro (MDB) e o Partido Verde (PV). Cabe destacar nesta eleição a representatividade de mulheres e de negras, que também configura uma vitória (REVISTA HÍBRIDA, 2020).

3.2.1 Pandemia de COVID-19 e a população LGBTQI+

Há mais de um ano e meio atrás, em dezembro de 2019 aconteceu a transmissão de um novo coronavírus (SARS-CoV-2) identificado na cidade de Wuhan, na China, causador da doença infecciosa COVID-19, que foi se alastrando pelo mundo, de pessoa para pessoa (BRASIL, 2021a). No Brasil o primeiro caso foi confirmado em São Paulo, em fevereiro de 2020, de um homem de 61 anos com histórico de viagem para a Itália, que deu entrada no Hospital Albert Einstein (ASCOM SE/UNA-SUS, 2020). Neste momento a Europa já registrava centenas de casos como este.

Em março de 2020, em menos de um mês após a confirmação do primeiro caso no país, é noticiada a primeira morte no Brasil. A partir de então, a situação se agravou e atualmente foram contabilizados mais de 16 milhões de casos, bem como mais de 473 mil mortes (BRASIL, 2021b), acompanhadas de mudanças no ministério da saúde, caos nos serviços de saúde, demora em respostas governamentais, demora de compreensão do tamanho da pandemia pelos próprios brasileiros e falta de recursos da maioria da população pra lidar com tal situação, e um presidente que levou como piada a pandemia.

Apesar dos grupos apontados pelo Governo Federal como mais vulneráveis à COVID-19 (ou seja, que estão mais suscetíveis a desenvolver casos mais severos da doença) serem pessoas idosas e pessoas com condições médicas pré existentes (como pressão alta, doenças cardíacas, doenças pulmonares, câncer ou diabetes) a pandemia tem afetado cruelmente de diversas maneiras a grupos de pessoas LGBTQI+. Por conseguinte, apontamentos, estudos e pesquisas têm sido realizadas por grupos de defesas, de direitos LGBTQI+, movimentos sociais, associações de estudos e pessoas do meio acadêmico, engajadas com a temática.

Neste cenário, Lima (2020) afirma que existem corpos que não tiveram o acesso ao privilégio da quarentena e aos cuidados de prevenção, e que “o vírus pode atingir todas/os/es, mas a distribuição das vulnerabilidades é desigual”, afetando severamente a comunidade LGBTQI+ (LIMA, 2020, p.03).

Um contexto de caos em que o presidente tratou a pandemia como uma “gripezinha” e que por isso “a economia não pode parar”, e não apresentou planos para enfrentar a realidade da pandemia (IRINEU; OLIVEIRA; LACERDA, 2020). Concomitante a piora das condições de trabalho, com ocupações precárias, tendência do *home office*, “uberização”, exposição de trabalhadoras (es) da saúde ao coronavírus e as repercussões psicológicas e sociais pra estas (es) (SOUZA, 2020 *apud* IRINEU; OLIVEIRA; LACERDA, 2020).

Mesmo durante a pandemia houve várias medidas provisórias implementadas que dariam continuidade a precarização do trabalho, revelando novamente o compromisso neoliberal do governo (IRINEU; OLIVEIRA; LACERDA, 2020).

As posturas do presidente condizem com o neoconservadorismo e o neoliberalismo, ainda que diante de uma grave pandemia com graves repercussões para a classe trabalhadora, que é marcada por raça, gênero e sexualidade. Neste sentido, tais pessoas são consideradas menos importantes, sendo “meras engrenagens descartáveis do Estado Capitalista” (IRINEU; OLIVEIRA; LACERDA, 2020, p. 110). Apesar da condição de precariedade da vida ser experimentada por todos (as) humanos (as), existem vidas que “não são passíveis de luto”. (BUTLER, 2018 *apud* IRINEU; OLIVEIRA; LACERDA, 2020, p. 110).

A estruturação do projeto neoliberal e neoconservador tende a impactar demasiadamente a população LGBTQI+, não apenas por que o atual governo é drasticamente contrário às diversidades, mas inclusive, por que essa lógica política subtrai recursos do conjunto das políticas sociais. Isto aprofunda o desmantelamento dos direitos trabalhistas e sociais e a redução de custo da força de trabalho, repercutindo de diferentes maneiras, na vida dos sujeitos que constituem o Movimento LGBTQI+ (IRINEU, OLIVEIRA, LACERDA, 2020).

Mbembe (2016) ao abordar a necropolítica infere que: “a expressão máxima da soberania reside, em grande medida, no poder e na capacidade de ditar quem pode viver e quem deve morrer. Por isso, matar ou deixar viver constituem os limites da soberania, seus atributos fundamentais” (MBEMBE, 2016 apud DUARTE, 2020, p.02).

Nesta perspectiva, para Duarte (2020, p.02): “a morte ou a aniquilação do outro não se limita ao corpo, mas na impossibilidade de viver uma vida com dignidade, com garantia de direitos, com políticas públicas etc”. Assim,

a necropolítica de Mbembe (2016) também pode ser relacionada ao não reconhecimento dos sujeitos LGBTQI+ como sujeitos de direito. Isso se observa como a cisheteronormatividade compulsória orienta a lógica e o valor moral sexual hegemônico nos espaços institucionais, empresariais, familiares e demais instituições sociais na ordem pública, em uma perspectiva biopolítica com ênfase na invisibilidade ou na rotulação das identidades afetivo-sexuais e no binarismo de sexo-gênero, do nascimento até a morte de LGBTQI+, relegando à essas pessoas, pelo ódio ou aversão (BORRILLO, 2010), o lugar de desumanização, exclusão, violência e morte, sem soma, a expressão da LGBTQIfobia (DUARTE, 2020).

Duarte (2020, p. 03) se baseia em Mbembe (2012) e Butler (2015) e afirma a condição precária como política de Estado a determinados grupos descartáveis; “descartáveis e invisíveis em seus corpos e vidas”. Política esta que na ordem social do capital é direcionada aos “negros, quilombolas, indígenas, ciganos, favelados e, em particular, em nossa reflexão, para LGBTQI+”.

A condição precária designa a condição politicamente induzida na qual certas populações sofrem com redes sociais e econômicas de apoio deficientes e ficam expostas de forma diferenciada às violações, à violência e à morte. Essas populações estão mais expostas a doenças, pobreza, fome, deslocamentos e violência sem

nenhuma proteção. A condição precária também caracteriza a condição politicamente induzida de maximização da precariedade para populações expostas à violência arbitrária do Estado que com frequência não tem opção a não ser recorrer ao próprio Estado contra o qual precisam de proteção (BUTLER, 2015, apud DUARTE, 2020, p. 03).

Ou seja, determinados grupos sofrem por causa do Estado (inclusive de maneira violenta) e, enquanto precarizados só têm a recorrer a este mesmo Estado. Assim, pessoas trans se colocam para a política de saúde e a sua precariedade se mostrará, ainda, na dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Esta precariedade tem sido acentuada em período de pandemia de COVID-19, em que se fazem restritas as suas possibilidades de sobrevivência e de trabalho, principalmente de travestis e transexuais que trabalham na prostituição.

Populações historicamente marcadas por vulnerabilidades e precariedades, como LGBTQI+ têm maiores chances de entrarem em “crise”, em qualquer aspecto, “social, econômica, trabalhista etc” e tal situação é agravada quando “interseccionadas com gênero, território, classe etc” Essas condições são demonstradas no relatório “Vulnerabilidade Amplificada: o impacto da pandemia COVID-19 nas pessoas LGBTIQ (2020)”, da OutRight Action International, que mostrou um aumento nos últimos meses de demandas sociais por parte das organizações LGBTQI+ (DUARTE, 2020, p. 04-05), o que também será observado no capítulo 3, no município de Juiz de Fora, em que grupos de defesas de direitos LGBTQI+ têm atuado com campanhas para o provimento de alimentação, vestuário, utensílios de higiene pessoal, entre outros serviços, com a finalidade de minimizar os impactos produzidos – não só – pela pandemia.

A pandemia de COVID-19 trouxe implicações diferentes aos diferentes países, considerando para além da força do vírus em seu sentido biológico, a economia, a cultura, os territórios, as classes, a política e seus direcionamentos. Estes são elementos tão importantes quanto o impacto do próprio vírus nos corpos, que vivenciam a pandemia e a contaminação de maneiras distintas.

Neste sentido, afirma-se que o vírus em si tem causado sofrimento direto às comunidades LGBTQI+, contudo, talvez mais pela maneira como a pandemia tem reduzido as possibilidades de sobrevivência dessas pessoas (DUARTE, 2020).

Além das diferenças das implicações entre as regiões do mundo, dentro do próprio Brasil, país periférico e dependente, há diferenças de impacto do COVID-19 entre a própria população, considerando a heterogeneidade e interseccionalidade da classe trabalhadora, que é alvo de um “projeto econômico excludente” (IRINEU; OLIVEIRA; LACERDA, 2020, p. 110).

A pandemia de COVID-19, portanto, trouxe grandes impactos para a saúde pública e para a população trans brasileira, que ainda serão observados, possivelmente, por longos anos. Assim, este item se finda, mas não as discussões e as interrogações sobre os rumos das políticas para LGTQI+ neste cenário tão incerto e com um direcionamento do país tão perverso.

Compreendendo que, principalmente sob a égide deste governo, a configuração da única política específica para os cuidados em saúde de pessoas travestis e transexuais, que abarca a integralidade do cuidado – tem sofrido com adversidades e até mesmo impedimentos para a sua concretização e ampliação. Ainda sim o PrTr SUS é analisado sobre a perspectiva de conquista do segmento lgbTqi+, que apesar de todos os obstáculos, ainda resiste.

4 TRANSAÚDE PÚBLICA E O PROCESSO TRANSEXUALIZADOR NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA: CONSTRUÇÕES RECENTES

O último capítulo desta dissertação busca apresentar a caracterização do PrTr SUS no âmbito brasileiro e a possibilidade de construção deste processo no município de Juiz de Fora, a partir da luta de grupos pela promoção e defesa de direitos de LGBTQI+ pelo acesso à saúde.

O município de Juiz de Fora (JF), que não possui o Processo Transexualizador implantado, como em muitas cidades brasileiras⁷⁰, o que tem

⁷⁰ A exemplo a explanação de Rocon (2018) acerca do estado do Espírito Santo (ES) que não possui serviço do PrTr SUS credenciado no MS.

gerado a pessoas trans a desassistência, a organização de uma rede informal de cuidados em saúde, bem como a hormonização de forma autônoma.

Entretanto, a crescente mobilização de grupos de ativistas em prol de direitos LGBTQI+ na cidade, materializada principalmente com a recente criação do Centro de Referência de Promoção da Cidadania de Lésbicas, Bissexuais, Gays, Travestis, Transexuais, Não-binários, e Intersexuais (CeR – LGBTQI+) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), fomentou o debate em torno dos direitos desta população que, em articulação com a gestão local, abriu um campo de possibilidades para a construção de políticas públicas a nível municipal e a implementação da PNSI LGBT e do PrTr SUS em Juiz de Fora.

Dentre essas construções se destacam a criação do Grupo de Trabalho para a Construção do Plano Municipal de Promoção e Defesa dos Direitos de LGBTQI+ (GT Plano Municipal LGBTQI+), a articulação com o Hospital Universitário de Juiz de Fora (HU/UFJF) para pactuação do PrTr SUS, além de eventos que promoveram de alguma maneira o conhecimento sobre as diversidades sexuais e de gênero e a sua representação.

Embora sejam pleitos dos movimentos LGBTQI+ anteriores a atual gestão municipal, estas conquistas têm sido alcançadas com o estreitamento da militância e a Prefeitura de Juiz de Fora (PJF), a partir de um novo governo que se estabelece em 2021, coroando o primeiro mandato de uma mulher e do Partido dos Trabalhadores (PT) na cidade, com representatividade na câmara legislativa de pessoas negras, mulheres, e LGBT.

4.1 A CONFIGURAÇÃO DO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR NO SUS

Em sentido de avanço da política de saúde brasileira voltada para a população LGBTQI+, destaca-se o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde, que é um fenômeno recentemente normatizado pelo Ministério da Saúde (MS). O PrTr SUS é um programa que envolve um conjunto de estratégias como parte da assistência em saúde a pessoas trans (SANTOS *et al.*, 2014),

considerando, por portarias que o normatiza, transexuais masculinos, transexuais femininos e travestis.

Estas estratégias de atenção à saúde estão implicadas no processo de transformação pelos quais parte de transexuais e travestis podem passar em momentos de suas vidas. Abrangendo, para além de mudanças físicas (tratamento hormonal e cirurgias como tireoplastia, histerectomia, mamoplastia e transgenitalização), o cuidado com a saúde mental e social neste processo, através do acompanhamento psicossocial.

Discuti-lo é fundamental para o debate no campo da saúde, haja vista que, mesmo diante dos avanços e do reconhecimento pelo Estado de parte das demandas da população trans, ainda há um caminho a trilhar para que, de fato, as políticas se efetivem para essas pessoas e o acesso aos serviços seja garantido a todos, todas e todes.

Trindade (2016, p.77) expõe que há registros de procedimentos cirúrgicos de transgenitalização no Brasil desde a década de 1970, ainda antes do tema ser discutido pelas ciências humanas e sociais. No contexto da ditadura militar, esses procedimentos eram tratados de forma clandestina.

Alguns exemplos dessas experiências mostram que, até o final da década de 1990, haviam diversos empecilhos formais para a execução de procedimentos afins, sobretudo, decorrentes da lei penal, já que a retirada de estruturas essenciais à função reprodutora configurava crime de lesão corporal. O código de ética médico da época também previa sanções éticas e disciplinares para tais práticas.

O médico Roberto Farina foi o primeiro cirurgião brasileiro a realizar, em 1971, na cidade de São Paulo, uma cirurgia de redesignação sexual. Sete anos depois, Farina foi condenado a dois anos de reclusão, sob a alegação de ter infringido o disposto no art. 129, § 2º, III, do Código Penal Brasileiro. Tal processo foi movido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), que o acusou de “lesões corporais graves” (TRINDADE, 2016).

Posteriormente, em grau de recurso, o médico foi absolvido, pois a Justiça concluiu que a cirurgia era o único meio de aplacar a angústia da pessoa operada. Além disso, havia um parecer favorável à intervenção cirúrgica como solução

terapêutica, elaborado por junta médica do Hospital das Clínicas de São Paulo (NERY, 1984 *apud* TRINDADE 2016). Para Rocon *et al.* (2016) a defesa de Farina foi pautada, além da cirurgia como função terapêutica, na patologização da experiência transexual.

Somente em 1997 o CFM, através da Resolução no 1.482/1997, permitiu a título experimental as cirurgias de transgenitalização em transexuais. O paradigma foi se alterando e a temática da sexualidade, principalmente trans, foi saindo do campo escondido e preconceituoso que fora forjada. Tal procedimento deixou de ser compreendido como lesão corporal, assumiu caráter terapêutico diante da compreensão do paciente como sujeito com “desvio psicológico permanente de identidade sexual, com rejeição do fenótipo e tendência à automutilação e ao autoextermínio” (TRINDADE 2016, p. 78).

Esta resolução considera “a cirurgia de transformação plástico-reconstrutiva da genitália externa, interna e caracteres sexuais secundários não constitui crime de mutilação previsto no artigo 129 do Código Penal”, haja vista que “tem o propósito terapêutico específico de adequar a genitália ao sexo psíquico” e que “a transformação da genitália constitui a etapa mais importante no tratamento de transexualismo” (Conselho Federal de Medicina, 1997, p. 01).

Passou a ser autorizado pelo CFM, a título experimental, a realização de “cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia, neofaloplastia e ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários” (Conselho Federal de Medicina, 1997, p. 02). A definição de “transexualismo” obedecia no mínimo aos critérios:

desconforto com o sexo anatômico natural; desejo expresso de eliminar os genitais, perder as características primárias e secundárias do próprio sexo e ganhar as do sexo oposto; permanência desse distúrbio de forma contínua e consistente por, no mínimo, dois anos; ausência de outros transtornos mentais (Conselho Federal de Medicina, 1997, p. 01).

A partir deste momento, as experiências de alguns hospitais universitários contribuíram para que, futuramente, fosse institucionalizado o PrTr SUS (TRINDADE, 2016). Os hospitais de clínicas da Universidade de São Paulo (USP),

da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), da Universidade Federal de Goiás (UFG) e o Hospital Universitário Pedro Ernesto, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) foram os primeiros que tiveram reconhecidos os trabalhos que já eram realizados, por meio da habilitação em portaria no ano de 2008. Através da segunda portaria, de 2013, o Hospital das Clínicas vinculado a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) também teve reconhecida uma assistência que já praticava (SANTOS, 2020).

Anterior aos credenciamentos, os atendimentos a pessoas trans nos hospitais universitários aconteciam com o consentimento da direção das unidades, porém, não havia envolvimento da gestão com a estruturação e viabilização dos mesmos⁷¹. Era habitual que as gestões dos hospitais interpretassem que as práticas direcionadas a pessoa trans integravam projetos profissionais e científicos próprios, sendo de responsabilidade, unicamente, de certos médicos (SANTOS, 2020).

Santos (2020) apresenta em sua tese de doutorado intitulada “Aos trancos e barrancos: uma análise do processo de implementação e capilarização do processo transexualizador no Brasil”, a hipótese de que o atendimento às demandas de pessoas trans por procedimentos cirúrgicos surgiu “de baixo para cima”.

Consideramos aqui, no entanto, que essa direção “de baixo para cima” não diz respeito, como poderíamos pensar, à atenção primária de saúde, mas diz respeito às iniciativas mais ou menos autônomas de médicos/as que, por interesses científicos e/ou humanitários, começaram a atender inicialmente mulheres trans que buscavam modificações corporais para que pudessem se sentir mais confortáveis com sua aparência em relação com o seu gênero autorreferido (SANTOS, 2020, p. 37-38).

Possivelmente tais ações contribuíram para uma reação do CFM, gerando a necessidade de discutir a questão no âmbito da entidade e então, criar a resolução de 1997. Somam-se a isso os questionamentos internos e externos a respeito da legitimidade dos atendimentos realizados, motivados por transfobia (SANTOS, 2020).

A realidade apontava para a falta de preparo técnico das equipes que prestavam essa assistência, e número reduzido de profissionais da medicina habilitados a realizarem as cirurgias. O despreparo também era das próprias

⁷¹ Para Santos (2020, p. 58): “era um verdadeiro ‘lavar as mãos’ institucional revestido de autonomia”.

instituições no que se refere à adoção de protocolos necessários para que o atendimento às pessoas trans estivesse ao máximo possível distante de práticas transfóbicas, que se expressava através de desrespeito à identidade de gênero e do nome social, nos empecilhos em seguir pela auto identificação o uso do banheiro e a alocação nas enfermarias(SANTOS, 2020).

Portanto, o cenário das origens do PrTr SUS se tornou ainda mais complexo e havia uma pressão que se acentuava paulatinamente, de pessoas trans que estavam se organizando politicamente, reivindicando reconhecimento, ampliação e melhoria da assistência ofertada (SANTOS, 2020).

Sobretudo, havia o surgimento de uma lenta, mas progressiva diversidade, notadamente na equipe da UFRJ, que acabou por contribuir para a germinação do questionamento sobre a patologização da transexualidade e sobre a cirurgia como protagonista da assistência ofertada a esse público. O tempo de espera tornou-se cada vez mais longo pela pressão da demanda e favoreceu a formação de filas infindáveis nos serviços, formadas por usuários/as que, já tendo cumprido os critérios formais necessários, não conseguiam ser cirurgiados/as. Os custos dos procedimentos cirúrgicos, que deveriam ser arcados pelos recursos próprios dos hospitais universitários constituíam um problema a mais, frente ao intenso subfinanciamento progressivo do SUS, sobretudo porque se entendia – tanto no senso comum, quanto entre técnicos/as e demais profissionais – que as cirurgias em pessoas trans eram menos necessárias que a dos outros usuários/as, que não “escolheram” ficar doentes (SANTOS, 2020, p. 47).

Santos (2020) aponta que, tanto a direção da assistência “de baixo para cima” até 2008, quanto a de “cima pra baixo”⁷² posterior a este ano, desconsideraram, a princípio, o papel da Atenção Primária à Saúde na oferta e organização desse modelo assistencial, tão somente as unidades de ensino que prestavam a assistência.

Uma das possibilidades de explicação parcial para essa desconsideração da APS se deve ao fato do início da assistência ter emergido no âmbito dos hospitais universitários, que apresenta historicamente uma desintegração com a rede SUS de maneira mais ampla e onde há o direcionamento do trabalhovoltado para a pesquisa de novos procedimentos, ao invés do foco ser a assistência (SANTOS, 2020).

⁷² Quando a organização do processo se dá através do MS (SANTOS, 2020).

Como já tratado no capítulo 2 este processo surge, enquanto uma resposta estatal, diante de muita luta e organização histórica do movimento LGBTQI+. Acrescenta-se a esse processo, as inúmeras judicializações por demandas em saúde de pessoas trans. A partir dessa pressão, em 2001, ocorreu uma ação do Ministério Público Federal para incluir os procedimentos transgenitalizadores na tabela SUS nos termos da resolução do CFM 1482/97. No entanto, reafirmou-se a patologização para justificar a inclusão de procedimentos na tabela de pagamento do SUS (LIONÇO, 2009 *apud* ROCON *et al.*, 2016).

Em 2016, tem-se um grande marco para o avanço do entendimento sobre atenção a saúde da população trans para além de procedimentos médico-cirúrgicos na questão da transgenitalização, com a reunião do Comitê Técnico Saúde da População GLBT, momento em que se denomina o Processo Transexualizador. As cirurgias começam a ser “compreendidas como parte ou não do processo transexualizador e a discussão superou o viés medicalizador e correccional para o foco na garantia à saúde integral” (LIONÇO, 2009 *apud* ROCON *et al.*, 2016, p.263).

O MS através das Portarias nº 1.707, de 18 de agosto de 2008 e nº 457, de 19 de agosto de 2008 institui, definiu e regulamentou o PrTr no âmbito do SUS, considerando “a integralidade da atenção, não restringindo nem centralizando a meta terapêutica no procedimento cirúrgico de transgenitalização e de demais intervenções somáticas aparentes ou inaparentes” (BRASIL, 2008c, s/p).

De acordo com a Portaria de 2008, a Atenção Especializada no Processo Transexualizador prevê os seguintes procedimentos:

1. Tratamento clínico a nível ambulatorial de administração hormonal;
2. Procedimento clínico em acompanhamento ambulatorial mensal durante dois anos, por equipe multiprofissional, pré e pós cirurgia;
3. Cirurgia em modalidade hospitalar de retirada de testículos, amputação peniana e construção de neovagina a partir da bolsa escrotal; e
4. Cirurgia em modalidade hospitalar de alongamento das cordas vocais e tiroplastia para redução do Pomo de Adão com vistas a feminização da voz.

Todos estes serviços eram para pessoas do sexo masculino cujo diagnóstico principal, de acordo com o manual de Classificação Estatística Internacional de

Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde em sua 10ª edição (CID 10) fosse F 64.0 (transexualismo), com idade mínima de 21 e máxima de 75 anos, o que excluía do Processo os homens trans e as travestis.

Foram, consideradas características necessárias para a Unidade de Atenção Especializada:

I- Ser Hospital de Ensino, Ser Hospital contratualizado com o SUS, Estar articulado e integrado com o sistema de saúde local e regional, Dispor de estrutura de pesquisa e ensino organizados, com programas e protocolos estabelecidos para o processo transexualizador; e ter adequada estrutura gerencial capaz de zelar pela eficiência, eficácia e efetividade das ações prestadas (BRASIL, 2008c, s/p).

Neste contexto, ainda que não contemplasse a todo o conjunto de pessoas trans da maneira como demandam, há um reconhecimento por parte do Estado que ser transexual em nossa sociedade influencia no sofrimento e adoecimento desses sujeitos. Como reforça Trindade (2016), orientação sexual e identidade de gênero são determinantes na condição de saúde e a vivência do desconforto com o sexo anatômico é fator de suma importância, sendo necessária, ser tratada como questão de saúde pública (TRINDADE, 2016).

Tal reconhecimento favoreceu o acesso à assistência a saúde e significou avanço na legitimação das demandas dessa população. Contudo, a política de saúde pública e as normatizações do PrTr SUS, ainda se apoiaram em normas do CFM, mantendo seu caráter patologizante e de regulamentação dos corpos trans, e medicalizando as diferenças.

As Portarias de 2008 seguiram como referência a Resolução do CFM nº 1.652 de 2002 que permanecia a considerar o “paciente transexual portador de desvio psicológico permanente de identidade sexual, com rejeição do fenótipo e tendência à automutilação e ou auto-extermínio” e a fazer menção à finalidade terapêutica (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002, p.01).

Desconsidera a cirurgia de neocolpovulvoplastia e/ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários como experimentais, e regulamenta que as cirurgias para adequação do fenótipo masculino para feminino poderiam ser praticadas em hospitais públicos ou privados,

independente da atividade de pesquisa. Por sua vez as cirurgias para adequação do fenótipo feminino para masculino permaneceriam a ser praticadas em hospitais universitários ou hospitais públicos adequados para a pesquisa (embora não estivessem instituídas no PrTr) (Conselho Federal de Medicina, 2002). Trindade (2016) argumenta que isto é devido “supostamente” à complexidade que envolve o referido procedimento.

Cinco anos depois, a Portaria de 2008 foi revogada e substituída pela vigente Portaria nº. 2803, de 19 de novembro de 2013, que ampliou o Processo em relação à rede de atenção e linha de cuidado. Essa ampliação é parte das demandas apresentadas na Conferência Nacional de Políticas Públicas e Direitos Humanos de LGBT (2011) e pressupostos da Política Integral de Saúde LGBT (TENÓRIO; VIEIRA; LIVADIAS, 2017). Assim, temos uma ampliação do escopo de procedimentos e a inclusão os homens trans e as travestis no Processo, embora os CIDs limitem o acesso delas.

O Art. 14 da atual portaria trata dos procedimentos do PrTr SUS e apresenta critérios de acesso a eles, tais como idade mínima e máxima, sexo, CID, além dos acompanhamentos previstos, conforme quadro abaixo:

Quadro 1 - Caracterização dos procedimentos do PrTr SUS*

MODALIDADE AMBULATORIAL				
Procedimento	Descrição	Sexo	Idades mín. máx.	CID
Acompanhamento do usuário(a) no processo transexualizador exclusivo nas etapas do pré e pós-operatório	Consiste no acompanhamento mensal de usuário(a) no Processo Transexualizador, no máximo dois atendimentos mensais, durante no mínimo de 2 (dois) anos no pré-operatório e por até 1 ano no pós-operatório.	Ambos	18 a 75	F 64.0 (“transexualismo”)
Acompanhamento de usuário(a) no Processo Transexualizador exclusivamente	Consiste no acompanhamento de usuário(a) no Processo Transexualizador com atendimento mensal por equipe multiprofissional,	Ambos	18 a 110	F64.0 e F64.9 (“Transtorno não especificado da identidade sexual”)

para atendimento clínico	diferente do acompanhamento exclusivo das etapas no pré ou pós-operatório no processo transexualizador			
Tratamento hormonal no processo transexualizador.	Consiste na utilização de terapia medicamentosa hormonal disponibilizada mensalmente para ser iniciada após o diagnóstico no Processo Transexualizador (estrógeno ou testosterona).	Ambos	18 a 75	F64.0 e F64.9
Tratamento hormonal preparatório para cirurgia de redesignação sexual no processo transexualizador.	Consiste na terapia medicamentosa hormonal a ser disponibilizada mensalmente no período de 2 anos que antecede a cirurgia de redesignação sexual no Processo Transexualizador (ciproterona).	Masculino	18 a 75	F64.0 e F64.9
MODALIDADE HOSPITALAR				
Procedimento	Descrição	Sexo	Idades mín. máx.	CID
Cirurgias complementares de redesignação sexual	Consiste em cirurgias complementares tais como: reconstrução da neovagina realizada, meatotomia, meatoplastia, cirurgia estética para correções complementares dos grandes lábios, pequenos lábios e clitóris e tratamento de deiscências e fístulectomia.	Ambos	21 a 75	F 64.0
Histerectomia c/ anexectomia bilateral e colpectomia em usuárias sob processo transexualizador.	Procedimento cirúrgico de ressecção do útero e ovários, com colpectomia.	Feminino	21 a 75	F 64.0
Mastectomia simples bilateral em usuária sob processo transexualizador	Procedimento cirúrgico que consiste na ressecção de ambas as mamas com reposicionamento do complexo aréolo mamilar.	Feminino	21 a 75	F 64.0

Plástica mamária reconstrutiva bilateral incluindo prótese mamária de silicone bilateral no processo transexualizador	Consiste em cirurgia Plástica mamária reconstrutiva bilateral complementar ao processo de redesignação sexual no sexo masculino no processo transexualizador, incluindo implante de prótese mamária de silicone bilateral.	Masculino	21 a 75	F 64.0
Redesignação sexual no sexo masculino	Consiste na orquiectomia bilateral com amputação do pênis e neocolpoplastia (construção de neovagina).	Masculino	21 a 75	F 64.0
Tireoplastia	Consiste na cirurgia de redução do Pomo de Adão com vistas à feminilização da voz e/ou alongamento das cordas vocais no processo transexualizador.	Masculino	21 a 75	F 64.0

* Este quadro foi estruturado pela autora com o teor das informações que constam na Portaria Nº 2.803, de 19 de novembro de 2013, em seu Art. 14.

Além dos critérios apresentados no quadro, de acordo com o § 2º, item II deste mesmo artigo, os procedimentos cirúrgicos podem ser iniciados a partir dos 21 anos de idade, e para tais, é necessária indicação específica e acompanhamento prévio por dois anos pela equipe multiprofissional do Serviço de Atenção Especializada.

Ao se tratar de mudanças cirúrgicas, a portaria retrata em seu Art. 15 que no SUS alguns procedimentos são realizados de maneira experimental, são eles: vaginectomia (retirada parcial ou total da vagina) e neofaloplastia (“construção” do “pênis”) – com implante de próteses penianas e testiculares –, clitoroplastia (alteração no clitóris) e cirurgia de cordas vocais. Este artigo, assim como todo o processo é amparado em resolução do CFM – Resolução nº 1.955, de 3 de setembro de 2010, que versa sobre a cirurgia de “transgenitalismo”.

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) integra este processo como "responsável pela integralidade do cuidado ao transexual e travesti no âmbito do SUS". Na linha de cuidado o componente de porta de entrada é a atenção básica, responsável pelo

acolhimento e pelo encaminhamento a outro nível. O nível de atenção especializada é compartilhado por duas modalidades: 1- Serviço de Atenção Ambulatorial Especializado; 2- Serviço de Atenção Hospitalar Especializado no Processo Transexualizador (BRASIL, 2013d, s/p).

O Nível ambulatorial é incumbido de realizar acompanhamento “clínico, acompanhamento pré e pós-operatório e Hormonioterapia”, prestando assistência através de “diagnóstico e tratamento clínico no processo transexualizador”, atendimento “por meio de equipe multiprofissional”, “acompanhamento clínico”, e por meio da garantia do “acesso a exames laboratoriais e de imagem necessários ao processo transexualizador na modalidade ambulatorial”. O estabelecimento possui um responsável técnico e a equipe de referência é formada por no mínimo: “1 psiquiatra ou 1 psicólogo, 1 assistente social, 1 endocrinologista ou 1 clínico geral e 1 enfermeiro”, sendo os médicos especialistas na área (BRASIL, 2013d, s/p).

O Nível hospitalar é responsável pela “realização de cirurgias e acompanhamento pré e pós-operatório”, e é nele que são realizadas as “avaliações e indicações cirúrgicas, devendo o mesmo realizar os exames pré e pós-operatório”. A assistência é prestada por meio de “diagnóstico e tratamento clínico e cirúrgico”, atendimento, “incluindo procedimentos cirúrgicos, dos usuários (as) com demanda para o Processo Transexualizador, por meio de equipe multiprofissional” e também através de “exames laboratoriais e de imagem necessários” a este processo na modalidade hospitalar (BRASIL, 2013d, s/p).

Neste nível também é necessário um responsável técnico do estabelecimento e a equipe de referência é composta por “no mínimo, 1 médico urologista, ou 1 ginecologista ou 1 cirurgião plástico” (especialista), além da equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos) e de “no mínimo: 1 psiquiatra ou 1 um psicólogo, 1 endocrinologista, e 1 assistente social”. A portaria explicita que “a equipe cirúrgica deve contar com profissionais capacitados no Processo Transexualizador, garantindo a intervenção de forma articulada nas intercorrências cirúrgicas e clínicas do pré e pós-operatório” (BRASIL, 2013d, s/p).

O CFM através da Resolução 1955/2010, que é considerada pela vigente Portaria do PrTr, mais uma vez considera "o paciente transexual portador de desvio

psicológico permanente de identidade sexual, com rejeição do fenótipo e tendência à automutilação e/ou autoextermínio" (CFM, 2010, p. 01-02).

Esta resolução também manteve a título experimental a realização de cirurgia do tipo neofaloplastia em homem trans, permanecendo os mesmos critérios da Resolução do CFM nº 1.652 de 2002 para a definição de transexualismo⁷³ (CFM, 2010, p. 01-02).

Neste sentido, destaca-se mais uma vez o poder da medicina sobre os corpos trans, uma vez que, de acordo com o CFM (2010), para as cirurgias é necessário um diagnóstico médico que confirme esse "transgenitalismo", embora exista avaliação da equipe multidisciplinar que também pode, de acordo com a condução do cuidado, exercer poder.

4.1.1 Desafios para o acesso e permanência de pessoas trans nos serviços da Saúde e no PrTr SUS

Ainda com a significativa criação das portarias pelo MS, instituindo serviços para atendimentos específicos de pessoas trans, esta população continua como a que mais encontra dificuldades para acessar serviços de saúde em qualquer nível de complexidade, desde a atenção básica até a alta complexidade (Mello *et al.*, 2011). Assim, inúmeros são os desafios de acesso e garantia de promoção, proteção e recuperação da saúde deste público no SUS.

Rocon *et al.* (2019, p. 01) ao realizarem um mapeamento da produção científica sobre o acesso à saúde pela população transexual e travesti a partir do ano de criação do PrTr SUS, identificam inúmeros desafios no âmbito do SUS, destacando-se entre eles: discriminação, patologização da transexualidade, falta de formação e qualificação adequada dos profissionais para atendimento das pessoas trans, acolhimento inadequado ou inexistente, carência de recursos para o financiamento de políticas e programas focados no combate às discriminações

⁷³ Adicionando apenas ao quarto critério "Ausência de outros transtornos mentais" a informação: "Onde se lê 'Ausência de outros transtornos mentais', leia-se "Ausência de transtornos mentais" (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010, p. 01-02).

homofóbicas, transfóbicas, travestifóbicas, e ausência da garantia de serviços específicos, como é o caso do PrTr.

Rocon *et al.* (2019) identificaram na pesquisa artigos dos autores e autoras Rocon *et al.* (2016), Souza *et al.* (2014; 2015), Souza e Pereira (2015), Sampaio e Coelho (2012), Ferreira *et al.* (2017), Almeida e Murta (2013), Lionço (2008; 2009), Romano (2008), Freire *et al.* (2013), Mello *et al.* (2011), Arán, Murta e Lionço (2009), que permitem apontar a discriminação enquanto um desafio vivenciado nos espaços de saúde e que, violência, humilhação, julgamento moral, desrespeito aos nomes, chacotas, levam ao afastamento dessas pessoas aos serviços de saúde, inclusive quando estão em um quadro muito grave, o que gera uma piora da condição de saúde, inclusive mental.

Comportamentos que traduzem os valores presentes da heteronormatividade na sociedade geral e, sobretudo, nos espaços de saúde que deveriam ser de cuidado, como se trans tivessem menos direitos. De acordo com Rocon *et al.* (2019) os autores Lionço (2009) e Souza *et al.* (2014; 2015) afirmam que os estereótipos de gênero alimentam a discriminação sustentada no discurso religioso, enquadrando os sujeitos desviantes como pecadores, e no discurso médico científico – enquanto sujeitos doentes.

Nota-se que o PrTr SUS atendeu apenas parte das demandas da população transexual e ainda de maneira ineficaz, tendo em vista que, assim como o SUS, de maneira geral, a sua proposta não se efetiva completamente no plano real, mesmo representando um grande avanço na sociedade capitalista. Agravando o quadro de vulnerabilidades das pessoas trans que correspondem a um dos segmentos mais excluídos do acesso ao direito à saúde, e assim como destaca Stack (2020), não apenas o acesso à saúde é prejudicado, como também o acesso aos demais direitos, principalmente quando se cruza com outros marcadores como classe, raça, escolaridade etc. (STACK, 2020).

Ainda hoje as demandas das pessoas trans são deixadas em segundo plano, como se fossem pouco relevantes ou desnecessárias, como afirmou Trindade (2016, p. 141), consideradas “muitas vezes, imoral”. Stack (2020) aponta que o processo transexualizador ainda é percebido de maneira discriminada, tanto pela sociedade

de forma geral, quanto por frações dos profissionais da área da saúde, o que impacta diretamente na assistência prestada.

A assistência à saúde no que diz respeito ao PrTr SUS não atende a todas as pessoas que precisam e da maneira que necessitam, seja pela escassez de recursos humanos, pelas longas filas de espera, pelos pré-requisitos etc. Na trajetória de pessoas trans na busca pelo cuidado em saúde no PrTr SUS, como ele tem se configurado, encontram-se diversos obstáculos.

Um deles está ligado à distribuição dos centros especializados, da organização das cidades e das trajetórias de vida, em que pessoas trans por muitas vezes migram de estados, cidades, regiões em busca deste atendimento, o que implica em relações que dificultam suas vidas e o acesso a determinados serviços, como apontam Almeida e Santos (2014) e Stack (2020). Diante de uma rede de assistência à saúde fragilizada, e acesso dificultado, a judicialização de demandas se torna uma alternativa.

Almeida e Santos (2014, p. 309-310) apresentam a situação dos serviços disponíveis no SUS relacionados a este Processo, indicando a carência de recursos técnicos e de vagas existentes, filas de espera de até quase dez anos para realizar todas as modificações “necessárias”, entre outras dificuldades frente a demanda crescente. Diante dos entraves para efetivação das políticas e das implicações desta longa espera, os autores argumentam que é gerada

insatisfação pessoal e o alijamento dos sujeitos da vida social cotidiana, estado que com frequência produz danos à saúde mental, levando algumas vezes a comportamentos autodestrutivos e, em muitos casos, à ausência de condições humanas dignas, em seus termos mais elementares (direitos civis, direito à integridade pessoal, direito de propriedade, direito ao trabalho) (ALMEIDA; SANTOS, 2014, p.310).

Em certos momentos parte dessas pessoas se submetem até mesmo a procedimentos com alto risco como uso de silicones industriais, hidrogel e afins, de maneira paralela aos tratamentos nos serviços de saúde, com auxílio das “bombadeiras”, pela maior facilidade de acesso em relação aos procedimentos regulamentados (PINTO *et al.*, 2017). Cria-se uma rede paralela formada por pessoas trans desassistidas pelas políticas públicas, que socializam informações

entre elas mesmas sobre o uso de hormônios, através das redes sociais, por exemplo (STACK, 2020).

Rocon *et al.* (2018) destaca três grandes dilemas vivenciados em relação ao acesso e permanência no PrTr SUS: 1. desigualdade de gênero; 2. o diagnóstico; 3. a oferta do serviço no território brasileiro. O primeiro diz, entre outras coisas, sobre a demora na incorporação das demandas em saúde dos homens trans e das travestis ao Processo e sobre determinada hierarquização entre mulheres transexuais e travestis, geradas a partir da medicalização da população trans.

as primeiras, ao serem apontadas como identidades doentes e medicalizáveis, têm passado por um processo de aceitação e mais fácil acesso ao processo transexualizador quando comparadas à população travesti, associadas constantemente à marginalização, criminalidade e prostituição de maneira negativa e discriminatória (Carvalho, 2011; Rocon, 2018 *apud* Rocon *et al.*, 2018, p. 440).

Destaca-se que, a Portaria de 2008 não contemplava uma série de procedimentos designados aos homens trans, que só foram incorporados em 2013, especialmente os que dizem respeito a cirurgia ainda em caráter experimental, como "os procedimentos de vaginectomia e neofaloplastia com implante de próteses penianas e testiculares, clitoroplastia e cirurgia de cordas vocais" (BRASIL, 2013d).

Nota-se que há uma assimetria na produção de conhecimento e tecnologias que alcancem as demandas dos homens trans em relação às mulheres trans, tendo a estas últimas um maior direcionamento de empenho tecnológico e científico do que os primeiros. Apesar de muitos cirurgiões justificarem esta escassez e demora argumentando que são raros transexuais masculinos e, por isso, não vale investimento para atender este público reduzido (BENTO 2006 *apud* Rocon *et al.* 2018). Neste sentido:

parece que a invisibilização das mulheres heterossexuais e lésbicas cisgênero, que não apresentam inconformidade com o gênero atribuído ao nascimento, na sociedade, com seus corpos, sexualidades e desejos, se desdobram na invisibilização dos homens transexuais com seus gêneros, corpos, sexualidades e desejos. Fato que não se restringe ao acesso à saúde, como, por exemplo, se faz presente também no campo da produção científica onde se evidencia um pequeno número de estudos sobre essa população. (ALMEIDA, 2013 *apud* ROCON *et al.*, 2018, p. 442).

Outro elemento importante é o destacado no item 2 dos dilemas, e concerne a questão do diagnóstico como gerador de seletividade no acesso ao PrTr SUS-, como já afirmado neste texto sobre as legislações que normatizam este Processo no Brasil. Bento (2008) citado por Rocon *et al.* (2018, p. 442) salienta que o diagnóstico "reproduz estereótipos sobre 'ser homem/mulher de verdade' engendrados pelo binarismo dos gêneros e pela heteronormatividade". Tais autores e autoras também pautam-se em Butler (2009) ao afirmarem que receber um diagnóstico de transtorno corrobora para a marginalização e estigmatização destes sujeitos (ROCON *et al.*, 2018).

O terceiro dilema é a pouca oferta do serviço no território brasileiro que coloca como dificultadores de acesso e permanência a localização dos hospitais e a infraestrutura insuficiente destes, que geralmente possuem uma única equipe multiprofissional para atender as unidades ambulatorial e hospitalar (ROCON *et al.*, 2018).

Sendo assim, a falta de recurso financeiro para o custeio de transporte dentro ou entre as cidades – embora haja o serviço de Tratamento Fora do Domicílio (TFD) que ainda é considerado insuficiente – e para sobrevivência durante os acompanhamentos, sobretudo, fora do município de origem são barreiras que restringem o alcance dos sujeitos às suas demandas (Santos *et al.*, 2014).

A respeito da oferta de serviços do SUS no território brasileiro, atualmente existem cinco hospitais que realizam intervenções cirúrgicas, sendo todos universitários; e sete unidades habilitadas pelo MS para a oferta do PrTr SUS para atendimento a nível ambulatorial⁷⁴ (SANTOS, 2020). Os serviços não contemplam todas as regiões do Brasil, corroborando com o que os autores apresentados até aqui e Rocon; Silva; Sodré (2018) apontam como uma situação problemática para o acesso e permanência no PrTr SUS, uma vez que a pouca oferta reduz a possibilidade dos atendimentos, procedimentos e cuidados necessários em saúde.

A região Sudeste possui seis hospitais distribuídos em todos os estados. Dois deles atendem as modalidades ambulatorial e hospitalar: Hospital Universitário Pedro Ernesto/ Rio de Janeiro (RJ) e Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina

⁷⁴ Serviços ambulatoriais contabilizados até 2018, por Santos (2020).

FMUSP/Fundação Faculdade de Medicina (MECMPAS); e quatro atendem apenas a modalidade ambulatorial: Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia (IEDE) – Rio de Janeiro/RJ, Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes – Vitória (ES), Hospital das Clínicas de Uberlândia – Uberlândia/MG e Centro de Referência e Treinamento (CRT) DST/AIDS – São Paulo/SP, Centro de Pesquisa (ROCON; SILVA; SODRÉ, 2018, SANTOS, 2020).

A Região Sul conta com dois hospitais habilitados, sendo um de atendimento nas modalidades ambulatorial e hospitalar – Hospital de Clínicas de Porto Alegre/ Universidade Federal do Rio Grande do Sul/ Porto Alegre (RS); e o outro atendendo em modo ambulatorial – Atendimento para Travestis e Transexuais (CPATT) do Centro Regional de Especialidades (CRE) Metropolitano – Curitiba/PR (ROCON; SILVA; SODRÉ, 2018, SANTOS, 2020).

Na Nordeste está localizado o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), em Recife (PE), que atende na modalidade hospitalar. De modo ambulatorial estão: o Hospital Universitário Professor Edgar Santos da UFBA, em Salvador (BA) e o Ambulatório para Travestis e Transexuais do Hospital Clementino Fraga, em João Pessoa (PB). A região Centro-Oeste conta apenas com o Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Goiás (GO), em ambas as modalidades. E no Norte do país, não há nenhum serviço habilitado (SANTOS, 2020).

A ANTRA (2020), disponibiliza uma lista de locais distribuídos pelo Brasil aos quais pessoas trans podem buscar para realizar atendimentos em relação às mudanças em seus processos transexualizadores e informa, além dos já apresentados até aqui, serviços das redes de saúde estaduais que atuam em nível ambulatorial⁷⁵. Santos (2020) infere que no Brasil existem cerca de 25 ambulatórios

⁷⁵ Na região Sul encontram-se: Ambulatório de atenção especializada no Processo Transexualizador do Hospital Eduardo de Menezes (Belo Horizonte/MG), Ambulatório de Estudos em Sexualidade Humana do HC (Ribeirão Preto/SP), Ambulatório trans do Hospital Guilherme Álvaro (Santos/SP), Ambulatório Municipal de Saúde Integral de Travestis e Transexuais (São José do Rio Preto/SP), Ambulatório AMTIGOS do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas (São Paulo/SP), Ambulatório Roberto Farina, UNIFESP (São Paulo/SP), UBS Santa Cecília (São Paulo/SP), e Ambulatório de Saúde Integral de Travestis e Transexuais João W. Nery (Niterói/RJ) (ANTRA, 2020). No sul do país estão o Ambulatório de Saúde de Travestis e Transexuais do Hospital Universitário Maria Pedrossian (Campo Grande/MS) e três Centros de Saúde na cidade de Florianópolis (SC): Campeche, Estreito e Saco Grande (ANTRA, 2020). Na região Centro-Oeste estão dois destes serviços da rede estadual: Ambulatório Trans do Hospital Dia (Brasília/DF) e Ambulatório de

de iniciativa local, ainda não habilitados pelo MS aguardando avaliação ou em processo de solicitação da habilitação, tendo crescido rapidamente esse quantitativo⁷⁶.

Somente 1/3 do total de 36 ambulatórios brasileiros pertence a instituições que foram habilitadas. De maneira geral, a maior parte dos ambulatórios já cumpriram os requisitos para a habilitação impostos em Portaria, enviaram a documentação necessária para o MS e estão aguardando que a habilitação seja efetivada, o que garantirá que recebam o custeio referente à Tabela de Procedimentos do SUS (SANTOS, 2020).

Stack (2020), em sua pesquisa no município de Santa Maria (RS), identificou grande demanda desproporcional à reduzida capacidade de atendimentos dos hospitais autorizados, filas de espera, distância até os centros, falta de recurso financeiro para acesso aos procedimentos e cuidados na rede particular de saúde, levando a automedicação. Também há falta de capacitação e problemas na formação dos profissionais, estigma social e falta de conhecimento profissional sobre transexualidade.

Assim, configura-se um conjunto de violências simbólicas como o desrespeito ao nome social (mesmo com as legislações vigentes e campanhas – autor ainda aponta que a difusão da informação sobre este direito não chega a trans mais pobres), tratamento por pronomes não adequados de acordo com a identidade de gênero da pessoa, negligência, assédio (STACK, 2020).

Transexualidade do Hospital Geral de Goiânia Alberto Rassi (Goiânia/GO). O norte do país só possui um apresentado pela (ANTRA 2020) que é o Ambulatório Transexualizador da Unidade Especializada em Doenças Infectoparasitárias e Especiais (Belém/PA). No nordeste, encontram-se: Ambulatório LGBT Darlen Gasparelli (Camaragibe/PE); Ambulatório LGBT Patrícia Gomes, Policlínica Lessa de Andrade (Recife/PE); UPE, Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (Recife/PE); Ambulatório LBT do Hospital da Mulher (Recife/PE); Ambulatório de Saúde Trans do Hospital de Saúde Mental Frota Pinto (Fortaleza/CE); Ambulatório para travestis e transexuais do Hospital Clementino Fraga (João Pessoa/PB); Ambulatório de Saúde Integral Trans do Hospital Universitário da Federal de Sergipe (Lagarto/SE); Ambulatório do Centro Estadual de Diagnóstico, Assistência e Pesquisa (Salvador/BA) (ANTRA, 2020).

⁷⁶ Há uma expansão de ambulatórios específicos para atenção à saúde de travestis e transexuais, ainda que por vezes de maneira precária, sem o aumento das unidades hospitalares. Foi observado também um crescimento exponencial dos atendimentos ambulatoriais registrados a partir de 2013, apresentando, a partir de 2017, tendência de queda. A tendência não foi confirmada ou melhor apurada, no intuito de saber se a queda registrada correspondeu ao período contabilizado em 2018, que foi até setembro, e não ao mês de dezembro como nos anos anteriores (SANTOS, 2020).

Santos *et al.*, (2014) ao analisar o Processo Transexualizador no Hospital Universitário Pedro Ernesto do Rio de Janeiro, a partir do olhar do Serviço Social, reiteram o que aqui é exposto como dificuldades de pessoas trans acessarem e se manterem no PrTr. Isso se expressa diante da existência de um grupo de indivíduos que encontram dificuldade de inserção no mercado de trabalho e também no âmbito de suporte sociofamiliar e assistencial, por serem trans.

Trajetórias marcadas por estigma, preconceito, segregação social e violação de direitos na busca de reconhecimento, de legitimidade da sua identidade de gênero, do seu eu, muitas vezes são frustradas, interrompidas, limitadas pela dificuldade de acesso e permanência em procedimentos, medicamentos, assistência, levando essas pessoas ao adoecimento.

Não apenas a política de saúde em si é falha, mas as demais são escassas e não dão conta de atender minimamente as necessidades básicas destes usuários e usuárias, que sofrem com a marginalização que diversas pessoas das classes subalternas vivem, mas que é intensificada pelo lugar que ocupam as transexualidades e travestilidades, que são consideradas estranhas de maneira negativa aos padrões de uma sociabilidade cis-heteronormativa. Diante disso, suas alternativas de vida ficam comprometidas, os (as) tornando mais vulneráveis – não só ao adoecimento, mas à morte, ao desemprego, à violência.

Lembrando que, a problematização das classes envolvidas é muito importante, já que estes sujeitos que foram apresentados como “vulneráveis”, “marginalizados”, que dependem dos tão esperados procedimentos do SUS e que sofrem não apenas psiquicamente, mas com a falta de condições materiais dignas de sobrevivência, estão alocados nas camadas subalternas da sociedade.

A partir de Almeida e Murta (2013), Rocon *et al.*, (2018) afirmam que no processo de busca por mudanças desejadas as pessoas trans vivenciam as expressões da questão social. Neste sentido, as classes sociais afetam diretamente os recursos que serão utilizados para tais transformações. Também ratificam esta visão ao partirem dos autores e autoras Bento (2006), Pelúcio (2005), Almeida (2012) e Rocon *et al.* (2016) para sustentarem que o acesso a tais recursos é

desigual e determinado pelos recortes de raça, sexualidade e principalmente classes sociais, como já apontado anteriormente.

A respeito do acolhimento como problemática, Rocon *et al* (2019, p.11) apontam os artigos dos autores e autoras Romano (2008), Arán, Murta e Lionço (2009), Souza *et al.* (2014), Souza e Pereira (2015), Souza *et al.* (2015), Lima e Cruz (2016), Sehnem *et al.* (2017), indicando a inexistência de acolhimento ou este realizado de maneira inadequada, impedindo a “inclusão e a escuta qualificada das demandas em saúde”, pela via do desrespeito às identidades de gênero das pessoas trans e assim por diante, outras expressões transfóbicas e travestifóbicas, materializadas no cotidiano dos serviços de saúde, como por exemplo o desrespeito ao uso do nome social. A discriminação por parte dos profissionais da saúde dificulta o acesso aos serviços, implicando em abandono dos tratamentos e resistência na procura, mesmo quando estão muito doentes.

As bibliografias dos autores Souza e Pereira (2015); Souza *et al.* (2015); Arán e Murta (2009); Sampaio e Coelho (2012); Sehnem *et al.* (2017); Spizziri, Anker e Abdo (2017) apontam para a falta de qualificação e formação profissional adequada e de desconhecimento por parte dos profissionais, o que é evidenciada na busca dos espaços de saúde por pessoas trans com demandas relacionadas ao processo de transição de gênero e outros cuidados com o uso de hormônios, silicones etc, fato que deve ser modificado para a efetivação do PrTr (ROCON *et al.*, 2019).

Nos espaços de saúde encontram-se parcelas dos trabalhadores e trabalhadoras que (re)produzem práticas que desconsideram o lugar de exclusão da população LGBTQI+, colocando todos no sujeito universal hetero/cis/branco, como se vivenciassem as mesmas experiências em relação ao gênero e sexualidade, baseando nele o atendimento de saúde e toda a organização do serviço. O que diz, não apenas de práticas de profissionais específicos, como da organização local dos serviços, as gerências, as rotinas do serviço, que são pensadas a partir dos pressupostos dessa lógica do sujeito universal.

Há também um apagamento das demandas dessa população, como se não chegassem até os serviços, ou desconsiderando e desconhecendo os motivos pelos quais estas pessoas não adentram determinados espaços, que também está ligada

ao não acolhimento, discriminação e não resolutividade vivenciada por pessoas LGBTQI+, principalmente pessoas trans nos serviços de saúde, desconsiderando a existência de suas demandas.

Portanto, a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde em relação ao atendimento de pessoas LGBTQI+ é urgente, mas não resolverá todas as questões em relação ao tratamento aos usuários e usuárias, que perpassam por valores pessoais, que são permeados e permeiam os valores hegemônicos. Assim, a luta pela efetivação do SUS deve estar atrelada à luta pela garantia dos direitos das pessoas LGBTQI+ e a eliminação das LGBTQIfobia, que estão localizadas em um projeto societário mais amplo do que as políticas específicas.

No que tange à política de atenção básica, a partir de Arán e Murta (2009); Lima e Cruz (2016), é indicada a falta de integração de rede entre atenção básica, ambulatórios e hospitais, colaborando com o alongamento das filas de espera de usuários e usuárias por serviços do PrTr SUS. Assim, Rocon (2018) infere que a não articulação em uma rede de cuidado, contribui para essas longas filas, na medida em que demandas que chegam até a média e alta complexidade nos serviços transexualizadores poderiam ser acompanhadas pela atenção básica (ROCON *et al.*, 2019).

Outro elemento apontado como desafio para o acesso à saúde pelas pessoas trans por Rocon *et al.*, (2019) em sua pesquisa é sobre a escassez de recursos. A partir das obras de Almeida e Murta (2013), afirmam que há o crescimento da procura pelos serviços referentes ao PrTr SUS, ao passo que o número de vagas disponíveis é inferior ao que é necessário, devido à insuficiência de recursos recebidos para a manutenção e ampliação do programa.

Além disso, como aponta Rocon (2017) é muito limitada a cobertura dos procedimentos transexualizadores pelo setor privado, além do desprovimento de recursos financeiros por parcela significativa da população trans para o custeio destes serviços no âmbito privado. Outra produção apresentada é a de Mello *et al.* (2011) que fala sobre a ausência de recursos para que as ações previstas nas políticas públicas sejam realizadas, e a inexistência de previsão orçamentária para que as ações sejam efetivadas como constam, por exemplo, no Programa Brasil

sem Homofobia e o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT (ROCON *et al.*, 2019).

Avalia-se, assim, que O PrTr SUS prescrito nas portarias não se expandiu como preconizado e como demandados por pessoas trans; ainda timidamente e, precariamente, o serviço de hormonização. Mas, este é apenas um elemento do Processo, que é muito mais amplo, envolvendo vários profissionais de saúde de diversas áreas e outras ações. O PrTr SUS também não se ampliou do ponto de vista do pacto de gestão entre as três esferas do governo, e inclusive, a maioria dos hospitais são universitários, e alguns adentraram o processo apenas pela via ambulatorial, outros só pela via hospitalar. Ainda que já tenha pactuado nas esferas municipal e estadual, como em juiz de Fora, o processo ainda é moroso e incerto frente ao contexto nacional.

Diante do exposto, destaca-se que tratar de acesso e permanência dos sujeitos ao PrTr SUS envolve inúmeras questões para além da oferta de serviços, compreendendo as relações entre profissionais e usuários (as), as condições de vida dos sujeitos, entre outras questões que vão dizer do alcance da política ao seu público alvo e, principalmente, o contrário: do seu público alvo à política. Já que são os usuários e as usuárias trans que dão vida a existência da política e que tais pessoas devem ser atendidas por ela conforme suas demandas, e não que tenha que ser produtos do que a legislação estabelece.

São necessidades urgentes melhorias básicas como adequação do nome nos prontuários, tratamento pelo pronome escolhido pelas usuárias e usuários, respeito ao nome social, acesso facilitado a consultas, cuidado integral – reconhecendo que pessoas trans têm outros agravos em saúde para além das demandas ligadas ao processo de transição de gênero, uso de hormônios ou hiv/aids. Pois, quando buscam tratamento para qualquer enfermidade não relacionada à sua transexualidade ou por infecção pelo hiv, pessoas trans enfrentam grande dificuldade de acesso a serviços e atendimento nas redes de saúde pública e privada de saúde (PERILO *et al.*, 2011).

É necessário melhora da qualidade do PrTr SUS para acesso e manutenção, para que o fim não se limite a procedimentos apenas corporais, mas de maneira que

seja assegurada atenção qualificada para assistência à saúde de maneira integral, construindo um “processo de alargamento do acesso a direitos para essa população” (ALMEIDA; SANTOS, 2014, p.310).

Até o momento, vários hospitais foram habilitados pelas instâncias municipais e estaduais e estão esperando a habilitação em portaria pelo Ministério da Saúde. A atual gestão do MS está engavetando a homologação e a própria expansão do Processo (DUARTE, 2021). Pela morosidade do processo, o HU da UFJF também foi habilitado mas aguarda a publicação de portaria para dar prosseguimento ao processo e início da prestação do serviço.

Atualmente na política pública há um realce do apelo moral, aos valores cristãos e da família tradicional, diante da força da bancada evangélica e de setores regressistas no Congresso, do poder ideológico da igreja na sociedade e da força do conservadorismo que se intensifica, sobretudo, com a eleição de Bolsonaro para a presidência da república. Durante a sua campanha e em pouco mais de 190 dias de mandato, era notório o posicionamento do presidente e de parte de seus eleitores de maneira preconceituosa, misógina, racista, homofóbica, lesbofóbica, transfóbica etc.

Isto também permeia a sociedade ou é expressão dela, e vai implicar não apenas na negação das diversidades e dos direitos de LGBTQI+, mas também nas condutas dos profissionais e da organização dos serviços de saúde. Além disso, tem demonstrado total vinculação da política pública ao mercado, intensificando as contrarreformas, a destruição do patrimônio público e das políticas sociais.

Tais medidas colocam em xeque o que foi garantido até hoje com muita luta, articulação e até mesmo, sangue. Por isso, é importante apresentar, antes de adentrar no cenário do estudo, em problematizações sobre a transdiversidades e a patologização das identidades trans.

4.1.2 Considerações sobre TRANSdiversidades e a patologização das identidades trans

Toda a minha vida nasceu antes de mim, todos os sonhos e aspirações que eu teria, as roupas e brinquedos que possuiria, como também meu comportamento e sexualidade. Tudo isso surgiu quando o médico declarou que eu possuía uma vagina e cromossomos XX, e, portanto, era uma menina (CARDOSO, 2020).

A exposição de Cardoso (2020), aponta para a inauguração de um processo de masculinização ou de feminização a partir da afirmação ‘é um menino’ ou ‘é uma menina’, em que os sujeitos têm de se comprometer para serem legitimados, sendo exigida obediência às normas pertinentes à sua cultura (CARDOSO, 2020 *apud* LOURO, 2018).

Para Bento (2006) as relações de gênero têm se estruturado no binarismo de gênero, lógica em que as desigualdades são justificadas a partir das diferenças biológicas, pautadas principalmente pelos órgãos genitais. Estando os normais de gênero em correspondência entre genitália, performance e práticas eróticas (STACK, 2020).

Ao se tratar de um “corpo válido” existem fronteiras demarcadas que não devem ser ultrapassadas (CARDOSO, 2020). Aos corpos são colocados ideais de masculinidades e feminilidades, também aos sujeitos trans, que já se desviaram do padrão “original”/ “natural” e portanto, também têm que se enquadrar. Assim, se são mulheres trans têm que corresponder às expectativas e coerência estética de um corpo feminino e se são homens trans, têm que se adequarem para parecerem mais masculinos possíveis, com performance de gênero e esteriótipos condizentes com o masculino ou o feminino, para assim, serem “transexuais de verdade” (BENTO, 2006) Isso não significa que o desejo de pessoas trans por modificações corporais seja ilegítima, mas que há uma pressão para o enquadramento desses corpos de toda maneira.

“Todos os dispositivos atuam para naturalizar a ideia do corpo como portador de identidade do sujeito, fazendo dele a principal barreira para a validação da nossa identidade enquanto pessoa transgênero. Este meu corpo só passou a ser um problema quando foi entendido a necessidade de mudança para que eu pudesse existir fora do meu imaginário, uma mudança que deveria ser feita para um enquadramento nos conceitos heteronormativos do que é masculino e feminino, e assim, se tornar um corpo válido” (CARDOSO, 2020, p. 206).

Espera-se que ao passarem por determinados processos, pessoas trans alcancem determinado padrão. Mas, a busca por modificações corporais não estão vinculadas apenas a essa definição de masculino ou feminino. As vivências e as possibilidades de se estar no mundo são múltiplas. Deve-se, inclusive, considerar a existência de pessoas não binárias, e intersexos – que não foram incorporadas pela política.

No panorama atual, o indivíduo pode de forma autônoma buscar realizar inúmeras cirurgias, desde que essas cirurgias não tragam a ambiguidade para o seu corpo. Modifica-se nariz, peitos, quadris, vagina, pênis mas desde que siga a cisgeneridade; portanto, uma mulher pode buscar de forma autônoma uma cirurgia de correção vaginal; porém, o mesmo não se pode acontecer com uma mulher trans, a qual precisa justificar sua demanda através de um laudo patologizante de sua condição. Dessa forma o laudo médico sobre a transexualidade deve ser problematizado, uma vez que essa relação médico-paciente está permeada de relações de poder (STACK 2020, p. 206).

Há portanto, uma diversidade de ser trans, diversas transexualidades, travestilidades e diversas outras possibilidades de construção do gênero. Enquanto vivenciam as experiências de ser trans, podem divergir das normas de gênero e sexualidade haja vista que as suas construções destoam dessa matriz binária e heterossexual colocada aos gêneros.

Assim, a suposta natural estabilidade dos gêneros é desmentida por seus corpos ao transitarem entre os gêneros (ROCON, DUARTE, SODRÉ, 2018), com inúmeros atravessamento, portanto, em suas vidas, no âmbito familiar, escolar, no mercado de trabalho, nos espaços públicos e nos privados. A forma como as pessoas veem os corpos também é marcada pela classe à qual pertence.

As diferentes classes têm percepções distintas a respeito do uso do seu corpo (STACK, 2020). A partir da compreensão de capital cultural de Bourdier (2009), Stack (2020, p. 210) afirma que “(des)construção do gênero é permeada pelos espaços que as pessoas circulam e o acesso às discussões sobre o mesmo”.

Ainda no âmbito do PrTr há a presença do poder médico, da patologização das identidades trans e de critérios que não identificam a pluralidade dos modos de ser. E assim, instituições como a médica se assentaram sobre discursos heterocentros a respeito dos corpos (BITELO; ARALDI, 2019). Esta lógica

permeia os espaços de saúde, bem como as normativas do CFM e a portaria deste Processo enquanto serviço público.

As protoformas do PrTr SUS e o seu surgimento enquanto um programa do Estado foram marcados por “intenso protagonismo do saber médico e profunda verticalização presente na relação médico/paciente com bem como são ações nucleadas em torno da psiquiatrização e sob rígidos critérios diagnósticos”, que deixaram sequelas presentes no modelo assistencial mesmo após a sua institucionalização, e que aos poucos têm sido questionadas, “conformando esse espaço como um lócus de disputa de concepções políticas, de saberes e de práticas” (SANTOS, 2020, p. 38).

Os profissionais que estavam envolvidos com a assistência em saúde à pessoas trans no campo do processo transexualizador “eram pouco ou nada interpelados do ponto de vista político, institucional e acadêmico”. Mudanças foram ocorrendo a partir do tencionamento nesse campo por abordagens questionadoras das concepções biomédicas, com a entrada em cena de pesquisadoras como Marcia Arán, Berenice Bento, Flávia Teixeira. Em sentido de ampliação e diversificação desse tema foi fundamental a constituição e fortalecimento de uma militância trans, principalmente a partir dos Encontros Nacional de Travestis e Liberados que Atuam na Prevenção da Aids (ENTLAIDS), que apresenta contribuições consideráveis para o tencionamento nesse espaço de práticas médicas (SANTOS, 2020, p.39).

Ainda assim, no PrTr o acesso aos serviços se faz pelo diagnóstico que envolve processo de avaliação complexo, longo e até mesmo exaustivo. O modelo de atendimento do SUS, mesmo com avanços significativos, ainda é pautado em quem pode ou não realizar determinados procedimentos do processo transexualizador, de acordo com critérios médico psiquiátricos e imposição de uma identidade de gênero que pode gerar exclusão para quem não se enquadra como “suposto transexual verdadeiro”. Assim, alguns instrumentos legais e normativos podem se tornar barreiras para o exercício da “cidadania”, da autonomia e da liberdade, através de “práticas autoritárias” (ALMEIDA; SANTOS, 2014).

Desta maneira, pessoas trans, por vezes, são levadas a reproduzirem determinado comportamento na frente dos profissionais de saúde para se enquadrarem nos critérios de acesso aos procedimentos. Santos (2020) vai chamar este processo de atender performaticamente às expectativas das equipes, de “ortopetização”, que se dá a partir da concepção de gênero e sexualidade que fundamentou os critérios diagnósticos presentes nas Resoluções do CFM de 1997 e de 2002.

Neste sentido,

a Portaria no 2.803 incorpora do modelo médico-psiquiátrico, parcialmente, a exclusão das travestis do processo transexualizador. Isso se dá através da diferente vinculação dos códigos do CID aos procedimentos incluídos no PTS. O código “F64.0 Transexualismo”, definido como “Desejo de viver e ser aceito como membro do sexo oposto, geralmente acompanhado de uma sensação de desconforto ou sensação de inapropriação com o sexo anatômico, e um desejo de ser submetido a cirurgia e tratamento hormonal para tornar o corpo o mais congruente possível com o do sexo preferido”. As travestis não estariam então em conformidade com esta definição, já que esta, partindo de uma concepção binária, não assume em si a possibilidade de incorporar identidades não binárias ou pessoas que não demonstrem o desejo de intervenção cirúrgica para transformar seu corpo “o mais congruente possível” com o do sexo feminino. Elas podem então ser “enquadradas” no código “F64.9 Transtorno não especificado da identidade de gênero”. Importante reforçar que, como dito anteriormente, os procedimentos cirúrgicos (que englobam, além da cirurgia de redesignação sexual, a tireoplastia, as cirurgias complementares e a plástica mamária reconstrutiva bilateral) são vinculados apenas ao código F64.0 (MACIEL, 2017, p. 46).

Cabe destacar que é real a necessidade de acompanhamento destes usuários e usuárias, entretanto, também é verdadeiro assumir que ele está pautado em uma lógica que não atende de maneira ampla a diversidade dos modos de ser dos sujeitos na sociedade.

Por um lado o diagnóstico torna legítima a demanda por redesignação sexual e possibilita o acesso aos serviços de saúde, por outro é raiz de restrições sociais e estigma que afetam diversos níveis da vida desses indivíduos, reforçando sua condição de exclusão social (ALMEIDA; SANTOS, 2014, p. 08).

Os diagnósticos que compõem os critérios de acesso a procedimentos do PrTr SUS, de acordo com o manual CID 10, estão localizados no item dos Transtornos de personalidade e de comportamentos em adultos, como Transtornos de identidade sexual.

O CID F64.0 “Transexualismo” é considerado pelo Manual CID 10 (1993, p. 210) como:

Um desejo de viver e ser aceito como um membro do sexo oposto, usualmente acompanhado por uma sensação de desconforto ou impropriedade de seu próprio sexo anatômico e um desejo de se submeter a tratamento hormonal e cirurgia para tornar seu corpo tão congruente quanto possível com o sexo preferido. Diretrizes diagnósticas Para que esse diagnóstico seja feito, a identidade transexual deve ter estado presente persistentemente por pelo menos 2 anos e não deve ser um sintoma de um outro transtorno mental, tal como esquizofrenia, nem estar associada a qualquer anormalidade intersexual, genética ou do cromossomo sexual.

E tem como diretrizes diagnósticas:

Para que esse diagnóstico seja feito, a identidade transexual deve ter estado presente persistentemente por pelo menos 2 anos e não deve ser um sintoma de um outro transtorno mental, tal como esquizofrenia, nem estar associada a qualquer anormalidade intersexual, genética ou do cromossomo sexual (MANUAL CID 10, 1993, p. 210).

O outro diagnóstico incorporado pelo PrTr SUS é o F64.9 “Transtorno de identidade sexual, não especificado”.

Ainda que o diagnóstico tenha contribuído para o reconhecimento do direito de pessoas trans ao Processo Transexualizador, como aqui discutido, há de maneira legítima, um debate e mobilização para a despatologização destas identidades. Neste sentido, em 2018 a Organização Mundial da Saúde (OMS) deliberou sobre a retirada da transexualidade da lista de doenças e distúrbios mentais. Assim, a 11ª edição do manual CID, que passará a ser utilizada em 2022, deixou de incluir o chamado “transtorno de identidade sexual” ou “transtorno de identidade de gênero.” A transexualidade se mantém no manual, mas em uma categoria diferente – a das

condições relativas à saúde sexual –, como “incongruência de gênero” (BRASIL, 2018).

Como assinalado, em 09 de janeiro de 2020 foi publicada no Diário Oficial da União a Resolução nº 2.265, de 20 de setembro de 2019 do CFM que “dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero e revoga a Resolução CFM nº 1955/2010”. Em seu primeiro artigo “transgênero” ou “incongruência de gênero” é considerada como “a não paridade entre a identidade de gênero e o sexo ao nascimento, incluindo-se neste grupo transexuais, travestis e outras expressões identitárias relacionadas à diversidade de gênero” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019, p. 01). Neste quesito, não faz mais a referência ao paciente transexual enquanto “portador de desvio psicológico permanente de identidade sexual”, como na Resolução anterior.

Tal normatização indica, entre outras coisas, que a atenção integral à saúde dessas pessoas deve contemplar suas necessidades, de maneira a garantir o acesso a todos os níveis de atenção (básica, especializada e de urgência e emergência), sem qualquer tipo de discriminação (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019).

No que tange à atenção especializada de cuidados específicos a atual Resolução abrange o acolhimento, o acompanhamento ambulatorial, a hormonioterapia e o cuidado cirúrgico, de acordo com o Projeto Terapêutico Singular - projeto com propostas e condutas terapêuticas a ser elaborado a partir de discussão entre uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, com abrangência da rede assistencial em que está inserido, de modo a contemplar as suas demandas e necessidades independentemente de idade (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019).

Em relação à idade mínima para serem submetidos e submetidas aos procedimentos especializados, esta resolução trouxe algumas diferenças em relação a Portaria que regulamenta o PrTr no SUS. Neste sentido está previsto pelo CFM que é permitido realizar hormonioterapia cruzada a partir dos 16 anos, de acordo com o estabelecido no Projeto Terapêutico Singular, sendo necessário o acompanhamento ambulatorial especializado.

Procedimentos cirúrgicos considerados como de "afirmação de gênero" poderão ser realizados a partir dos 18 anos de idade, após acompanhamento prévio de pelo menos 1 ano por equipe multiprofissional e interdisciplinar. Como diferenciação da norma anterior, esta também contempla a realização de bloqueio puberal, considerado ainda como experimental.

A equipe médica especializada para o cuidado ao transgênero deve ser composta por equipe mínima formada por "pediatra (em caso de pacientes com até 18 (dezoito) anos de idade), psiquiatra, endocrinologista, ginecologista, urologista e cirurgião plástico, sem prejuízo de outras especialidades médicas que atendam à necessidade do Projeto Terapêutico Singular" (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019, p. 02).

Apesar de algumas expressões e definições utilizadas sobre as identidades serem passíveis de questionamento, de maneira geral houve significativas alterações na nova Resolução do CFM quando comparada à normatização da década anterior. Neste sentido, destaca-se em seu texto o reconhecimento de uma diversidade de identidades transgêneras e considera que a identidade de gênero diz respeito ao reconhecimento de cada pessoa sobre o seu próprio gênero (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019).

De acordo com o Portal do CFM (2020, s/p):

O debate que levou à formulação do texto foi amplo e exaustivo. Além do plenário do CFM, contribuíram no processo representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Federal de Psicologia (CFP), do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e de diferentes sociedades de especialidades médicas que mantém interface com o tema, como psiquiatria, endocrinologia, cirurgia plástica, urologia e pediatria. Também foram ouvidas lideranças de movimentos sociais organizados que se dedicam ao assunto, bem como pais de crianças e adolescentes com diagnóstico de incongruência de gênero e gestores de hospitais que já realizam esses atendimentos.

Tais mudanças no âmbito do CFM ainda não alteraram a regulamentação vigente do PrTr no SUS. Estas alterações recentes indicam decisões favoráveis para o conjunto das pessoas trans que buscam pelos serviços de saúde, sobretudo o PrTr SUS, mas ainda há um caminho a ser percorrido para galgar a despatologização por completo, garantindo o direito a saúde de maneira universal e equânime, sem que a

doença tenha que ser o passe de entrada. Tendo por base esse direcionamento analítico que será analisada a política para pessoas trans no município de Juiz de Fora (Minas Gerais).

4.2 CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO DE ESTUDO: O ESTADO DE MINAS GERAIS E O MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA NA ROTA DAS TRANSPOLÍTICAS PÚBLICAS

Antes de adentrar a discussão sobre a política de saúde para pessoas trans em Juiz de Fora, será realizada uma breve contextualização da organização do estado mineiro em termos de políticas públicas para LGBTQI+ e a assistência em saúde no PrTr SUS.

No estado de Minas Gerais (MG), as políticas públicas de promoção aos direitos de LGBTs são executadas por meio da Coordenadoria Especial de Políticas de Diversidade Sexual situada na Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, da Secretaria de Estado de Direitos Humanos, Participação Social e Cidadania (SEDPAC).

Dentre as iniciativas realizadas para o público LGBT em MG estão: a publicação da Lei Estadual nº 14.170 de 15 de janeiro de 2002, que determina a imposição de sanções a pessoa jurídica que pratique ato discriminatório contra pessoa em virtude de sua orientação sexual; a realização da 3ª Conferência Estadual de Políticas Públicas e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT, em 2015; o lançamento do Grupo de Trabalho do Programa Cidadania Trans⁷⁷, no Dia Nacional da Visibilidade de Travestis e Transexuais (29 de janeiro de 2016); e o envio do Projeto de Lei nº 22.257 de 27 de junho de 2017, que institui o Conselho Estadual de Cidadania de LGBT (MINAS GERAIS, 2018a).

Além dos feitos supracitados, existem aparatos legais que garantem direitos a população LGBT mineira, e em relação às pessoas trans recebem destaque: o

⁷⁷ Com o objetivo de fortalecer no estado mineiro as atividades de inserção no mercado de trabalho, reintegração social e resgate da cidadania para travestis e transexuais em situação de vulnerabilidade (MINAS GERAIS, 2018a).

Decreto nº 47.148, de 27 de janeiro de 2017, que dispõe sobre a adoção e utilização do nome social por parte de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública estadual; e o Decreto nº 47.306, de 15 de dezembro de 2017, que institui a Carteira de Nome Social para travestis, mulheres transexuais e homens trans⁷⁸ em todo o território mineiro.

Especificamente na saúde, tem relevância: a Resolução Conjunta SES-MG/SEDPAC-MG/SEE-MG nº 207, de 17 de novembro de 2016, que institui e define o Comitê Técnico de Saúde Integral da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis – Comitê Técnico LGBT –, no âmbito de MG; e a Portaria MS/GM nº 3.128, de 28 de dezembro de 2016, que habilita para realização do Componente Atenção Especializada no Processo Transexualizador (MINAS GERAIS, 2018b).

O Comitê Técnico LGBT foi Criado pela Secretaria de Estado de Saúde (SES) com vistas à implementação da PNSI LGBT em MG, sendo responsável pela formulação e proposição de diretrizes de ação governamental orientadas para o enfrentamento à discriminação, promoção da saúde integral e defesa dos direitos da população LGBT. Este comitê desempenhou papel importante para ampliação da oferta do PrTr no estado e é composto por membros do governo estadual, do Conselho Estadual de Saúde, das instituições de ensino, e da sociedade civil (MINAS GERAIS, 2018a).

Considerando as especificidades deste estado, em agosto de 2020, a CIBSUS/MG deliberou sobre a aprovação da Política Estadual de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PESI LGBT). A política apresenta como objetivo principal a promoção da saúde integral da população LGBT em MG, com vistas ao enfrentamento da discriminação e do preconceito institucional, colaborando para a diminuição das iniquidades na consolidação do SUS, condizente com os seus princípios (MINAS GERAIS, 2020).

⁷⁸ Institui o documento de identificação a ser usado para acessar os serviços públicos.

A Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.202, de 14 de agosto de 2020⁷⁹, traz dentre os seus objetivos específicos: a ampliação do acesso a LGBTs aos serviços do SUS, com garantia do respeito à autodeclaração e às especificidades e do acolhimento com qualidade e resolutivo frente as demandas e necessidades das pessoas; garantia do acesso ao PrTr SUS de forma universal e integral na rede SUS em MG; qualificação da coleta, processamento e análise de informações e dados saúde; a qualificação Rede Estadual de Serviços do SUS, inclusive a fim de desenvolver ações de redução de danos relacionadas ao uso excessivo de medicamentos, álcool e outras drogas, anabolizantes, estimulantes sexuais, silicone industrial e hormônios, entre outro; garantia de educação permanente e de educação popular sobre saúde LGBT e sobre a política estadual (MINAS GERAIS, 2020).

Também objetiva: a oferta de atenção a travestis e transexuais no que se refere a problemas decorrentes do uso prolongado de hormônios; definição e implementação de estratégias de cuidado a travestis e transexuais pertinentes a possíveis complicações no uso de silicone industrial; prevenção de novos casos de cânceres ginecológicos e ampliação do acesso ao exame preventivo e ao tratamento qualificado para mulheres lésbicas e bissexuais e homens transexuais; prevenção de novos casos de câncer de mama e ampliação do acesso ao exame clínico e ao tratamento qualificado para mulheres lésbicas, bissexuais, homens transexuais, mulheres travestis e transexuais; prevenção de novos casos e ampliação do acesso ao tratamento de câncer de próstata entre gays, homens bissexuais, travestis e mulheres transexuais que não fizeram cirurgia de redesignação sexual; garantia dos direitos sexuais e direitos reprodutivos; desenvolvimento de estratégias de prevenção a tentativas de autoextermínio e automutilação (MINAS GERAIS, 2020).

Outros objetivos que não estão ligados diretamente à oferta de serviços, mas que incide sobre ela são: fortalecimento e fomento da participação e do controle social; garantia do preenchimento dos campos de orientação sexual e identidade de

⁷⁹Consta no documento da Deliberação 3.202/2020, que a construção desta política foi realizada a partir de um processo amplamente participativo, de acordo com a ata da Comissão de Atenção Primária à Saúde - 10ª Reunião do Comitê Técnico de Saúde Integral LGBT, em que participaram representantes da Ordem dos Advogados do Brasil, Conselho Regional de Psicologia, Conselho Regional de Serviço Social e Universidade Federal de Minas Gerais na etapa de validação com parcerias externas (MINAS GERAIS, 2020).

gênero nos Sistemas de Informação de Saúde (SIS) e outros formulários; garantia do respeito ao nome social e à identidade de gênero nos prontuários, em todos os cadastros e formulários do Sistema de Saúde, nas chamadas na sala de espera e nas relações dentro dos serviços (MINAS GERAIS, 2020).

A deliberação prevê a garantia do recorte de identidade de gênero e orientação sexual em relação às políticas de saúde direcionadas a pessoa privada de liberdade, população em situação de rua, campos, águas e florestas, dentre outras em situação de maior vulnerabilidade, assim como em instituições de acolhimento de crianças e adolescentes, casas transitórias, instituições de longa permanência para idosos e idosos (ILPI's), albergues, dentre outras. Também traz objetivos que fazem alusão a práticas para evitar constrangimentos no uso de banheiros e nas internações e pautadas na despatologização das identidades de gênero e orientações sexuais (MINAS GERAIS, 2020).

A Política Estadual apresenta como princípios: garantia e ampliação do acesso permanente à saúde; integralidade; intersetorialidade; transversalidade; enfrentamento ao estigma e preconceito, “entendendo que a população LGBT encontra como principal barreira de acesso aos serviços de saúde as diferentes formas de discriminação em decorrência da orientação sexual e identidade de gênero”; participação social; direitos humanos e cidadania; efetividade, com a definição de ações de curto, médio e longo prazo para efetiva implementação da política. (MINAS GERAIS, 2020, p. 07).

Delimita o que compete ao estado de Minas Gerais e aponta as seguintes competências aos municípios, que portanto, também compete ao município de Juiz de Fora:

- I - Implementar a Política Estadual de Saúde Integral LGBT no Município;
- II - Identificar as necessidades de saúde da população LGBT no Município por meio de diagnóstico situacional de saúde e relatórios das Conferências Municipais de Saúde;
- III - Promover inclusão desta Política Estadual de Saúde Integral LGBT no Plano Municipal de Saúde e no Plano Plurianual (PPA), em consonância com as realidades, demandas e necessidades locais;
- IV - Estabelecer mecanismos de monitoramento e avaliação de gestão e do impacto da implementação desta Política Estadual de Saúde Integral LGBT no município;
- V - Articular com outros setores de políticas sociais, incluindo instituições governamentais e

nãogovernamentais, com vistas a contribuir no processo de melhoria das condições de vida da população LGBT, em conformidade com a Política Nacional de Saúde Integral LGBT e com esta Política Estadual; VI - Garantir a inclusão de conteúdos relacionados à saúde da população LGBT, com recortes étnico-racial e territorial, nos materiais didáticos dos processos de educação permanente de trabalhadoras e trabalhadores de saúde da rede municipal para melhorar a visibilidade e o respeito à população LGBT; VII - Apoiar a participação social de movimentos sociais organizados da população LGBT nos Conselhos e Conferências Municipais de Saúde e em todos os processos participativos; VIII - Promover a inclusão da população LGBT em situação de violência doméstica, sexual e social nas redes integradas do SUS; IX - Implementar protocolos clínicos acerca do uso de hormônios, implantes de próteses de silicone, mastectomia, histerectomia, bem como outros procedimentos específicos oferecidos à população LGBT nos serviços do SUS; X - Pactuar o preenchimento dos campos de orientação sexual e de identidade de gênero nos prontuários clínicos e nos demais documentos de identificação nos sistemas oficiais de saúde; XI - Promover ações de vigilância, prevenção e atenção à saúde nos casos de violência contra a população LGBT no âmbito municipal; XII - Promover ações educativas em saúde nos serviços do SUS, com ênfase na promoção da saúde mental, e do respeito à orientação sexual e identidade de gênero, incluindo recortes étnico-racial e territorial; e XIII - Promover campanhas de mobilização e sensibilização contra a LGBTfobia e promoção de autoestima para a população LGBT em âmbito municipal (SECRETARIA DE SAÚDE DO GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2020, p. 10-11).

O último artigo desta deliberação declara que as orientações para operacionalização desta política estarão no Plano Operativo que ainda será construído e aprovado pelo Comitê Técnico Estadual de Saúde Integral LGBT⁸⁰.

Sobre o PrTr SUS, MG conta com um único serviço habilitado pelo MS, em funcionamento na modalidade ambulatorial, ofertando hormonioterapia e o acompanhamento pré e pós-operatório, sendo este o Hospital das Clínicas, da Universidade Federal de Uberlândia⁸¹ (SANTOS, 2020).

o Hospital Eduardo de Menezes (ambulatorio Anyky Lima), da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais(Fhemig) em Belo Horizonte, presta serviços

⁸⁰ Instituído pela Resolução Conjunta SES-MG/SEDPAC-MG/SEE-MG nº 207, de 17 de novembro de 2016 (MINAS GERAIS, 2020).

⁸¹ Este hospital aguarda a habilitação pelo Ministério da Saúde para integrar a modalidade hospitalar do PrTr SUS.

na mesma modalidade do hospital de Uberlândia, entretanto, é de iniciativa local e não tem a habilitação prevista em portaria (SANTOS, 2020).

Percebe-se, portanto, a ausência de serviços suficientes para o atendimento de transexuais e travestis na atenção especializada do PrTr SUS em MG, configurando uma barreira de acesso à saúde. Este quadro será reproduzido, em parte, no contexto das políticas públicas de uma cidade do interior de Minas Gerais.

4.2.1 Política de Saúde para a população trans no interior de Minas Gerais: conhecendo o município de Juiz de Fora

O município de Juiz de Fora está posicionado geograficamente no sudeste do estado de Minas Gerais (MG), na mesorregião da Zona da Mata. De acordo com a PJJ⁸², possui área territorial de 1.433,87 km², sendo 440,74 km² de área urbana, e população estimada pelo IBGE⁸³ de 577.532 pessoas.

Em relação às regiões de Saúde, instituídas pelo estado em articulação com os Municípios e pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), Juiz de Fora é compreendida no estado de MG como polo da macrorregião sudeste⁸⁴ e da sua microrregião⁸⁵ (MINAS GERAIS, 2011).

O município tem forte aparato técnico/científico nos serviços de saúde, sendo considerado como referência em procedimentos de Média e Alta Complexidade⁸⁶ (JUIZ DE FORA, 2014).

⁸² De acordo com o sítio eletrônico da Prefeitura de Juiz de Fora. Disponível em: <<https://www.pjf.mg.gov.br/institucional/cidade/caracteristicas.php>>. Acesso em: 10/08/2021.

⁸³ População estimada para 2021 pelo IBGE, conforme o sítio eletrônico: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/juiz-de-fora.html>>. Acesso em: 01/09/2021.

⁸⁴ A macrorregião sudeste do estado de Minas Gerais é formada por nove microrregiões, a saber: Além Paraíba, Carangola, Juiz de Fora, Lima Duarte, Leopoldina/ Cataguases, Muriaé, Santos Dumont, São João Nepomuceno/Bicas, e Ubá (Site Minas On-Line atualizado em dezembro de 2010).

⁸⁵ A microrregião Juiz de Fora compreende 12 municípios e uma população de 612.958, a saber: Juiz de Fora, Ewbank da Câmara, Piau, Coronel Pacheco, Chácara, Goianá, Rio Novo, Belmiro Braga, Matias Barbosa, Simão Pereira, Santana do Deserto, e Chiador.

⁸⁶ Considerado em 2014 como referência destes procedimentos para cerca de cento e sessenta municípios (Juiz de Fora, 2014). Não foi possível acessar documento com a atualização deste dado.

Considerando as necessidades de saúde da população em cada região, o Plano de Saúde⁸⁷ é um instrumento que norteia a elaboração do planejamento e orçamento do governo, sendo central para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS (BRASIL, 2013b).

O último Plano de Saúde da cidade de Juiz de Fora compreendeu o período de 2018 a 2021, e apresentou quatro diretrizes, a saber: 1. fortalecimento da Atenção Primária como ordenadora da rede de atenção à saúde municipal; 2. implantação das redes de atenção à saúde prioritárias, com integração dos pontos das redes e descentralização da atenção especializada; 3. aperfeiçoamento e fortalecimento da gestão do SUS, com foco em resultados e participação social; 4. fortalecimento da política de Recursos Humanos da Saúde (JUIZ DE FORA, 2018).

Este importante documento para a organização dos serviços de saúde no município, assim como o Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde⁸⁸, não apresentou nenhum objetivo ou diretriz que fizesse referência a gênero enquanto importante determinante social, abarcando objetivamente a população transexual, bem como não é feita alusão à PNSILGBT, ou ao PrTr SUS. (PAIVA, 2020).

Em uma busca realizada no *Sistema JFLegis*⁸⁹ foram encontradas 14 normatizações para as palavras-chave “gibt”, “lgbt”, “travesti”, “transexual” e “transgênero”.

Quadro 2 - Normatizações vigentes acerca da população LGBTQI+ no âmbito da PJF*

Palavra-chave	Quantidade	Normas (vigentes)
gibt	01	Portaria 06000 de 14/08/2007 Proíbe a venda e o consumo de bebidas acondicionadas em garrafas de vidro na “5ª Parada da Cidadania e do Orgulho

⁸⁷ Elaborado para um período de quatro anos.

⁸⁸ Este plano é a principal diretriz para a estruturação da Estratégia da Saúde da Família (ESF), no âmbito da Secretaria de Saúde de Juiz de Fora, e se desenvolve prevendo a melhoria dos processos na Atenção Primária à Saúde (APS) (JUIZ DE FORA, 2014).

⁸⁹ A Prefeitura de Juiz de Fora disponibiliza a Legislação Municipal desde 1939, por meio da internet, através do Sistema JFLegis as Leis, os Decretos, as Portarias e suas alterações. Disponível em: <<https://jflegis.pjf.mg.gov.br/>>.

		GLBT”, a ser realizada no Município de Juiz de Fora/MG.
lgbt	02	Decreto do Executivo 14672 de 19/07/2021 Revoga o Decreto nº 14.543, de 17 de maio de 2021, e dispõe sobre o Grupo de Trabalho para elaborar proposta do Plano Municipal de Promoção e Defesa dos Direitos da População LGBTQI+, e dá outras providências. Resolução 00171 SEDH de 29/03/2021 Aprova o Regimento Interno da Secretaria Especial de Direitos Humanos - SEDH.
travesti	02	Decreto do Executivo 10865 de 08/08/2011 Convoca a I Conferência Municipal de Políticas Públicas e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais e dá outras providências. Lei 14159 de 31/01/2021 Altera a Lei nº 9.212, de 27 de janeiro de 1998, a Lei nº 10.589, de 21 de novembro de 2003, e a Lei nº 13.830, de 31 de janeiro de 2019. Ao alterar a estrutura da Administração Pública Municipal, apresenta as competências das Secretarias Municipais, inclusive da Secretaria Especial de Direitos Humanos.
transgênero	03	Lei 09791 de 12/05/2000 Dispõe sobre a ação do Município no combate às práticas discriminatórias, em seu território, por orientação sexual. “Lei Rosa”. Lei 12789 de 24/05/2013 Altera dispositivos da Lei n. 9709, de 18 de janeiro de 2000 que “Dispõe sobre a Estrutura Organizacional da Câmara Municipal e dá outras providências”, Lei n. 9650, de 25 de novembro de 1999 que “Dispõe sobre a Organização do Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos dos Servidores da Câmara Municipal de Juiz de Fora e dá outras providências”. O Centro de Atenção ao Cidadão é dividido em grupos estruturais, sendo um deles o grupo “Supervisão dos Serviços de Formação para a Cidadania e Diagnóstico Social”, sendo de sua competência: “supervisionar as atividades de: e) desenvolver ações de planejamento e apoio de programas e campanhas de defesa e prevenção à violação de direitos de pessoas e grupos em situação de alto risco, particularmente crianças e adolescentes, idosos, mulheres, negros, indígenas, migrantes, homossexuais, bissexuais, transgêneros, trabalhadores sem-terra, trabalhadores sem teto, população em situação de rua, pessoas com deficiência, pessoas com vírus HIV e de outras moléstias graves, assim como de qualquer outra particularidade ou condição, mediante parecer prévio da Comissão Permanente de Direitos Humanos e Cidadania”. Resolução 01133 de 27/09/2000

		Regulamenta o funcionamento do Centro de Atenção ao Cidadão da Câmara Municipal de Juiz de Fora, disciplina sobre sua competência, atividades e dá outras providências.
Travesti; transgênero (aparece em ambas)	01	Lei 14224 de 04/08/2021 Institui a utilização do nome social no Município de Juiz de Fora.
travesti; transexual (aparece em ambas)	03	Decreto do Executivo 10865 de 08/08/2011 Convoca a I Conferência Municipal de Políticas Públicas e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais e dá outras providências. Decreto do Executivo 14291 de 29/01/2021 Dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de travestis, mulheres transexuais e homens trans no âmbito da Administração Pública Municipal direta, autárquica e fundacional, bem como nos serviços sociais autônomos instituídos pelo Município e concessionárias de serviços públicos municipais. Decreto do Executivo 14514 de 30/04/2021 Regulamenta a organização e as atribuições da Secretaria de Saúde - SS, instituída pela Lei nº 13.830, de 31 de janeiro de 2019, que “Dispõe sobre a organização e estrutura do Poder Executivo do Município de Juiz de Fora, fixa princípios e diretrizes de gestão e dá outras providências”. Ao Departamento de Saúde da Mulher, da Gestante, da Criança e do Adolescente também compete “ofertar ações e serviços de saúde e zelar pelo cuidado integral da população Travesti e Transexual.”.
Travesti; lgbt (aparece em ambas)	02	Decreto do Executivo 14354 de 19/02/2021 Regulamenta a organização e as atribuições da Secretaria Especial de Direitos Humanos - SEDH, instituída pela Lei nº 13.830, de 31 de janeiro de 2019, que “Dispõe sobre a organização e estrutura do Poder Executivo do Município de Juiz de Fora, fixa princípios e diretrizes de gestão e dá outras providências”. Portaria do Diretor 02045 - SDS/SS de 31/07/2014 Departamento de Políticas para a Pessoa com Deficiência e Direitos Humanos – DPCDH. Considera, entre outros, a PNSILGBT, a Política de Saúde Integral à população Negra e os Projetos Coisas do Gênero e Raça Forte desenvolvidos através da “Ciranda Cidadã”.
Total:	14	Decretos, leis, resolução e portarias

* Quadro estruturado pela autora a partir das informações do *Sistema JFLegis* da PJF.

Diante do exposto é possível afirmar que é a partir de 2021, que as principais iniciativas para a população LGBTQI+, com destaque ao âmbito da saúde, têm sido desenvolvidas. Tal marco acontece sob a gestão de uma liderança petista⁹⁰, assim como no contexto nacional de implementação da PNSI LGBT e do PrTr SUS.

A “Lei Rosa”, que “dispõe sobre a ação do município no combate às práticas discriminatórias, em seu território, por orientação sexual”, foi publicada há 11 anos atrás. Além disso, foram realizadas duas Conferências Municipais de Políticas Públicas e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais nos anos de 2010 e 2015. Contudo, somente este ano, foi instituído pelo poder público municipal o Grupo de Trabalho para elaboração do Plano Municipal de Promoção e Defesa dos Direitos da População LGBTQIA+ de Juiz de Fora.

Anterior a 2021 existia um “vazio” nos documentos da Secretaria de Saúde (SS) e a discussão dos direitos LGBT estava atrelada ao campo das deficiências. Apesar disso, as normatizações demonstram certa organização de estratégias voltadas para a questão da vulnerabilidade da população LGBT e das mulheres (RODRIGUES,2018).

Neste caminho destaca-se o Projeto “Ciranda Cidadã”, criado através da Secretaria de Desenvolvimento Social (SDS) em articulação com a SS da Prefeitura de Juiz de Fora (PJF), com o objetivo de implementar ações de garantia e promoção de direitos humanos para populações marginalizadas, direcionando a atenção para a população negra, a mulher e a população LGBT de Juiz de Fora. Neste sentido, foi previsto pelo projeto a realização de ações educativas direcionadas aos servidores das secretarias de Desenvolvimento Social e Saúde, de modo a qualificar o atendimento a este público (JUIZ DE FORA, 2014).

Assim, promoveu uma agenda de ações de garantia de promoção de direitos humanos na administração pública, com grande importância para a capacitação das equipes em atendimento ao público, articulando as categorias raça, gênero e classe, enquanto determinantes sociais no processo saúde-doença. Além disso, por meio

⁹⁰ No que se refere à chefia do executivo, prefeita Margarida Salomão. Atualmente as cadeiras do legislativo estão ocupadas por três vereadores do PT (duas mulheres e um homem), uma vereadora do PSOL, e outros (as) 16 vereadores (as) dos partidos: CIDADANIA, DEM, PSB, PSC, PSD, PTB, PATRIOTA, PODE, PV, PP, PSL e REPUBLICAN.

deste projeto foram realizadas ações como: “Preservativo na Pista”⁹¹, em que foram distribuídos preservativos e cartilhas educativas para profissionais do sexo, com foco direcionado às travestis e transexuais; “Encontros na Roda”, em que foram discutidas temáticas do projeto; e “Polícia para quem precisa”, com a proposição de estratégias abordagem de questões raciais e de gênero (RODRIGUES, 2018).

Esta iniciativa é pioneira no município de Juiz de Fora e trouxe resultados efetivos consonantes com a potencialidade de um trabalho realizado em conjunto e de modo intersecretarial, fundamental para a intersetorialidade na saúde. Projetos como este são estratégicos no caminho de busca pela integralidade, enquanto uma diretriz da assistência à saúde no PrTr, bem como de outras diretrizes (RODRIGUES, 2018).

Entretanto, as atividades da Ciranda Cidadã estavam centradas nas figuras de dois profissionais responsáveis pela execução e desenvolvimento do projeto e quando estes não puderam mais continuar, devido a alterações de funções no âmbito da PJF, não foi dada continuidade às ações. Isso demonstra a fragilidade das iniciativas no âmbito da Prefeitura, que por vezes não demonstrou interesse em implementar verdadeiramente as políticas para a população LGBTQI+ no município, ficando a cargo da vontade de poucos servidores.

Outro dado apresentado no quadro, importante para esta análise, é a pactuação recente do PrTr SUS em Juiz de Fora, e agora o Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU UFJF) aguarda a sua habilitação pelo Ministério da Saúde. Portanto, não há no município o conjunto de serviços e de atenção à saúde da população transexual, instituídos através das portarias de 2008 e 2013.

Também não existe nenhuma política ou programa instituído para atendimento à saúde integral dessas pessoas, considerando que o cuidado não se restringe ao PrTr, embora seja uma demanda significativa do movimento LGBTQI+. Tampouco existe um comitê ou coordenação ou setor específico de referência das questões, discussões, demandas e efetivação de direitos da população LGBTQI+ no interior da SS.

⁹¹ Em parceria com a equipe de coordenação do grupo VisiTrans (RODRIGUES, 2018).

Em caminhos de abertura de diálogo e construção de agenda para o debate e implementação de políticas para estes segmentos, houve a necessária criação da Secretaria Especial de Direitos Humanos e a formação de um grupo de trabalho instituído por decreto para a construção do Plano Municipal LGBTQI+, com representação da SS.

A construção de uma rede de cuidados local, que tem sido pensada, e ainda é muito retardatária, é amparada pela PNSI LGBT, por portaria do PrTr SUS, e também pela Política Estadual de Saúde Integral da População LGBT (PESI LGBT), aprovada somente após dez anos da política nacional.

4.3 O PROCESSO TRANSEXUALIZADOR EM JUIZ DE FORA

No município de Juiz de Fora ainda não há o PrTr SUS instituído e ações de hormonização foram desenvolvidas, em determinados períodos, porém, sem o devido empenho por parte da gestão local, dependendo de iniciativas de determinados profissionais e grupos específicos, como será visto adiante.

Como não há o programa em Juiz de Fora, as pessoas trans que desejam acessar os procedimentos do PrTr SUS têm que buscar serviços distantes, até mesmo fora do estado, em municípios que não pertencem a mesma região de saúde e que não têm pactuação entre si. Outra alternativa encontrada é a hormonização autônoma, quando não há recurso financeiro para o custeio de procedimentos no setor privado. Portanto, o que foi apontado pelos autores no início deste capítulo, também foi reconhecido por pesquisadoras deste município.

4.3.1 TRANSrealidade do Município de Juiz de Fora: entre a ausência de política pública e a existência de uma rede informal de cuidado à saúde.

A respeito do contexto de Juiz de Fora, a produção de dados sobre esta população e ações direcionadas a ela não são diferentes da conjuntura nacional. No ano de 2016 duas dissertações de mestrado apresentadas à UFJF retrataram pela

primeira vez em dissertações da referida universidade⁹² a busca de pessoas trans que vivem em Juiz de Fora, ou em cidades próximas, ainda em MG, e que buscaram por acesso ao PrTr SUS no estado do Rio de Janeiro, diante da ausência dos serviços no município, enfrentando por vezes, constrangimentos e dificuldades pela distância percorrida até a assistência esperada.

Brune Coelho Brandão apresentou a sua dissertação ao Programa de Pós-graduação da Faculdade de Psicologia da UFJF intitulada “A produção de corpos trans e suas interseções com os processos saúde-doença: efeitos (in)desejáveis e autonomia dos corpos” com a pretensão de “compreender as relações existentes entre a construção do corpo de transexuais, trans homens e pessoas intersexuais e os possíveis impactos sob seus processos de saúde”. A pesquisadora trouxe importantes apontamentos, entre outros, sobre a invisibilidade de pessoas intersexuais e o poder exercido sobre esses corpos que, diferente da transexualidade que é moldada pelo diagnóstico de transtorno psiquiátrico, está relacionada a um suposto “distúrbio” biológico (BRANDÃO, 2016, p. 09).

É de extrema necessidade que a intersexualidade seja abordada pela política de saúde a partir de outras concepções que considerem o desejo e as diferentes possibilidades de se colocar no mundo. Assim, as pessoas intersexo podem alcançar mudanças corporais desejadas, mas o seu acesso aos procedimentos no SUS é por outra via, que não a do PrTr que não incorporou este público (BRANDÃO, 2016).

A dissertação “Processo de transexualização: uma trajetória de militância trans na cidade de Juiz de Fora 2011-2016” de autoria de Marina Cápua Nunes, apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais da UFJF, visou “descrever e analisar uma trajetória de militância trans na cidade de Juiz de Fora”, a partir da trajetória de vida de Beatriz, que participou da fundação do VisiTrans e foi militante pelo Coletivo da Diversidade Sexual e de Gênero “Duas Cabeças” (NUNES, 2016, p. 07).

Nunes (2016) em sua pesquisa narra a procura de Beatriz por assistência à saúde para mudança corporal cirúrgica, desde antes da institucionalização do PrTr

⁹² Conforme busca realizada no Repositório Institucional da UFJF.

no SUS. É retratado o início do seu percurso na busca pelo Movimento Gay de Minas, que se constituía como único ponto de referência para suporte e procura de informações na cidade de Juiz de Fora, até a sua chegada ao Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) na cidade do Rio de Janeiro.

O caminho de Beatriz rumo ao cuidado em saúde não foi trilhado de maneira linear, já que não havia no município uma organização de fluxos e protocolos para as devidas orientações e encaminhamentos instituídos formalmente.

Beatriz contou com indicações de funcionárias do SUS e construiu uma rede informal de acesso aos serviços, com a participação fundamental de profissionais da Centro de Orientação e Apoio Sorológico Prevenção (COAS)⁹³ e do Serviço de Assistência Especializada (SAE)⁹⁴. Experimentou dificuldade em realizar o acompanhamento presencial com frequência no RJ, buscou por assistência psicológica em JF para que fosse possível a sua permanência no processo e encontrou este suporte no SAE (NUNES, 2016), que não é um serviço de referência institucional para esta assistência, mas que foi se tornando, informalmente, através de empenho de profissionais específicos e da demanda de usuárias (os) trans que crescia.

À vista disso a participante da pesquisa viveu a abertura do PrTr SUS em sua institucionalização via admissão no HUPE, passando pelas dificuldades práticas que tal suscitadas como a efetiva formação de uma equipe multidisciplinar. A pesquisadora retrata em sua dissertação que algumas das barreiras existentes à época de Beatriz foram sendo ultrapassadas por intermédio de intervenções empreendidas na cidade de Juiz de Fora percebidas de 2007 a 2009. Isto foi uma

⁹³ Inaugurado em 1º de dezembro de 1995, sua nomenclatura foi alterada em 2001 para Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) (NUNES, 2016), cujo o objetivo é de promover a testagem de forma gratuita para HIV, sífilis, hepatites, com aconselhamento e orientação, com vistas à redução de riscos e vulnerabilidades. Por meio deste centro é realizada a oferta dos insumos de prevenção às infecções sexuais transmissíveis, além de intervenções biomédicas de prevenção, tais como as profilaxias pós-exposição (PEP) e pré-exposição (PrEP). O CTA é parte de uma subdivisão do Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST/Aids), assim como o SAE e a Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM) (PJF, s.d). Disponível em <https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/ss/aids_dst/servicos.php>. Acesso em: 12/01/2021.

⁹⁴ Este serviço especializado em HIV/Aids se conforma como um ambulatório que presta assistência às pessoas portadoras do vírus HIV ou com Aids, contando com equipe multiprofissional composta por profissionais da medicina, psicologia, serviço social, enfermagem, odontologia e farmácia (PJF, s.d). Disponível em <https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/ss/aids_dst/servicos.php>. Acesso em: 12/01/2021.

repercussão de um vínculo construído entre Beatriz, a Assistente Social do COAS e a Psicóloga do SAE. Essas barreiras tinham (NUNES, 2016).

As barreiras notadas em Juiz de Fora são reproduções a nível local do que vivenciou-se a nível nacional, como já exemplificado por outras (os) pesquisadoras (es), sobretudo, concernentes ao deslocamento do município de origem até o Rio de Janeiro para realizar o atendimento no HUPE. Assim, a primeira que foi “superada” era que as mencionadas servidoras do SUS cumpriam a nível local o papel de dois setores da equipe multidisciplinar prevista pela Resolução do CFM: Serviço Social e Psicologia (NUNES, 2016).

O segundo enfrentamento de barreira retratado na pesquisa foi através do contato constante entre as duas profissionais e Beatriz, pois na medida em que surgiam outras pessoas trans a procura do PrTr SUS, elas se articulavam entre si e se dividiam para troca de experiências, orientações sobre o acompanhamento no HUPE e atendimento psicológico em Juiz de Fora (NUNES, 2016).

Esta realidade vai se alterando na medida em que novos sujeitos entram em cena e que a demanda por cuidados em relação ao PrTr SUS em Juiz de Fora cresce, como identificado em novas pesquisas. De fato nota-se que por mais que para Beatriz, assim como para outros sujeitos que buscavam, foram criadas estratégias para que este público conseguisse receber a assistência necessária, com importantes esforços de trabalhadoras do SUS, os problemas foram enfrentados mas não superados de fato. Essa jornada é longa, como será exposta.

Fernanda Deotti Rodrigues, no ano de 2018, publicou a sua tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia, da UFJF, intitulada “(Des)caminhos em busca de cuidado: uma análise da rede de assistência à saúde para pessoas transexuais e travestis em Juiz de Fora/MG”.

Ao propôr “analisar aspectos importantes acerca do funcionamento da rede de assistência à saúde para pessoas transexuais e travestis no município de Juiz de Fora/Minas Gerais (MG)”, a autora faz o trabalho investigativo com interlocutores/as transexuais e travestis, usuários/as parciais ou exclusivos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) de Juiz de Fora, e com profissionais de saúde que atuam na rede de assistência encontrada no município, além de análise de documentos

governamentais, de produção de categorias profissionais e outros (RODRIGUES, 2018, p. 08).

Rodrigues (2018) trouxe importantes críticas e informações sobre o funcionamento da RAS em Juiz de Fora para esta população, contribuindo como ferramenta de denúncia e de conhecimento para fortalecimento da organização em luta por direitos dos segmentos LGBTQI+ nesta cidade.

Juiz de Fora é um município reconhecido por sediar o grande evento Miss Brasil Gay⁹⁵, a cidade tem constituída a “Lei Rosa”⁹⁶ e além disso, é polo de referência na atenção à saúde. Mesmo assim, apresenta uma incipiente rede de assistência pública para pessoas trans, além de não possuir centro especializado no processo transexualizador. Neste sentido, a autora constatou o quanto pode ser demorado e desgastante a garantia do direito a saúde para transexual e travesti no município, o que também é reflexo da estruturação do Processo Transexualizador no SUS de maneira geral, agravada pelo descaso da gestão local. Nesta cidade, integralidade, interdisciplinaridade e integração entre ações e serviços da rede, que são diretrizes deste processo no âmbito do SUS, “não operam ou operam com significativas limitações” (RODRIGUES, 2018, p. 176).

Foi identificado através da pesquisa o desrespeito e desconhecimento sobre o direito ao uso do nome social, como uma das maneiras de impedimento de acesso aos serviços de saúde, bem como a ocupação das clínicas particulares neste mercado, haja vista as dificuldades para conseguir acessar os cuidados e procedimentos desejados (RODRIGUES, 2018).

Outra questão apontada é que em Juiz de Fora e região há uma demanda reprimida pela hormonização sob acompanhamento médico e diante disso, foi percebida a automedicação por escolha e por falta de acesso a esta assistência, devido inclusive, a necessidade de comprovação da sua vivência e da psicopatologização (RODRIGUES, 2018).

⁹⁵ Criado em 1976, pelo cabeleireiro Francisco Mota o evento de competição entre candidatas de todos os estados brasileiros e do Distrito Federal elege o “mais belo transformista do país”. Este evento tem reconhecimento internacional, tendo registro como patrimônio imaterial da cidade, no ano de 2007. Informações retiradas do site oficial Miss Brasil Gay. Disponível em: <https://www.missbrasilgay.com.br/a-historia>. Acesso em: 04/06/2019.

⁹⁶ Lei nº 9791 de 12 de maio de 2000, que dispõe sobre a ação do Município de Juiz de Fora no combate às práticas discriminatórias, em seu território, por orientação sexual.

Além disso, o tempo de espera para uma consulta especializada na RAS desta cidade é grande, o que dificulta ainda mais os acompanhamentos. Rodrigues (2018) destacou a dificuldade de acesso a psiquiatria (quando há necessidade) diante da demora no encaminhamento para tal acompanhamento na rede de saúde mental.

Pode-se afirmar que, até o momento em que a pesquisa foi realizada, a administração pública municipal não demonstrava compromisso com a saúde desta população (RODRIGUES, 2018). Sendo assim:

o ponto mais sensível do objeto estudado se localiza, justamente, na lacuna entre as escassas ações e serviços disponíveis ao cuidado específico para a população trans e a participação do município no planejamento e na oferta deste cuidado, o que denota a total invisibilidade desta população na agenda política da sede da Macrorregião de Saúde Sudeste (RODRIGUES, 2018, p. 201).

A população trans deste município e da região, até a data da pesquisa da referida autora, contava com um conjunto de ações que se articulavam de maneira informal, oriundas de parcerias estabelecidas e relacionadas com a universidade de Juiz de Fora, principalmente pela conexão com o grupo VisiTrans.⁹⁷ A autora aponta que “na prática, trata-se de uma rede de assistência pública à saúde que funciona paralelamente à agenda pública, pois nela não está incluída”. Estes dados apontaram para a necessidade de formalizar o cuidado a estas pessoas no município, haja vista a crescente demanda (RODRIGUES, 2018, p. 201).

Camila Rodrigues Paiva, apresentou a sua dissertação de mestrado ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da UFJF, no ano de 2020, intitulada “A Rede de Cuidados à Saúde para a População Transexual em Juiz de Fora”. Em sua pesquisa, buscou compreender como é o acesso à rede de cuidados à saúde na percepção de pessoas transexuais em Juiz de Fora e realizou entrevistas com homens e mulheres transexuais na cidade.

O estudo de Paiva (2020) identificou, em relação à rede formal de cuidado à saúde, desrespeito ao uso do nome social, preconceito e despreparo por parte dos

⁹⁷ Consiste em um grupo de apoio e militância destinado a pessoas transexuais, travestis e intersexuais no Centro de Psicologia Aplicada (CPA), sendo frente de ação de um projeto de extensão universitária desenvolvido pelo Núcleo de Pesquisa e Práticas em Psicologia Social, Políticas Públicas e Saúde (Núcleo PPS) (RODRIGUES, 2018). Atualmente este projeto não está em funcionamento.

trabalhadores da saúde, e dificuldades no acesso aos serviços de saúde. Assim como Rodrigues (2018), também identificou a rede informal de cuidados em saúde, observando o uso autônomo de hormônios e a busca por informações sobre estes com pares na internet.

A autora pode inferir que a política de saúde do município estudado não contempla a população transexual, não sendo identificado nenhum tipo de serviço institucionalizado para tal população em Juiz de fora. Portanto, não são atendidas as suas necessidades em saúde, relegadas ao descaso e ao preconceito institucional. Em seu estudo também afirmou a inadiável necessidade de formação profissional adequada para lidar com a diversidade nos espaços de saúde (PAIVA, 2020).

Ambas as autoras apontaram para a necessidade de criação de uma rede formal e acessível de cuidado em saúde para pessoas trans em Juiz de Fora, que encontrou a sua possibilidade de construção atualmente. Porém, antes da discussão da incorporação de pautas LGBTQI+ na gestão atual da PJJ, cabe considerar a existência de seus antecessores, no que diz respeito a práticas transexualizadoras (hormonização tímida) que precedem a pactuação do PrTr SUS na cidade.

4.3.1.1 Organização dos atendimentos em terapia hormonal para pessoas trans em juiz de fora

Diante da necessidade de uma rede que pudesse articular as principais demandas da população travesti e transexual na cidade, a partir do projeto de pesquisa “Gênero, sexo e corpo travesti: abjeções e devires nos contextos urbanos de Minas Gerais”, um grupo de apoio e militância para pessoas travestis e transexuais foi formado: o Visitrans (PERUCCHI, BRANDÃO, SILVA, 2015).

O Grupo Visitrans⁹⁸ apresentava como objetivo fomentar uma rede de troca de experiências e possibilidades de ajuda mútua; e identificar as falhas assistenciais nos diferentes campos (como saúde, direito, educação e outros) relacionadas às

⁹⁸ O VisiTrans era um projeto de extensão universitária do Núcleo Pesquisas e Práticas em Psicologia Social, Políticas Públicas e Saúde (PPS) da UFJF. Tal extensão universitária integra a pesquisa Gênero, sexo e corpo travesti: abjeções e devires nos contextos urbanos de Minas Gerais, que tinha como objetivo “problematizar a produção de subjetividades contemporâneas com enfoque nas sexualidades dissonantes da heteronorma” (RODRIGUES, 2018, p. 101).

vivências cotidianas de travestis e transexuais nos serviços, para o desenvolvimento de ações de combate aos empecilhos. Assim, este ambiente era de compartilhamento de experiências e de apreensão da equipe de pesquisa acerca dos principais enunciados que emergiam dessas experiências (PERUCCHI, BRANDÃO, SILVA, 2015).

As atividades do grupo tiveram início em 2014 e foram finalizadas em 2018, e dentre os temas mais problematizados estiveram as discussões sobre o hiato no acesso integral aos serviços de saúde, retratado a partir dos relatos de busca por cuidados, e desrespeito ao uso do nome social e à identidade de gênero nos diversos contextos (Perucchi, Brandão & Silva, 2015).

Rodrigues (2018) relata que para além das iniciativas já realizadas pelo grupo, por parte da coordenadora e de integrantes do Núcleo PPS, vinculados ao VisiTrans, iniciaram diversas tentativas de articulação com instituições públicas de saúde do município, de modo que pudessem absorver demandas de cuidados às pessoas trans, sobretudo ao acompanhamento hormonal. Após negativas de profissionais e serviços, e falta de resposta da PJF, em 2016, a partir de articulações entre representantes do Núcleo PPS/VisiTrans com coordenadores e profissionais de dois serviços municipais de assistência de Juiz de Fora, foi construído o “Ambulatório Trans” (RODRIGUES, 2018).

O “Ambulatório Trans” é considerado por Rodrigues (2018) como uma frente pioneira de assistência pública à saúde, diante da carência da oferta de cuidado direcionada às pessoas trans munícipes de Juiz de Fora e região. Foi sediado em uma unidade de saúde especializada, de média complexidade e não existia do ponto de vista da agenda pública, sendo um arranjo e não uma política implementada de fato no município. Esta unidade de saúde portanto, não era específica para atendimento da população LGBTQI+ e direcionou dias específicos para este atendimento (RODRIGUES, 2018).

Contando com profissionais de psicologia e medicina eram disponibilizados atendimento psicológico/acolhimento, atendimento médico clínico e acompanhamento hormonal. Também houve a contribuição de um profissional de

nutrição, que é trans, e realizou atendimentos voluntariamente (RODRIGUES, 2018).

Paiva (2020), a partir da sua pesquisa de campo, aponta que atendimentos ambulatoriais eram realizados dentro do SAE em HIV/Aids e que a equipe mínima exigida pelo CFM para a configuração de um ambulatório trans não existia, o que foi utilizado como respaldo para o encerramento da assistência prestada a pessoas trans – no mesmo ano em que foram finalizadas as atividades do “Visitrans”.

Com o encerramento do serviço no SAE pessoas trans relataram dificuldades para a continuidade do acompanhamento hormonal e outras formas de atendimento foram buscadas, ainda de maneira precária, mas que atendia parte das demandas em processo de hormonioterapia. Assim, havia uma médica que conseguia dar continuidade aos atendimentos a pessoas trans, porém, no setor público ela atendia em um serviço do município direcionado apenas a crianças e adolescentes (0-19), o que restringiu o acesso aos cuidados em hormonização, assim como a demora por vaga e para marcação de exames. Alguns usuários e usuárias, buscaram a continuidade do acompanhamento no setor particular, que não é uma realidade estendida a todo o segmento de pessoas trans. Atendimentos com vistas ao acompanhamento psicológico e também hormonal foram realizados por determinado período no CRDH, a partir de organização de ativistas. Porém, o serviço que ali acontecia direcionado à saúde das pessoas trans também foi encerrado” (PAIVA, 2020).

O projeto de hormonização, realizado nas dependências do CRDH, foi criado em 2019, em parceria com o CeR LGBTQI+, e contou com uma médica que foi cedida pela SS da PJJ e que depois, foi transferida para outro espaço de trabalho. Novamente ocorreu, por parte de ativistas e, inclusive, do CeR, o processo de diálogo com a gestão do SUS local, que aconteceu ainda na gestão anterior, para que em 2021, pudessem ser construídas as possibilidades que têm sido desenvolvidas hoje (DUARTE, 2021b).

Portanto, “o cenário da rede de cuidados à saúde para a população trans em Juiz de Fora se modificou e ainda vem se modificando rapidamente em relação à

pesquisa de Rodrigues (2018)” (PAIVA, 2020, 118). E ainda se modifica após a pesquisa de Paiva (2020).

Não havia atenção do poder público local para a atenção à saúde das pessoas trans, muito menos interesse em implementar/formalizar uma rede de cuidado e o PrTr SUS na cidade. “Diante de inúmeras barreiras no acesso à rede formal, a população trans no município constrói e desconstrói suas redes informais de cuidado à saúde, as quais também atravessam as redes formais e estabelecem com elas relações complexas” (PAIVA, 2020, p. 120).

Além das experiências anteriores e de tentativas de diálogo com a PJJ, na construção da possibilidade de abertura do PrTr SUS em Juiz de Fora também foi fundamental o papel do Centro de Referência LGBTQI+ (CeR - LGBTQI+) em Juiz de Fora, que congrega as diversas demandas dessa população e atua em prol do reconhecimento do Estado por parte dos seus direitos, envolvendo prestação de assistência e militância.

Apesar de esforços singulares para a garantia de direitos de pessoas LGBTQI+, não houve a efetivação de ações via política pública municipal e esta população fica, portanto, excluída das políticas públicas, ou inserida pelas “beiradas”. Neste sentido, o empenho de militantes e do CeR LGBTQI+ tem se constituído como ferramenta importante para a inserção das pessoas LGBTQI+ e de suas pautas nos espaços públicos, e na criação de estratégias para o acesso aos direitos.

4.4 CENTRO DE REFERÊNCIA LGBTQI+ NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA

Em Juiz de Fora, até 2019 não existia um local específico de atendimento à demanda da população LGBTQI+ para as variadas questões. As dificuldades vivenciadas por esta comunidade no município abrange, dentre outras questões: violação de direitos, violência, desigualdade na saúde, processo de exclusão no

ensino-aprendizagem, relação de conflito no contexto familiar e doméstico⁹⁹ (UFJF, 2019).

Diante da necessidade de um espaço em que pudessem ser colocadas essas demandas, para orientação, encaminhamento e até mesmo atendimento (UFJF, 2019), foi criado o CeR - LGBTQI+ da UFJF, que foi instalado nas dependências da Casa Helenira Preta da Faculdade de serviço Social da UFJF. O CeR – LGBTQI+ é realizado através de parcerias com pessoas, de maneira voluntária, com coletivos, entidades e instituições públicas e privadas, por meio de convênios (CER – LGBTQI+, 2019). É produto de dois projetos de extensão da UFJF, o Observatório da Diversidade Sexual e de Gênero: Políticas, Direitos e Saúde LGBT (Diverse) e o Polo de Referência LGBTI (PoR-LGBTI)¹⁰⁰.

A partir de um levantamento e sistematização realizado pelo Diverse, de informações na sociedade civil e no setor público, foi confirmada a escassez de iniciativas voltadas ao atendimento dessa população no setor público na cidade de Juiz de Fora, que conta com poucos grupos organizados com foco na população LGBT (UFJF, 2019).

Atualmente, no campo da sociedade civil organizada com foco na população LGBTQI+ em Juiz de Fora existe o Movimento Gay de Minas (MGM)¹⁰¹, o coletivo Mães Pela Diversidade¹⁰², o Mães pela Liberdade¹⁰³ e os grupos de defesa de

⁹⁹Apontamentos realizados por Marco José de Oliveira Duarte em 18 de junho de 2019, em entrevista ao Portal de Notícias da UFJF. Disponível em: <<https://www2.ufjf.br/noticias/2019/06/18/servico-social-cria-polo-para-acolhimento-de-demandas-lgbti/>>. Acesso em: 13/06/2020.

¹⁰⁰ O Polo de Referência LGBTI+ é um desdobramento do Observatório da Diversidade Sexual e de Gênero – Políticas, Direitos e Saúde LGBTI+ (Diverse). Os trabalhos foram iniciados em agosto de 2018 e contam com bolsistas de graduação e pós-graduação, voluntários e ativistas. O Diverse apresenta três eixos: um sobre o levantamento de todos os coletivos que têm interlocução com a população LGBT, como grupos feministas, LGBT, entidades sindicais com secretaria LGBT. ; outro chamado de “Espaços e Ações Públicas”, verificando ações e propostas das instituições públicas com relação à população LGBT; e o terceiro eixo é o Polo de Referência LGBTI+ (POR-LGBTI+) (UFJF, 2019).

¹⁰¹ O MGM é uma Organização não Governamental, criado em Juiz de Fora em 2000 pelo administrador de empresas Marcos Trajano e seu companheiro. Tem como objetivo promover a cidadania dos homossexuais, a garantia de seus direitos e a conscientização deste segmento sobre temas como prevenção à aids e outras doenças sexualmente transmissíveis (BARROS, 2016).

¹⁰² Coletivo nacional formado por mães que lutam contra o avanço da homotransfobia e pelos direitos civis de seus filhos e de toda a população LGBTs. O Mães pela Diversidade surgiu inicialmente enquanto um movimento político e durante a caminhada, se tornou também um espaço de acolhimento para famílias de LGBTs, que diariamente sofrem com seus direitos violados (MÃES PELA DIVERSIDADE, n.p).

direitos, apoio e acolhimento aos integrantes da comunidade trans: o Força Trans¹⁰⁴ e o Coletivo Resistência Trans¹⁰⁵. Também, recentemente foi criada a primeira Associação de Travestis, Transgêneros e Transexuais de Juiz de Fora (ASTRA JF)¹⁰⁶

Na esfera pública, representada pelo espaço de políticas e de direitos nada foi encontrado, nem nos conselhos regionais (Psicologia, OAB e Serviço Social), com ações pontuais do ponto de vista do Ministério Público, do Sistema de Justiça. Na Saúde, somente o SAE, com foco principal nas pessoas que vivem com Aids (UFJF, 2019).

Com o POR-LGBTI+ foram organizadas plenárias periódicas para levantamento, acolhimento e atendimento às demandas de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, transgêneros e intersexos e o desenvolvimento de perspectiva de atendimento, tanto psicológico quanto social e jurídico. Como desdobramento desses trabalhos, aconteceram reuniões com o Centro de Referência em Direitos Humanos (CRDH), na perspectiva da realização de atendimento de hormonização para a população trans dentro do CRDH e a sua ampliação. Havia a proposta de que o Polo se tornasse um Centro de Referência (UFJF, 2019).

Inaugurado no dia 05 de agosto de 2019, o CeR LGBTQI+ desenvolve suas atividades estruturadas a partir de 4 eixos: 1. atendimento psicossocial e de defesa dos direitos humanos de LGBTQI+; 2. intersetorialidade e promoção da cidadania LGBTQI+; 3. participação e mobilização social; 4. formação, pesquisa, informação e comunicação (CER – LGBTQI+, 2019). Neste sentido, propõe como objetivos:

Atender e acolher LGBTQI+, familiares e amigos vítimas de discriminação e violência LGBTQIfóbica; orientar LGBTQI+ e sociedade em geral sobre direitos humanos de LGBTQI+; formar e/ou fortalecer rede de apoio, de garantia de direitos e de proteção social; sensibilizar e capacitar gestores públicos e segmentos da sociedade local sobre LGBTQIfobia e cidadania LGBTQI+; subsidiar a formulação e/ou adequação de políticas públicas para incluir a população LGBTQI+ em sua perspectiva; construir um banco de

¹⁰³ Coletivo que promove ações em apoio às famílias de LGBTQIA+ em Minas Gerais (MÃES PELA LIBERDADE – *instagram*, n.p).

¹⁰⁴ Grupo de apoio e acolhimento à população transexual, transgênero e intersexual, criado por membros do Visitrans, após o seu encerramento em 2018 (PAIVA, 2020).

¹⁰⁵ Criado em 2021, este coletivo de apoio à comunidade trans apresenta como objetivos iniciais o acolhimento, a escuta, o amparo e a troca de experiências entre pessoas trans (RESISTÊNCIA TRANS - *instagram*, n.p)

¹⁰⁶ Criada em agosto de 2021.

dados sobre LGBTQIfobia e redes de apoio, de garantia de direitos e de proteção social; contribuir para a formação política de ativistas, profissionais e sociedade em geral para as políticas e direitos de LGBTQI+ (CER – LGBTQI+, 2019).

Esta construção do CeR – LGBTQI+ em Juiz de Fora se configura como um marco para o município, que como afirmado anteriormente, carece de serviços específicos de atendimento a população LGBTQI+.

Em sentido a estas construções, nos dias 05 e 12 de agosto de 2019, em momento de inauguração do centro, foi realizado por ele o I Seminário da Zona da Mata Mineira e Campo das Vertentes sobre LGBTQIfobia e Cidadania LGBTQI+: Políticas Públicas e Direitos Humanos, e ficou claro a partir de falas de debatedores e debatedoras das mesas do evento, que falta direcionamento de política pública e a sua efetivação para a população LGBTQI+ de Juiz de Fora. Ainda há muito o que caminhar tendo em vista que a Prefeitura de Juiz de Fora, ainda não assumiu plenamente esta responsabilidade, que tem ficado a cargo da Universidade e de parceiros militantes e voluntários.

Em dois anos de funcionamento desempenhou atividades de grande valia ao município para o debate de questões no sentido de dar visibilidade e apresentar as demandas por políticas públicas e de cidadania a das pessoas LGBTQI+ (UFJF, 2020a). Além dos eixos de atuação apresentados até aqui, o CER empreendeu ações como atividades culturais, rodas de conversa e seminários discutindo temas pertinentes à comunidade LGBTQI+, oferta de curso de inglês para LGBTQI+¹⁰⁷ de baixa renda, treinamento funcional para pessoas travestis, transgêneros e transexuais – através do Projeto TransFit¹⁰⁸; “Transidentidade” – mutirão de intenção de retificação de nome e gênero nos documentos civis, para a reivindicação de gratuidade junto a pessoas trans.

¹⁰⁷ Primeira turma de inglês do CeR-LGBTQI+, em 2020, com a iniciativa do professor de inglês Jude Bento, estudante do Bacharelado Interdisciplinar de Ciências Humanas na UFJF (UFJF, 2020b).

¹⁰⁸ Atividade gratuita ministrada pela educadora física, especialista em Relações de Gênero e Sexualidades e mestra em Educação Física pela UFJF, Francielle Pereira Santos. Esta tem por objetivo a democratização do acesso de travestis e transexuais da comunidade de Juiz de Fora, para além do meio acadêmico, à prática do esporte, contribuindo para o desenvolvimento de capacidades físicas e motoras e para a melhoria da qualidade de vida, auto-estima, convívio social e saúde (UFJF, 2020c).

Este Centro tem acolhido as diversas demandas da população LGBTQI+ e, além de buscar respostas imediatas para as questões trazidas, tem pressionado o poder público para que se implique na garantia de direitos desta comunidade. No que tange ao PrTr, o CeR, desde a sua criação, esteve articulando a oferta de hormonização na cidade e a ampliação desta, bem como promovendo diálogos com o HU/UFJF, até a contratualização do hospital com a PJJ, para a pactuação do PrTr SUS

As universidades públicas no Brasil se conformam como importantes instituições de Ensino Superior por seu papel na sociedade, a partir de do tripé de atuação: ensino, pesquisa e extensão. Oportunizam a milhões de brasileiros o acesso à educação e pesquisa de qualidade, possibilitando a formação de profissionais críticos para intervenções, nos diferentes campos, inclusive na saúde, através das disciplinas, estágio e programas de residência. O que permite que o SUS possa receber profissionais qualificados e comprometidos com os direitos de todas, todos e todes.

A ampliação do compromisso com os direitos de pessoas LGBTQI+ têm sido notada através de projetos voltados à comunidade externa à universidade, oferecendo um retorno para a sociedade, não apenas como cobaias de experimentos de alunos e pesquisadores. A comunidade precisa usufruir do que é produzido, haja vista que, muitos não conseguem acessar este espaço educacional, como é a realidade de pessoas LGBTQI+. Se ainda não estão inseridos (as) (es) pela via direta do ensino, então, que a estas pessoas seja oportunizado o acesso à universidade por meio de projetos de pesquisa ou extensão, que lhes beneficie de alguma maneira.

4.5 MOVIMENTO LGBTQI+ JUIZFORANO E A ARTICULAÇÃO COM A GESTÃO MUNICIPAL

Com a chegada do PT à gestão do município, através da eleição de Margarida Salomão para prefeita, inaugura-se um momento de maior abertura ao diálogo com os movimentos de pessoas LGBTQI+, em relação às gestões anteriores, demonstrando, a princípio, interesse em incorporar as suas demandas.

Margarida Salomão assume a prefeitura em 2021 e adota composição paritária de gêneros e com a representação de homens e mulheres negras, justificada pela necessidade de um governo que represente a população de Juiz de Fora.

No mesmo ano Dandara Felicia¹⁰⁹, transfeminista ativista preta, co-fundadora do CeR LGBTQI+, trabalhadora da saúde (HU/UFJF), mestranda em Serviço Social pela UFJF, passa a compor a câmara legislativa enquanto suplente de vereadora do PSOL, tendo recebido 3.063 votos. Também ocupam a câmara as vereadoras Thalia Sobral (PSOL) e Laiz Perrut (PT), que têm demonstrado apoio às causas de LGBTQI+¹¹⁰. Embora reações contrárias às construções de políticas para LGBTQI+ não deixaram de ser manifestadas no legislativo¹¹¹, ainda sim, nota-se no cenário local, uma permeabilidade de ideais progressistas no executivo e no legislativo (ainda que em minoria), o que, somado à pressão de movimentos dos segmentos LGBTQI+ e principalmente o CeR, tem conferido espaço de negociação de demandas e possibilidade de efetivação de políticas e programas de garantia de direitos desta população.

¹⁰⁹ Dandara compunha as “TANTAS”, a primeira candidatura de mulheres pretas periféricas de Juiz de Fora.

¹¹⁰ Thalia Sobral desde a sua campanha manifesta o seu posicionamento de defesa dos direitos de LGBTQI+ e participa das reuniões do comitê de construção do plano municipal para LGBTQI+. Em conjunto com as vereadoras do PT Cida Oliveira e Laiz Perrut propôs o Projeto de Lei Número: 165/2021, que “dispõe sobre o tratamento social em clínicas e estabelecimentos públicos e particulares de saúde para travestis, homens trans e mulheres trans e dá outras providências” (CÂMARA MUNICIPAL DE JUIZ DE FORA, 2021, s/p). Laiz Perrut apresentava como proposta a criação do Conselho Municipal dos Direitos LGBTQIA+, a implementação do uso do nome social em todos os serviços públicos e a modernização da Lei Municipal 9.791 (“Lei Rosa”). Além do Projeto de Lei 165/2021, Laiz Perrut também é autora do Projeto nº 10/2021, que institui a utilização do nome social no município de Juiz de Fora. aprovado em agosto de 2021.

¹¹¹ A exemplo o Projeto de Lei 000117/2021, de autoria do vereador Sargento Mello Casal (PTB), ainda em tramitação, que “garante aos estudantes do município de Juiz de Fora o direito ao aprendizado da língua portuguesa de acordo com as normas e orientações legais de ensino na forma que menciona” (CÂMARA MUNICIPAL DE JUIZ DE FORA, 2021b, s/p). Em tramitação na câmara de Juiz de Fora, prevê a proibição do uso da linguagem neutra no sistema de ensino do município, incluindo a educação de nível superior. Esta medida recebeu apoio de várias pessoas nas redes sociais do parlamentar, embora especialistas da educação tenham se posicionado contrários (JORNAL ESTADO DE MINAS GERAIS, 2021, s/p).

Em aposta de favorecimento das políticas de direitos humanos, no início deste ano foi criada a Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH), através da Lei Municipal 14.159, de 31 de janeiro de 2021, apresentando dentre as suas competências: a formulação, coordenação e monitoramento das políticas públicas de pesquisa, promoção, garantia, proteção e restauração dos direitos humanos, com ênfase na educação em direitos humanos, na promoção e defesa dos direitos da população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais.

O Secretário da SEDH, Biel Rocha, é Sociólogo pela UFJF, especialista em Gestão Pública Estratégica pela Fundação João Pinheiro, servidor público municipal aposentado; foi Vereador, Deputado Estadual, Secretário Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos no Governo Lula e Secretário de Estado dos Direitos Humanos do Governo do Estado de Minas Gerais (PREFEITURA DE JUIZ DE FORA, 2021).

A SEDH é a responsável por coordenar o GT de elaboração da proposta do Plano Municipal LGBTQI+, criado por meio do Decreto nº 14.543, de 17 de maio de 2021 (JUIZ DE FORA, 2021). O grupo começou a se reunir no dia 15 de junho de 2021, composto por representantes da SEDH, da SS, Secretaria de Educação (SE), Secretaria de Segurança Pública e Cidadania (SESUC), Fundação Alfredo Ferreira Lage (FUNALFA); e por cinco membros das organizações da sociedade civil e entidades ou movimentos da população LGBTQI+, que foram indicados pelas mesmas, em processo, democrático e transparente, organizado em reunião ampliada do CeR LGBTQI+, realizada em maio de 2021, a saber: CeR LGBTQI+, OAB, Mães pela Liberdade, Força Trans e Resistência Trans.

Diante da necessidade de contar com outros atores para o debate e construção do plano, foram incorporados como integrantes do grupo a Secretaria de Assistência Social e então, de modo paritário, mais uma representação de organizações e movimentos LGBTQI+, incorporados no Decreto Nº 14.672, de 19 de julho de 2021.

As reuniões ordinárias aconteceram a cada quinze dias e algumas extraordinárias foram realizadas. Os representantes do grupo foram divididos em subgrupos por eixo temático para fins metodológicos e de escrita inicial de cada

tema do plano: Eixo Saúde Integral; Justiça, Cidadania e Direitos Humanos; Cultura, Turismo, Esporte e Lazer; Educação e Comunicação Social; e Assistência Social, Emprego e Renda. Cada subgrupo organizou *webnários*¹¹² contando com convidados externos para explanações importantes sobre as temáticas dos eixos, fomentando o debate e a construção de propostas para o plano.

No processo de discussão do plano, ao grupo, nos últimos momentos, foi oportunizado a possibilidade de agregar propostas para o PPA Municipal que estava em processo de finalização. Foram encaminhadas 25 propostas, dentre elas estão: a implantação e operacionalização de um Centro de Referência de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos de LGBTQIA+, como um equipamento da política municipal, com equipe adequada à assistência necessária a esta população; Implantação e operacionalização de uma Casa Abrigo para LGBTQIA+ que, diante das diversas violências e violações de direitos sofridas, estão em situação de rua, deixaram ou foram expulsas de suas casas; Promoção e estímulo à criação do Conselho Municipal de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos da População LGBTQIA+; Criação de uma estrutura específica na SEDH para contemplar a gestão dos direitos humanos de LGBTQIA+, para implantação e monitoramento do Plano Municipal de Políticas de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos de LGBTQIA+; Institucionalização por meio de portaria da SS, a gestão e a implementação do Grupo de Trabalho de Saúde LGBT, com participação governamental, incluindo a UFJF e da sociedade civil organizada (GT Plano LGBTQI+).

Posterior a isso, os subgrupos se organizaram para a redação de cada eixo temático e apresentação para a apreciação e contribuição dos demais integrantes do grupo. Uma das propostas muito importante, que abarca a temática de todos os eixos é a incorporação do CeR LGBT pela PJJ, assumindo de fato a sua responsabilidade pela organização dos serviços prestados a esta população e a garantia de direitos, bem como consta na sugestão do grupo para o PPA.

¹¹² Os *webnários* foram realizados por meio de encontros virtuais, transmitidos ao vivo nas redes sociais. O *webnário* "Construindo políticas públicas de saúde para a população LGBTQIA+", foi realizado em 24/07/2021 e contou com as discussões trazidas pela convidada Dandara Felícia e convidado Marco José de Oliveira Duarte, com mediação de um representante da SS.

A criação de um Centro de Referência para a Defesa e Valorização da Auto-Estima e Capacitação Profissional do Cidadão Homossexual, bissexual e transgênero já está prevista desde a promulgação da Lei Municipal nº 9.791 de 12 de maio de 2000 (CÂMARA MUNICIPAL DE JUIZ DE FORA, 2000).

O eixo estratégico de Promoção da Saúde Integral da população LGBTQIA+ tem apresentado diretrizes que envolvem a educação permanente no SUS em todos os níveis de atenção; promoção de espaços de discussão intersetorial e articulado a grupos da sociedade civil para o debate e criação de estratégias de combate à LGBTQIAfobia na PJP e sobretudo, no SUS; garantia da diversidade das práticas sexuais e do uso do nome social no cartão SUS, em prontuários, fichas de atendimento, sistemas de banco de dados de saúde; acesso aos cuidados em saúde mental, visando a integralidade da atenção à saúde; qualificação dos processos de trabalho na Atenção Primária à Saúde para a melhoria dos registros no e-SUS¹¹³, considerando a importância do registro de identidade de gênero e orientação sexual, entre outros elementos importantes para a composição de dados sobre esta população (GT Plano Municipal LGBTQIA+, 2021).

São previstas ações de cuidado em saúde mental, o desenvolvimento de ações de redução de danos relacionadas ao uso excessivo de medicamentos, álcool e outras drogas, anabolizantes, estimulantes sexuais, silicone industrial e hormônios, entre outros; e adequação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para atendimento da população LGBTQIA+ (GT Plano Municipal LGBTQIA+, 2021).

Também é indicada a criação, implantação, adequação e viabilização do ambulatório para atendimento de pessoas trans no PrTr SUS, como protocolado pelo MS, em parceria com o HU/UFJF; construção de indicadores de saúde da população LGBTQIA+ junto à Vigilância em Saúde; ações de incentivo para a contratação de pessoas LGBTQIA+ no âmbito da SS; ações de cuidado em saúde junto a profissionais do sexo; potencialização da ouvidoria de saúde, entre outras diretrizes, que ainda estão em processo de construção coletiva no GT do Plano Municipal LGBTQIA+ (GT Plano Municipal LGBTQIA+, 2021).

¹¹³O e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS) é um artifício de reestruturação das informações da APS em nível nacional, alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do MS. Disponível em: <<https://sisaps.saude.gov.br/esus/>>. Acesso em: 06/09/2021.

Existe a discussão e a preocupação entre o grupo da importância da criação de um grupo de trabalho de saúde da população LGBTQI+ dentro da SS para a organização e administração da Política de Saúde Para LGBT, que já existe nacionalmente e no estado e que precisa ser implementada, para que não fique apenas no papel, como a “Lei Rosa”. Também é proposto que o plano se torne lei, o que dependerá da aprovação da câmara legislativa que ainda é muito conservadora, apesar dos avanços recentes.

A redação do texto passou por processo de discussão e a proposta do plano finalizada foi entregue em 28/09/2021 à prefeita Margarida Salomão, em uma reunião realizada com representação de pessoas que participaram de sua elaboração, na presença do Secretário de Direitos Humanos do município. Junto ao documento do plano, foi entregue à prefeita a proposta feita pelo GT sobre a promoção e o estímulo à criação de um Conselho Municipal de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos da População LGBTQIA+, com a finalidade de propor, acompanhar e exercer o controle social deste plano.

Margarida Salomão se manifestou favorável à implementação do plano e contente pela construção de políticas públicas para LGBTQIA+, que não haviam sido construídas anteriormente em Juiz de Fora e que são tão necessárias, conforme sua fala. Afirmou que verificará como será publicado a instituição do Conselho Municipal LGBTQIA+ (se por decreto ou portaria) para que o façam, e que o Plano Municipal LGBTQI+ será encaminhado ao legislativo para que passe pelo crivo dos vereadores e seja estabelecido como lei. Neste sentido, Thalia Sobral estava presente, demonstrando apoio a esta proposta que já era de seu interesse, bem como de outras duas vereadoras do PT.

Desde o início do ano, outros eventos foram realizados em torno do debate dos direitos da população LGBTQIA+ pela PJJ, tais como: a roda de conversa virtual com o tema “Março das Mulheres Trans e Travestis”, promovido pela SEDH, integrando as atividades do evento “Março, Mais Mulher, Mais Democracia; Comemoração ao Dia Internacional do Orgulho LGBTQI+ com *lives* “Muito orgulhosos do que somos”, momentos em que participantes compartilharam suas realidades vivenciadas durante este período da pandemia, seus desafios e

discussões atuais em torno da questão do orgulho LGBTQI, temas vivenciados no cotidiano pelo público LGBTQI+, como preconceitos, questões de saúde, adoção de crianças, violência e marginalização e a comemoração também promoveu manifestação artística; a realização do “Agosto Multicolor” com o objetivo de democratizar o acesso à produção educativa e cultural LGBTQIA+ local – a programação contou com *webnários*, cursos profissionalizantes, exposições de filmes e participações de artistas LGBTQIA+ de diferentes localidades; o “Concurso PJJ de Cultura LGBTQIA+” com premiação para artistas ou projetos nas categorias Fotografia, Produção Audiovisual e Projetos/Produtos Socioculturais dentro da programação do “Agosto Multicolor”.

Também foi ofertado pela PJJ, através da SEDH o curso “Sensibilização e Capacitação para Atendimento à População LGBTQIA+” aberto a todas as pessoas que possuem interesse pelo tema, com carga horária de 20 horas; Os encontros planejados apresentam como temas: identidade de gênero; orientação sexual e afetiva; Cultura e Políticas Públicas para LGBTQIA+: Avanços e Desafios; Conhecendo os documentos legais voltados ao atendimento ao público da população LGBTQIA+; Trabalho e Renda; Direito à Educação, Sobre o Corpo e a Saúde; O serviço de acolhimento aos usuários LGBTQIA+; O Nome Social; e o último encontro destinado a Fechamento, Avaliação e Construção de Propostas para Políticas Públicas (PJJ, 2021b).

Em 28 de junho de 2021, na celebração do Dia Internacional do Orgulho LGBTQIA+, a PJJ anunciou que Juiz de Fora se tornará a primeira cidade do interior do país a realizar o PrTr SUS, que será executado no HU da UFJF, e com a oferta de acompanhamento ambulatorial e cirúrgico. O anúncio foi feito com a participação da prefeita, da Secretária de Saúde, Ana Pimentel, do superintendente do HU/UFJF, Dimas Araújo, e da Dandara Felícia.

Após uma série de discussões no município e eventos realizados para debater o acesso de pessoas trans à saúde¹¹⁴, com a presença de profissionais de

¹¹⁴ A exemplo o evento ocorrido no HU/UFJF em 12 de agosto de 2019, “Troca de Saberes” abordou a temática do atendimento humanizado a pessoas trans. Disponível em: <<https://www2.ufjf.br/noticias/2019/08/12/troca-de-saberes-aborda-questoes-sobre-genero-e-atendimento-humanizado-a-populacao-trans/>>. Acesso em 20/12/2019.

saúde, pessoas trans ativistas, e membros do CeR LGBTQI+¹¹⁵, o HU iniciou o processo de credenciamento junto ao município e ao estado em 2019 (TRIBUNA DE MINAS, 2019). A proposta de credenciamento foi encaminhada ao MS em 2020, para as avaliações das documentações e o processo de habilitação terminou em 2021.

Para começar o atendimento, o HU aguarda a publicação da portaria para dar prosseguimento ao processo e início da prestação deste serviço, consolidando um direito que é demandado há anos. Em relação à demanda, existe uma fila de espera anterior à pandemia da COVID-19 de 70 pessoas, número este que poderá aumentar, já que este hospital deverá abranger os municípios da macrorregião sudeste (PREFEITURA DE JUIZ DE FORA, 2021c). Inclusive havia sido marcado para março de 2020, um mutirão de acolhimento da população trans no HU, mas por conta da pandemia da COVID-19 teve que ser suspenso.

Em relação à pandemia do COVID-19, esta afetou um conjunto de pessoas trans, para além da não realização do mutirão, reduzindo as suas possibilidades de sobrevivência, não apenas pela existência da doença, mas por todo o contexto social e político que se apresenta, de redução das políticas públicas e cortes na saúde, a partir do governo Temer e principalmente com Bolsonaro.

Este cenário também tem impactado as habilitações do PrTr SUS no âmbito do MS, que, anterior impeachment de 2016, demorava cerca de dois anos para ter o resultado e as últimas habilitações concedidas são referentes aos requerimentos realizados ainda no governo Dilma. Posterior a este período não ocorreu nenhuma nova habilitação, apesar de que existem solicitações pendentes que não foram respondidas desde 2017 (SANTOS, 2020).

Conforme identificado por Almeida & Santos (2020), apesar do crescimento, estes processos de implementação, por vezes, arrastam-se por anos, sendo comum a resistência de algumas secretarias estaduais e/ou municipais, não apenas à assunção de sua responsabilidade pública com este público, mas a indisposição com a própria existência desses serviços, sobretudo em razão de governos que tem sua base eleitoral em segmentos ligados ao dogmatismo religioso. O dogmatismo religioso congrega representações políticas de base cristã (católica e neopentecostal), em torno de temas que envolvem uma moralidade sexual conservadora e, principalmente, desenvolvem-se através de “cruzadas antigênero” (SANTOS, 2020, p. 231).

¹¹⁵ Dandara Felício, como já apresentada neste capítulo, foi uma figura importante para o debate da atenção à saúde a pessoas trans no âmbito do HU/UFJF, já que também é servidora do hospital.

Assim, mesmo com a realização do pedido de credenciamento por parte do HU/UFJF ao MS, não há previsão para a publicação da portaria que o habilite e garanta o financiamento para o desenvolvimento das atividades.

Importante destacar que, No município de Juiz de Fora, em contexto de pandemia algumas ações foram realizadas em prol da população LGBTQI+, principalmente de travestis e mulheres transexuais profissionais do sexo – que têm suas formas de sustento e sobrevivência limitadas, já que, para evitar o contágio, não podem trabalhar nas ruas –, em situação de rua e que com outras vulnerabilidades sociais associadas (DUARTE, 2020).

Em resposta às necessidades urgentes dessa população, foi lançada a Campanha TranSolidariedade, fruto de parceria entre o CeR LGBTQI+, o Centro de Referência de Direitos Humanos (CRDH) e o Grupo Força Trans (DUARTE, 2020).

A campanha promoveu ações como a “vaquinha virtual”, a arrecadação de donativos e o cadastramento deste público para receber os benefícios da campanha. Foi criado grupo no whatsapp para orientação sobre benefícios socioassistenciais governamentais e houve a recepção e distribuição de cestas básicas e máscaras de pano. Por meio dessa iniciativa foi notado o quanto essas pessoas encontram-se em desproteção social, sem acesso e até mesmo conhecimento sobre os benefícios sociais do governo (DUARTE, 2020).

Além disso, outras parcerias aconteceram durante a pandemia em Juiz de Fora, com a finalidade de acesso deste público a donativos diversos e produtos produzidos por campanha¹¹⁶, em parcerias, com o CRDH¹¹⁷ e com o Grupo Mães pela Diversidade¹¹⁸ (DUARTE, 2020). Portanto, ainda com um direcionamento da política nacional contrário às diversidades e à conquista dos direitos da população LGBTQI+, os corpos trans e as suas organizações resistem. E por suas

¹¹⁶ O A partir de um convite do CRDH, ao CeR foi proposta a possibilidade de inserção do público, sobretudo de travestis e mulheres transexuais, aos produtos da Campanha “Fique em casa, seja solidária(o) - Mulheres em defesa da vida”, protagonizada pelo Fórum 8M de Juiz de Fora e o SINTUFEJUF, já o público-alvo desta campanha é de mulheres (DUARTE, 2020).

¹¹⁷ Outra parceria entre o CeR e o CRDH foi realizada, através da elaboração de um projeto para oportunidade de financiamento da Out Right Action International, submetido à seleção de projetos com objetivo de financiar ONGs que trabalham com população LGBTQI+ durante a pandemia da COVID-19.

¹¹⁸ A partir do Grupo Mães pela Diversidade foram recebidos e distribuídos pelo CeR pares de sapatos que foram direcionados a pessoas LGBTQIA+ (DUARTE, 2020).

organizações e força, são criadas possibilidades de incorporação de suas demandas enquanto políticas públicas. No contexto de Juiz de Fora, ainda que em contexto de pandemia, ações de solidariedade e de ampliação de direitos têm sido fomentadas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do desenvolvimento da pesquisa foi possível imergir no campo da construção de políticas públicas brasileira no âmbito da saúde, realizadas através de ações e programas direcionados às pessoas trans no Brasil e suas contradições, perpassando a luta pelo acesso e condições de permanência de pessoas trans nos serviços de assistência à saúde. Este caminho de (des)construções é permeado por concepções de gênero e sexualidade, que se sustentam, a princípio, em cisheteronormas ditadas, sobretudo, pelo poder de regulação exercido por grupos dominantes sobre os corpos considerados desviantes.

As práticas de saúde estatais direcionadas a esta população são fundamentadas em normativas do Conselho Federal de Medicina, que ditam a organização dos serviços de assistência e o comportamento de travestis e transexuais que querem adentrar o PrTr SUS. Apesar disso, existe um movimento de luta por ampliação do cuidado não regulatório e despatologização das identidades trans.

O PrTr SUS ainda é, de certo modo, frágil do ponto de vista legal e sofre ameaças diante de um cenário da política nacional catastrófico. Ao mesmo tempo, pessoas não-cis têm suas condições de sobrevivências comprometidas e vivenciam o recrudescimento das violências de origem transvestifóbicas, agravadas quando são marcadas pela vivência enquanto negras (os), pobres, dentre outros importantes marcadores sociais de diferenças.

A falta de condições dignas de moradia, transporte, alimentação e demais recursos para viver, se traduzem em adoecimento, falta de acesso aos serviços de saúde (que no caso do PrTr SUS são escassos e distantes), e até mesmo à morte. Adensando o processo de exclusão dessas pessoas das políticas sociais e as marginalizando na sociedade.

No conjunto da assistência à saúde direcionada a travestis e transexuais encontra-se o PrTr SUS, que não pode ser estabelecido como o único espaço de atendimento a este segmento, devendo ter atenção para que o cuidado seja integrado em rede e que tais usuários (as) possam circular por outros serviços de

saúde e até mesmo pertinentes a outras políticas públicas. Afinal, pessoas trans não pleiteiam apenas modificações no corpo e é preciso estar atento ao real sentido da integralidade enquanto norteadora do cuidado em saúde.

Portanto, reforça-se que o cuidado a pessoas trans não pode ser encerrado nos atendimentos do PrTr SUS e também não apenas dentro dos Hospitais Universitários. É importante esta reflexão ao pensar sobre a implementação do PrTr em Juiz de Fora, através do HU/UFJF. Ainda sim, é legítima a demanda pela ampliação do acesso a este programa, englobando condições materiais para tal e neste sentido, outras políticas públicas têm de ser ampliadas e orientadas a este público.

Em Juiz de Fora é recente a construção de ações públicas voltadas para pessoas LGBTQI+, em particular a pessoas trans, que ainda fica na mão de poucos, dependendo da vontade de determinados profissionais do SUS e da UFJF, sem maior envolvimento da gestão municipal. Assim, grupos de militantes têm se organizado para fazer pressão e alcançarem espaço no setor público.

Através deste estudo foi possível identificar falhas na estruturação e efetivação do acesso à política de saúde por parte de pessoas trans e identifica-se como necessário ao município: 1. Ampliar o investimento na formação e qualificação dos profissionais de saúde, assim como de outras políticas para o atendimento adequado e acolhedor das pessoas trans nos espaços públicos; 2. Promover espaços de controle social aos movimentos de pessoas LGBTQI+, como em conselhos e assentos em grupos de discussões de políticas públicas dentro da PJF; 3. Garantir o espaço de organização e pactuações das políticas para LGBTQI+ dentro da SS; 4. Pressionar a câmara a fim de legislar em favor do Plano Municipal LGBT, bem como o executivo para a garantir a sua efetivação.

Aposta-se que com este novo governo municipal de Juiz de Fora as ações previstas no Plano Municipal LGBT possam se tornar de fato políticas públicas com teor legal. Fica a indagação de como ele reagirá frente a pressões populares que já são percebidas na cidade em discordância com as manifestações realizadas pela PJF na defesa de direitos LGBTQI+, e disseminação do ódio direcionada a esta população específica. Como essa gestão se posicionará nos próximos anos de

governo em um ambiente tão conservador do ponto de vista local e também, quando se amplia o olhar para o terreno nacional?

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, G. S; MURTA, D. Reflexões sobre a possibilidade da despatologização da transexualidade e a necessidade da assistência integral à saúde de transexuais no Brasil. **Sexualidad, Salud y Sociedad** – Revista Latinoamericana, n.14, p. 380-407, Ago. 2013.

_____; SANTOS, M. C. B. Intersetorialidade na efetivação do processo transexualizador do SUS: uma indispensável utopia. In: MONNERAT, Giselle Lavinias; ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira de; SOUZA, Rosemary Gonçalves de. (Org.). **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas: Papel Social, 2014, v. 1.

_____; VASCONCELOS, A. V. Transexuais: transpondo barreiras no mercado de trabalho em São Paulo? Direitos Humanos e Empresas. **Rev. direito GV**, 14 (2), Ago 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rdgv/a/HpFvXPZ8WRd63GbZ4CfSRQC/?lang=pt>>. Acesso em: 10 jan. 2021.

ANTRA. Como acessar o SUS para questões de transição? **Direitos e política, saúde, 2020**. Disponível em: <<https://antrabrasil.org/2020/07/27/como-acessar-o-sus-para-questoes-de-transicao/>>. Acesso em: 10 jan. 2021.

_____. Sobre a Associação Nacional de Travestis e Transexuais. Disponível em: <https://antrabrasil.org/sobre/>. Acesso em: 13 ago. 2019.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2009.

ARÁN, M.; MURTA, D.; LIONÇO, T. Transexualidade e saúde pública no Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, v. 14, n. 4, 2009.

ARAÚJO, T. A.; NOGUEIRA, S. N. B. Travestis na ditadura militar. In: NOGUEIRA, Sayonara Naider Bonfim; ARAÚJO, Tathiane Aquino; CABRAL, Euclides Afonso. **Dossiê: a Geografia dos Corpos das Pessoas Trans**. [S. l.]: Rede Trans Brasil, 2017. Disponível em: <http://redetransbrasil.org.br/wp-content/uploads/2019/01/A-Geografia-dos-Corpos-Trans.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2019.

ASCOM SE/UNA-SUS. **Coronavírus**: Brasil confirma primeiro caso da doença. [S. l.], 27 fev 2020. Disponível em: <<https://www.unasus.gov.br/noticia/coronavirus-brasil-confirma-primeiro-caso-da-doenca>>. Acesso em: 10 jan. 2021.

BANCO MUNDIAL. Departamento de avaliação de operações. Brasil: primeiro e segundo projetos de controle de aids e dst. **Relatório de avaliação de desempenho de projeto (empréstimos 3659-br e 4392-br)**. Grupo de avaliação

setorial e temática/Departamento de avaliação de operações: 2004. Tradução não oficial do relatório do Banco Mundial. Versão original em inglês: world bank operations evaluation department (oed) brazil first and second aids and std control projects, project performance assessment report, washington dc april 27, 2004.

BARROS, A. K. A **organização homossexual em Juiz de Fora**: estudo sobre a trajetória do concurso Miss Brasil Gay em Juiz de Fora desde 1977 até a formação do MGM em 2000. Tese (Doutorado em Política Social) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2016.

BENEVIDES, B. G. 31 de março - Nada a comemorar. Rede social **Facebook** da ANTRA, 2021. Disponível em: <https://www.facebook.com/antrabrasil/photos/31-de-mar%C3%A7o-nada-a-comemorarh%C3%A1-55-anos-o-horror-se-instalava-no-brasiltravestis-/2183356038416400/>. Acesso em: 02 mai. 2021.

BENEVIDES, B. G.; NOGUEIRA, S. N. B. (org.). **Dossiê dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais no Brasil em 2018**. [S. l.]: ANTRA/IBTE, 2019. Disponível em: <https://antrabrasil.files.wordpress.com/2019/01/dossie-dos-assassinatos-e-violencia-contra-pessoas-trans-em-2018.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2019.

BENEVIDES, B.; SIMPSON, K. **Mapa dos assassinatos de travestis e transexuais no Brasil em 2017**. [S. l.]: ANTRA, 2018. Disponível em: <https://antrabrasil.files.wordpress.com/2018/02/relatc3b3rio-mapa-dos-assassinatos-2017-antra.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2019.

BENTO, B. Política da diferença: feminismos e transexualidades. *In*: COLLING, Leandro (org.). **Stonewall 40 + o que no Brasil?** Salvador: EDUFBA - Coleção Cult, 2011.

_____. **A reinvenção do corpo**: sexualidade e gênero na experiência transexual. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

BEHRING, E. R. A condição da política social e a agenda da esquerda no Brasil. **SER Social**, Brasília, v. 18, n. 38, p. 13-29, jan.-jun./2016. Disponível em: <http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/421y2S7XN6T30Z93f973.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2019.

BITELO, H. S; ARALDI, M. O. Reapropriação do direito de existir: Atravessamentos sociais na vida de pessoas trans. **Revista Brasileira de Estudos da Homocultura**. V. 2, N. 8 (2019). Disponível em: <https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/rebeh/article/view/10160>. Acesso em: 10 jan. 2021.

_____. **Brasil em contra-reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2008.

BRANDÃO, B. C. **A produção de corpos trans e suas interseções com os processos saúde-doença**: efeitos (in)desejáveis e autonomia dos corpos.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2016.

BRASIL. **Lei Federal nº 9.637, de 15 de maio de 1998**. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Brasília, 1998b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19637.htm>. Acesso em: 13 ago. 2019.

_____. **Lei Federal nº 9.790, de 23 de março de 1999**. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências. Brasília, 1999a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19790.htm>. Acesso em: 13 ago. 2019.

_____. Lei Federal nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Brasília, 2019. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 12 jan. 2018.

_____. Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. *Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências*. Brasília, 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 12 jan. 2018.

_____. Conferência nacional de GLBT. **Anais**. Brasília – DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2008a. 290 p. Tema: Direitos Humanos e Políticas Públicas: O caminho para garantir a cidadania LGBT.

_____. **Lei Federal nº 13.204, de 14 de dezembro de 2015**. Altera a Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014; altera as Leis nº 8.429, de 2 de junho de 1992, 9.790, de 23 de março de 1999, 9.249, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 12.101, de 27 de novembro de 2009, e 8.666, de 21 de junho de 1993; e revoga a Lei nº 91, de 28 de agosto de 1935. Brasília, 2015.

_____. **Brasil Sem Homofobia**: Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e Promoção da Cidadania Homossexual. Brasília: Ministério da Saúde/ CNCD, 2004a.

_____. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf.
Acesso em: 13 ago. 2019.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 3 mar. 2019.

_____. **Medida Provisória nº 2.216-37, de 31 de agosto de 2011**. Altera dispositivos da Lei nº 9.649, de 27 de maio de 1998, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/2216-37.htm . Acesso em: 02 mar. 2019.

_____. **Plano Brasil Sem Miséria**. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. 2011. Disponível em: Acesso em:
https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/brasil_sem_miseria/caderno_brasil_sem_miseria.pdf . Acesso em: 09 jun. 2019.

_____. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília, 1995. Disponível em:
<http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/publicacoes-oficiais/catalogo/fhc/plano-diretor-da-reforma-do-aparelho-do-estado-1995.pdf>. Acesso em: 8 dez. 2018.

_____. **Política de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília-DF, 2013a. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf. Acesso em: 2 fev. 2018.

_____. **Política Nacional de DST/aids: princípios e diretrizes. Coordenação Nacional de DST e Aids**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1999b. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_17.pdf. Acesso em: 03 jun. 2019.

_____. **Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009**. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. 2009a. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html.
Acesso em: 03 mar. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.836, de 1 de dezembro de 2011**. Institui no SUS a Política Nacional de Saúde Integral LGBT. 2011b. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html>.

Acesso em: 03 mar. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **AIDS II: relatório de implementação e avaliação - dezembro de 1998 a maio de 2001 (Acordo de Empréstimo - BIRD 4392/BR).**

Brasília- Coordenação Nacional de DST e Aids, 2001. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/154_12aidsII.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes.** Brasília: 2004c. Disponível em:

<https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes.** Brasília: 2008b. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1.707, de 18 de agosto de 2008.** Institui, no âmbito do SUS, o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. 2008c.

Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1707_18_08_2008.html.

Acesso em: 04 jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva.** 26º vol., 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.**

Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. 2011a. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.

Acesso em: 10 jun. 2018

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 2.227, de 14 de outubro de 2004.**

Dispõe sobre a criação do Comitê Técnico Saúde para a formulação de proposta da Política Nacional de saúde da população gays, lésbicas, transgêneros e bissexuais – GLTB. 2004b. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2227_14_10_2004.html>.

Acesso em: 04 jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 26, de 28 de setembro de 2017**. Dispõe sobre o II Plano Operativo (2017- 2019) da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no âmbito do Sistema Único de Saúde. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 457, de 19 de agosto de 2008**. Regulamenta o Processo Transexualizador no SUS. 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0457_19_08_2008.html> Acesso em: 04 jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 2803, de 19 de novembro de 2013**. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no SUS. 2013d. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html. Acesso em: 04 jun. 2017.

_____. Secretaria de Estado dos Direitos Humanos. **II Plano Nacional de Direitos Humanos (PNDH)**. Brasília, 2002. Disponível em: <<https://direito.mppr.mp.br/arquivos/File/PNDH2.pdf>>. Acesso em: 12 mai. 2020.

_____. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT**. Brasília, 2009b. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/dados/pp/a_pdfdht/plano_nacional_lgbt_2009.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2020.

_____. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Programa Nacional de Direitos Humanos 3**. Brasília, 2009c.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 470, de 7 de agosto de 2013**. Aprova a reestruturação da Comissão Intersetorial de Saúde da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais - CISPLGBT, para o exercício do mandato de 2013 a 2015. Brasília, 2013c. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0470_07_08_2013.html>. Acesso em: 13 mai. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013**. *Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília, 2013b. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html>. Acesso em: 13 mai. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **O que é a Covid-19?** Saiba quais são as características gerais da doença causada pelo novo coronavírus, a Covid-19. Publicado em 08/04/2021 19h21. 2021a. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/o-que-e-o-coronavirus>>. Acesso em: 10 jun. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Monitoramento. **Covid-19**: 15.342.286 milhões de

pessoas estão recuperadas no Brasil. Publicado em 06/06/2021 20h00. 2021b. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/informes-diarios-covid-19/covid-19-15-342-286-milhoes-de-pessoas-estao-recuperadas-no-brasil>>. Acesso em: 10 jun. 2021.

_____. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **OMS retira transexualidade da lista de doenças e distúrbios mentais**. Publicado em 22/06/2018. Disponível em: <<https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2018/junho/organizacao-mundial-da-saude-retira-a-transexualidade-da-lista-de-doencas-e-disturbios-mentais>>. Acesso em: 08 ago. 2021.

BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. MOTA, A et al (orgs). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 1996.

_____.; MATOS, M C. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. MOTA, A et al (orgs). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

_____.; MATOS, M. C. Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, M. I. S. et al (Org.). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

_____.; MENEZES, J. S. B. A saúde nos governos Lula e Dilma: algumas reflexões. BRAVO, M. I.; MENEZES, J. S. B (orgs) **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, Adufrj, 2011, p.15-28.

_____.; MENEZES, J. S. B. Lutas contra a privatização da saúde no Brasil na atualidade. **VII Jornada Internacional Políticas Públicas: para além da crise global experiências e antecipações concretas**. Universidade federal do maranhão, 2015.

_____.; PELAEZ, E. J.; PINHEIRO, W. N. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, Vitória, v.10, n.1, p. 09-23, 2018.

BUTLER, J. **Problemas de Gênero: feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

CÂMARA MUNICIPAL DE JUIZ DE FORA. **Lei n.º 9791, de 12 de maio de 2000**. Dispõe sobre a ação do Município no combate às práticas discriminatórias, em seu território, por orientação sexual. Juiz de Fora, 2000.

_____. **Projeto de Lei Número 000153/202**. Dispõe sobre o tratamento social em clínicas e estabelecimentos públicos e particulares de saúde para travestis, homens trans e mulheres trans e dá outras providências. Juiz de Fora: 2021.

_____. **Projeto de Lei 000117/2021**. Juiz de Fora: 2021b.

CARDOSO, T. V. B. Quem enxerga a criança trans? Memórias de um menino transgressor. Dossiê Temático. **Revista Brasileira de Estudos da Homocultura**. Vol. 03, N. 09, 2020. Disponível em: <<http://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/rebeh/index>> Acesso em: 20 jul. 2021.-

CARVALHO, M. F. L. **Que mulher é essa?** Identidade, política e saúde no movimento de travestis e transexuais. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde. Orientador: Prof. Dr. Sérgio Carrara. Rio de Janeiro, 2011.

CASTRO, M. M. C. C. **Humanização em saúde:** intencionalidade política e fundamentação teórica. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Orientadora: Professora Dra. Yolanda Demetrio Guerra. Rio de Janeiro, 2015.

CER – LGBTQI+. **Panfleto** informativo impresso recebido no I Seminário da Zona da Mata Mineira e Campo das Vertentes sobre LGBTQIfobia e Cidadania LGBTQI+: Políticas Públicas e Direitos Humanos. Juiz de Fora, 2019.

CFESS. **Código de ética do/a assistente social**. 9. ed. Brasília, 2011. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP2011_CFESS.pdf. Acesso em: 10 jun. 2018.

_____. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília, 2010. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf Acesso em: 20 jun. 2019.

_____. **Resolução Nº 845, de 26 de fevereiro de 2018**. Dispõe sobre atuação profissional do/a assistente social em relação ao processo transexualizador. Brasília-DF, 2018. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/ResolucaoCfess845-2018.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2018.

_____. **Resolução nº 489 de 2006**. Estabelece normas vedando condutas discriminatórias ou preconceituosas, por orientação e expressão sexual por pessoas do mesmo sexo, no exercício profissional do assistente social. Brasília, 2006.

Disponível em: http://www.cfess.org.br/pdf/resolucao_4892006.pdf. Acesso em: 10 jun. 2018.

_____. **Resolução nº 615, de 8 de setembro de 2011**. Dispõe sobre a inclusão e uso do nome social da assistente social travesti e do(a) assistente social transexual nos documentos de identidade profissional. Brasília-DF, 2011. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/615-11.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2018.

_____. **Transfobia**: Série Assistente Social no combate ao preconceito, Caderno 4. Brasília-DF, 2016. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/CFESS-Caderno04-Transfobia-Site.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

MANUAL CID 10. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed, 1993.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1.482 de 1997**. Brasília-DF, 1997. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/1997/1482_1997.pdf>. Acesso em: 07 jan. 2018.

_____. **Resolução do CFM nº 1.652 de 2002**. Brasília-DF, 2002. Disponível em: <<https://direito.mppr.mp.br/arquivos/File/3resolucaoCFM1955.pdf>>. Acesso em: 07 jan. 2018.

_____. **Resolução nº 1.955, de 3 de setembro de 2010**. Brasília-DF, 2010. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2010/1955_2010.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2018.

_____. **Resolução nº 2.265, de 20 de setembro de 2019**. Brasília-DF, 2019. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-2.265-de-20-de-setembro-de-2019-237203294>>. Acesso em: 16 jul. 2021.

_____. CFM atualiza regras para aperfeiçoar o atendimento médico às pessoas com incongruência de gênero. **Portal de notícias CFM**, 09/01/2020, 15:49. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/noticias/cfm-atualiza-regras-para-aperfeicoar-o-atendimento-medico-as-pessoas-com-incongruencia-de-genero/>>. Acesso em: 16 jul. 2021.

COALIZÃO SAÚDE. **Coalizão Saúde Brasil**: uma agenda para transformar o sistema de saúde. 2017. Disponível em: <http://icos.org.br/wp-content/uploads/2017/04/Relato%CC%81rioNet.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2019.

COLLING, L. Políticas para um Brasil além do Stonewall. *In*: COLLING, Leandro

(org.). **Stonewall 40 + o que no Brasil?** Salvador: EDUFBA - Coleção Cult, 2011.

COLLING, L.; PIRAJÁ, T. C. Queridas, mas nem tanto: a representação da travestilidade em Queridos Amigos. *Revista Famecos*, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 507-528, maio/ago. 2011.

CORREIA, M. V. C. O Controle Social na Política de Saúde Brasileira Frente às Orientações dos Organismos Financeiros Internacionais. **Sociedade em Debate**, Pelotas, 13(2): 121-136, jul.-dez./2007. Disponível em: <<https://rle.ucpel.tche.br/rsd/article/download/404/358/1493>>. Acesso em: 02 jul. 2019.

COUTO, B. R. **O direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível?** São Paulo: Cortez, 2010.

DUARTE, M. J. O. Diversidade sexual, políticas públicas e direitos humanos: saúde e cidadania LGBT em cena. **Temporalis**, Brasília - DF, v. 14, n. 27, p. 77-98, 2014.

_____. Vidas precárias e lgbtqifobia no contexto da pandemia: a necropolítica das sexualidades dissidentes. **APES** - série artigos "Pandemia e Política". Juiz de Fora, 2020.

_____. Construindo políticas públicas LGBTQIA+ Saúde. **WEBNÁRIO** – GT Plano Municipal de Promoção e Defesa dos Direitos de LGBTQI+. Transmtido na página do Facebook da PJF. Juiz de Fora, 24 jul. de 2021.

_____. Orientação de estudos individuais. Programa de Pós Graduação em Serviço Social. UFJF, 2021b.

DURIGUETTO, M. L. Propostas de democracia: Brasil anos 90. *In*: DURIGUETTO, Maria Lúcia. **Sociedade civil e democracia: um debate necessário**. São Paulo: Cortez, 2007. cap. 4, p. 170-228.

DURIGUETTO, M. L.; DEMIER, F. Democracia blindada, contrarreformas e luta de classes no Brasil contemporâneo. **Argumentum**, Vitória, v. 9, n. 2, p. 8-19, maio/ago. 2017.

EBSERH. Sobre a Rede Ebserh. Disponível em: <<https://www.ebserh.gov.br/sobre-a-rede-ebserh>>. Acesso em: 02 jul. 2019.

FIOCRUZ. Política Nacional de Saúde Integral LGBT: inscrições abertas para curso online. **Portal Fiocruz Notícias**. Brasília, 23 fev. 2017. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/politica-nacional-de-saude-integral-lgbt-inscricoes-abertas-para-curso-online>> Acesso em: 02 ago. 2020.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Site** oficial do Governo de Minas Gerais. Disponível em: <https://www.mg.gov.br/>. Acesso em: 05 ago. 2019.

GOVERNO FEDERAL. **Portal da legislação**. Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/legislacao/>. Acesso em: 05 ago. 2019.

GRUPO GAY DA BAHIA. O que é o GGB. Salvador. Disponível em: <https://grupogaydabahia.com.br/about/o-que-e-o-ggb-nossa-historia/>. Acesso em: 02 jul. 2019.

GT PLANO MUNICIPAL LGBTQI+. Reuniões discussões do grupo de trabalho para elaboração do Plano Municipal de Promoção e Defesa dos Direitos de LGBTQI+, em 2021.

GURGEL, Cláudio Roberto Marques. **Para Além da Reforma do Estado**: crises e limites da razão liberal. Administração Pública e Gestão Social. v. 9, nº. 3, 2017.

HERBERT DANIEL. Vida antes da morte. 3. ed. Rio de Janeiro: **ABIA** - Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, 2018. Disponível em: <http://abi aids.org.br/vida-antes-da-morte/32248>. Acesso em: 2 jan. 2019.

_____ ; PARKER R. AIDS, a terceira epidemia: ensaios e tentativas. Rio de Janeiro: **ABIA**, 2018.

IAMAMOTO, M. V. Mundialização do capital, “questão social” e Serviço Social no Brasil. **Revista Em Pauta**, Rio de Janeiro, n.21, p. 117-139, jul. 2008.

IRINEU, B. A. **A política pública LGBT no Brasil (2003-2014)**: homofobia cordial e homonacionalismo nas tramas da participação social. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=4372319>. Acesso em: 8 dez. 2018.

_____. Homonacionalismo e cidadania LGBT em tempos de neoliberalismo: dilemas e impasses às lutas por direitos sexuais no Brasil. **Revista em Pauta**, Rio de Janeiro, v.12, n. 34, p. 155-178, 2014.

_____; OLIVEIRA B. A.; LACERDA M. C., 2020 Um balanço crítico acerca da regressão dos direitos lgbti no Brasil sob ascensão do bolsonarismo. **Diversidade sexual, étnico-racial e de gênero**: temas emergentes. Editora Devires. Publicação eletrônica. Salvador-BA, 2020. Disponível em: <<https://editoradevires.com.br/book/diversidade-sexual-etnico-racial-e-de-genero-temas-emergentes/>>. Acesso em: 3 Mar. 2021.

JORNAL ESTADO DE MINAS GERAIS. Projeto contra linguagem neutra nas escolas causa polêmica em Juiz de Fora. 09/07/2021 20:40. Disponível em: <https://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2021/07/09/interna_gerais,1285292/projeto-contralinguagem-neutra-nas-escolas-causa-polemica-em-juiz-de-fora.shtml>. Acesso em: 6 out. 2021.

JUIZ DE FORA. Secretaria de Saúde. **Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde** – Projeto de Implantação. Thiago Campos Horta, Maria Aparecida Martins Baêta Guimarães ... et al. – Juiz de Fora (MG), 2014. 133 p. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/ss/plano_diretor/docs/implantacao.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2021.

_____. Secretaria de Saúde. **Plano de Saúde da cidade de Juiz de Fora (2018-2021)**. Juiz de Fora: 2018. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/cms/arquivos/plano_saude_2018_2021.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2021.

_____. Departamento de Políticas para a Pessoa com Deficiência e Direitos Humanos – DPCDH. **Portaria do Diretor 02045 / 2014**. Juiz de Fora: 2014. Disponível em: <<https://jfl legis.pjf.mg.gov.br/norma.php?chave=0000037746>>. Acesso em: 20 jul. 2021.

_____. **Decreto n.º 14.543 de 17 de maio de 2021**. Dispõe sobre o Grupo de Trabalho para elaborar proposta do Plano Municipal de Promoção e Defesa dos Direitos da População LGBTQI+, e dá outras providências. Juiz de Fora: 2021a. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/e_atos/e_atos_vis.php?id=84337#:~:text=DECRETO%20N.%C2%BA%2014.543%20%2D%20de,47%2C%20inc.>. Acesso em: 22 jul. 2021.

LBL. Sobre a Liga Brasileira de Lésbicas. Disponível em: <<https://lbnacional.wordpress.com/sobre/>>. Acesso em: 13 Ago. 2019.

LIONÇO, T. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. **Physis** - Revista de Saúde Coletiva, vol. 19, núm. 1, Jan-Mar. Rio de Janeiro: 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/pxSyLfDd8pZzdQ6tknGbWnx/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 1 Fev. 2021.

LIMA, F. Manifesta/o por uma educação lgbtqi+. **Diversidade sexual, étnico-racial e de gênero**: temas emergentes. Editora Devires. Publicação eletrônica. Salvador-BA, 2020. Disponível em: <<https://editoradevires.com.br/book/diversidade-sexual-etnico-racial-e-de-genero-temas-emergentes/>>. Acesso em: 3 Mar. 2021.

LOPES V. L.; CASTRO M. C. C., 2017. A assistência em saúde à pessoa com hiv/aids na experiência de residência em saúde: demandas e desafios para o Serviço Social. Regressão de direitos e as lutas de classes no Brasil. **Serviço Social em Perspectiva**. V. 1 n. 2, 2017.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cadernos de Saúde Pública**, n.33, p. 143-161, 2017.

MACIEL, I. M. **Panorama brasileiro do processo transexualizador no âmbito do SUS**. Monografia (Graduação em medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia, Bahia, 2017.

MANDEL, E. **O capitalismo tardio**. Tradução: Carlos E. S. Matos; Regis de C. Andrade; Dinah de A. Azevedo. São Paulo: Abril Cultural, 1982.

Mães pela Diversidade. Quem somos. Disponível em: <<https://maespeladiversidade.org.br/>>. Acesso em: 12 jul. 2021.

MARQUES, R. M.; MENDES, Á. Servindo a dois senhores: as políticas sociais no governo Lula. **Katálysis**, Florianópolis, V.10, n. 1, p. 15-23, jan/jun. 2007.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Direitos Humanos, Participação Social e Cidadania. Conheça as principais iniciativas para o público LGBT em Minas. Notícia, 17/05/2018. 2018^a. Disponível em: <<http://direitoshumanos.social.mg.gov.br/noticia/geral/11/2018/conheca-principais-iniciativas-para-o-publico-lgbt-em-minas>>. Acesso em: 26 jun. 2020.

_____. Secretaria de Estado de Direitos Humanos, Participação Social e Cidadania. Governo de Minas Gerais reforça compromisso com políticas para população LGBT. Notícia, 27/06/2018. 2018^b. Disponível em: <<http://direitoshumanos.social.mg.gov.br/noticia/geral/11/2018/governo-de-minas-gerais-reforca-compromisso-com-politicas-para-populacao-lgbt>>. Acesso em: 26 jun. 2020.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.202, de 14 de agosto de 2020**. Aprova, no âmbito do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais, a Política Estadual de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais - LGBT. Belo Horizonte: 2020. Disponível em: <<https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%203202%20->

%20SUBPAS_SAPS%20%20-%20Pol%C3%ADtica%20Sa%C3%BAde%20LGBT%20-%20alterada%20-%20revis%C3%A3o%20DPAPS%20-%20alt.%202%20-%20rev%20DPAPS2%20-%20final%20(1).pdf>. Acesso em: 12 mar. 2021.

MINAYO, S. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. *In*: MINAYO, S (Org.); DESLANDES, S. F. e GOMES, R. **Teoria Social: Teoria, Método e Criatividade**. 28. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portal do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/>. Acesso em: 05 ago. 2019.

MISKOLCI, R. Não somos, queremos – reflexões queer sobre a política sexual brasileira contemporânea. *In*: COLLING, L. (org.). **Stonewall 40 + o que no Brasil?** Salvador: EDUFBA - Coleção Cult, 2011.

MISS BRASIL GAY. A história do evento Miss Brasil Gay. Disponível em: <https://www.missbrasilgay.com.br/a-historia>. Acesso em: 02 ago. 2019.

MONTAÑO, C e DURIGUETTO, M. L. **Estado, Classe Social e Movimento Social**. SP: Cortez, 2011.

MOTA, A. E. (Org.). **O Mito da Assistência Social**: ensaios sobre Estado, política e sociedade. 2. ed. Revista e Ampliada. São Paulo: Cortez, 2008.

NETTO, J. P. **Ditadura e Serviço Social**: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. 8.ed. São Paulo: Cortez, 2005.

_____. **Pequena história da ditadura militar brasileira (1964-1985)**. São Paulo: Cortez, 2014.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BÓGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e Sociedade**. v.13, n.3, p.44-57, set/dez 2004.

NUNES, M. C. **Processo de transexualização: uma trajetória de militância trans na cidade de Juiz de Fora (2011-2016)**. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de Juiz de Fora. Orientadora: Marcella Beraldo de Oliveira. Juiz de Fora: 2016.

OLIVEIRA, E. A. A funcionalidade da política social e os limites da emancipação humana na ordem do capital. **Ser Social**, Brasília (DF), v.17, n. 37, p. 348-367, 2015.

_____. Política social: políticas para o capital ou para o trabalhador? **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 3, p. 232-243, set./dez. 2018.

PAIVA C. R. **A Rede de Cuidados à Saúde para a População Transexual em Juiz**

de Fora. Dissertação de mestrado. Programa de Pósgraduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Juiz de Fora. Área de concentração: Política, Gestão e Avaliação de Sistemas e Programas de Saúde. Orientadora: Profa Dra Beatriz Francisco Farah. Coorientador: Prof. Dr. Marco José de Oliveira Duarte. Juiz de Fora, 2020.

PAULA, A. P. P. A edificação da nova administração pública. **Por uma nova gestão pública:** limites e potencialidades da experiência contemporânea. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

PELÚCIO, L. M. **Nos nervos, na carne, na pele: uma etnografia sobre prostituição travesti e o modelo preventivo de AIDS.** Tese de doutorado em Ciências Humanas. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2007.

PENNA, Á. A. M. **O valor de marca e a representatividade lgbtqi+ na mídia: um estudo de caso das estratégias de comunicação da skol.** Monografia (Graduação em Publicidade e Propaganda) - Faculdade de Informação e Comunicação, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2018.

PERILO M. *et al.* Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. **Sexualidad, Salud y Sociedad.** Rio de Janeiro, 9 dez 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sess/a/8ZZjpNCzgQMvJDDGRvLPYmk/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 12 jan. 2019.

_____ ; Pedrosa C.; Mello L. **Entre a aids e a integralidade: travestis, transexuais, bissexuais, lésbicas e gays nas políticas públicas de saúde no Brasil.** Texto como parte do relatório final dos projetos de pesquisa Políticas públicas para a população LGBT no Brasil: um mapeamento crítico preliminar e Políticas públicas para a população LGBTT: mapeamento de iniciativas exemplares para o estado de Goiás. Ser-Tão – Núcleo de Estudos e Pesquisas em Gênero e Sexualidade. Faculdade de Ciências Sociais, UFG, 2011.

PERUCCHI, J.; BRANDÃO, B. C.; SILVA, J. A. Gênero, sexo e corpos trans: um relato de experiência de extensão universitária a partir da construção de um grupo de apoio e militância com travestis e transexuais. **Revista Feminismos**, 3(1), 2015.

PINHEIRO, T. F. **Camisinha, homoerotismo e os discursos da prevenção de HIV/aids.** Tese (Doutorado em Ciências) - Programa de medicina preventiva, Faculdade de medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-14092015-092808/pt-br.php>>. Acesso em: 2 jun. 2018.

PINTO *et al.* Silicone líquido industrial para transformar o corpo: prevalência e fatores associados ao seu uso entre travestis e mulheres transexuais em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 7, p. 1-13, 2017.

POPADIUK, G. S.; OLIVEIRA, D. C.; SIGNORELLI, M. C. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1509-1520, 2017.

PREFEITURA DE JUIZ DE FORA. Dispões de informações institucionais, ao cidadão, ao servidor, sobre os concursos e licitações, entre outras. Disponível em: <<https://www.pjf.mg.gov.br/>>. Acesso em: 05 ago. 2019.

_____. Sistema JFLegis. Disponível em: <<https://jflegis.pjf.mg.gov.br>>. Acesso em: 05 ago. 2019.

_____. Institucional. Equipe de Governo. Juiz de Fora: 2021. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/institucional/equipe_governo/sedh.php>. Acesso em: 12 set. 2021.

_____. SEDH oferece capacitação para atendimento à população LGBTQIA+. Portal de Notícias em 4/8/2021 – 16:33. Juiz de Fora: 2021b. Disponível em: <<https://www.pjf.mg.gov.br/noticias/view.php?modo=link2&idnoticia2=71866>>. Acesso em: 17 ago. 2021.

_____. Juiz de Fora se torna primeira cidade do interior a contar com processo transexualizador. Portal de Notícias, 28/6/2021 – 18:01. Juiz de Fora: 2021c. Disponível em: <<https://www.pjf.mg.gov.br/noticias/view.php?modo=link2&idnoticia2=71449>>. Acesso em: 17 ago. 2021.

PROPOSTA DE PLANO DE GOVERNO – BOLSONARO. **O caminho da prosperidade**. 2018. Disponível em: <https://divulgacandcontas.tse.jus.br/candidaturas/oficial/2018/BR/BR/2022802018/280000614517/proposta_1534284632231.pdf>. Acesso em: 23 Mai. 2022.

REDE ABL. Quem somos. Articulação Brasileira de Lésbicas. Disponível em: <<http://redeabl.blogspot.com/>>. Acesso em: 13 ago. 2019.

REDE AFRO LGBT. Sobre a Rede Afro LGBT – página inicial. Disponível em: <<http://redeafrolgbt.blogspot.com/>>. Acesso em: 13 ago. 2019.

RIBEIRO *et al.* Transexualidade e relações de trabalho: levantamento bibliográfico acerca do tema (2000 a 2011). **Seminário Internacional Enlaçando Sexualidades**, Salvador – Bahia, 2013. Disponível em: <http://www.uneb.br/enlacandosexualidades/files/2013/06/Transexualidade-e-rela%C3%A7%C3%B5es-de-trabalho-levantamento-bibliogr%C3%A1fico-acerca-do-tema-2000-a-2011.pdf> Acesso em: 12 dez. 2017.

REVISTA HÍBRIDA. Eleições 2020: Brasil bate recorde histórico com mais de 70 LGBTIS eleitos. [sl], 16 nov. de 2020. Disponível em: <<https://revistahibrida.com.br/2020/11/16/eleicoes-2020-brasil-bate-recorde-historico-com-mais-de-70-lgbtis-eleitos/>>. Acesso em: 3 jan. 2021.

RIZZOTTO, M. L. F. **O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS**. Tese de doutorado. Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Saúde Coletiva. Orientador: Gastão Wagner de Souza Campos. Campinas, 2000.

RIZZOTTO, F. M. L. As propostas do Banco Mundial para as reformas do setor de Saúde no Brasil nos anos 1990. **Saúde em Debate** [en linea]. 2005, 29(70), 140-147. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406345255004>>. Acesso em: 2 jul. 2021.

ROCON P. C. R. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(8). Vitória - ES, 2016.

_____ *et al.* Acesso à saúde pela população trans no Brasil: nas entrelinhas da revisão integrativa. **Trab. Educ. Saúde**. Rio de Janeiro, 2020.

_____; SILVA A.; SODRÉ F. Diversidade de gênero e Sistema Único de Saúde: uma problematização sobre o processo transexualizador. Educação e lutas sociais no Brasil. **Ser Social**. Brasília, v. 20, n. 43, jul./dez. 2018.

_____; SODRÉ F.; DUARTE M. J. O. D. Questões para o trabalho profissional do Assistente Social no processo transexualizador. **R. Katál**. Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 523-533, set./dez. 2018.

RODRIGUES, F. D. **(Des)caminhos em busca de cuidado: uma análise da rede de assistência à saúde para pessoas transexuais e travestis em Juiz de Fora/MG**. Tese (Doutorado em Psicologia) - Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/bitstream/ufjf/6826/1/fernandadeottirodrigues.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2019.

SANTOS H. M. A “onguização” da sociedade civil: temas para o debate. **Anais**. I Circuito de Debates Acadêmicos. IPEA, 2011.

SANTOS, M. C. B. **Aos Trancos e barrancos: uma análise do processo de implementação e capilarização do processo transexualizador no Brasil**. Tese de Doutorado em Serviço Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2020. Orientador: Dr. Guilherme Silva de Almeida.

_____ ; ALMEIDA, G. S. “Você realmente escolheu atender gente que nem a gente ou te obrigaram?”: notas sobre a assistência à saúde a pessoas trans no SUS. *In*: DUARTE, M. J. O.; ALMEIDA, C. C. L.; MONNERAT, G. L.; SOUZA, R. G. (org.). **Política de Saúde Hoje: Interfaces & Desafios no Trabalho de Assistentes Sociais**. 1. ed. [S. l.]: Papel Social, 2014.

_____. *et al.* Processo transexualizador no Rio de Janeiro: considerações introdutórias a partir do olhar do serviço social. *In*: Maria Thereza Ávila Dantas Coelho; Liliana Lopes Pedral Sampaio.. (Org.). **Transexualidades: um olhar multidisciplinar**. 01ed. Salvador: EDUFBA, 2014, v. 01, p. 220-242.

STACK D. S. “Não é uma realidade de todo mundo”: A normativa nº 2.803/2013 e o acesso ao SUS por pessoas trans do município de Santa Maria – RS. Dossiê Temático. **Revista Brasileira de Estudos da Homocultura**. Vol. 03, N. 09, 2020. Disponível em: <<http://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/rebeh/index>>. Acesso em: 20 jul. 2021.

SECRETARIA DE ESTADO DE CASA CIVIL E DE RELAÇÕES INSTITUCIONAIS. Ferramenta de pesquisa legislativa da Casa Civil de Minas Gerais. Disponível em: <<http://pesquisalegislativa.casacivil.mg.gov.br/SaibaMaisLegislacao.aspx>>. Acesso em: 12 ago. 2019.

SENADO FEDERAL. Informações sobre a agenda, a tramitação de matérias e as publicações oficiais do Senado Federal. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/hpsenado>>. Acesso em: 05 ago. 2019.

SOARES, L. T. Os custos sociais do ajuste neoliberal no Brasil. *In*: Sader, Emir. (org.). **El Ajuste Estructural En América Latina Costos Sociales Y Alternativas**. 1a. ed. Buenos Aires: CLACSO (CONSEJO LATINOAMERICANO DE CIENCIAS SOCIALES), 2001, v. 01, p. 171-186.

SOARES, R. C. **A Contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao Serviço Social**. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFPE, orientada pela Prof. Dra. Ana Elizabete Mota. Recife: 2010.

SOUZA, *et al.* Itinerários terapêuticos de travestis da região central do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 7, p. 2277-2286, 2014.

SOUZA FILHO, R. **Aulas da disciplina: Gestão Pública de Políticas sociais**. Mestrado em Serviço social, UFJF, 2018.

_____. Crítica à concepção gerencialista de gestão pública: o caso brasileiro. XIX Seminario Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social. **El Trabajo Social**

en la coyuntura latinoamericana: desafíos para su formación, articulación y acción profesional. Guayaquil. Universidad Católica Santiago de Guayaquil, 2009.

_____. O fenômeno burocrático e a universalização de direitos. **Revista Libertas**. v. 4 e 5, nº. especial, p. 151-170, ago/dez 2004.

STF. **Ação direta de inconstitucionalidade 4.275**. Distrito Federal: 2018. Disponível em: <<https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=749297200>>. Acesso em: 10 ago. 2020.

TENÓRIO, L. F. P; VIEIRA, L. L. F; LIVADIAS, S. K. Da Luta à execução do processo transexualizador: experiências do Hospital das clínicas da UFPE. **Transpóliticas Públicas**. Org: OLIVEIRA, A.D; PINTO, C.R.B. Campinas: Papel Social, 2017.

TRIBUNA DE MINAS. HU inicia credenciamento para fazer atendimento trans. Por Fabiane Almeida, estagiária sob supervisão da editora Luciane Faquini em 15/09/2019 às 07h00. Disponível em: <<https://tribunademinas.com.br/noticias/cidade/15-09-2019/hu-inicia-credenciamento-para-fazer-atendimento-trans.html>>. Acesso em: 06 jun. 2020.

TRINDADE, Mably J. **Aspectos históricos do processo transexualizador no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro (RJ): Gramma, 2016.

UFJF. Marco José de Oliveira Duarte em entrevista ao Portal de Notícias da UFJF em 18 de junho de 2019. Disponível em: <<https://www2.ufjf.br/noticias/2019/06/18/servico-social-cria-polo-para-acolhimento-de-demandas-lgbti/>>. Acesso em: 13 jun. 2020.

_____. Programação cultural marca Dia Nacional da Visibilidade Trans. Portal de Notícias da UFJF em 28 de Janeiro de 2020. JUIZ DE FORA: 2020A. Disponível em: <<https://www2.ufjf.br/noticias/2020/01/28/programacao-cultural-marca-dia-nacional-da-visibilidade-transs/>>. Acesso em: 13/06/2020.

_____. Centro de Referência abre inscrições para curso de inglês gratuito. Portal de Notícias da UFJF em 5 de março de 2020. Juiz de fora: 2020b. Disponível em: <<https://www2.ufjf.br/noticias/2020/03/05/centro-de-referencia-abre-inscricoes-para-curso-de-ingles-gratuito/>>. Acesso em: 14/08/2020.

_____. Centro de Referência oferece treinamento funcional gratuito para pessoas trans. Portal de Notícias da UFJF em 3 de março de 2020. Juiz de fora: 2020c. Disponível em: <<https://www2.ufjf.br/noticias/2020/03/03/centro-de-referencia-oferece-treinamento-funcional-gratuito-para-pessoas-trans/>> Acesso em: 14/08/2020.

VIANNA, M. L. T. W. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Ed. Revan: Ucam, Iuperj, 1998.

YAZBEK, M. C. A política social brasileira dos anos 90: a refilantropização da questão social. **Cadernos Abong**, São Paulo, n. 3, p. 7-18, 1995.

_____. Sistema de Proteção Social Brasileiro: Modelo, Dilemas e Desafios. **Seminário Internacional do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social**. Brasília - DF, novembro de 2010.

**APÊNDICE A – Produções encontradas no Repositório Institucional da UFJF
acerca da temática estudada**

Quadro 3: abordagem da temática da saúde nas dissertações e teses com palavras-chave transexual e/ou travesti e/ou processo transexualizador e/ou transgênero

Dissertações de mestrado		
ano	título	autores (as)
2019	O cotidiano das moradoras de uma residência terapêutica em Minas Gerais	Paucar, Yamileth Sugey Torres
2012	Implantação de uma diretriz de assistência de enfermagem no puerpério na atenção primária à saúde	Souza, Ana Beatriz Querino
2016	Validação de uma ficha clínica para a consulta de pré-natal às gestantes de risco habitual: uma proposta de enfermeiras	Duque, Daniela Aparecida Almeida
2017	A gestão cotidiana e a dignidade humana de quem vive com HIV: um estudo à luz da teoria das representações sociais	Pereira, Mariana Galvão
2014	Comunicação, campanhas e bioidentidades: discursos sobre o HIV entre governos, OSCs e soropositivos	Costa, Stéphanie Lyanie de Melo e
2016	Processo de transexualização: uma trajetória de militância trans na cidade de Juiz de Fora 2011-2016	Nunes, Marina Cápua
2018	O vivido de transexuais e travestis nos atendimentos à saúde: compreender para melhor assistir	Oliveira, Guilherme Sacheto
2016	A produção de corpos trans e suas interseções com os processos saúde-doença: efeitos (in)desejáveis e autonomia dos corpos	Brandão, Brune Coelho
2020	A rede de cuidados à saúde para a população transexual em Juiz de Fora	Paiva, Camila Rodrigues
2010	Cenas, fatos e mitos na prevenção do HIV/Aids: representações sociais de mulheres de uma escola pública de Juiz de Fora/MG	Reis, Valesca Nunes dos

2012	O HIV na terceira idade: o lugar designado ao idoso nas políticas públicas em HIV/aids e as concepções de profissionais de saúde acerca desta problemática	Jardim, Navarro	Laíse
2012	Os enunciados das campanhas de prevenção à aids no Brasil e seus dispositivos de produção de verdades no âmbito da saúde	Rodrigues, Fernanda Deotti	
2012	Entrando na ciranda: aids, infâncias e políticas públicas em saúde no Brasil	Calais, Lara Brum de	
2014	Representações sociais do HIV/AIDS para mulheres idosas	Silva, Laura Berriel da	
2016	Perfil de saúde de gestantes brasileiras: uma análise do Vigitel, 2009-2013	Santana, Barboza	Nádia
2017	A constituição do sujeito soropositivo e seus trajetos de (des) amor	David, Helena Ferreira	Gláucia
2017	Medi(ca)r para universalizar: o discurso médico-psicológico e a medicalização na educação	Oliveira, Priscila Ferreira de	
2018	Fortalecimento da participação e do controle social na gestão do Sistema Único de Saúde: estudo de caso do PoloSUS	Brugger, Andrey da Silva	
2019	O cuidar de si da mulher quilombola frente aos determinantes sociais em saúde presentes em seu território	Matos, Roque	Lucas
2010	Gestão local: respostas aos desafios da AIDS no Brasil análise do Programa Municipal de DST/AIDS de Juiz de Fora - MG	Correa, Calais Oliveira	Débora
Teses de Doutorado			
2018	(Des)caminhos em busca de cuidado: uma análise da rede de assistência à saúde para pessoas transexuais e travestis em Juiz de Fora/MG	Rodrigues, Fernanda Deotti	
2018	Entre ser... Rede, jovem e sujeito político: possibilidades de subjetivação política nos cenários do HIV/Aids no Brasil	Calais, Lara Brum de	

* Quadro próprio estruturado a partir das informações do Repositório Institucional da UFJF - janeiro de 2021

Quadro 4 Artigos de periódicos do Repositório Institucional da UFJF por palavras-chave: transexual, e/ou travesti, e/ou transgênero, e/ou processo transexualizador*

ano	título	Autores (as)
2011	Siliconomas	Dornelas, Marilho Tadeu; Correa, Marilia de Pádua Dornelas; Barra, Felipe Marcellos Lemos; Sá Junior, Carlos Alberto Correa de; Dornelas, Marcília de Cássia; Sant'Anna, Ludmila Leite; Mendonça Netto, Gabriel de; Arruda, Fabrizio Romagnoli de
2012	Cultura visual e homossexualidades na constituição de "novas" infâncias e "novos" docentes	Ferrari, Anderson
2014	Aspectos psicossociais da homofobia intrafamiliar e saúde de jovens lésbicas e gays	Perucchi, Juliana; Brandão, Brune Coelho; Vieira, Hortênsia Isabela dos Santos
2015	Vivendo do rebolado: feminilidades, corpos e erotismos no show business televisivo	Santos, Raphael Bispo dos
2016	Não apenas em nome de Deus: discursos religiosos sobre homossexualidade	Mesquita, Daniele Trindade; Perucchi, Juliana
2018	Questões para o trabalho profissional do Assistente Social no processo transexualizador	Rocon, Pablo Cardozo; Sodré, Francis; Duarte, Marco José de Oliveira

*Quadro estruturado a partir das informações do Repositório Institucional da UFJF – janeiro de 2021.