



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS - CCH
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL – ESS

JUREMA FRANCISCO ELOI DE OLIVEIRA

**“QUAL O SEU NOME DE VERDADE?”: DESAFIOS DO ACESSO DA POPULAÇÃO
TRANS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE**

Rio de Janeiro
2017

JUREMA FRANCISCO ELOI DE OLIVEIRA

**“QUAL O SEU NOME DE VERDADE?”: DESAFIOS DO ACESSO DA POPULAÇÃO
TRANS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Escola de Serviço Social da
Universidade Federal do Estado do Rio de
Janeiro, como pré-requisito para a
obtenção do grau de Bacharel em Serviço
Social.

Orientador: Prof. Dra. Vanessa Bezerra de Souza

Rio de Janeiro
2017

JUREMA FRANCISCO ELOI DE OLIVEIRA

**“QUAL O SEU NOME DE VERDADE?”: DESAFIOS DO ACESSO DA POPULAÇÃO
TRANS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Escola de Serviço Social da
Universidade Federal do Estado do Rio de
Janeiro, como pré-requisito para a
obtenção do grau de Bacharel em Serviço
Social.

Aprovada em: _____ de _____ de 2017.

Prof. Dra. Vanessa Bezerra de Souza (orientadora)

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

Prof. Dra. Janaina Bilate Martins

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

Assistente Social Verônica Lopes Campos

Hospital Federal dos Servidores do Estado

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha filha Carla Luã Eloi, por me mostrar e ensinar a ter outra visão de mundo, a desconstruir outros tantos valores que eu trazia e que sem perceber me limitavam; por trazer através de sua militância, e também de suas aflições as situações vividas pela população LGBT, que até então eu desconhecia ou não conseguia enxergar. Este trabalho é resultado daquilo que aprendi com Carla, da sua luta por direitos, por respeito, por dignidade e cidadania para a população LGBT. Suas lutas, agora também são minhas.

AGRADECIMENTO

Ao término de mais uma jornada, não posso deixar de agradecer a Deus em primeiro lugar, por me dar força e coragem para seguir, por estar ao meu lado em cada momento da minha vida. Agradeço de coração a todos que de alguma forma contribuíram para que eu chegasse até aqui, não gosto de falar nomes, pois não posso citar a todos que me ajudaram em mais essa conquista, mas terei que trazer alguns nomes que estiveram junto de uma forma mais marcante. Agradeço a minha família, ao meu esposo Francisco que pacientemente compreendeu as minhas ausências, e madrugadas de estudo. Aos meus filhos, Adriano Eloi, Caroline Eloi e Carla Luã Eloi que me incentivaram e me fizeram reaprender outros valores e me levaram a um novo conhecimento da vida, que em todo o tempo e de diversas formas me fizeram chegar até aqui. Agradeço aos professores da Escola de Serviço Social da Unirio que com todo carinho me passaram seus conhecimentos, abrindo um novo mundo para mim, especialmente a professora Janaína Bilate que logo na minha chegada na escola me integrou no seu projeto Cultura Mídia e Direitos Humanos, onde ainda assustada com a chegada na faculdade, pude me aprofundar nessa temática do Direito. Uma educadora exemplar que me ensinou pelo exemplo. Vou levar essas lições pela vida. Agradeço a minha orientadora, Prof. Vanessa Bezerra com seu carinho tão peculiar com todos, e sua luta contra as dominações/opressões, é para mim um exemplo como profissional, e me inspira a lutar por um mundo sem opressões. Agradeço aos meus colegas, jovens que me integraram nos desafios, nas dificuldades e também nas “tretas” da turma sem se importar com a diferença de idade, junto de vocês voltei a ser jovem, Pâmela e Elton, Viviane e Juliana, Mariana e Hugo, aprendi com vocês que se vence a luta contra as desigualdades do mundo, lutando, indo as ruas, sendo às vezes até alvo, mas sem desistir de acreditar num mundo sem exploração de qualquer espécie. Jovens sábios que tive a oportunidade de conviver. Vocês foram e são muito importantes para minha formação, não apenas profissional, mas humana. Agradeço minha supervisora de estágio, Verônica Lopes e a supervisora Ivana Bastos que com paciência e dedicação me ensinaram na prática o que aprendi na academia, mostrando o respeito ao usuário em cada atendimento, mesmo nas situações mais complexas, sem deixar dúvidas que se pode realmente ter um exercício profissional coerente com os princípios do código de ética, vocês são um exemplo de profissionais que eu quero seguir, e com certeza serão a minha inspiração no meu exercício como profissional. Obrigada por compartilharem seus conhecimentos comigo. A todos os colegas de estágio, de maneira especial as que mais convivi, que me ajudaram e passaram suas experiências dentro do campo de estágio, o que

vivemos juntas não será esquecido. Enfim, a lista de agradecimentos é muito grande, então deixarei apenas o meu muito obrigada a todos que citei e os que não citei, mas com certeza não esqueci.

*As cores não cabiam na sua forma
E transbordavam pelas grades de seu contorno
A sua alma não cabia ali
Ela não cabia naquela caixa
Como balões, que aprisionam o vento
E estouram para o libertar
Minha alma não cabe numa caixa
Assim como o balão, cedo ou tarde, a caixa vai rasgar...
A liberdade não se pode empacotar.
Carla Luã Eloi, 2016*

RESUMO

Este trabalho tem o objetivo de analisar a estrutura do Sistema de Saúde pública no Brasil, com relação ao tratamento e o atendimento de pessoas transgêneros e/ travestis, a partir do primeiro acolhimento, onde a pessoa precisa apresentar um documento de identificação civil, que não condiz com o nome social usado pela pessoa para se identificar na sociedade; o que acaba gerando inúmeros constrangimentos e humilhações e por consequência a evasão desse público do sistema de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Nome Social, Transgênero, Política de Saúde, SUS, cidadania

ABSTRACT

This work paper has the objective of analyzing the structure of the Public Health System in Brazil, regarding the treatment and care of transgender and transvestite persons, from the first reception, where the person needs to present a civil identification document, which does not matches the social name used by the person to identify themselves in society; which end up generating innumerable constraints and humiliations and, consequently, the evasion of this public of the health system.

KEYWORDS: Social Name, Transgender, Health Policy, SUS, citizenship

Sumário

Introdução	11
Capítulo 1: Identidade e Opressão.....	15
1.1 – Gênero, um conceito social.....	15
1.2 – Orientação Sexual	22
1.3 – Histórico de Opressões	25
1.4 – Lutas da População LGBT.....	30
Capítulo 2: Sistema de Saúde Brasileiro	35
2.1 – Estado e Política Social.....	35
2.2 – Antecedentes Históricos da Reforma Sanitária no Brasil	41
2.3 – Sistema Único de Saúde (SUS)	44
2.4 – Unidade Básica de Saúde e Política Nacional de Saúde Integral de LGBT's	48
Capítulo 3: Transgêneros e o Acesso à Saúde Pública	55
3.1 – Neoliberalismo e os Rebatimentos na Política de Saúde no Brasil	55
3.2 – Respeito ao Nome Social	59
Considerações finais.....	70
Referências Bibliográficas.....	73
Anexo 1: Projetos de Leis, Portarias e Decretos Sobre Nome Social no Brasil	80
Anexo 2: Centros de Referência em Saúde Pública de Pessoas Trans.....	85
Anexo 3: Cartilha Cuidar bem da Saúde de Cada Um Faz Bem. Faz Bem Para Todos. Faz Bem Para o Brasil.....	87

Introdução

As opressões que acontecem a segmentos da população, sempre se fizeram presentes na história da humanidade, e perduram até os dias de hoje, através da exploração e extração da mais valia dos trabalhadores, e perseguições às ditas “minorias” sociais, como as mulheres, negros, indígenas e hoje de uma maneira muito forte, àqueles considerados “diferentes”, que não se enquadram as normas sociais impostas, como os gays, lésbicas e transexuais.

Nesse contexto, no século XIX, as lutas de classes, exploravam os menos favorecidos e impunham aos trabalhadores condições precárias, o que se mantém ainda hoje, e está associada à desigualdade social, e é concretamente derivada do sistema que vivemos, por meio da qual os donos do meio de produção (capitalista), retiram do trabalhador (força de trabalho) a mais valia, numa exploração contínua do seu trabalho.

Assim esse sistema não assegura a grande massa de trabalhadores condições mínimas de sobrevivência, condições econômicas ou igualdade.

Se a política social tem relação com a luta de classes, e considerando que o trabalho no Brasil, apesar de importantes momentos de radicalização, esteve atravessado pela marca do escravismo, pela informalidade e pela fragmentação/cooptação, e que as classes dominantes nunca tiveram compromisso democrático e redistributivos, tem-se um cenário complexo para as lutas em defesa dos direitos de cidadania, que envolvem a constituição da política social. É nesse quadro que se deve observar as medidas esparsas e frágeis de proteção social no país até a década de 1930, embora tais características sejam persistentes e nos ajudem a pensar os dias de hoje (BEHRING & BOSCHETTI, 2011, p.79).

No Brasil no século passado, os embates se fizeram contra as desigualdades raciais que aconteceram por conta do tráfico de escravos africanos. Ao término da escravidão não houve políticas, nem a intenção de inserir essa grande massa de negros escravos, agora livres, no mercado de trabalho que foram ocupados pelos imigrantes europeus, que eram estimulados a virem para o Brasil, numa política de branqueamento do país. Dessa forma a maioria absoluta de negros ficou relegada a pobreza, a fome, aceitando qualquer subemprego para não morrer de fome; Essa situação trouxe reflexos até os dias de hoje, motivo da grande desigualdade social e racial que se vive no Brasil.

Através dos movimentos negros que reivindicavam uma melhoria na situação em que o negro vivia, explorado, marginalizado, discriminado, impedido de viver a sua cidadania, inclusive sendo tratado com violência e preconceito pelo próprio poder público, se pôde aprovar leis que determinam que racismo seja uma contravenção penal. Essa lei Afonso

Arinos de 1951 acaba com o mito da democracia racial no Brasil, que impedia o debate sobre racismo, trazendo à discussão as diversas formas de preconceito existentes no Brasil.

Em 1988 com a Constituição Federal, e ainda mediante as lutas dos movimentos negros, essa lei foi substituída por uma lei mais dura, que transformou em crime o que era apenas contravenção penal. Esta conquista pôde ser articulada, devido a diversas denúncias de racismo contra a população negra, em diversos lugares do país; nas favelas com a violência policial, nos lugares comuns, com a percepção da diferença de tratamento nos atendimentos, nas ofertas de emprego, no número de negros em cargos públicos ou de chefia, na entrada nas universidades públicas, entre tantas outras situações discriminatórias.

Também através de lutas, temos visto o direito das mulheres serem reconhecidos, situação que durante os séculos passados não haveria possibilidade de acontecer. No século XIX no Brasil surge a primeira lei que permitia que as mulheres frequentassem a educação elementar, o que até então era proibido, ou seja, as mulheres não podiam estudar, e apesar do avanço dessa Lei, continuavam proibidas de frequentar o nível superior. Ainda no Brasil, Nísia Floresta defendia mais educação para as mulheres, e escreve o livro *Direito das Mulheres e Injustiça dos Homens*, uma tradução de um livro inglês, trazendo uma nova reflexão sobre a realidade brasileira.

Nos anos 1980 devido às lutas das feministas surgem os primeiros conselhos estaduais da condição feminina que traçam políticas públicas para as mulheres; na saúde o Ministério da Saúde cria programas de Atenção Integral a Saúde da Mulher, em resposta a forte mobilização desses movimentos. A primeira delegacia de Atendimento Especializado a Mulher é inaugurada e um projeto de lei cria o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher.

Na assembleia geral das Nações Unidas, em 1979 os direitos das mulheres e a violência de gênero recebem destaque, gerando com isso a Declaração sobre a eliminação da violência contra a mulher. Ainda hoje essa luta por respeito continua, e apesar de se ter obtido algumas vitórias, muitas mulheres ainda são vítimas de violência, por conta do machismo que ainda impera na sociedade.

Apesar de todos os avanços mencionados, de acordo com dados do IPEA, entre 2009 e 2011, no Brasil, foram registrados 16.900 assassinatos de mulheres ocasionados por discriminação de gênero, cujo agressor era o próprio parceiro íntimo da vítima, cerca de 5.630 mortes por ano (GARCIA, 2013). Só no ano de 2013, ainda de acordo com o IPEA, mais de 50.300 casos de estupros foram denunciados, mas a estimativa é que anualmente ocorrem 527

mil estupros no Brasil, mas apenas 10% são reportados a polícia (CERQUEIRA & COELHO, 2014).

A comunidade LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais) que desde tempos imemoriáveis sofreram discriminação ao longo da história, foi nesses últimos anos, atacada com uma agressividade e violência tão grande, que fez com que seus militantes percebendo a barbárie a que estavam sujeitos, discriminados, excluídos, violentados, espancados e mortos, e ainda vendo seus direitos mais elementares serem tirados, perceberam a necessidade de mobilizarem a sociedade e elegerem parlamentares comprometidos com a causa para que se formulasse leis, em defesa dessa comunidade.

A homossexualidade foi tratada desde outros séculos com desprezo e desrespeito. Os corpos seriam estudados como feminino e masculino e a heterossexualidade era vista como única prática sexual “normal”. Assim a homossexualidade era vista como doença ou disfunção psíquica ou ainda desequilíbrio hormonais, bem como a transexualidade (UNASUS, 2015).

Alguns membros da comunidade LGBT, ao longo dos anos uniram-se em prol de diversas lutas para sua emancipação, e ainda hoje encontram resistência e dificuldade para que as conquistas obtidas ao longo desses anos sejam efetivadas na prática, o desrespeito a essa população se tornou generalizado e os ataques violentos a sua integridade física, tem levado a insegurança e a morte de muitos.

O nome social é uma conquista que ainda hoje não é efetivada ou acolhida em vários espaços públicos e privados, devido à falta de capacitação dos profissionais e desconhecimento das leis que asseguram essa conquista. Desde 2009 já existem decretos locais e portarias federais dentro do âmbito da saúde, regulamentando o nome social. No ano de 2016, a Presidente Dilma assinou o decreto de número 8.727/2016 que dispõe sobre o nome social nos órgãos do poder público, ministérios, autarquias, empresas estatais, instituições de ensino e no Sistema Único de Saúde.

Assim, torna-se pertinente o debate sobre gênero e sexualidade nos diversos ambientes de educação, da política, da religião e da saúde. Nesse sentido, pode-se desmistificar todo preconceito que se faz presente nessas áreas, que impedem que a grande maioria da população LGBT tenha a possibilidade de concluir seus estudos inserindo-se no mercado de trabalho, de terem oportunidades e de utilizarem lugares públicos sem se sentirem marginalizados, desrespeitados, humilhados e sem sofrerem violência física e psíquica. É necessário que estes consigam atendimentos nas unidades de saúde, com qualidade e respeito a sua identidade e ao

nome social. Assim, o debate irá oferecer a oportunidade de vida, pois estes estão sendo mortos pela falta de saúde, de acolhimento, por falta de trabalho, de oportunidades, mas também estão morrendo pela discriminação e violência que sofrem todos os dias, inclusive sendo assassinados.

Capítulo 1: Identidade e Opressão

1.1 – Gênero, um conceito social

É importante ter em mente, principalmente quando se estuda transexualidade que, segundo Louro (1999), “o órgão mais importante nos humanos é aquele que está entre as orelhas”, ou seja, é isso que irá definir o que o sujeito é, como ele/a se identifica, como se comporta em sociedade e do que ele/a gosta (MARTINS & SILVA & SANTOS, 2016 CRESS).

Segundo autores como Foucault, Judith Butler, e alguns outros, o gênero é uma construção social, onde a classe dominante doutrina, sistematicamente, a população para aceitar o gênero binário, (masculino e feminino) sem pensar em outra possibilidade, assim a suposta binaridade dos gêneros, acaba servindo como meio de dominação e de poder pela normatização das coisas.

As práticas de dominação imperam desde os tempos do poder patriarcal¹, e perdura até os dias de hoje— onde ainda vivemos um poder patriarcal mascarado – porém suas ações se modificam, não mais sendo exercida de maneira coercitiva e violenta sobre o sujeito, mas de uma forma sutil, porém de maior alcance, através do biopoder - explosões de técnicas numerosas e diversas para obter a subjugação dos corpos e controle das populações. Esse termo é usado pelo filósofo Foucault, que sustenta que a população passa a ser o foco e o alvo de uma dominação pela normatização, pelo padrão de comportamentos pré-estabelecidos, pela moral, religiosidade e bons costumes, levando com isso a um controle social sem precedentes.

A população que trabalha e gera riqueza, embora não desfrute dessa riqueza, mas leva ao enriquecimento de outros, precisa ser dominada, conduzida, manipulada, para que se possa exercer de maneira definitiva o controle social sobre os mesmos.

Dessa forma algumas teorias como a Teoria Queer², entre outras, também rebatem essa dualidade de gêneros, impostas desde a dominação patriarcal. Para essa teoria, não existe papéis sexuais essenciais ou biologicamente inscritos na natureza, ou seja, os papéis determinados para homens e mulheres são construções sociais e não um destino determinado pela biologia; aprofundando assim os estudos sobre as “minorias sexuais”, que são oprimidas e punidas por fugirem ao sistema de normatização da vida, impostos pelo poder. Assim, os

¹ Poder patriarcal: “poder centrado na supremacia do homem nas relações sociais, poder político, econômico, religioso, cultural e familiar que se torna modelo daquela sociedade” (JUNIOR, 2017)

² Teoria Queer: Movimento composto majoritariamente por autoras feministas, sendo o nome mais conhecido o de Judith Butler, propõe uma concepção de gênero em termos de performance. Esse movimento se colocou contra tudo aquilo que considerou essencialista, que tornavam a diferença sexual como uma verdade natural ou pré discursiva e, finalmente contra quaisquer imposições normativas de formas determinadas de masculinidade e feminilidade (PRADO & MACHADO, 2012).

meios de dominação do indivíduo se dão através do controle do comportamento humano, onde a sociedade dita regras de normatização do trabalho, dos afetos, da sexualidade e da própria vida.

A normatização é disciplinada por poderes existentes entre as relações humanas, através dos corpos, através da disciplina dos mesmos.

A base da desigualdade não estaria na diferença biológica entre os gêneros, mas nos significados construídos culturalmente sobre essas diferenças. Em outras palavras, a partir da diferença sexual, há um processo de construção de expectativas sobre o que é ser homem e o que é ser mulher. Dessa forma as categorias são construídas enquanto conteúdos culturais definidos pelo imaginário simbólico a partir de expectativas marcadas pelo gênero (SOUZA, 2006, p.2).

Segundo estudos antropológicos, da pesquisadora Mead³, e alguns fatos históricos conhecidos – como, por exemplo, os cinco gêneros reconhecidos pelos ameríndios antes da colonização⁴ – se o gênero fosse natural, como se normatiza, todos os seres humanos machos ou fêmeas, segundo a biologia, em qualquer tempo ou lugar, teriam um mesmo padrão de comportamento. As comprovações antropológicas e históricas evidenciam a existência de outras formas de concepção de gênero, que vão além do sistema conhecido como binário. Foi durante o desenvolvimento do sistema capitalista que essa concepção de gênero, que conhecemos hoje, se fortaleceu no ocidente, colocando-se sexo como determinante para o controle social dos corpos (PRECIADO, 2011. P.11).

É possível perceber que há um interesse capitalista em manter tais normalizações, visto que o lugar de cada indivíduo na sociedade é bem marcado para que haja um controle social e, a divisão social por gênero acaba por transformar as diferenças biológicas em desigualdades. Dessa forma, o sistema capitalista atual se vale desses conceitos de gênero para a manutenção da exploração. Assim, explora o trabalho da mulher, mantendo-a com salários inferiores aos dos homens e também agrega pessoas trans como um grupo

³ Margaret Mead, antropóloga, autora do livro “Sexo e Temperamento em Três Sociedades Primitivas” que é resultado empírico de suas pesquisas em três sociedades com culturas distintas da Nova Guiné. Sua análise antropológica acompanhou os três grupos, e comprovou que os padrões pré-determinados de comportamentos esperados para cada indivíduo, de acordo com o seu sexo biológico, ou seja, o gênero e os papéis de gênero, são diferentes de acordo com a cultura de cada sociedade. A autora apresenta em sua obra comprovações empíricas de que gênero é uma construção sociocultural dada para atribuir funções a cada membro de uma sociedade, de acordo com interesses de cada sociedade.

⁴ Cinco Gêneros: “Antes de serem atacados por europeus, grupos que viviam na América do Norte não adotavam dois, mas entre três e cinco gêneros bem definidos, afirma o site Indian Country Today, mantido por povos indígenas” (CABETTE, 2016). “Viviam em um mundo de gêneros não-binários [...]. Após a chegada dos Europeus ao continente americano, eles foram obrigados a se adaptar a papéis padronizados de gênero” (HYPENESS, 2016).

marginalizado e explorado, que por conta da discriminação, se submete a subempregos, como um exército de reserva.

É a divisão de trabalho surgida a partir da propriedade privada que faz a mulher parecer inferior ao homem, considerado mais útil para a produção, cabendo a ela a incumbência de fabricar filhos, atividade importante para a reprodução da força de trabalho, que, contudo, não dispõe de status. Tais ideias são amplamente desenvolvidas pelo capitalismo, o que prova serem não naturais as desigualdades entre mulheres e homens, mas determinadas pelas relações sociais (SOUZA e VELOSO, 2015, p.52).

A construção das relações sociais na história é constituída por uma série de conflitos que decorrem da condição material dos sujeitos, ou seja, da divisão entre as classes sociais. Segundo Marx, as classes sociais se estabelecem por conta do processo de produção, no qual há os que possuem os meios de produção (capitalistas) e os que não possuem e, portanto, vendem sua força de trabalho (proletariado). Assim, as relações sociais se tornam reificadas, no qual o indivíduo se torna uma mercadoria disponível no mercado para apropriação dos capitalistas. Em suma, é uma relação de exploração, sendo mediada pela esfera burocrático-formal-legal do Estado e que se materializa no nicho empregatício atual.

A divisão entre classes marca as desigualdades dentro da sociedade, no qual o capital dita as normas na economia, na política, no judiciário e até nas ideias, estabelecendo com isso a ideologia hegemônica que só se extinguirá através da luta de classes para a superação do capitalismo. Assim, o capitalismo leva não somente a desigualdade de classes, mas a partir dela, outras dominações/explorações são potencializadas em diversos planos, como da raça, etnia e de gênero e de sexualidade.

[...] luta de privilegiado e não privilegiado, de oprimidos e opressores, de explorados e exploradores, de pobres e ricos [...] definem-se nitidamente os campos, as oposições de grupos, categorias e classes sociais levantando uns contra os outros, numa batalha sem trégua de vida ou morte. E poder-se-á observar então, com clareza e nitidez de uma experiência de laboratório, que é através de tal luta, e em consequência dela, que se desmantela e arrasa o passado e se prepara e constrói o futuro. (PRADO JR, 1967,p. 397).

Em Marx, as classes se estabelecem pela dicotomia e pelo antagonismo. No cerne da produção material humana, se polarizam as camadas produtoras diretas da riqueza (escravos, servos, trabalhadores assalariados) e aqueles que se valem do trabalho alheio e possuem os meios de produção (a terra, a indústria, as ferramentas, as máquinas, os recursos materiais). Nessa perspectiva, não se entende classe no âmbito da renda, no montante de dinheiro ou no poder de compra – mas sim sua função social dentro de uma sociabilidade, de uma ordem

societária, diferenciando-se no papel que ocupam dentro da sociedade e, por conseguinte, seu lugar na hierarquia social.

No modo de produção capitalista, isto é, em sua dimensão histórica, o trabalho é antagônico à dimensão ontológica, pois a reificação e o nivelamento do trabalhador à mera mercadoria é inerente ao sistema capitalista. O trabalho, neste modo de produção, é integrado ao capital, objetivado na criação de valor e baseado em uma relação de compra e venda entre os indivíduos que possuem unicamente sua força de trabalho e os proprietários dos meios de produção. Portanto, o trabalho presente no capitalismo se baseia em uma relação de exploração e alienação, tendo como resultado a pobreza absoluta e relativa – por meio da acumulação privada de capital no momento da extração do mais-valor.

Para o fortalecimento do sistema capitalista, é necessário o estabelecimento de regras de comportamento para a população trabalhadora, onde a diferença sexual torna-se um marcador na definição de papéis distintos de homens e mulheres na divisão do trabalho, para uma maior exploração e garantia de uma maior produtividade.

Era essencial ao sistema capitalista que estava sendo forjado no seio do feudalismo um controle estrito sobre o corpo e a sexualidade [...] Começa a se construir ali o corpo dócil do futuro trabalhador que vai ser alienado do seu trabalho e não se rebelará. A partir do século XVII, os controles adquirem profundidade e obsessividade tais que os menores, os mínimos detalhes e gestos são normatizados (MURARO, 2015. p. 19).

Na Revolução Industrial ocorreu uma das maiores repressões ao sexo não normativo e ao gênero, pois não se poderia admitir um desgaste de energia que não fosse para a produtividade, assim só se permitia relações sexuais entre indivíduos de sexo opostos, com o intuito de garantir a reprodução e a geração de mais mão de obra para o mercado consumidor;

- Período histórico marcado pela perseguição em massa para controle dos corpos.

Se o sexo é reprimido com tanto rigor, é por ser incompatível com uma colocação no trabalho, geral e intensa; na época em que se explora sistematicamente a força de trabalho, poder-se-ia tolerar que ele fosse dissipar-se nos prazeres, salvo naqueles, reduzidos ao mínimo, que lhe permitem reproduzir-se? (FOUCAULT, 1988, p. 10-11).

Entre as várias formas de controle dos corpos, uma se apresenta como a mais sutil e eficaz, que é através da normatização de apenas dois gêneros - masculino e feminino (gênero binário) como a única possibilidade. Butler, contesta esse padrão imposto pelo poder, que não é natural, como se coloca, mas uma construção social, já que há uma necessidade de se aprender a ser homem ou mulher; conforme Simone de Beauvoir nos diz “não se nasce

mulher, torna-se” (BUTLER, 2003) A autora mostra que há uma necessidade forjada socialmente de se aprender, através de processos de socialização, ou seja, de transição entre o corpo natural, instintivo e selvagem para o corpo social, moralista e civilizado, processo feito através de doutrinação e socialização. A da mulher, muito mais intensa do que a do homem, é uma socialização opressora, que impede a criança de sentar de perna aberta e a ensina a se sentar como mocinha, a gostar de rosa, a brincar de boneca e casinha, se adaptando as funções definidas para ela: as tarefas domésticas e a maternidade.

A mulher é ensinada a se tornar mulher, do jeito que a sociedade define mulher. Não é natural, ninguém nasce destinado a gostar de rosa e a usar maquiagem, tal como “ninguém nasce bípede, todo mundo aprende a andar” (GARCIA, 2015). Há uma construção criada e conduzida para determinado padrão não apenas de comportamento, mas o gosto também é moldado, segundo aquilo que a sociedade de maneira coercitiva nos impõe, nos obriga, através da normatização dos padrões de comportamentos, pensamentos e até mesmo desejos.

O ser humano passou mais de três quartos do tempo que habita a terra numa cultura, segundo dados antropológicos, onde a mulher possuía um lugar central na sociedade (sociedade matricêntrica). Nesses grupos a “mulher era considerada ser sagrado, pois é capaz de dar a vida e, portanto, ajudar a fertilidade da terra e dos animais. Ainda existem nos dias de hoje remanescentes desses grupos como mahoris (Indonésia), pigmeus e bosquímanos (África Central)” (MURARO, 2015).

Nessa sociedade, onde a mulher era o centro, sem com isso significar que ela detinha o poder, as relações entre homens e mulheres eram de cooperação e não havia condições hostis, havendo liberdade em termos sexuais. A mulher era vista como uma privilegiada pelos deuses. Com a escassez de recursos naturais, esses grupos começam a ter que caçar animais maiores e a força bruta se torna necessária; neste período se inicia a superioridade masculina, onde em algum momento o homem passa a dominar sua função reprodutora, e com essa dominação, inicia o controle da sexualidade feminina, surgindo o casamento, onde a mulher passa a ser propriedade do homem (MURARO,2015).

Na Roma antiga, o gênero era relacionado à construção social do indivíduo, ligada ao papel que esse indivíduo desempenhava dentro da sociedade, ou seja, não era baseado no sexo biológico a distinção entre homem e mulher, mas “pela atividade ou passividade: Ser ativo é ser másculo, seja qual for o sexo do parceiro chamado passivo” (VEYNE, 1987, p.43 apud PRADO & MACHADO, 2012, p.35). A ideia de sexo único passa a ser questionada após a

evolução das ciências, e começa a se fazer distinção através dos órgãos genitais, e não mais pelas experiências sociais de cada indivíduo.

Na Idade Média o sistema feudal passa a se organizar e centralizar, e com a ajuda da religião católica por meio da Inquisição⁵ leva a uma das maiores perseguições por gênero que se tem conhecimento. O sexo não normativo, passa a ser alvo dos inquisidores, pois isso ofendia a fé, e era necessário expurgar o feminino motivo desse desvio. “De doadora da vida, símbolo de fertilidade para as colheitas e os animais, a situação se inverte: a mulher é a primeira e a maior pecadora, a origem de todas as ações nocivas ao homem, à natureza e aos animais” (MURARO, 2015).

Os gêneros passaram então, a estar hierarquicamente subjugados à dominação de um deles, masculino que seria o mais forte e determinado; enquanto o outro frágil e desprotegido, feminino, seria subjugado; dessa forma se justifica o poder de um sobre o outro, ou seja, a definição dos papéis masculino e feminino, diz respeito ao corpo biológico.

A definição de sexo começou então, a partir da descoberta da genitália durante o nascimento do sujeito, normatizando e incluindo valores patriarcais, cristãos e morais que justificariam as desigualdades sociais entre os seres. Buscou-se assim na natureza, já que esta era vista como algo perfeito, algo que legitimasse essa diferença social entre os seres, trazendo o discurso sobre o que seria natural. “Começaram assim os esforços intelectuais de políticos, filósofos, moralistas e cientistas para dizerem que todos os homens eram iguais com exceção de alguns, naturalmente inferiores” (PRADO & MACHADO p. 2012 apud Costa, 1995).

O debate sobre o conceito de gênero aparece sobretudo na identificação e crítica dos mecanismos sociais e institucionais de inferiorização da condição social da mulher. Este conceito se mostrou uma ferramenta capaz de identificar como determinadas posições não masculinas são inferiorizadas e como esta capacidade institucional e social de inferiorização está a serviço de garantir a supremacia hegemônica do universo masculino. Neste sentido, gênero não é apenas um conceito ou um campo de estudos, mas uma relação de poder (PRADO & MACHADO, 2012, P.49).

O sexo biológico passou a ser visto como determinante para a concepção de gênero, como se houvesse relação direta entre elas, dessa forma, valores foram construídos, segundo os ensinamentos e doutrinação daquela sociedade, trazendo discriminações e perseguições aos que são “diferentes”.

⁵ Inquisição: Chamada de Santo Ofício, foi uma instituição formada pelos tribunais da Igreja Católica para perseguir, julgar e punir pessoas que professasse práticas diferentes daquelas reconhecidas como cristã que era considerado heresias, e podiam ser condenados até a morte. Alguns cientistas e muitas mulheres por usarem o poder das ervas para curar doenças, eram consideradas bruxas, e queimadas vivas (SILVESTRE, INFOESCOLA,).

A sexualidade foi um poderoso combustível que impulsionou essa máquina modernizadora, sendo concomitantemente regulada por ela. Nesse contexto, as práticas e sujeitos homossexuais permanecem posicionados em condições subalternas no discurso hegemônico contemporâneo, fomentando a formação do preconceito contra homossexuais como um importante mecanismo de manutenção de hierarquias sociais, morais e políticas (PRADO&MACHADO, 2012, P.13).

A identidade de gênero faz parte da complexidade humana e como afirma Butler, devemos fugir do binarismo “homem” “mulher,” que nos é imposto desde crianças, e que é construído através das diversas formas de coerção doutrinárias construídas, e através das relações de poder instituídos na sociedade.

O corpo aparece como um meio passivo sobre o qual se inscrevem significados culturais, ou então como instrumentos pelo qual uma vontade de apropriação ou interpretação determina o significado cultural por si mesmo. Em ambos os casos o corpo é representado como um mero instrumento ou meio com o qual um conjunto de significados culturais é apenas externamente relacionado (BUTLER, 1998, p.25).

Apesar de aparentemente o sexo ser binário, isto não pode gerar a crença de que gênero também o seja, pois dessa forma haveria a tendência a se acreditar que gênero é reflexo do sexo, numa relação de imitação entre eles.

Concebida originalmente para questionar a formulação de que a biologia é o destino, a distinção entre sexo e gênero atende à tese de que, por mais que o sexo pareça intratável em termos biológicos, o gênero é culturalmente construído: conseqüentemente, não é nem o resultado casual do sexo, nem tampouco tão aparentemente fixo quanto o sexo. [...]Não há razão para supor que os gêneros também devam permanecer em número de dois. 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 (BUTLER, 2003, p. 24).

Poderíamos então, independente do sexo biológico, assumir outro gênero o qual temos uma identificação, diferente daquele que nos é imposto desde crianças, segundo a nossa própria visão e consciência e de acordo com o padrão pessoal de cada um de nós.

O debate de gênero deveria ser amplamente colocado, principalmente pelo sistema de educação, para que houvesse a percepção, e uma compreensão melhor sobre o assunto, pois o que temos visto são concepções formadas através de dogmas religiosos, que levam a um tabu e a um pré-conceito que não admite sequer a discussão, “o mutismo que de tanto calar-se impõe o silêncio: a censura” (FOUCAULT, 1988, p. 11) levando cada dia mais a exclusão daqueles que não se percebem dentro dessa concepção binária de gênero.

1.2 – Orientação Sexual

A identidade de gênero está relacionada à como a pessoa se identifica no mundo, quem ela é – identidade. Já a sexualidade ou orientação romântica ou sexual diz respeito ao direcionamento afetivo da pessoa – a qual gênero ela se atrai romântica ou sexualmente. A primeira tem a ver consigo mesmo e a segunda com relacionamento com os outros. Gênero e sexualidade, apesar do sistema dizer que sim, não estão necessariamente relacionados. Quem você é não define de quem você gosta. Isso significa, em suma, que o órgão genital é uma coisa, quem a pessoa é, é outra coisa, de quem a pessoa gosta é outra coisa (ELOI, 2016, p.20).

A partir desta afirmação, tentaremos debater um pouco sobre a orientação sexual, sua concepção histórica, sua relação com o gênero e as implicações e proibições que ao longo dos anos temos vivido devido aos conceitos pré-estabelecidos.

A medicina aborda o corpo e ao estudar a sexualidade usa como base o pressuposto, da existência de dois sexos distintos, ou seja, masculino e feminino. Todas as formas diferentes de relações afetivas são vistas e tratadas como antinatural, e são rejeitadas pela sociedade.

O corpo passa a ser moldado então, segundo a determinação social, ou doutrina daquela civilização, com seus padrões de normalidade e moralidade, pressupondo que o sexo e gêneros são fixos, são binários, e que é algo determinado pela natureza, numa visão determinista da concepção de gênero. Assim qualquer outra visão diferente daquilo que para aquela sociedade é factual, torna-se irrelevante.

A restrição binária atende aos objetivos de reprodução e de moralização, dessa forma há um controle político sobre as massas, um controle que já não ameaça com violência, mas com uma forma de persuasão que capta as mentes e as induz a uma determinada realidade, para que possa haver o controle social, pois tudo o que foge desta realidade é naturalmente combatido. Wittiy descreve a “heterossexualidade não como uma prática sexual, mas como um regime político que faz parte da administração dos corpos e da gestão calculadora da vida no âmbito da biopolítica⁶” (PRECIADO, 2011, p.12).

Dessa forma há um controle da vida, onde as práticas sexuais e os códigos de masculinidade e feminilidade, ou seja, as identidades sexuais, “normais” ou “desviantes”, entram no cálculo do poder, fazendo dos discursos sobre sexo e das tecnologias de normalização das identidades sexuais um agente de controle a vida” (PRECIADO, 2011, p.11)

⁶ Biopolítica, termo usado por Foucault para designar a forma no qual o poder tende a se modificar no final do século XIX e início do século XX. Antes disso as práticas disciplinares visavam governar os indivíduos. A Biopolítica tem como alvo o conjunto dos indivíduos, a população. A Biopolítica faz parte do Biopoder local. No Biopoder a população é tanto alvo como instrumento de uma relação de poder (FERNANDES & RESMINI, 2017)

Não podemos, portanto, resumir a sexualidade e a identidade de gênero simplesmente através da biologia, pois outros aspectos se apresentam como fundantes nessa construção; como a cultura, os aspectos sociais, econômicos, políticos, ideológicos, morais, religiosos e o biopoder que controla toda uma sociedade, através da normatização da vida.

Na antiguidade Greco-Romana se afirmava, que a “diferença entre os sexos se baseava no calor vital do corpo, e que homens e mulheres possuíam os mesmos órgãos sexuais, sendo a mulher uma versão imperfeita do homem, pois seus órgãos eram internos, dessa maneira era permitido que a mulher “evoluisse” para o masculino de maneira natural, sem com isso transgredir a qualquer norma imposta” (UNASUS, 2015). Como a mulher era uma versão “imperfeita”, deveria ser subjugada e inferiorizada, justificando dessa forma, o poder do homem, já que o mesmo seria o ser perfeito, e, portanto, dominaria sobre os seres inferiores, no caso a mulher.

A concepção sobre as diferenças sexuais mudam, e no século XVII a mulher é elevada a outra categoria, não sendo mais um ser imperfeito, dessa forma, ela assume então, sua singularidade como mulher, mas continua a ser inferiorizada pela dominação masculina, pois agora as diferenças sexuais se baseiam na anatomia fisiológica, e o homem tem o poder de raciocinar, de decidir, enquanto as mulheres não têm essa capacidade de decidir, de pensar e são apenas emoções (UNASUS, 2015).

No século seguinte essas diferenças foram justificadas pela valorização do útero, elevando a mulher a nobre função de ser mãe, assim a mulher torna-se um complemento do sexo masculino, e seu prazer sexual foi desconsiderado, pois ela estava “naturalmente” destinada ao cuidado das crias (UNASUS, 2015).

A ideia de uma diferença biológica “natural” passou a justificar e propor inserções sociais diferentes para os dois sexos. Uma das diferenças mais significativas foi à valorização do útero, que deixou de ser um órgão masculino imperfeito e passou a ser o representante da nobre função da maternidade. A sexualidade feminina foi caracterizada pela essência reprodutiva e negligenciada o seu prazer sexual. A mulher foi considerada complemento do sexo masculino, que por seus instintos maternos estava “naturalmente” destinada à esfera doméstica. Dado ao seu suposto menor nível intelectual e sua natural tendência a distúrbios nervosos, não poderia assumir funções políticas e econômicas (UNASUS, 2015).

Nos séculos que se sucedem os corpos sexuais passam a ser estudados cientificamente e se estabelece a patologia sexual e a normalidade. A heterossexualidade ganha destaque, como a única prática sexual normal, e tudo que é “diferente” é visto como uma patologia, uma doença que precisava encontrar a cura, uma ameaça a moral e aos bons costumes, e claro ao

poder, que se sente ameaçado. A heterossexualidade compulsória pode ser compreendida dentro desse contexto.

Com a valorização do útero, e da virgindade, aumenta mais ainda a dominação, pois agora a mulher tinha que se preservar para o marido, e aquela que fugia dessa regra era vista como uma “perdida” e menosprezada por todos, inclusive pelas próprias mulheres, que eram criadas para entender seu “papel” de submissão, dentro da sociedade machista.

Na década de 1970, a discussão acerca da sexualidade, ganha relevo através dos movimentos feministas que questionam essa submissão, fazendo um contraponto com a tradição, que sempre manteve uma repressão sobre as questões de sexualidade. Dessa forma a sexualidade, segundo Foucault, começa a ser debatida e passou a ser estudada, por movimentos feministas e também pelas “minorias” sexuais.

Desde então a sexualidade vem sendo descrita, compreendida, explicada, regulada, saneada, educada, normatizada, a partir de várias perspectivas e de campos disciplinares, constituindo-se em meio a propósitos de interesses igualmente variados. Não basta, contudo, apenas descrevê-la ou demarcá-las como uma área multidisciplinar, é preciso reconhecer que essa foi – e é – uma área em disputa. Estado, Igreja, ciência - Instituições que tradicionalmente participam da sua definição e da delimitação de padrão de normalidade, pureza ou sanidade – concorrem hoje com outras instâncias e grupos organizados, que pretendem também decidir a respeito dos contornos da sexualidade. Já não se trata apenas de campos teóricos ou instituições sociais tradicionais disputando a primazia para delimitar os saberes pertinentes e as práticas adequadas ou legítimas; ao seu lado, geralmente como contraponto e oposição, expressam-se novos movimentos sociais, liderados por feministas e por “minorias” sexuais, com outras concepções, novos discursos e outra ética (LOURO, 2000, p.64).

1.3 – Histórico de Opressões

Corpo Sexuado: A descoberta do corpo sexuado é um momento de atribuição de sentido para as várias surras, insultos e rejeições familiares. Ter um pênis ou vagina e não conseguir agir de acordo com as expectativas, ou seja, não conseguir desenvolver o gênero “apropriado” para o seu sexo é uma descoberta vivenciada com grande surpresa para alguns/algumas (BENTO, 2006, p.97).

No século passado a psicanálise considerou que tudo que foge do padrão da heterossexualidade, seria uma anomalia, um distúrbio do desenvolvimento sexual. Surge, então várias teorias sobre “homossexualismo”; o sufixo “ismo” que denota doença é adicionado, de forma que a homossexualidade fosse vista como um distúrbio psicológico, ou neurológico ou endocrinológico. Dessa maneira o ‘homossexualismo’ passa a fazer parte de uma patologia, com um Código de Identificação de Doenças estabelecido (CID).

Devemos deixar claro, que antes da visão de patologia, a homossexualidade foi vista pela crença religiosa como pecado sujeito a morte, como na inquisição, onde os homossexuais eram mortos à bem da defesa dos princípios cristãos. A Inglaterra vitoriana⁷ também tratou como crime a homossexualidade e em alguns países, ainda nos dias de hoje, é vista como crime. Portanto essa mudança científica que altera de pecado para crime e de crime para doença, na maioria dos países, retira do homossexual a condenação à morte, para trazer a certeza da sub-cidadania, da inferiorização, da discriminação, do subemprego ou de nenhum emprego, do preconceito, da crítica, do deboche, do desprezo de todos, inclusive da família, ou melhor, principalmente da família. Ele foi – e é – perseguido pela igreja, pela política econômica e pela ciência.

Da mesma forma a transexualidade é considerada como um desvio sexual raro, que se caracteriza por um desejo muito forte de pertencer ao sexo oposto ao de nascimento, assim os transexuais são vistos como doentes mentais, que deveriam ser tratados como tal. Dessa forma, métodos de tratamento são impostos, e com o aval de concepções religiosas radicais e concepções médicas, através de tratamentos espirituais e medicamentosos eram impostos para se realizar a cura desses indivíduos, e que infelizmente ainda acontecem nos nossos dias.

A produção de conhecimento das ciências sociais e algumas escolas da psicanálise, mas principalmente pela reação de grupos LGBT levou a uma revisão na visão patologizante. As ciências sociais em estudos junto com a antropologia querem mostrar que, de acordo com a cultura de cada lugar, a visão da homossexualidade pode ser mudada, assim vemos que não

⁷ Inglaterra vitoriana: Período do reinado da Rainha Vitoria no século XIX durante 63 anos, que deu início a uma etapa de um processo pacífico, num período de ápice da revolução industrial, que impulsionou o desenvolvimento da classe média (SANTANA, 2017).

existe um conceito fechado sobre o modelo de homossexualidade ou heterossexualidade “normal” ou “anormal”, e muito menos sobre gênero, confirmando a retórica de que padrão é algo construído.

Os Estados Unidos da América, através do Programa Nacional de Direitos Humanos em 1973 retira “homossexualismo” da lista de distúrbios mentais da American Psychology Association, passando a usar o termo “homossexualidade”. O Conselho Federal de Medicina, no Brasil em 1985 também retira ‘homossexualismo’ do código de doenças número 302.0, que é referente aos desvios e transtornos sexuais da Classificação Internacional de Doenças. Em 1990, a Assembleia Mundial de Saúde aprovou a retirada do código 302.0 da Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial da Saúde – OMS (SOUZA, 2010 apud CORDEIRO & OLIVEIRA, 2016, p. 55).

A resolução 001/99 do Conselho Federal de Psicologia considera que a “homossexualidade não constitui doença, nem distúrbio nem perversão”, e “que há na sociedade, uma inquietação em torno de práticas sexuais desviantes da norma estabelecida sócio culturalmente e que a psicologia precisa colaborar com o seu conhecimento para a eliminação dos estereótipos e preconceitos criados na sociedade sobre as questões de sexualidade, trazendo uma nova cultura de respeito e normalidade” (CORDEIRO & OLIVEIRA, 2016 p.55).

Assim, cientificamente, tanto no Brasil como em outros países, homossexualidade não é considerada doença, por isso o sufixo “ismo” – terminologia referente à doença – foi substituído por “dade” – que remete ao modo de ser (ABLGBT, 2008). Já transgêneros e transexuais não tiveram o mesmo destino. Ainda hoje estão incluídos no CID, F64, como transtorno de identidade sexual. E não perderam o sufixo “ismo”. No código F64.0 está listado como patologia na lista de doenças, o “transexualismo”.

O tema de sexualidade e gênero começa a ser alvo de investigação das ciências humanas e sociais, embora a área de saúde colabore com esse tipo de atendimento aos “diferentes”, esses estudos começam a questionar e condenar tais tratamentos e inicia-se também nesse período, a mobilização dos grupos, gays, lésbicas, transexuais, bissexuais e travestis que lutam contra o preconceito. Suas ações se voltam para contestar a patologização de inversão sexual. E iniciam uma luta pelo direito de ser “diferente”.

Esse direito de ser “diferente” leva a assumir uma identidade, e com ela a exigir direitos de igualdade. O discurso sobre tolerância e respeito à diversidade traz em seu bojo o prisma de benevolência, de compreensão, de aceitação do que é “diferente” numa perspectiva

de entender a condição de “inferioridade” do outro segundo as normas sociais; mas não é isso que o direito de “ser diferente” quer; ela quer provocar uma revolução, uma mudança, uma transformação social e cultural.

Podemos dizer que onde existe diferenciação, ou seja, identidade e diferença - aí está presente o poder. A diferenciação é o processo central pelo qual a identidade e a diferença são produzidas. Há, entretanto uma série de outros processos que traduzem essa diferenciação ou que com ela guardam uma estreita relação. São outras tantas marcas da presença do poder: incluir/excluir (“estes pertencem, aqueles não”); demarcar fronteiras (“nós” e “eles”); classificar (“bons e maus”; “puros e impuros”; “desenvolvidos e primitivos”; “racionais e irracionais”); normalizar (“nós somos normais; eles são anormais”) (SILVA, 2009, p.03).

O conceito de identidade está atrelado à diferença, a distinção; sou brasileira porque não sou chinesa; sou negra porque não sou branca (SILVA, 2009, p.01) sou transexual, porque não sou cis⁸; sou mulher, porque não sou homem. Identidade além de ser quem você é, sobretudo é quem você não é. Assim, a identidade te distingue, te difere.

O problema na sociedade capitalista em que vivemos é, segundo Marilena Chauí, que “o sistema capitalista transforma diferenças em desigualdade” (CHAUÍ, 2012), então a identidade que está atrelada a diferença, passa a estar atrelada a desigualdades.

Dessa forma, quando se assume a identidade de transexual, ou homossexual, também se assume um histórico de opressões. Então não apenas se está distinguindo, mas se afirmando como pessoa de um grupo oprimido, reivindicando espaço, reivindicando direitos. Identidade passa a ser algo ousado, corajoso, pois pelo fato de ser transexual, numa sociedade que mata transexual, faz com que essa atitude de se identificar como tal, mais do que um critério de distinção, de identidade, se torna um posicionamento político e social e propõe todo um movimento de repensar a sociedade atual, para mudá-la.

Identidade é algo muito importante e se a comunidade LGBT não assumir sua identidade de não hétero, de não cis; ela não estará reivindicando seus direitos, ela não estará reivindicando o fim dessas desigualdades. A identidade não está apenas identificando, diferenciando, mas reivindicando espaço para aquele grupo, está reivindicando direitos.

Entre os direitos reivindicados pela comunidade LGBT está o nome; o nome que eles escolheram, pois o que lhes deram não cabia, não os representava; querem esse nome no crachá, nos documentos, direito de casar, de adotar, não querem ser tratados de forma desigual. Identidade agora é sinônimo de luta, luta pela emancipação e pelo direito.

⁸ Cisgênero: pessoa que se identifica com o gênero que lhe foi atribuído ao nascimento. Pessoa que não é transgênero.

A perseguição, a discriminação e a violência contra as pessoas por causa de sua orientação sexual ou identidade de gênero, infelizmente ainda permanece não apenas no Brasil, com uma perseguição altamente violenta que leva, segundo o GGB (Grupo Gay da Bahia), a 329 homicídios de gays, lésbicas, transexuais e travestis, somente no ano de 2015 no Brasil, correspondendo a um assassinato a cada 28 horas. No último levantamento em 2016, esse número aumentou para 340 mortes por ódio, por homofobia ou transfobia.

No mundo, segundo o relatório “Making Love a crime”, da Anistia Internacional, 38 países da África, como Uganda, onde os ativistas lutam para barrar uma “Lei Anti-Homossexualidade” que propõe a pena de morte para o crime de “homossexualidade agravada”, e que também criminaliza com outras punições, qualquer pessoa que não denuncie pessoas “envolvidas na homossexualidade” e em outros países como Sudão do Sul, Burundi, Nigéria, Libéria, Mauritânia e Somália a homossexualidade é criminalizada por lei, e com o passar dos anos essas leis tornam-se mais severas.

O Parlamento Russo aprovou um projeto que torna ilegal o ativismo de lésbicas e gays, bissexuais, pessoas trans, intersexos e de seus simpatizantes. “Em algumas horas, a Duma aprovou duas leis que são um testemunho da crescente limitação da liberdade de expressão na Rússia. Representam uma lamentável tentativa do governo de reforçar sua popularidade jogando com os elementos mais reacionários da sociedade russa, à custa de direitos fundamentais e da expressão da identidade pessoal”, disse John Dalhuisen, diretor do Programa Anistia Internacional para a Europa e Ásia Central.

Em Moscou (Rússia), está proibida a celebração de marchas do Orgulho desde 2006 e, após a decisão adotada em 2012 pelo Tribunal Municipal de Moscou, estará pelos próximos 100 anos. De outra parte, em 2013 foi promulgada uma lei federal que proíbe a promoção das “relações sexuais não convencionais” entre pessoas menores de idade. Dito em poucas palavras, a lei proíbe o ativismo LGBTI, assim como os grupos que aprovam estes direitos, e pune as pessoas por manifestarem sua orientação sexual ou sua orientação de gênero, por exemplo, em marchas do Orgulho (DUARTE, 2015)

A história das opressões continua; de um lado, o grupo LGBT lutando para reivindicar seus direitos, seu espaço, para se afirmar com sua identidade de não hétero, de não cis, para pôr fim a toda desigualdade existente, para serem olhados como pessoas normais que são, sem estigmas, sem preconceitos, sem diferenças, pessoas que querem e devem ter o respeito de todos. Do outro lado, toda uma construção criada, manipulada pelo capitalismo, para mantê-las inferiorizadas, para se possível exterminá-las com leis que discriminam, que perseguem, que matam, para que não lhes sobre nada, a não ser ficar em seu canto, esconder-se, e assim serem mais e mais manipuladas, e inferiorizadas.

A população LGBT, diante de tudo que vive, pode se esconder, aceitando a imposição da sociedade, vivendo infeliz consigo mesma, fingindo ser o que não é, para poder estar nessa sociedade, dentro de uma família, para poder ter algum direito e serem respeitadas. No entanto, se esconder e fingir leva as pessoas da comunidade LGBT a perder completamente a noção de vida, a, de fato, viver uma vida sem sentido, sem razão, se livrando de sofrerem violência de terceiros, mas estarão elas próprias se violentando, se matando lentamente, fortalecendo com isso as desigualdades, e nada terão, nem direitos, nem visibilidade, nem sequer a perspectiva de mudança para uma sociedade mais igualitária e mais justa.

Entretanto, alguns membros da população LGBT decidiram lutar em busca de seus direitos e fazer toda diferença, assumindo a sua identidade e sofrendo as consequências dessa posição, tendo seus direitos cerceados, direitos básicos como educação, trabalho, lazer; sofrendo agressões e violências, andando pelas ruas com medo de serem agredidos e hostilizados por todos, mas com a certeza que estão em luta por seu espaço, por sua dignidade, por seus direitos, estão dentro de um processo, que trará mudanças e respeito. Por isso se mostram, não mais se escondem, não são invisíveis, estão aqui e exigem seus direitos, seu espaço, exigem respeito.

Ser LGBT deixa de ser uma identidade individual, e passa a ser a identidade de um grupo social, é uma identidade em constante luta pelo direito à diferença, sem se tornar desigualdade, como visto anteriormente.

Assumir-se LGBT, diferente do que é reproduzido pelo senso comum, não é modismo, não é para chamar a atenção. Assumir-se LGBT é uma posição política, de reivindicação de um espaço que sempre foi negado, é assumir também uma realidade de violências, desigualdades e da falta de direitos, que transforma as mortes violentas em estatísticas, em números, sem que haja nenhuma atitude da sociedade para que se mude essa situação. Assumir-se é sair da margem, revelar-se ao mundo com um grito de “eu existo, resisto e quero meus direitos”, assumir-se é sim um risco, mas também é o começo de uma grande mudança na sociedade, e nos seus valores.

1.4 – Lutas da População LGBT

Uma das múltiplas consequências da ação política desses grupos foi a contestação do paradigma da “inversão sexual”, deixando claro, de um lado que, nem todos os homens que se sentiam sexualmente atraídos por outros homens, desejam ser mulheres, ou adotavam atitudes e comportamentos femininos; e de outro lado que, nem todos os homens que se identificavam e desejavam ser identificados como mulheres, desejavam sexualmente outros homens. Aos poucos a homossexualidade, a transexualidade, e a travestilidade foram sendo percebidos como fenômenos distintos (UNASUS, 2015).

No Brasil, no final dos anos 1970, as questões relativas a gênero e sexualidade começam a ser debatidas e questionadas por sujeitos políticos formados por homens homossexuais e posteriormente por mulheres lésbicas, que devido ao tratamento discriminatório que sofrem se unem para exigir o fim das opressões.

Esse movimento teve por objetivo acabar com as restrições legais e ser contra a patologização da homossexualidade, que levava aqueles que tivessem a “sexualidade desviante”, como eram chamados por aquela sociedade, à internação em institutos psiquiátricos e a perseguição policial nas ruas da cidade, pois eram expulsos de casa pela família e acabavam nos becos, nos guetos, onde tentavam sobreviver.

Mas a luta dessa população pelo direito de existir, já se iniciara em outros lugares há muito tempo. Em Amsterdam no final da década de 1940 a organização COC (Center for Culture in Recreation), criado pelo grupo Levensrecht, que quer dizer “Direito de Viver” luta para desconstruir a visão negativa, a qual era vista, ou induzida a ser vista pela sociedade no que diz respeito a homossexualidade, construindo e promovendo a sociabilidade, juntamente com um trabalho junto as autoridades, de tolerância. Une-se a eles, outros grupos, direcionados as lésbicas, com a mesma proposta (FACCHINI, 2016).

O marco desse movimento foi em 1969 na revolta de Stonewall⁹. Essa revolta durou seis noites e deu início a primeira parada do Orgulho Gay, que queria lembrar esse episódio, e que foi difundida pelo mundo inteiro, como símbolo da não aceitação da intolerância, discriminação e perseguição a que eram tratados pela sociedade e pelo mundo, como também uma forma de afirmação de sua cidadania e de luta por seus direitos.

“Esse movimento homossexual vem reivindicar direitos universais e civis plenos, através de ações políticas que não se restringem ao “gueto” mas se voltam para a sociedade de modo mais amplo” (FACCHINI, 2016).

⁹ Stonewall: Bar em Nova York, que era frequentado por LGBTs, em 1969 que frequentemente sofria as investidas de policiais, numa época em que a homossexualidade era criminalizada (ESQUERDA NET, 2016)

A ditadura militar vem trazer no Brasil novas lutas, com a repressão aos estudantes e a grupos clandestinos de esquerda, porém em 1970, outro movimento ganha visibilidade lutando pela garantia de seus direitos: o movimento feminista, seguido do movimento negro e o movimento homossexual, que quer chamar a atenção para o combate a inúmeras violências e homicídios a que estavam sujeitos, enfrentando com isso o autoritarismo do Estado.

O nascimento do movimento homossexual no Brasil é marcado pela afirmação de um projeto de politização da questão da homossexualidade em contraste às alternativas presentes no "gueto" e em algumas associações existentes no período anterior ao seu surgimento. Essas associações, apesar de reunir homossexuais, possuíam uma atuação qualificada pelos militantes como "não-politizada", por estar exclusivamente voltada para a "sociabilidade". Entre essas primeiras formas de associação de homossexuais, figuravam iniciativas como pequenos jornais distribuídos em bares, fã-clubes de artistas e bailes de carnaval onde homossexuais se encontravam (FACCHINI, 2016, s/p).

Através dos estudos de alguns filósofos, entre eles Michel Foucault, o conceito de homossexualidade começa a ser mudado e inicia-se a discussão pública no Brasil sobre esse tema, levando também vários grupos a se formarem para lutar contra a violência policial, entre eles o Grupo Gay da Bahia (GGB)¹⁰, que luta para que seja retirada do código de identificação de doenças (CID), a patologia da homossexualidade, e pelo direito a liberdade no exercício da sexualidade.

O reconhecimento da homossexualidade como orientação sexual, somente ocorreu na década de 1970. Os estudos do filósofo Michel Foucault (1926 – 1984) dentre outros, auxiliaram na mudança do conceito da homossexualidade, que começou a ser considerada, não mais um desvio ou doença, mas como elemento da sexualidade humana (UNASUS, 2015).

O primeiro jornal homossexual é lançado no Brasil “O Lâmpião da Esquina” – em 1978, em plena ditadura militar, colocando a pauta LGBT em discussão – que serviu de base para o primeiro grupo de militância homossexual “O Somos”¹¹, que divulgava suas atividades voltadas para o enfrentamento das questões de preconceito e a denúncia das violências homofóbicas (UNASUS 2015).

A luta por respeito e pela retirada do código Internacional de Doenças (CID), foi aos poucos sendo substituído de “desvio sexual” para “transtorno psicosssexuais”, que se subdividia em “transtorno da identidade de gênero”, “disfunção psicosssexuais” entre outros

¹⁰ GGB: Organização não governamental, criada em 1980, em defesa dos direitos dos homossexuais no Brasil, é a mais antiga associação brasileira em defesa dos gays, em atividade até os dias de hoje (GGB, 2015).

¹¹ O Somos: Primeiro Grupo de afirmação homossexual que ressaltava uma proposta política das questões homossexuais em 1978 em São Paulo (FACCHINI, 2016).

termos (UNASUS, 2015), que através da pressão dos movimentos homossexuais americanos, excluiu a homossexualidade, enquanto diagnóstico psiquiátrico.

O grupo GGB e o grupo Triângulo Rosa¹², são os primeiros a formarem legalmente uma associação voltada para o direito dos homossexuais, e lutam para que se mude o termo “opção sexual” para “orientação sexual”. “O uso do termo "orientação sexual" implica afirmar que não se trata de escolha individual racional e voluntária, mas não se trata também de uma determinação simples” (FACCHINI, 2016).

Durante a Constituinte de 1988, foi do *Grupo Triângulo Rosa* a articulação do movimento homossexual para reivindicar a inclusão da expressão "orientação sexual" na Constituição Federal, no artigo que proíbe discriminação por "origem, raça, sexo, cor e idade" e no artigo que versa sobre os direitos do trabalho. Embora sem sucesso nesse momento, essa iniciativa fez com que o combate a esse tipo de discriminação se tornasse pauta do movimento, sendo posteriormente incluído nas legislações de vários Estados e municípios (FACCHINI, 2016, s/p).

O surgimento da DST/AIDS trouxe uma maior visibilidade a homossexualidade, pois a AIDS era vista com um “câncer gay” ou “peste gay”, trazendo uma intensificação do preconceito e o estigma a essa população. Dessa forma a luta que até agora era centrada na questão da violência e por direitos civis, passa a ser direcionada para a questão da saúde, pois a epidemia cresce e a resposta das autoridades é lenta, levando a militância a se mobilizar contra a epidemia, tanto no âmbito da assistência solidária, como também, para pleitear uma resposta do poder público.

Através da pauta de reivindicações desses movimentos, que lutam por uma resposta, o poder público passa a usar as experiências desses grupos para a construção de projetos de prevenção, financiados por programas estatais de combate a Aids, permitindo com isso, que alguns grupos se organizassem como ONGs (Organizações não Governamentais) para travar luta contra a epidemia de HIV/AIDS (FACCHINI, 2016).

Percebe-se, que foi através da Política de Saúde, que houve a inserção das pautas do movimento LGBT nas políticas públicas, não pelo reconhecimento do direito a que esse grupo tem, como todos temos, mas como meio de conter uma epidemia, que não atingia apenas a população homossexual, mas crescia sem controle, atingindo a outros seguimentos da população, acabando com o estigma inicial de uma doença que atingia somente o público gay “peste gay” ou “câncer gay” como era chamado.

¹² Triângulo Rosa: Grupo de Cidadania LGBT criado em 2006, em Belford Roxo, pioneiro na promoção da cidadania de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais no estado do Rio de Janeiro. (TRIÂNGULO ROSA, 2017)

A entrada das pautas do movimento nas políticas públicas não se deu, portanto, pelo reconhecimento das demandas de cidadania de LGBT ou pela criação de conselhos de direitos, mas pela política de saúde e, mais especificamente, a política de combate às DSTs e Aids (FACCHINI, 2016, s/p).

Várias conferências vão acontecendo no Brasil e no mundo inteiro, onde a sexualidade passa a ser discutida amplamente, se reconhecendo como uma esfera legítima na construção dos sujeitos e no exercício da liberdade, deixando de ser um subtema vinculado a questões da reprodução, para ser um componente do bem estar dos indivíduos.

A normatização pelo Conselho Federal de Medicina, autorizando as cirurgias de transgenitalização, através da resolução CFM 1482, dá um novo gás a luta dessa população, assim como, a Resolução do Conselho de Psicologia, número 01/99, que normatiza a conduta desses profissionais, para que não colaborem com eventos que proponham tratamento ou cura das homossexualidades (UNASUS, 2015).

Os movimentos sociais no campo dos Direitos Humanos e dos Direitos Sociais em diferentes regiões, lançaram luz sobre os mecanismos de produção de estigmas e de discriminação, relacionados a homossexualidade e terminaram por impulsionar maneiras mais justas e éticas de pensar a relação entre homossexualidade e saúde (UNASUS, 2015).

A Secretaria Especial dos Direitos Humanos (SEDH-PR), (criada em 1997 pelo então presidente Fernando Henrique com status de ministério e ampliada pela presidente Dilma Rousset em 2015, formando o Ministério das mulheres da igualdade racial e dos direitos humanos, (Foi extinta em 2016 por Michel Temer e recriado pelo mesmo em 2017, sem exaltar as secretarias das mulheres e da Igualdade racial), vinculada à Presidência da República, lança no Brasil uma política nacional voltada exclusivamente para a garantia do direito da população LGBT, e que promovia a cidadania homossexual, conhecida como “Programa Brasil sem Homofobia”. Este programa instituído diante da luta da sociedade civil organizada, trás em suas primeiras páginas a história de uma militante trans chamada Janaína e se forma em direito, tornando-se militante dos Direitos Humanos.

O programa “Brasil sem homofobia criado em 2004 tem um capítulo intitulado “direito a saúde” consolidando um atendimento e tratamento igualitário, e a criação de um comitê técnico de saúde da população LGBT do Ministério da Saúde, que deverá formular propostas para a Política Nacional de Saúde da População LGBT, no contexto desse programa. (UNASUS 2015).

É instituído no Sistema Único de Saúde, através da portaria GM 1707 (anexo 2) o processo transexualizador a ser implantado nas unidades federais, e a portaria SAS 457 (anexo 2) regulamenta esse processo no SUS, estabelecendo protocolos de atendimentos.

Em todo documento de identificação do SUS, a portaria GM 675 de março de 2006, da Carta de Direitos do Usuário está assegurando em seu terceiro princípio, o direito de um campo para se registrar o nome social, que é o nome pelo qual se prefira ser chamado, e práticas de educação permanente para os profissionais de saúde, incluindo a temática LGBT, mudanças nos formulários, prontuários e sistemas de informações do SUS (UNASUS 2015).

Dessa maneira o movimento LGBT, teve algumas conquistas, mas ainda estão longe de realmente serem efetivadas essas conquistas. Continuam lutando contra o preconceito, o estigma social, enfrentando a violência, a discriminação, nas questões de saúde, de trabalho, de educação, de oportunidades, na efetivação de direitos já garantidos por leis, e que ainda não são cumpridos, como o nome social entre outros direitos, como a própria vida. Continuam se mobilizando, se manifestando pelo mundo, que não se deixarão intimidar, que seguirão, apesar das perseguições da igreja, do Estado, da sociedade, da normatização, seguirão exigindo respeito, igualdade e afirmando que os seus direitos são os direitos de qualquer cidadão, são direitos humanos.

Capítulo 2: Sistema de Saúde Brasileiro

2.1 – Estado e Política Social

A crise de 1929/1932 marcou uma mudança substantiva no desenvolvimento das políticas sociais nos países capitalistas da Europa ocidental. Embora o período entre as duas grandes guerras mundiais não tenha registrado forte expansão das políticas sociais, ele é reconhecido como momento de ampliação de instituições e práticas estatais intervencionistas (BERHRING & BOSCHETTI 2011. P.91).

A concepção do papel do Estado e a sua origem tem sido debatida ao longo dos séculos, e tentam explicar sua atuação. As explicações desenvolvidas pelos contratualistas¹³ sempre foram muito discutidas entre os estudiosos desse tema, e nos apresenta o Estado da Natureza em que os indivíduos são livres e iguais e exercendo seu direito individual natural, vivendo isolados e seguindo suas paixões e instintos. Karl Marx no final do século XIX, retrata de outro modo o Estado, e sua concepção do mesmo conduz a outra reflexão.

No Estado da Natureza o indivíduo vive, segundo Hobbes, sempre num “estado de guerra de todos contra todos” e o “homem é o lobo do próprio homem”, e dessa forma para preservar a própria vida, pois a liberdade é prejudicial à relação entre indivíduos, há uma necessidade de sair desse estado, instituindo-se um “pacto de união” (contrato social). Nesse contrato social o indivíduo abre mão dessa liberdade e do poder de decisão, concentrando esse poder nas mãos de um governante soberano que tem poder absoluto, e onde o poder do Estado é ilimitado. “O Estado seria então o produto do Contrato Social, ou seja, a conjunção de vontades individuais” (MONTANO & DURIGUETTO 2011, p.23).

Dessa forma para Hobbes há uma necessidade de uma sociedade regulada que garantiria a liberdade, a paz e os interesses de cada um.

O pacto de união (contrato social) significa que todos se submeterão à autoridade constituída, comprometendo-se a considerar bom e justo o que ordena o soberano, e mau e injusto o que ele proíbe. Dessa maneira é inconcebível qualquer recurso contra a legitimidade das ordens do soberano (HOBBS, 1997, p. 123 apud MONTANO & DURIGUETTO, 2011, p. 24).

Locke enxerga o contrato de outra maneira, sem este poder conferido por Hobbes, para ele o contrato não é submissão, mas consentimento, e que o indivíduo tem o direito de rebelar-se contra a opressão e tirania; para ele o princípio da propriedade é o trabalho, pois o

¹³ Contratualistas: Thomas Hobbes, John Locke e Jean-Jacques Rousseau, acreditavam que era preciso criar um acordo, um “contrato social” o qual se reconhecem uma autoridade (governo) e são estabelecidas regras para o convívio social entre os seres humanos (MONTANO & DURIGUETTO, 2011)

homem transforma a natureza através do seu trabalho, podendo acumular bens através do mesmo (MONTANO & DURIGUETTO, 2011).

Para Rousseau, o contrato social trouxe um processo de socialização, que não garante o interesse de todos, ele rejeita toda ideia de Estado absoluto. Para Rousseau seria necessário estabelecer a justiça e a paz para submeter igualmente a todos, ricos e pobres; ele admite que haja submissão e soberania, mas ao povo, ou seja, o povo que é soberano. Ele acreditava que a propriedade privada era a origem da desigualdade entre os homens.

Para Rousseau a instituição da propriedade privada que origina a emergência das “grandes desigualdades” de acesso a riquezas, rivalidade de interesse e a concorrência, as quais tornam o egoísmo à motivação básica da vida social. (MONTANO & DURIGUETTO, 2011, p. 28).

Hegel descreve o Estado burguês no marco do momento histórico real de desenvolvimento e consolidação da sociedade capitalista, e separa o Estado político da sociedade civil. Para Hegel a sociedade é “um sistema de mútuas dependências individuais recíprocas, em que os indivíduos satisfazem suas necessidades através do trabalho, da divisão do trabalho e da troca” (MONTANO & DURIGUETTO, 2011, p.31).

Marx desenvolve seus próprios estudos sobre o Estado e a sua relação com a sociedade civil, e crítica duramente essa noção de “pacto”, explicando a forma real do Estado, a sua aparência, e ainda os discursos ideológicos existentes. Para ele não há separação entre Estado e sociedade, ao contrário, o Estado resulta da relação entre classes sociais, e, portanto, encontra sua razão de ser nessa relação. Assim segundo Marx:

O Estado emerge das relações de produção: não é o Estado que molda a sociedade, mas a sociedade que molda o Estado. A sociedade por sua vez se molda pelo modo dominante de produção e das relações de produção inerentes a esse modo” (CARNOY, 1988, p.65, *apud* MONTANO E DURIGUETTO, 2011, p. 35).

O Estado, segundo Marx, surge das relações de produção e tendo o controle dos meios de produção e do trabalho constitui a classe dominante. Assim a classe dominante estende seu poder ao Estado, que passa a gerir os interesses dessa classe, em detrimento das outras (MONTANO & DURIGUETTO, 2011).

O Estado é a instância que diz representar o interesse universal, mas representa o de uma classe. Ele cumpre a universalidade reproduzindo o interesse da classe dominante. Assim, o Estado tem a aparência da universalidade, mas a sua realidade efetiva é particular, na medida em que ele garante a organização das condições gerais de um sistema social (ou organização da produção) no qual e pelo qual a burguesia existe como classe dominante (MONTANO & DURIGUEDO. 2011, p.36).

Segundo Gramsci, o conceito de Estado ampliado descreve o tipo de dominação ideológica de uma classe social sobre a outra, particularmente a burguesia sobre o proletariado, e outras classes de trabalhadores, criando uma hegemonia política, não apenas pela força, mas também pelo convencimento.

O Estado não é apenas um instrumento de força a serviço da classe dominante, mas é exatamente força revestida de consenso, coerção acompanhada de hegemonia. Assim o Estado ampliado seria a sociedade política mais a sociedade civil, que atuam com a mesma finalidade: manter e reproduzir a dominação da classe hegemônica, mediando os conflitos, através da concessão de benefícios, garantindo com isso a ordem social. Assim o Estado assume algumas reivindicações da classe operária, como meio de sufocar as crises. (MONTANO & DURIGUETTO, 2011)

Assim apesar do importante papel que o Estado cumpre para a acumulação do capital, os aspectos que caracterizam o chamado “Estado benfeitor” é a sua intervenção via serviços e políticas sociais - direitos políticos e sociais, a democracia, a legislação trabalhista, as políticas e serviços sociais e assistenciais, entre outros, -demandando e pressionando a classe hegemônica e o próprio Estado para dar tais respostas às necessidades dos trabalhadores e da população em geral (MONTANO E DURIGUETTO, 2011, p.145).

As diversas manifestações da questão social começam a desestabilizar a ordem e as instituições, fazendo com que se busque uma forma de enfrentamento aos problemas sociais. Isto se dá através da regulação estatal, consolidando assim, o estado de bem-estar social, cujo princípio é de que os governos são responsáveis, pela garantia do mínimo padrão de vida para os cidadãos como direito social. Assim, várias ações governamentais surgem na esfera da proteção social, que teve como exemplo a experiência dos países desenvolvidos, que consolidaram um conjunto de políticas sociais, que formaram os chamados Estados de Bem Estar Social ou *Welfare State*.

Os princípios que estruturam o Welfare State, [...], são aqueles apontados no plano Beveridge: 1- responsabilidade estatal na manutenção das condições de vida dos cidadãos, por meio de um conjunto de ações em três direções: regulação da economia de mercado a fim de manter elevado o nível de emprego; prestação de serviços sociais universais, como educação, segurança social, assistência médica e habitação; e um conjunto de serviços sociais pessoais; 2- universalidade dos serviços sociais; e 3- implantação de uma “rede de segurança” de serviços de assistência social (MISHRA, 1995, p. 113 apud BEHRING & BOSCHETTI, 2011, p. 94).

O Estado de Bem Estar Social, defendia uma ação do Estado no campo econômico e social, no combate as desigualdades, numa perspectiva de uma melhor distribuição de renda para a população e a prestação de serviços básicos, dessa forma havia uma interferência do

Estado na economia e na política. Isto trouxe grandes melhorias para os trabalhadores, mas não deixou de ser uma maneira usada pelo Estado para a manutenção da ordem, onde combinava medidas de cunho social, sem perder contudo, o seu foco capitalista.

As políticas sociais no país estão relacionadas diretamente às condições vivenciadas pelo país, em níveis econômicos, políticos e social. São vistas como mecanismo de manutenção da força de trabalho, em alguns momentos, em outros como conquistas dos trabalhadores, ou como doação das elites dominantes, e ainda como instrumento de garantia do aumento da riqueza ou do direito do cidadão (FALEIROS, 1991, p. 8).

Na perspectiva tradicional, as políticas sociais são entendidas, por alguns autores, como forma de estabelecer a igualdade social, sendo vista como uma mera concessão para minimizar as manifestações da questão social e para a redistribuição de renda social, como forma de compensar as desigualdades naturais do mercado. Com isso há uma naturalização das desigualdades, e dessa forma as políticas sociais são elaboradas, ligadas a um Estado benfeitor e populista que concede benefícios, sem entrar na origem dessa desigualdade, que está ligada de forma significativa à economia (PASTORINI, 1997).

Assim, as políticas sociais apresentam-se como aquelas ações que procuram restabelecer o equilíbrio social via redistribuição de renda. Ou seja, partindo da ideia de que existem oportunidades díspares, desigualdades econômicas etc, entram em cena as políticas sociais com o objetivo de compensar aqueles que foram “prejudicados na distribuição. Esta redistribuição tem na tributação o principal instrumento de arrecadação de recursos escassos, que são orientados às populações carenciadas, indiretamente; como serviços ou diretamente, como ajudas econômicas, gerando segundo os autores que aderem a essa corrente, o reequilíbrio social (PASTORINI, 1997, p.82).

Na perspectiva marxista, essa compreensão é superada, pois há uma dimensão maior que uma mera “concessão”, assim segundo essa perspectiva a elaboração de políticas sociais são resultado das lutas entre as classes sociais que se formam devido a estas desigualdades, e não são vistas como naturais. Há, portanto na elaboração das políticas sociais, uma relação que envolve as classes dominantes, o Estado, como mediador e as classes trabalhadoras. (PASTORINI, 1997)

Dessa forma, partindo da ideia de que nesta relação encontram-se envolvidos conflituosamente e em tensão permanente esses três principais protagonistas; as políticas sociais mal poderiam ser pensadas como meras “concessões” de apenas um desses sujeitos, mas sim devem ser compreendidas, como produtos dessas relações conflituosas entre os diferentes atores envolvidos. Isto quer dizer que não se pode analisar o fenômeno das políticas sociais só considerando a atitude e o “produto final” - o benefício ou o serviço que o Estado outorga ou presta – desconhecendo as lutas prévias e os conflitos anteriores que deram lugar e propiciaram esse ato de o Estado “conceder” (PASTORINI, 1997, p. 86).

A implementação de políticas de cunho social, não veio senão através de lutas de classes, de movimentos que reivindicavam uma melhoria de vida para a população, com tantas demandas sociais, assim há uma aceitação das reivindicações das classes subalternas, e são usadas como meio de legitimar a ordem em tempos de crises e mostrar um Estado que concede benefícios, diminuindo assim os custos de produção com o barateamento da força de trabalho.

Na verdade, essa função social mascara e encobre as essenciais funções que as políticas sociais desempenham no mundo capitalista ao se apresentarem, perante aos indivíduos, como mecanismos institucionais tendentes a diminuir as desigualdades sociais, redistribuindo seus escassos recursos num sentido contrário ao mercado [...]. Mas esse sistema de solidariedade social não é outra coisa senão a superfície, a ponta de um iceberg que encobre e oculta o centro da questão; nesse caso, as suas funções política e econômica (PASTORINI, 1997, p.88).

No Brasil, durante os governos autoritários (1930-1943), houve um grande desenvolvimento das políticas sociais. Neste período, Vargas promulgou um conjunto de leis de proteção ao trabalho: salário mínimo, férias pagas, direito a aposentadoria, licença maternidade, entre outros benefícios, como forma de acalmar os anseios das camadas da população, atendendo assim suas reivindicações, diante do Estado Novo com seu caráter ideológico, repressivo e fascista, que mantinha excluído desses benefícios os assalariados agrícolas e os camponeses que continuavam sem seus direitos trabalhistas; Dessa maneira mantinha-se o bloco de poder da oligarquia fundiária e trazia benefícios também à burguesia industrial, ampliando o exército industrial de reserva. (BEHRING & BOSCHETTI, 2011)

Outro período de autoritarismo (1966-1985) na Ditadura Militar houve uma aceleração no processo de industrialização, consolidando o sistema que modificou o perfil da política social, ampliando a previdência que passa a alcançar os trabalhadores rurais, as empregadas domésticas, os jogadores de futebol, os autônomos, entre outras modificações. “Dessa forma a Ditadura Militar buscou legitimar com a expansão das políticas, em contrapartida da perda de liberdade, de torturas e prisões” (BEHRING & BOSCHETTI, 2011).

No tocante a análise econômica, o Estado de Bem Estar Social, que tem um “verniz” de direitos iguais para todos, não se efetiva dentro da sociedade brasileira, pois nesta se percebe uma fragmentação e até mesmo uma exclusão dessa cidadania, pois a mesma é vista de acordo com o nível econômico do indivíduo na sociedade (SILVA, 2015).

Segundo Draibe,

Há um padrão brasileiro de Bem Estar Social do tipo Meritocrático Particularista, com matizes do corporativismo e do clientelismo, com um núcleo

securitário e denso esquema assistencial, mas descontínuo e fragmentado, tendo por base uma perversa estrutura de emprego, baixos salários e concentração de renda (DRAIBE, 1990, apud SILVA, 2015 p. 5).

Assim sendo, essa cidadania fragmentada e marginalizada faz referência a grupos sociais que fazem parte do sistema, ou seja, estão integrados dentro dessa sociedade de direitos, cidadãos de plenos direitos, e os que não fazem parte do sistema, ou seja, não estão integrados ao sistema, estão à margem dele, constituindo-se assim cidadãos de segunda classe, que não tem direito nenhum (SILVA, 2015).

A esse quadro se acrescenta a noção de exclusão social que é utilizada para designar indivíduos considerados supérfluos e desnecessários numa sociedade, propiciando novas “decomposições da cidadania”, ou seja, inclui o estatuto de não cidadão, sendo que a condição de exclusão é “ser supérfluo e não ter direito a nenhum direito” (SCOREL, 1993, apud SILVA 2015, p. 6).

Dessa forma as políticas sociais e a proteção social acontecem de acordo com o nível de cidadania que é diferenciada dentro da sociedade, entre aqueles que têm cidadania plena, destinado a classe abastada; aqueles que formam o exercito industrial de reserva, que é bom para o capitalismo, a quem é destinado a assistência como forma de caridade; os que possuem cidadania regulada, que são os trabalhadores, a classe média, que possuem poder de pressão no meio político; e os miseráveis que passam necessidade, os não cidadão, a quem se destina a violência e a discriminação. (SILVA, 2015).

Na Constituição Federal de 1988 há uma reestruturação nesse padrão de Proteção Social Brasileiro, havendo um avanço na esfera dos direitos sociais, no qual passam a fazer parte da agenda pública, diversas necessidades sociais, que antes não eram consideradas. Entre os avanços da Constituição, a garantia da Seguridade Social, que compreende as três políticas de proteção social: Assistência social, que deixa de ser vista e executada como “caridade”, como “um favor” do Estado, e passa a ser vista como Política Pública e responsabilidade do Estado; Previdência Social que já era reconhecida como política de proteção social, pois era de caráter contributivo e já era assegurado pelo Estado; e a Saúde Pública que passa a ser reconhecida como direito de todos, e não restrita apenas àqueles que possuíam vínculo empregatício. (SILVA, 2015)

Através do Movimento de Reforma Sanitária, (1976-1988) que articulou várias mudanças, não apenas no setor saúde, mas através dele, uma mudança social, com uma nova concepção de saúde que abrangia toda uma estrutura de mudanças em diversas áreas como, alimentação, moradia, trabalho, educação, transporte, saneamento, lazer, dentre outros, o

Estado passaria a ser responsável por várias ações que garantiriam a saúde da população de uma maneira mais ampliada. Dessa forma a reforma sanitária surge com uma visão de ampliação de direitos, trazendo novas perspectivas de transformação social.

2.2 – Antecedentes Históricos da Reforma Sanitária no Brasil

Desse modo cabe uma distinção inicial entre reforma sanitária e reforma setorial. [...] uma reforma pode pretender transcender o setor, ainda que tenha como referência a saúde. Desse modo, podem-se distinguir as reformas que privilegiam mudanças no sistema de serviços de saúde (reformas no setor saúde), e aquelas outras que, reconhecendo o sistema de serviços como uma das respostas sociais, pretende intervir de forma ampla no atendimento das necessidades de saúde, com vistas às melhorias das condições de saúde e da qualidade de vida da população. (reforma sanitária) (PAIM, 2008, p. 30).

No início do século XX, a industrialização e as mudanças econômicas traçam um novo perfil para a saúde, onde o Estado passa a atuar mais diretamente na questão da saúde pública. O que tínhamos antes era um modelo de assistência médica pautado na filantropia e na medicina privada, onde aqueles que podiam pagar, eram atendidos em casa por médicos particulares e aqueles que não podiam arcar com essas despesas, utilizavam os serviços filantrópicos, ou a caridade da Igreja.

O processo de mudança na divisão do trabalho leva o Estado a formular políticas na área da saúde, pois epidemias começam a atingir os trabalhadores, e a produção agropecuária começa a sentir os reflexos, pois não havia uma política de saneamento, e estas epidemias começam a comprometer a exportação.

Assim, as questões de saúde dos trabalhadores precisavam ser enfrentadas; e acontece a Reforma Carlos Chagas que amplia o poder do Estado na questão de saúde, criando diversos programas de erradicação de doenças e com um programa de saneamento no interior do Nordeste, dessa maneira o governo federal tinha uma maior atuação nas políticas de saúde.

O início da previdência no Brasil chega em 1923, com a organização dos trabalhadores e é legitimada através da Lei Eloy Chaves que institui as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) para os trabalhadores ferroviários, e se estende a outros trabalhadores formais. Essas CAPs eram financiadas pela União, e operaram com um regime de capitalização, dando aos empregados o direito a assistência curativa e pensão para os dependentes entre outros benefícios, e recebem a contribuição dos empregadores e dos empregados, com gestão tripartite¹⁴, que somente as grandes empresas conseguiam manter

¹⁴ Tripartite – A gestão tripartite, era uma contribuição feita pelo Estado, empregadores e trabalhadores, que

devido ao pequeno número de contribuição.

Em 1930 o então Presidente da República, Getúlio Vargas, promove uma mudança na estrutura das CAPs, que passa a ser incorporada ao Ministério do Trabalho, e as substituí pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), o Estado se volta para as políticas que atendam as questões sociais, como resposta às lutas dos trabalhadores, no contexto do processo de industrialização brasileira.

Assim era criado um instituto para cada categoria de trabalhadores: comerciários (IAPC), bancários (IAPB), industriários (IAPI), marítimos (IAPM), servidores do Estado (IPASE), trabalhadores de transportes e cargas (IAPETEC) etc. Com exceção do Ipase, todos os institutos foram unificados em 1966 no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (PAIM, 2009, p.33).

Estes institutos atendem aos trabalhadores urbanos e formais, deixando de lado os trabalhadores do campo, que não tinham em sua grande maioria, a carteira assinada. “A legislação do período que se inicia em 1930 procurou demarcar a diferença entre ‘previdência’ e ‘assistência social’, que antes não havia” (BRAVO & LIMA, 2001, p.5).

Mesmo com essas reformas não houve melhoria na situação sanitária e várias doenças infecciosas aumentaram a taxa de mortalidade no país. O Departamento Nacional de Saúde (DNS) aumenta a rede pública e cria hospitais para tratamento da tuberculose e leprosário (Para cuidar de pacientes com lepra). A medicina privada se beneficia e se organiza no atendimento e propõe a privatização da saúde, mas pelo menos até 1964 a assistência médica continua a ser oferecida pelo governo.

Com a Ditadura Militar em 1964, o desenvolvimento econômico trouxe o chamado “milagre econômico”, que foi uma melhoria significativa na infraestrutura do país, com o aumento do emprego e investimento na indústria siderúrgica. O governo militar une os IAPs em um único sistema e cria o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), que passa a concentrar os benefícios e aposentadorias. A gestão que outrora era tripartite – Estado, empregadores e empregados – deixa de ser, retirando os empregados da gestão, permanecendo apenas na forma de contribuição.

A assistência médica era centrada na hospitalização e no atendimento curativo, em detrimento ao preventivo e atendiam exclusivamente aos trabalhadores formais e suas famílias. Havia um incentivo a prática médica voltada para a lucratividade.

O INPS passou a contratar os serviços de terceiros, dando ao setor privado grandes lucros, através do pagamento em unidades de serviços (US), que era um meio de grande

corrupção. A medicina de grupo, mantida pelas empresas, assumiu a assistência médica de seus funcionários e as empresas podiam com isso não contribuir para o INPS.

Com o intuito de desmembrar o INPS, o governo cria em 1977, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, “o Inamps, incorporando o Ipase que, junto com o Funrural e a Legião Brasileira de assistência (LBA) , sucedeu o INPS, oferecendo serviços de saúde para amplos contingentes da população” (PAIM, 2009, p. 39), que ao longo dos anos foi acumulando um déficit previdenciário que causou a ‘crise na previdência’, crise essa gerada pela ineficiência e corrupção no sistema, que fez com que se propusesse que o Estado reduzisse suas funções na garantia de políticas sociais, privatizando o sistema. O INAMPS passou por diversas reformas e foi apresentando aos poucos uma universalização no atendimento na transição para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 1986 o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira nasce da luta contra a ditadura, num contexto de perdas de direitos civis e políticos, e a possibilidade de reabertura política que se desenhava nesse momento. Nesse contexto o Movimento de Reforma Sanitária tinha como base uma mudança, que garantiria o direito a todos os brasileiros, e a uma realidade social diferente do que tínhamos até então. Essa mudança não seria apenas setorial, mas uma intensa mudança social para a população brasileira.

Dessa forma, o Movimento de Reforma Sanitária lutava em defesa e pela democratização da saúde, para efetivamente melhorar, não apenas as condições de saúde da população, mas para dar um salto na qualidade de vida da população. Dessa maneira a ideia do Movimento de Reforma Sanitária, incluía a articulação com outras políticas como: educação, transporte, lazer, e condições de moradia, melhorando o abastecimento de água e saneamento básico, numa perspectiva nova que amplia a visão de saúde, que deixaria de ser apenas ausência de saúde, e passa a ser vista como a união de todo um conjunto de ações que garantiriam a saúde e a cidadania plena.

Assim durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, esse movimento se fortalece, já que o país passava pelo período de transição democrática e na luta pelas eleições diretas, dessa maneira essa Conferência viabilizou as propostas de mudanças contidas no Movimento de Reforma Sanitária, e resultou posteriormente, na implantação do SUS (Sistema Único de Saúde), que universaliza e descentraliza os serviços de saúde.

Já o ‘processo’ da Reforma Sanitária brasileira, entendida como conjunto de atos relacionados a práticas sociais - econômicos, políticos, ideológicos e simbólicos – pode ser analisado especialmente após a 8ª CNS, com a implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), a instalação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) e o desenvolvimento dos

trabalhos da Assembleia Constituinte, Constituição de 1988 e conjuntura pós 88. Desse modo o processo de Reforma Sanitária brasileira pode ser analisado na conjuntura da transição democrática e no período da pós-constituente (PAIM, 2008, p. 5)

2.3 – Sistema Único de Saúde (SUS)

A proposta do SUS está vinculada a uma ideia central: todas as pessoas têm direito a saúde. Este direito está ligado à condição de cidadania. Não depende de “mérito” de pagar previdência social (seguro social meritocrático), nem de provar condições de pobreza (assistência do sistema de proteção), nem do poder aquisitivo (mercado capitalista), muito menos de caridade (filantropia). Com base na concepção de seguridade social, o SUS supõe uma sociedade solidária e democrática, movida por valores de igualdade e de equidade, sem discriminação ou privilégios (PAIM, 2009. P.43).

A nova visão de saúde, trazida pelo movimento de Reforma Sanitária, fez com que esta, passe a ser vista como um direito social, e faz com que de agora em diante, seja garantida pelo poder público, e assegurando também, medidas econômicas e sociais, como intervenções fundamentais para a garantia do direito à saúde. Essas medidas fundamentais acabam por ficar a mercê de legislações complementares, que não se consolidam, inviabilizando algumas propostas Constitucionais.

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como importante princípio a universalização do acesso às ações e serviços de saúde. Assim todos os cidadãos devem ter acesso aos serviços de saúde, sem privilégios ou barreiras, ou seja, todo cidadão deve ser atendido conforme suas necessidades, de forma resolutiva, nos limites e possibilidades do sistema, considerando-se ainda as necessidades coletivas (BATISTA, 2005, p 30).

As lutas dos Movimentos populares trouxeram várias mudanças, influenciando a agenda política, trazendo novas contribuições para a Carta Magna que se formava. Dessa forma algumas conquistas se concretizaram como a reafirmação das liberdades democráticas e a afirmação dos direitos sociais com a criação do SUS (Sistema Único de Saúde) implementado pela Lei 8080/90 em setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção, e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos sistemas correspondentes” (BRASIL, 1990)

O projeto da Reforma Sanitária traz para a saúde uma nova visão, onde se gesta uma concepção de saúde como direito de todos e dever do Estado, eliminando assim, o atendimento seletivo da população. Através da 8º Conferencia Nacional da Saúde, representantes de vários seguimentos da sociedade civil discutiam um novo modelo de saúde para o Brasil, que vai além de uma mudança setorial, seu objetivo era a democratização da

saúde, com acesso igualitário a todos, como parte do processo de democratização social. Com essa proposta e através de emenda popular, garante na Constituição de 1988, a universalidade da saúde. Esse movimento, segundo seu criador Sérgio Arouca, era uma perspectiva de luta contra a ditadura e garantia dos direitos sociais.

A Reforma Sanitária é uma proposta, ou seja, um conjunto articulado de princípios e proposições políticas. De um lado, esse movimento vai contra o movimento ideológico preventivista¹⁵ e do outro lado, quer encontrar caminhos para a crise da saúde, durante o período da ditadura (PAIM, 2009).

Para enfrentar o “dilema preventivista” (Arouca, 2003) sugeria-se uma ‘prática, teórica’ produtora de conhecimentos, e uma ‘prática política’ voltada à mudança das relações sociais. Para o enfrentamento da crise da saúde (Arouca, 1975), a criação do Cebes¹⁶, em 1976, e da Abrasco¹⁷, em 1979, foram respostas sociais que buscavam articular as práticas política e teórica (PAIM, 2008, p.5).

A Reforma Sanitária tem como suporte o movimento pela democratização da saúde que envolvia um conjunto de práticas ideológicas, políticas e culturais. Desse modo, o processo de reforma Sanitária brasileira, pode ser analisado na conjuntura da transição democrática e no período pós-constituente (PAIM, 2009).

As primeiras propostas deste movimento diziam respeito à universalização da saúde, ou seja, saúde como direito de todos, independente de contribuição previdenciária ou não; a segunda proposta dizia respeito ao acesso da população a ações de prevenção/tratamento à saúde, integrados em um único sistema; a terceira proposta a descentralização da gestão, financeira e administrativa, dessa forma uma quarta proposta o controle social das ações de saúde poderia ser implementado.

A partir dessa conferência de 1986, a Reforma Sanitária configura-se como um projeto em seu relatório final, isto é, como um conjunto de políticas articuladas (Paim, 2002, p.125) ou “bandeira específica e parte de uma totalidade de mudanças” (Arouca, 1988). Parte da formalização desse projeto encontra-se na Constituição de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde, de 1990 (PAIM, 2009, p. 5).

Assim, durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, esse movimento se fortalece, já que o país passava pelo período de transição democrática e na luta pelas eleições

¹⁵Movimento Preventivista: a história natural da doença, o conceito ecológico de saúde e doença e a multicasualidade, assim o social é reduzido, simplificado de forma a surgir como meio ambiente, onde existem agentes causais e não como uma sociedade que determina os estados de saúde e doença (SCOREL, 2008).

¹⁶ CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – criado em 1976 cuja missão é a luta pela democratização da sociedade e a defesa dos direitos sociais em particular o direito universal a saúde.

¹⁷ ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva – criada em 1979 como objetivo de atuar no mecanismo de apoio entre os centros de ensino e pesquisa em Saúde Coletiva.

diretas, dessa maneira essa Conferência viabilizou as propostas de mudanças contidas no Movimento de Reforma Sanitária, e resultou posteriormente, na implantação do SUS (Sistema Único de Saúde), que universaliza e descentraliza os serviços de saúde.

Já o processo de Reforma Sanitária Brasileira, entendida como conjunto de atos relacionados a práticas sociais- econômicos, políticos e ideológicos e simbólicos – pode ser analisado especialmente após a 8ª CNS, com a implementação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), a instalação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS) e o desenvolvimento dos trabalhos da Assembleia Constituinte de 1988 e conjuntura pós 88. Desse modo o processo de Reforma Sanitária brasileira pode ser analisado na conjuntura da transição democrática e no período da pós-constituinte (PAIM, 2009, p.5).

Apesar de algumas conquistas viabilizadas através da Constituição Federal de 1988, a Reforma Sanitária acabou sendo limitada à implantação do SUS, deixando de lado toda a ideia original, que não era apenas no âmbito da saúde, mas uma verdadeira mudança que alteraria em termos qualitativos a vida da população e traria benefícios concretos à saúde e a vida de todos (PAIM, 2009). “A proposta da Reforma Sanitária Brasileira contemplava três dimensões de saúde, além de articular uma “totalidade de mudanças” (apud Arouca,1988) implicando uma ampla reforma social” (PAIM, 2009, p.9).

As lutas dos movimentos populares trouxeram várias mudanças, que foram além do controle das elites, influenciando a agenda política, trazendo novas contribuições para a Carta Magna que ora se formava. Dessa forma algumas conquistas se concretizaram como a reafirmação das liberdades democráticas e a afirmação dos direitos sociais, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Sistema Único de Saúde nasce da proposta de uma mudança no sistema de saúde vigente, que não atendia a grande maioria da população. Essa proposta parte do movimento pela democratização da saúde que lutava por uma saúde mais ampla que atendesse a toda a população. Assim o Movimento de Reforma Sanitária, assume essas propostas e luta por uma saúde mais abrangente.

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como importante princípio a universalização do acesso às ações e serviços de saúde. Assim todos os cidadãos devem ter acesso aos serviços de saúde, sem privilégios ou barreiras, ou seja, todo cidadão deve ser atendido conforme suas necessidades, de forma resolutiva, nos limites e possibilidades do sistema, considerando-se ainda as necessidades coletivas (BATISTA, 2005, p 30).

A Constituição Federal de 1988, conhecida como a “Constituição cidadã”, dedica uma seção específica à saúde, reconhecendo a mesma como um direito social. Dessa maneira com a inclusão dessa seção sobre saúde na Constituição, havia a necessidade de uma legislação

específica, o que foi efetivado através da Lei 8080/90 que dispõe sobre a organização e as ações de saúde e a lei 8.142/90 que trata do financiamento e da participação popular no sistema de saúde, e garante que a saúde é um direito de todos e dever do Estado.

Segundo a lei 8.080/90 que regulamenta o SUS,

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Assim fica garantido na Constituição, não apenas uma visão ampliada de saúde, mas também meios de efetuar todas as mudanças necessárias para a sua efetivação, através de políticas econômicas e sociais, que dependem de leis complementares.

A compreensão de saúde como direito de todos vai além da condição de ausência de doenças, é a garantia e acesso a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, além do desenvolvimento e garantia do bem-estar físico, mental e social de cada indivíduo. O acesso às instituições públicas deve ser garantido a todo e qualquer indivíduo que dela necessite.

A garantia de acesso universal possibilita a todos os brasileiros, ricos e pobres, homens e mulheres, índios e quilombolas, analfabetos ou letrados, independentes de raça, etnia ou orientação sexual o atendimento sem qualquer barreira. Já o acesso igualitário significa igual para todos sem discriminação ou preconceito. (PAIM, 2008)

As lutas pela formatação dos direitos sociais e pela saúde no Brasil foram árduas, porém através da influência dos movimentos sociais e do Movimento de Reforma Sanitária, conseguiram um avanço e a ampliação dos direitos sociais, mesmo diante de fortes interesses econômicos do setor privado, que conseguiram, apesar de toda a luta, assegurar participações no SUS com acesso aos recursos públicos (BEHRING, & BOSCHETTI 2011).

A grande novidade, portanto, era o processo de redemocratização, apesar da crise econômica, com seu forte conteúdo reformista, no sentido de desenhar na Constituição políticas orientadas pelos princípios da universalização, responsabilidade pública e gestão democrática (BEHRING & BOSCHETTI, 2011, p. 144).

O governo Sarney, primeiro presidente civil, após a ditadura, inicia um processo de

repensar as políticas de previdência, saúde, educação e assistência social para a reestruturação, porém essas políticas não conseguem ser implementadas, mas ajudam a definir o conceito de seguridade social na construção da constituinte.

2.4 – Unidade Básica de Saúde e Política Nacional de Saúde Integral de LGBT's

No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade, do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (PNAB¹⁸, 2012 p.11)

O Sistema Único de Saúde adota várias medidas, para incorporar os princípios da Reforma Sanitária, e se baseia num sistema universal e integrado de saúde, que foi uma concepção elaborada pelo governo inglês, no relatório de Dawson¹⁹ em 1920 servindo de base para a organização do sistema de saúde do mundo inteiro, para a implementação da Atenção Primária a Saúde (APS), ou Unidade Básica a Saúde (UBS).

Dessa forma algumas ações para a implementação das APS, foram viabilizados no Brasil, através dos Centros de Saúde que mantiveram as divisões entre ações curativas e preventivas, ou seja, ações de cuidado a doenças já estabelecidas e ações de prevenção através de campanhas esporádicas de vacinação, entre outras ações, atingindo uma pequena parcela da população, mas iniciaram a partir de uma base populacional uma ação educativa sanitária, através do Serviço Nacional de Educação Sanitária (SNES), que estabelece ações executivas em saúde, substituindo as ações esporádicas e eventuais.

Na década de 1940 criou-se o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) que realizava ações curativas e preventivas, limitadas as áreas de relevância econômica e também restritas a doenças infecciosas e carenciais. Essas ações foram ampliadas para outras regiões, porém sufocadas pelo aumento do modelo médico assistencial privatista (MATTA & MOROSINI, 2009).

O Modelo Médico Assistencial Privatista, está entre os dois modelos assistenciais existentes, que predomina até hoje e é voltado para o indivíduo, e reforça a atitude do

¹⁸ PNAB – Política Nacional de Atenção Básica. (Portaria 2.488 de 21/10/2011)

¹⁹ Relatório de Dawson organizava o modelo de atenção em centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino, organizados de forma regionalizada (MATTA & MOROSINI, 2009)

indivíduo de só procurarem os serviços de saúde quando se sentem doentes, este modelo é centrado na figura do médico especialista, e privilegia a tecnologia para diagnóstico e tratamento da doença, ele é predominantemente curativo, e teve sua expansão em 1964, através da compra de serviços privados.

O outro modelo é o Modelo Assistencial Sanitarista que corresponde à saúde pública que enfrentava problemas de saúde da população e através de campanhas de vacinação, combates a epidemias, entre outras e também através de programas especiais de controle a tuberculose, hanseníase, saúde da criança, da mulher e da saúde mental, articulava um meio de levar a saúde a população de forma focalizada. Este modelo tem como sujeito o sanitarista, numa perspectiva epidemiológica, sendo a intervenção em saúde organizada sob a forma de campanha e programas especiais.

Nos anos 1970, outras ações são propostas para implementação de melhorias nas ações de saúde como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste “que tinha como objetivo fazer chegar a população historicamente excluída de qualquer acesso a saúde, um conjunto de ações médicas simplificadas, caracterizando-se como uma política focalizada e de baixa resolutividade, sem capacidade de fornecer uma atenção integral a população” (MATTA & MOROSINI, 2009, p.08).

Com a realização da I Conferência Internacional sobre cuidados primários de Saúde em Alma-Ata, no Cazaquistão em 1978, houve um acordo para que os países membros pudessem atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000. Essa política internacional ficou conhecida como Declaração de Alma-Ata²⁰ que definiu a Atenção Básica a Saúde (MATTA & MOROSINI, 2009).

O Movimento de Reforma Sanitária assume as concepções da Atenção Primária a Saúde (APS) que com a Constituição de 1988 e a implantação do SUS (1990) garantiram a reorganização da APS e passa a designá-las Unidade Básica de Saúde (UBS) que se torna a porta de entrada da população ao sistema de saúde brasileiro, desenvolvendo-se a partir dos princípios do SUS, como universalidade, descentralização, integralidade e a participação popular com o controle social.

Um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de

²⁰ Declaração de Alma-Ata – 1978 no Cazaquistão- são dez itens que enfatizam a APS, salientando a necessidade de atenção especial a países em desenvolvimento. A Declaração busca uma solução urgente para estabelecer a promoção da saúde como prioridade na ordem econômica internacional (MATTA & MOROSINI, 2009).

trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade e, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade e, responsabilização, humanização, equidade, e participação social (BRASIL, 2006).

Assim, há uma reorientação das Unidades Básicas de Saúde para garantir o acesso igualitário e universalizante, juntamente com promoção e organização da saúde, e é o meio pelo qual, qualquer indivíduo tem acesso ao sistema de saúde, pois através dessas unidades, de atenção básica, o usuário é encaminhado, segundo suas necessidades, para unidades mais complexas de atendimentos, secundário ou terciários.

No início dos anos 1990, se institui o Programa de Agentes Comunitários, que foi regulamentado em 1997, quando se iniciou o processo de descentralização de recursos do SUS. Este programa tem por objetivo a prevenção de doenças, através da orientação sobre cuidados a saúde, reorganizando os serviços municipais de saúde, e uma ligação entre a comunidade e as unidades de saúde, e também como estratégia transitória para o Programa de Saúde da Família (BRASIL, 2001).

O território define em si a adstrição dos usuários, propiciando relação de vínculo, afetividade e confiança entre pessoas e / ou famílias e grupos a profissionais/equipes, sendo que estes passam a ser referência para o cuidado, garantindo a continuidade e a resolutividade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2011).

Assim em 1994 é implementado o Programa de Saúde da Família que tem por finalidade substituir as diretrizes que tinha o hospital como centro e voltado para as doenças, por um sistema de promoção da saúde, reorganizando o sistema de saúde em vigor. “É uma estratégia de organização da assistência a saúde, tendo a família como foco no seu espaço físico e social” (KAKEHASHI, et al, 2000, p. 28 apud MAGALHÃES, 2011, p. 22)

A Saúde da Família foi estruturada pelo Ministério da Saúde a partir de 1994, por meio do PSF. Busca a integração entre ações preventivas e curativas para cada seiscentas a mil famílias em territórios definidos, contando com o trabalho de equipes constituídas, basicamente por médico, enfermeira, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). O ACS mora na comunidade em que atua e é um personagem chave no Programa de Agentes Comunitário de Saúde (Pacs), vinculado à Unidade de Saúde da Família (USF) (PAIM, 2009, p.76).

A ideia do Programa de Saúde da Família (PSF) é de um trabalho em equipe, onde todos os componentes daquela equipe assumam a responsabilidade com a saúde daquela população,

dentro do seu território, orientando, e acolhendo com atenção as demandas daquela população.

[...]a ação na Atenção Básica, principal porta de entrada do sistema de saúde, inicia-se com o ato de acolher, escutar e oferecer respostas resolutivas para a maioria dos problemas de saúde da população, minorando danos e sofrimentos e responsabilizando-se pela efetividade do cuidado, ainda que este seja ofertado em outros pontos de atenção da rede garantindo sua integralidade (BRASIL, 2012).

Embasada nos princípios constitucionais da CF de 1988 que garantem a cidadania e a dignidade da pessoa humana (BRASIL, 1988, art, 1º, inc. II e III), reforçados no objetivo fundamental da República Federativa do Brasil de “promover o bem de todos, sem preconceito de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação” (BRASIL, 1988, art 3º, inc. IV) o Ministério da Saúde instituiu a portaria 2.826 de 01 de dezembro de 2011, e implementa a Política Nacional Integral de Saúde a População LGBT para que a equidade no atendimento a saúde seja alcançada, sem a exclusão de nenhum segmento da população.

Assim, diante da complexidade de saúde da população LBGT e de várias evidências, de que a orientação sexual e a identidade de gênero tem grandes influências nos determinantes sociais e culturais de saúde dessa população, constrói a Política Nacional Integral de Saúde LGBT para o SUS, com o objetivo de minimizar os efeitos das iniquidades em saúde vividas por essa população.

Os desafios de reestruturação dos serviços, rotinas e procedimentos na rede do SUS serão relativamente fáceis de ser superados. Mais difícil, entretanto, será a superação do preconceito e da discriminação que requer de cada um, e do coletivo, mudanças de valores baseadas no respeito às diferenças (POLÍTICA NACIONAL INTEGRAL DE SAÚDE LGBT, 2013 p.18).

O governo tem por meta a eliminação do preconceito, da discriminação e da marginalização em consonância com os Princípios de Yogyakarta²¹, trazendo uma mudança na posição histórica a que essas pessoas estão submetidas dentro da sociedade brasileira, e em atendimento as reivindicações dos movimentos LGBTs. Assim essas e outras questões de desigualdade de direitos como: redução da violência, reconhecimento das famílias homoparentais, garantia dos direitos sexuais e reprodutivos passam a entrar nas agendas políticas governamentais (POLÍTICA NACIONAL INTEGRAL DE SAÚDE LGBT, 2013).

Desde 2003 na 12ª Conferência Nacional de Saúde, os direitos da população LGBT,

²¹ Princípios de Yogyakarta – Princípio sobre a legislação internacional de Direitos Humanos em relação a orientação sexual e a identidade de gênero.

vem sendo custurados pelo SUS, mas somente na Conferência seguinte em 2007, e 13ª CNS, a orientação sexual e a identidade de gênero foram incluídas na análise de determinação social da saúde (Política Nacional Integral da Saúde LGBT). Assim através do CNS saem várias recomendações para o atendimento da população LGBT, entre essas orientações:

- O desenvolvimento de ações intersetoriais de educação em direitos humanos e respeito a diversidade, efetivando campanhas e currículos escolares que abordem os direitos sociais.
- A sensibilização dos profissionais a respeito dos direitos de LGBT, com a inclusão do tema da livre expressão sexual na política de educação permanente no SUS.
- A inclusão do quesito de identidade de gênero e orientação sexual nos formulários, prontuários e sistemas de informação em saúde.
- A ampliação da participação dos movimentos sociais LGBT nos conselhos de saúde.
- O estabelecimento de normas e protocolos de atendimento específicos para lésbicas e travestis.

A Secretaria Especial de Direitos Humanos da presidência da República realizou em 2008 a I Conferencia de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, (LGBT) promovendo uma mobilização do governo e da sociedade civil. O Ministério da Saúde trouxe ao debate a política LGBT para a sua legitimação e mostrando a necessidade em relação à saúde desse grupo. Em 2009, esta política foi aprovada no CNS como fruto de um processo democrático (MINISTÉRIO DE SAÚDE, 2013).

São diretrizes da Política Nacional integral de Saúde LGBT:

- I** - respeito aos direitos humanos LGBT contribuindo para a eliminação do estigma e da discriminação decorrentes das homofobias, como a lesbofobia, gayfobia, bifobia, travestifobia e transfobia, consideradas na determinação social de sofrimento e de doença;
- II** - contribuição para a promoção da cidadania e da inclusão da população LGBT por meio da articulação com as diversas políticas sociais, de educação, trabalho, segurança;
- III** - inclusão da diversidade populacional nos processos de formulação, implementação de outras políticas e programas voltados para grupos específicos no SUS, envolvendo orientação sexual, identidade de gênero, ciclos de vida, raça-etnia e território;
- IV** - eliminação das homofobias e demais formas de discriminação que geram a violência contra a população LGBT no âmbito do SUS, contribuindo para as mudanças na sociedade em

geral;

V - 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;

VI - difusão das informações pertinentes ao acesso, à qualidade da atenção e às ações para o enfrentamento da discriminação, em todos os níveis de gestão do SUS;

VII - inclusão da temática da orientação sexual e identidade de gênero de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nos processos de educação permanente desenvolvidos pelo SUS, incluindo os trabalhadores da saúde, os integrantes dos Conselhos de Saúde e as lideranças sociais;

VIII - produção de conhecimentos científicos e tecnológicos visando à melhoria da condição de saúde da população LGBT; e

IX - fortalecimento da representação do movimento social organizado da população LGBT nos Conselhos de Saúde, Conferências e demais instâncias de participação social.

Dessa forma com a aprovação dessa política embasada nos princípios do SUS e considerando o direito a saúde que é garantida pelo artigo 196 da Constituição Federal, fica estabelecida essa Política através da portaria 2.836 de dezembro de 2011 (anexo 1), garantindo o atendimento integral e respeitoso àqueles que são destinadas essas políticas. Assim no 2º artigo dessa portaria ficam estabelecidos os objetivos da mesma, entre eles:

a - Qualificar a rede de serviços do SUS para a atenção e o cuidado integral a saúde da população LGBT;

b - Atuar na eliminação do preconceito e da discriminação da população LGBT nos serviços de saúde.

c – Garantir o uso do nome social de travestis e transexuais de acordo com a Carta de Direitos aos Usuários da Saúde²².

d – Promover o respeito à população LGBT em todos os serviços de saúde.

e – Incluir o tema de enfrentamento as discriminações de gênero, orientação sexual, raça, cor e território nos processos de educação permanente dos gestores, trabalhadores da saúde e integrantes dos Conselhos de Saúde.

²² Carta de Direitos dos Usuários de Saúde (3º Princípio) – É direito do cidadão atendimento acolhedor na rede de serviços de saúde de forma humanizada e livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em função de idade, raça, cor, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, ser portador de patologia ou pessoa vivendo com deficiência.

Com essas e outras medidas a Política Nacional Integral a Saúde LGBT visa acabar com as desigualdades no âmbito da saúde, que impedem a população LGBT de acessar os serviços de saúde, por conta da discriminação e preconceito ao qual são alvos, já na entrada das Unidades Básicas de Saúde (Acolhimentos), onde o nome com o qual se identificam, (Nome Social) não é respeitado pelos atendentes, causando constrangimentos aos usuários transexuais e travestis. É esse desrespeito ao nome social que falaremos mais adiante.

Capítulo 3: Transgêneros e o Acesso à Saúde Pública

3.1 – Neoliberalismo e os Rebatimentos na Política de Saúde no Brasil

A atual configuração da Política de Saúde no Brasil é protagonizada pelo confronto entre o Projeto de Reforma Sanitária, por meio do SUS e o Projeto de Saúde Privatista. Um é oposto ao outro, e mesmo legalmente constitucionalizado, o Projeto de Reforma Sanitária está perdendo espaço para o Projeto de Saúde Privatista, tendo como principal ideologia, a Política Neoliberal (GOMES, 2011, p.6).

A Constituição Federal de 1988 destaca que saúde é um dever do Estado, e que o acesso universal e igualitário as ações de serviço de saúde, independe de sua condição social. Assim a lei orgânica 8080/90, ratifica o que está na Constituição Federal, e estabelece que saúde, possui além dos fatores biológicos, determinantes e condicionantes sociais. (BRASIL, 1990)).

Com isso, fica evidenciado que é necessário um acesso às condições mínimas de renda, moradia, educação, transporte, para que o indivíduo possa ter acesso à saúde no sentido proposto na Constituição Federal, através de políticas públicas.

Porém, uma crise econômica que o Estado brasileiro vinha atravessando com altos índices de inflação na década de 1990, fez com que este aderisse às reformas propostas pelo capital internacional, introduzindo o neoliberalismo²³ no país, e através de um discurso de modernização do país, o então presidente Fernando Collor de Melo implementa essas políticas, e dentro da área da saúde através do projeto privatista, articulado ao mercado.

O ideário neoliberal, parte do princípio de que o Estado é o responsável pela “anomalia” no funcionamento do mercado livre, pois seu grande tamanho constrange os agentes econômicos privados; dessa forma esse ideário capitalista defende a não participação do Estado na economia, onde deve haver total liberdade de comércio, para garantir o crescimento econômico e o desenvolvimento social do país.

Dessa forma acontece a reforma do Estado que se baseia na concepção neoliberal e na desresponsabilização do Estado de suas atribuições, havendo um confronto entre o Projeto de Reforma Sanitária que é garantido pela Constituição Federal e o Projeto Privatista, que tem políticas fragmentadas e focalizadas.

²³ Neoliberalismo – É o novo liberalismo clássico; uma corrente de pensamento que defende a não participação do Estado na economia. É uma reação teórica e política contra o Estado intervencionista, opondo-se fortemente a qualquer forma de planejamento da economia. Condena toda ação do Estado que limite os mecanismos de mercado, denunciando-as como ameaças à liberdade, não somente econômica, mas também política. (BRASIL ESCOLA 2017)

[...] as propostas de retirada do Estado se espalharam pelas áreas sociais, como saúde e educação, nas quais a superioridade do setor privado foi apregoada. A lógica privada dominou esses setores do ponto de vista das políticas e práticas governistas. Os resultados são verificáveis não pelo excesso do Estado, mas pela privatização interna. Isto porque o neoliberalismo opõe-se radicalmente à universalidade, a igualdade e gratuidade dos serviços sociais. (LAUREL,1995, apud MENEZES, 2011, p.2)

O governo de Fernando Collor, primeiro eleito por voto popular pós-ditadura, que deveria levar adiante a proposta do SUS, e as reformas necessárias para a sua implantação, não teve nenhum compromisso com as teses da Reforma, pois a conjuntura neoliberal tomou força política influenciando a sociedade e o processo da Reforma Sanitária Brasileira, reduzindo a presença do Estado na condução das políticas sociais, isto fez com que somente no final 1990, o SUS fosse regulamentado, através da Lei 8080/90 e 8142/90. Porém apesar de sua implementação, muitas propostas ficaram para serem definidas por leis complementares.

No Brasil, do ponto de vista da reforma democrática anunciada na Constituição de 1988, em alguns aspectos embebida da estratégia social- democrata e do espírito welfariano – em especial no capítulo da ordem social - pode-se falar de uma contrarreforma em curso entre nós, solapando a possibilidade política, que muito possivelmente poderiam ultrapassar os próprios limites da social democracia, realizando tarefas democrático burguesas inacabadas em combinação com outras de maneira socialista (BEHRING & BOSCHETTI, 2011, p. 150).

O governo FHC deu prosseguimento às mudanças iniciadas pelo seu antecessor e iniciou uma intensa campanha em torno de reformas do Estado, pois se dizia que o Estado estava estagnado, por conta da crise econômica e social, precisando por isso de uma Reforma, com ênfase especial nas privatizações e mudanças na previdência social. Dessa maneira tudo que fora conquistado pela Reforma de 1988, principalmente no terreno da seguridade social e outras conquistas foram descartadas.

O ministro Luiz Carlos Bresser Pereira assumiu a pasta do Ministério de Administração e Reforma do Estado (MARE) elaborando um documento denominado Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (1995), que redefine as diretrizes da reforma e a nova configuração do Estado brasileiro. Esse documento “direcionava a reforma do Estado como estratégia adotada para que o Estado se desviasse das suas funções básicas, ampliando sua intervenção no setor privado”. (MENEZES, 2011, p.4).

Inicia-se um desmonte, “uma reformatação do Estado brasileiro para a adaptação passiva à lógica do capital” (BEHRING & BOSCHETTI, 2011), através desse Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado, que prevê que o Estado deixe de ser o responsável direto

das políticas sociais, para se tornar promotor e regulador, transferindo essas responsabilidades para o setor privado.

A reforma do Estado reduziu direitos, e cortou gastos sociais gerando uma deteriorização dos serviços públicos, o que serviu de justificativa para a ação da iniciativa privada naqueles setores, dessa forma as políticas sociais foram reduzidas a ações pontuais e compensatórias. As políticas sociais, no ideário neoliberal são pautadas a partir da privatização, da transferência da responsabilidade do Estado para a iniciativa privada ou para o público não estatal.

Os cortes nos gastos sociais são justificados pela Crise Fiscal do Estado – gerando uma deteriorização dos serviços públicos, passando alguns serviços a serem assumidos pela iniciativa privada, com propostas de resolutividade dos problemas. A tendência geral da reforma do Estado é a redução de direitos, baseando-se no argumento de crise fiscal, transformando assim as políticas sociais em ações pontuais e compensatórias atendendo os maiores efeitos da crise. O trinômio do ideário neoliberal para o campo das políticas sociais é a privatização, focalização e descentralização; o que tende a alterar as responsabilidades da federação, transferindo-as para o campo privado, ou setor público não estatal. (MENEZES, 2011, p. 5).

Este modelo adotado, ainda inclui uma reforma gerencial na saúde, e através da Norma operacional Básica de novembro de 1996 (NOB) propõe a descentralização da administração e o controle dos gastos, e ainda a transformação dos hospitais em unidades públicas não estatais, criando um sistema de entrada e triagem na rede de saúde, e criando hospitais e ambulatórios especializados. (MENEZES, 2011).

O governo de Luis Inácio Lula da Silva, que sucedeu FHC assumiu, alimentando grande esperança do Movimento de Reforma Sanitária, na consolidação da proposta da Reforma. Contudo, infelizmente esse governo entre avanços e retrocessos deu continuidade à política econômica do governo anterior, que priorizava os interesses do capital, em detrimento das políticas sociais; ao invés disso este governo redefiniu novos modelos de gestão criando a Fundação Estatal de Direito Privado, através da PLP 92/2007 e as Organizações Sociais, que passam a gerenciar os setores públicos incluindo a saúde.

As fundações propõem um novo modelo de gestão para o SUS, privatizada pelo sistema, dando autonomia a iniciativa privada, com relação a gastos, contratação de profissionais, empregos, salários, sem qualquer tipo de controle social; porém verifica-se que tais propostas representam um retrocesso político e no controle do SUS, pois distancia o controle e a organização das propostas do espaço público, cabendo à esfera privada o poder de decisão. (MENEZES, 2011, p.8)

Ao término de sua gestão, o governo Luis Inácio Lula da Silva, assinou a Medida Provisória nº 520,(MP) que efetiva a proposta das fundações, criando a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A (EBSERH), que atuará nos hospitais universitários. A MP cria a

EBSERH com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, vinculada ao Ministério da Educação, com prazo de duração indeterminado (MENEZES, 2011).

A criação dessa empresa, rompe com os direitos sociais instituídos, pois atinge de um lado a educação, dentro dos hospitais universitários, onde a formação do estudante é ameaçada, e por outro lado o atendimento da população na saúde, ao acesso aos hospitais universitários, que são unidades de alta complexidade, ferindo assim o que foi conquistado através das lutas dos movimentos sociais.

A Reforma do Estado tinha como um dos seus princípios a subordinação das políticas sociais à política de ajuste estrutural conduzida pela equipe econômica, que tinha com meta a contenção de gastos públicos, principalmente na área social, onde havia a transferência das provisões das ações de saúde para as instituições de direito privado.

A base principal da reforma era a criação de dois subsistemas de saúde: um de entrada e controle e outro de referência hospitalar e ambulatorial, através da privatização dos hospitais, criando assim as Organizações Sociais (OSs) que tem outra forma de contratação dos trabalhadores regido pela CLT, e que tem seus direitos reduzidos, em comparação com a outra parte de funcionários estatutários que são regidos pelo Regime Jurídico Único (RJU), e dessa forma há a precarização dos serviços de saúde (MARCH, 2011).

Sendo assim, recorreremos ao debate para adotar a precarização no sentido mais amplo, de deterioração das relações de trabalho e de ampliação da desregulamentação das leis trabalhistas e contratos de trabalho, com a efetiva perda de direitos dos trabalhadores. Não nos restringimos à ausência total de direitos do trabalho, mas incorporamos a progressiva flexibilização dos direitos como processo de precarização das relações de trabalho, incluindo nessa perspectiva o crescente ataque aos direitos dos trabalhadores do Estado conquistados após a Constituição de 1988 (MARCH, 2011, p.177).

Com a precarização dos contratos de trabalho nos serviços de saúde, inicia-se também uma incompatibilidade entre o projeto da Reforma Sanitária, que culminou com a criação do SUS, e com um capítulo na Constituição Federal que garante o direito a saúde, e a contrarreforma instituída pelos governos, que vem retirar o que já fora conquistado, com uma visível perda de direitos constitucionais.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema que preconiza uma gestão única em cada esfera de governo, federal, estadual e municipal, enquanto as Organizações sociais (OS) e as Organizações da Sociedade Civil de interesse público (OSCIPs) possuem autonomia administrativa e financeira.

A descentralização, um dos princípios do SUS que se dá entre as três esferas do governo, dentro da concepção neoliberal é direcionada para a iniciativa privada e não para os municípios.

A consolidação do projeto de Reforma Sanitária, que culminou com a instituição do SUS, que dependia de leis complementares, acabou caindo no esquecimento, e com a adoção do projeto neoliberal ficou totalmente inviável, levando a um total sucateamento dos serviços de saúde, com a falência de tudo que fora preconizado pelo Projeto de Reforma Sanitária e do SUS.

Diante de tal quadro de sucateamento e privatizações, os serviços de saúde não conseguem garantir a universalidade dos serviços, e as ações dos órgãos públicos na área da saúde são tímidas e sem efeito, os atendimentos nas unidades básicas de saúde, agora gerenciadas e administradas pelas Organizações Sociais (OSs), não correspondem às necessidades dos usuários.

Os atendimentos especializados, no Rio de Janeiro dependem de encaminhamento, fornecidos nas Unidades Básicas de Saúde e passam pelo Sistema de Regulação de Vagas (SISREG), dependendo da especialidade, demoram em até oito (8) meses ou mais, para responder. Dentro das Unidades Básicas, outra dificuldade é conseguir chegar até ao médico de família, pois é necessário passar antes pelos acolhimentos dessas unidades.

É exatamente nesses acolhimentos que as travestis e transexuais precisam passar, como todos os outros usuários para conseguir atendimento. É nessa unidade básica, privatizada, sucateada que acontece repetida vezes, o desrespeito ao nome social e aos direitos da população trans, ou por desconhecimento dos direitos ou por questões pessoais e preconceituosa dos atendentes, que não reconhecem a legitimidade dos direitos dessa população.

As dificuldades que todos os usuários, pela deteriorização dos serviços, têm sofrido nos atendimentos a saúde, torna-se mais grave para as travestis e transexuais; discriminação, preconceito, desrespeito, constrangimento é o que encontram nos acolhimentos das Unidade Básicas de Saúde, que impedem que estes procurem esses serviços, ficando expostos ao agravamento de sua saúde.

3.2 – Respeito ao Nome Social

Acho que a necessidade fundamental é o reconhecimento de um nome. Sem um nome que nos representa, não existimos, somos completamente invisíveis, abomináveis, objetos da sociedade (JOÃO NERY, 2017).

Inicialmente queremos fazer uma reflexão sobre algo simples, presente no cotidiano de qualquer cidadão, que tem impedido que algumas pessoas possam vivenciar de forma plena sua cidadania, sua identidade: o nome. O nome pelo qual somos chamados, que nos individualiza como pessoa dentro da sociedade, que nos pertence, que nos reconhecemos nele. Algo que nos identifica que nos diferencia de outra pessoa, algo pessoal, único. Uma das manifestações mais importantes dos direitos das pessoas é o direito ao nome.

Na legislação brasileira, a Lei de registro civil adotou a regra da “definitividade”, que torna o nome civil definitivo, podendo ser mudado apenas em situações excepcionais, que são enumeradas por lei, através de sentença judicial: como acréscimo do nome em decorrência de matrimônio, coação ou ameaça em decorrência de colaboração com a apuração de crime, acrescentar nome de padrasto ou madrasta, apelido público notório e exposição da pessoa ao ridículo (Art de 55 -58 da lei 6.015/1973).

Dessa maneira qualquer cidadão tem direito de mudar o seu nome de nascimento, se estiver dentro desses critérios enunciados por lei, inclusive podendo mudar o nome sem que haja motivação justa, conforme o artigo 56 da lei 6.015/73²⁴. A legislação vigente não fala nada sobre outras possibilidades de mudança de nome e/ou gênero, dessa forma travestis e transexuais não são contemplados pela legislação, o que tem ocasionado diversas dificuldades para essa população.

[...] a apresentação por sujeitos transexuais de uma documentação que não condiz com a sua realidade social, se mostra como uma grande barreira para a realização de diferentes ações, como supramencionados, continuidade dos estudos, inserção no mercado de trabalho, concretização dos seus direitos civis seja individuais e coletivos. Dessa forma, a necessidade da “mudança” ou requalificação de nome e gênero apresenta-se como um dos elementos essenciais para o processo de exercício pleno de sua cidadania (MARTINS & SILVA & SANTOS, 2016, p. 8).

Para os transexuais, o nome dado no nascimento não condiz com seu gênero, pois foi dado de acordo com sua genitália, e não como ele se identifica, e assim esse nome não diz nada sobre aquela pessoa, pois aquele nome, não retrata a personalidade, a identidade, não retrata a aparência que essa pessoa tem.

Ademais, toda pessoa tem direito ao nome, erigindo-o a um direito inerente à personalidade do indivíduo. Nesse diapasão, o nome jamais poderia ser motivo e fonte de humilhações e ofensas, situações constrangedoras e preconceituosas. A personalidade há de ser protegida em grau máximo, e o nome, principal signo identificador das pessoas, deve ser o primeiro direito a ser protegido. Não

²⁴Artigo 56 da lei 6.015/73- O interessado, no primeiro ano que atingir a maioridade civil, poderá pessoalmente ou por procurador bastante, alterar o nome, desde que não prejudique os apelidos da família, averbando-se a alteração que será publicada pela imprensa (LEI DE REGISTROS PÚBLICOS, 1973)

devemos nos esquecer de que o nome civil deve existir para identificar a pessoa, e não para expô-la ao ridículo, ao escárnio, ao burlesco (PEREIRA, 2007, s/p).

Na legislação brasileira, a mudança de nome para a população transexual, está condicionada a cirurgia de transexualização²⁵, que somente em 2008, através da portaria 457 (ver anexo 2), passou a fazer parte dos procedimentos executados pelo SUS. Porém para chegar à cirurgia, a pessoa precisa passar por um período de acompanhamento psicoterápico, por pelo menos 2 anos, ser maior de 21 anos, possuir um laudo psicológico /psiquiátrico favorável e ter o diagnóstico de transexualidade ou disforia de gênero. Esse processo até a cirurgia pode levar a anos de espera.

Diante das complicações legais já vistas, de mudança de nome, passou-se a adotar ou defender-se o “nome social,” como uma forma de identificação e para que a população LGBT possa apresenta-se socialmente e garantir um mínimo de respeito, enquanto aguarda a cirurgia, ou a posição do judiciário.

[...] o recurso à utilização de um nome social se configura como uma saída possível e estratégica. A adoção dessa estratégia é reconhecida e legitimada por inúmeros estados e municípios do país que adotaram legislações locais no âmbito da administração pública para tentar garantir minimamente a viabilização dos direitos humanos de homens e mulheres transexuais e também das travestis (MARTINS & SILVA & SANTOS, 2016, p.8).

O nome social foi uma conquista do movimento LGBT, para que nos espaços públicos e privados, pessoas transexuais não mais fossem constrangidas por usarem seu nome civil, com o qual não se identificam. Mas o que vem a ser o nome social? De que maneira o nome social pode ajudar na cidadania das pessoas transexuais?

Nome social é o modo como as travestis e/ou transexuais são reconhecidas, identificadas e denominadas na sua comunidade e no meio social, uma vez que o nome oficial não reflete sua identidade de gênero ou possa implicar constrangimento.

Bento (2014) reflete sobre as leis, portaria e decretos, federais, estaduais e municipais, que garantem o uso do nome social sem burocracia ou condicionalidades, confirmando através desses decretos, que o poder público reconhece a identidade de gênero, sem haver necessidade de nenhum laudo psiquiátrico/ou psicológico, garantindo um pouco de cidadania para essas pessoas.

²⁵ Processo transexualizador ou cirurgia de redesignação sexual – Um conjunto de estratégias assistenciais para transexuais que pretendem realizar modificações corporais de sexo, em função de um sentimento de desacordo entre seu sexo biológico e seu gênero PORTAL BRASIL, 2015).

Mas esse reconhecimento é negado posteriormente a esse mesmo cidadão, quando este tenta se submeter ao processo transexualizador, e a mudança e alteração de nome e gênero no registro civil, que dependerá de laudo psiquiátrico favorável e da autorização de um legislador.

Portanto, temos duas concepções de gênero que atravessam sua vida. De um lado, o reconhecimento, de outro a autorização. Mas estamos falando da mesma pessoa que circula pelas instituições sociais. O mesmo Estado que lhe reconhece o direito à identidade de gênero, uma vez que as universidades são instituições públicas, na outra ponta lhe nega este direito, ou precariza-o quando vincula as mudanças nos documentos a um parecer psiquiátrico e ainda exige que tal mudança seja feita através de processo judicial (BENTO, 2014, p.177).

O nome social, segundo Bento, é uma “gambiarra,” onde a cidadania ainda é dada a conta gotas e não uma cidadania plena como deveria ser. A autora retrata que na história brasileira sempre os direitos das ditas “minorias” foram concedidos aos poucos; como na libertação dos escravos, também na luta pela emancipação das mulheres, ou na conquista dos direitos dos trabalhadores; e hoje com a luta da população LGBT, onde é concedido o uso do nome social sem burocracia, mas não se faz uma legislação que lhe garanta a mudança do nome civil sem a mesma burocracia.

[...] a conquista de direitos que deveriam ser plenos desde o primeiro momento, foi sendo legislada pouco a pouco. É como se houvesse um subtexto direcionado às/aos excluídos: calma, vamos ver o quanto você resiste e se você acredita mesmo que “merece adentrar no reino da cidadania (BENTO, 2014, p. 172).

Mas, enquanto não acontece essa cidadania plena a que essa população tem direito, o uso do nome social passa a ser essa “gambiarra necessária” para que as travestis e transexuais, consigam minimamente a garantia de respeito e um pouco de cidadania, sem se sentirem constrangidos com o seu nome civil, que não condiz com sua aparência e/ou com sua identidade.

Dessa maneira, conscientes de que o nome social, não resolve por completo a situação vivida pela população LGBT, a conquista do mesmo vem atender algumas demandas das travestis e transexuais, diminuindo o constrangimento e trazendo em alguma medida, um pouco de respeito a essa população, que passa a ter alguns direitos básicos.

Alguns estados e municípios como também a união passam a fazer leis, portarias e decretos que regulamentam o uso do nome social em alguns espaços, como na educação, saúde, defensoria pública, bancos, alguns conselhos profissionais, entre outros, não apenas para os usuários, mas também para os funcionários e trabalhadores dessas áreas.

Vários ministérios se unem, pela primeira vez, com o propósito de articular uma política unificada em favor da população LGBT. O governo brasileiro adotou as recomendações da Conferência de Durban²⁶, e criou em 2001 o Conselho Nacional de Combate a Discriminação (CNCD), que entre os temas discutidos está o combate à discriminação com base na orientação sexual.

Assim a Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República (SEDH – PR), criada em 1997, lançou a primeira Política Pública (2004) voltada especificamente para a população LGBT. O programa de combate a violência e a discriminação contra essa população e de promoção à cidadania LGBT, conhecido como Programa Brasil sem Homofobia. Esse programa previa uma série de ações junto a outros órgãos no sentido de promover a cidadania da população LGBT.

O “Programa Brasil Sem Homofobia - Combate à Violência e à Discriminação contra GLTBs e Promoção da Cidadania de Homossexuais” sinaliza à sociedade brasileira, de modo claro, que enquanto houver cidadãos cujos direitos fundamentais não são respeitados por motivos relativos à orientação sexual, raça, etnia, sexo, idade, credo religioso ou opinião política, não se poderá afirmar que a sociedade brasileira seja justa, igualitária, democrática e tolerante (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004)

Entre as propostas deste programa estava a garantia de acesso dessa população no âmbito da saúde e instituiu, através da portaria GM 1707/2008 (ver anexo 2) que instituiu no SUS o processo transexualizador, a ser implantado nas unidades federais; o reconhecimento da identidade de gênero, e o direito ao nome social em seus cadastros, além de educação permanente para os profissionais de saúde que incluiria a temática LGBT. Em 2013 essa portaria foi revogada e substituída pela portaria GM 2.803/2013 (ver anexo 2), que ampliou e redefiniu o processo transexualizador no âmbito do SUS, assim fica definido:

Art. 1º Fica redefinido e ampliado o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 2º São diretrizes de assistência ao usuário(a) com demanda para realização do Processo Transexualizador no SUS:

I - integralidade da atenção a transexuais e travestis, não restringindo ou centralizando a meta terapêutica às cirurgias de transgenitalização e demais intervenções somáticas;

²⁶ Conferência de Durban - Realizada na África do Sul em Durban, a III Conferência mundial contra o racismo, discriminação racial, Xenofobia e intolerância correlatas e resultou de um plano de ação que expresse o compromisso dos Estados na luta contra os temas abordados. (UNFPA Brasil, 2017)

II - trabalho em equipe interdisciplinar e multiprofissional;

III - integração com as ações e serviços em atendimento ao Processo Transexualizador, tendo como porta de entrada a Atenção Básica em saúde, incluindo-se acolhimento e humanização do atendimento livre de discriminação, por meio da sensibilização dos trabalhadores e demais usuários e usuárias da unidade de saúde para o respeito às diferenças e à dignidade humana, em todos os níveis de atenção.

O Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais em 2009 passou a ser um instrumento de vital importância para orientar as Políticas Públicas voltadas para a população LGBT. (UNASUS, 2015).

O Decreto Ministerial 1.820 /2009 (ver anexo 1) revisou a Carta de Direito dos Usuários do SUS e estabeleceu no seu artigo IV sobre a implementação do nome social:

Identificação pelo nome e sobrenome civil, devendo existir em todo documento do usuário um campo para que se registre o “nome social” independente do registro civil, sendo assegurado o nome de preferência, não podendo ser identificado por número, nome ou código da doença, ou outra forma desrespeitosa ou preconceituosa (UNASUS, 2015).

Assim, vários outros órgãos passaram a garantir o uso do nome social, Em 2011 o Ministério de Educação e Cultura (MEC) através da portaria 1.612/2011 (ver anexo 1) assegurou o uso do nome social nas autarquias e universidades federais, incluindo os hospitais universitários.

Os Conselhos Profissionais, de várias categorias, entre eles o de enfermagem, direito, dentre outros, e o de psicologia que através da resolução nº 14 de junho de 2011, passou a incluir no campo “observação” da carteira de identidade profissional dos próprios psicólogos, o nome social.

O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) editou a resolução 615/2011 que autorizava a inclusão do nome social na carteira de identidade profissional dos assistentes sociais. A Resolução CFESS 785/16 que passa a vigorar, amplia esses direitos já conquistados anteriormente, baseando-se nos Princípios Fundamentais do Código de Ética da profissão; dentre eles o sexto e o décimo primeiro princípio que dizem respectivamente:

- Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, a participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças.

- Exercício do Serviço Social sem ser discriminado/a ou discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade ou condição física.

O Ministério da Saúde (2013) alterou o cartão do SUS, suprimindo o nome de registro e fazendo constar apenas o nome social de travestis e transexuais nos dados variáveis impressos na etiqueta colante do cartão distribuído a população, a fim de evitar situações constrangedoras e discriminatórias para os usuários/as travestis e transexuais no SUS e reconhecer a legitimidade da identidade de gênero da população trans (UNASUS, 2015).

Apesar disso, muitos estados e municípios, ainda não se adequaram a essa nova realidade.

Em 2016, a então Presidenta da República Dilma Rousseff, valendo-se da Constituição Federal no seu artigo 1º inciso II, que versa sobre a dignidade da pessoa humana, e no artigo 3º inciso IV, que versa sobre a Promoção do bem estar de todos sem preconceito de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação, além do artigo 5º que diz que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, assina o decreto 8.727/16 (ver anexo 1) 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, autarquia e fundacional.

Esse decreto, segundo o Portal Brasil, é uma conquista dos Direitos Humanos e vem a suprir a ausência de legislação que reconheça a identidade de gênero, estando a um passo para o reconhecimento da identidade de gênero das pessoas trans.

A coordenadora Geral de promoção dos direitos LGBT da SEDH, Simmy Larrat, reconhece a importância desse decreto, porém vê a necessidade de uma atuação mais efetiva do legislativo, para garantir de uma vez por todas o respeito à identidade de gênero, segundo ela, “a ausência do legislativo, faz com que o executivo tenha que criar paliativo para que se respeite a identidade da pessoa trans”.

Também o Secretário Especial de Direitos Humanos da SEDH Rogério Sottili enfatizou a importância do decreto que mostra, segundo ele, que o poder público reconhece a necessidade de se estabelecer leis que garantam a cidadania e o respeito às pessoas trans. “Este é um instrumento de cidadania, de reconhecimento do outro. É tirar da invisibilidade pessoas que querem ser reconhecidas com a identidade que ela escolheu para viver o resto da vida. Isso não existia no Poder Público Federal. Não é ainda o sonho nosso. O sonho é que

tenha uma lei que, de fato, possibilite de forma ágil, barata, para todo mundo a mudança de nome”, disse o secretário.

Diante de tantos decretos, portarias e programas na área da saúde que legitimam o nome social, percebemos que no cotidiano das Unidades Básicas de Saúde, que é a porta de entrada para qualquer procedimento ou encaminhamento no âmbito do SUS, essas portarias não são cumpridas, o que acaba gerando constrangimento aos usuários que ali chegam.

Relembramos um dos princípios do SUS, já citados, a assistência à saúde deve ser universal, integral e igualitária, isto é, sem preconceitos ou qualquer tipo de discriminação, assim todos devem ser tratados de forma igualitária.

Infelizmente para as pessoas trans esse princípio não é efetivado, apesar de tantos programas instituídos pelo Ministério da Saúde, como a Carta de Direitos ao Usuário, (2009) e a Política Nacional de Saúde Integral a população LGBT (2011) e a campanha em 2016, “Cuidar bem da Saúde de Cada Um Faz Bem. Faz Bem Para Todos. Faz Bem Para o Brasil” (ver anexo 3). Esses dispositivos legais que legitimam seus direitos a saúde e reconhecem que a ampliação do acesso a população LGBT, passam pelo respeito ao nome social.

Cartilhas, cartazes fazem parte da ação desses programas, além de prontuários com locais específicos em destaque, para o uso do nome social. Esta última campanha, em 2016, cartilhas foram feitas para os próprios profissionais de saúde, para conscientiza-los da importância do atendimento com respeito e sem discriminação.

Todos esses programas, portarias, decretos são de suma importância para garantir os direitos das pessoas trans, porém sem a participação efetiva, e a capacitação dos gestores e funcionários da saúde, tudo perde o sentido, tudo fica apenas no papel, e esses programas e portarias não garantem que essa população seja atendida sem preconceito, sem discriminação, sem passarem por constrangimentos já na entrada, nos acolhimentos das unidades de saúde, quando o profissional atendente se recusa a chamar pelo nome social.

Os serviços de saúde deveriam ser um lugar de cuidado, de tratamento de acolhimento igualitário a todos que ali chegam; não se pode admitir que alguém que foi buscar tratamento de saúde, saia daquele lugar mais doente do que chegou, por conta da discriminação e preconceito sofrido. Infelizmente os serviços de saúde se tornaram um lugar de reprodução das desigualdades da sociedade.

De acordo com Santos (2013) “Isso quer dizer que todas as diferenças não aceitas e discriminadas na sociedade, se refletem nas formas com as quais os profissionais de saúde lidam com as mesmas dentro das unidades básicas de saúde”.

O debate sobre diferenças, discriminação, preconceitos, e sobre o respeito à diversidade, não acontece na formação acadêmica dos profissionais de saúde; não acontece na formação dos agentes de saúde, assim temos profissionais despreparados para lidar com a diversidade, profissionais que carregam seus preconceitos, muitas vezes inflamados por caráter religioso, ou enraizados por construções culturais de gênero, e não aceitam outras concepções.

[...] o processo de acolhimento depende da comunicação, do diálogo entre profissionais de saúde e usuários do Serviço de Saúde. Esse diálogo que poderia abrir as portas para o círculo do cuidado fecha-se quando a identidade de gênero e o nome social são desrespeitados pelo profissional de saúde na sala de espera (SANTOS, 2013. p. 8).

O projeto de lei 5002/2013, João W. Nery (ver anexo 1) dos deputados Jean Wyllys e Érika Kokay seria a forma de garantir o reconhecimento da identidade de gênero e do nome social, além de facilitar a adesão ao processo transexualizador; pois as portarias que legitimam o nome social podem ser revogadas por qualquer governo, assim essa lei se aprovada, garantiria a mudança do nome entre outros, garantindo o respeito a população LGBT. O projeto de lei propõe:

- Lei de identidade de gênero que dispõe sobre o direito a identidade de gênero e propõe alteração no artigo 58²⁷ da Lei 6.015 de 1973.
- A nova Lei propõe que toda pessoa seja reconhecida e tratada de acordo com sua identidade de gênero e identificada dessa maneira nos instrumentos que creditem sua identidade pessoal, assegurando também a continuidade jurídica da pessoa, através do número de identidade e do registro civil das pessoas naturais e sua notificação aos órgãos competentes, garantindo o sigilo do trâmite. Além disso, garante os direitos e obrigações eleitorais, fiscais e antecedentes criminais. Quanto aos interesses da criança e do adolescente, prevê a assistência da Defensoria Pública, de acordo com o estabelecido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente.
- A Lei também regulamenta as intervenções cirúrgicas e os tratamentos hormonais que se realizam como parte do processo transexualizador, garantindo a livre determinação das pessoas sobre seus corpos, além de não ser obrigatório o tempo de terapia compulsória.

²⁷ Artigo 58 da Lei 6.015 de 1973 – O prenome será definitivo, admitindo-se todavia a sua substituição por apelidos notórios. A substituição do prenome será ainda admitida em razão de fundada coação decorrente de colaboração com apuração de crime, por determinação em sentença de juiz competente, ouvido o Ministério Público.

Essa Lei tramita hoje no Congresso Nacional, porém está longe de ser aprovada, devido ao avanço do conservadorismo e o crescimento da bancada evangélica que impedem, em nome “da moral e dos bons costumes” que pautas que abordem esse tema sejam votadas. Esses parlamentares criaram a Frente Parlamentar Evangélica, com uma bancada de 73 deputados, de diferentes igrejas, dificultando de todas as formas que pautas que garantem algum direito a população LGBT sejam aprovadas, o que dificultará a aprovação desse projeto de lei.

O Movimento LGBT, ao longo desses anos conseguiu alguns avanços nas lutas contra a discriminação, eo preconceito; conseguiu a inclusão do companheiro como dependente do imposto de renda, receber pensão após morte do companheiro, união estável, hoje convertida em casamento civil, adoção de crianças por casais homoafetivos, leis que garantem o uso do nome social na saúde, repartições públicas federais, estaduais e municipais.

Também foram criados em algumas capitais, centros especializados de atendimento da população transgênero, no âmbito do SUS. Alguns mantêm atendimento ambulatorial, com clínicos gerais, psicólogos e endócrinos, outros realizam a cirurgia de redesignação sexual. No anexo 2, está disponibilizada a lista desses centros do SUS.

No Estado do Rio de Janeiro, é necessário ser encaminhado pela Clínica da Família, para o Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia (IEDE) que tem um ambulatório de Disforia de Gênero, para a realização da terapia hormonal e quando indicado, através de avaliação psicológica entre outras, a pessoa transgênero é encaminhada para o Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) para a cirurgia de transexualização.

A exigência de um encaminhamento de uma clínica da família, faz com que o público alvo dessas políticas que são as travestis e transgêneros, tenha que se submeter a passar pelos acolhimentos das unidades básicas, onde encontram profissionais despreparados para esse atendimento, sendo desrespeitados, apesar das portarias e decretos que garantem o uso do nome social.

Essa situação da necessidade de encaminhamento, só acontece no Rio de Janeiro, pois nos outros estados, que têm esses centros especializados, a pessoa transgênero vai diretamente ao hospital especializado para marcar a sua consulta. No Rio de Janeiro, além dessa dificuldade, hoje o estado se encontra falido, o HUPE, referência para essa cirurgia, reduziu ou paralisou seus atendimentos e desde 2013 não realiza mais a cirurgia de transexualização, deixando uma demanda reprimida, que não têm para onde se encaminhar, já que no Estado do Rio de Janeiro este é o único centro capacitado pelo SUS.

Os centros de atendimento especializados foram criados para que as pessoas transgêneros tivessem um atendimento respeitoso, com profissionais capacitados para este tipo de atendimento. São nove unidades de referência do SUS espalhados pelo Brasil, para atender mais de três mil municípios do país. Dessa forma há uma enorme fila de espera, o que agrava a situação das pessoas trans, causando o adoecimento dessas pessoas, pelo longo tempo de espera.

Poderiam ser pensadas várias formas de se evitar tais situações, várias ações poderiam ser tomadas, várias soluções poderiam ser dadas para que efetivamente as leis e programas existentes resolvessem a situação de desigualdade, de preconceito e humilhação que os transexuais e travestis vivenciam no seu dia a dia e também, nas unidades de saúde. Políticas públicas, capacitações dos profissionais, estudos, mudança nas grades universitárias da área da saúde que abordem o tema com respeito e mudança de paradigma.

Tudo pode ser proposto, mas acima de tudo, é necessário educar para respeitar as diferenças, desconstruindo as concepções de gêneros binários impostas pelo poder, onde aqueles que não se “encaixam” dentro desses padrões são excluídos; e continuarão sendo, se não se abordar esse tema, vendo outras possibilidades que respeitem a individualidade do outro, e acima de tudo ensinando as crianças nas escolas, nas igrejas e na família o respeito ao outro.

Considerações finais.

Precisamos compreender o cenário social em que a problemática do nome social está inserida: gênero, luta de classes, questão social e políticas públicas. Esses conceitos e discussões estão na base da estrutura social, em que vivemos, portanto, é parte de um todo, vem de cima para baixo, por isso, as análises das consequências sintomáticas, servem para exemplificar, no micro, toda a concepção social que propaga conceitos e preconceitos, tornando tanto a pessoa trans como vítima de discriminação, quanto o profissional de saúde um reflexo da sociedade, que apenas reproduz o que aprendeu ao longo da vida.

A população LGBT é uma das grandes vítimas da opressão religiosa e capitalista no Brasil pós-moderno, visto que a tal como nos sistemas monárquicos, a política e o clero no Brasil também caminham juntos. Para sanar os problemas de gênero e sexualidade na sociedade, não necessariamente extinguindo o capitalismo ou o sistema sociopolítico em que vivemos, seria pela prevenção: pela educação. No entanto, recentemente, o Brasil inteiro entrou em um embate sobre o que os fundamentalistas chamaram de ‘ideologia de gênero’.

A discussão do tema de gênero nas escolas, que tinha como objetivo de educar as crianças e adolescente para que a diversidade fosse abordada de forma positiva e enriquecedora, para assim construir uma sociedade mais justa e igualitária, foi impedida de ser incluída no Plano Nacional de Educação (PNE) pelo avanço das bancadas evangélicas e conservadoras, do Congresso Nacional, que continuarão impedindo que pautas como essa sejam votadas. Um verdadeiro ataque aos direitos humanos.

Se conseguirmos trabalhar o respeito às diferenças pela educação, o futuro tenderia a ser muito mais justo e igualitário. No entanto, o presente ainda é muito sangrento e medidas de urgência precisam ser tomadas, para amenizar os problemas causados pela desigualdade social de gênero e sexualidade, dentro de um sistema que gera tantas opressões e precisa delas para se manter.

É nesse contexto tão desigual que a atuação do profissional do Serviço Social precisa se fazer presente. A luta pelo direito e o respeito a população LGBT e o uso do nome social em todos os espaços, deve ser uma das bandeiras de luta desse profissional, pois a exclusão que acontece dentro dos órgãos públicos, é uma das manifestações da questão social, e o “Serviço Social tem na questão social a base de sua fundação como especialização do trabalho” diz Yamamoto, completando ainda que a “questão social é apreendida como o conjunto das expressões de desigualdades da sociedade capitalista madura”.

Dessa forma, esta profissão não pode se omitir, não pode deixar de atualizar-se diante

de novas demandas que precisam de respostas. Assim, em 2006, o CEFESS lança a campanha *O Amor Fala Todas as Línguas: Assistentes Sociais na luta contra o preconceito*. Campanha para a livre orientação e expressão sexual, que tem, por objetivo, a sensibilização da categoria para o debate em torno da livre orientação sexual como direito humano e o aprimoramento profissional através do debate sobre a sexualidade em suas diversas expressões contribuindo para superar a prática discriminatória e consolidar os valores comprometidos com o projeto ético político profissional, garantindo o respeito a diversidade humana nos espaços institucionais de maneira especial no trabalho do assistente social.

O conjunto CFESS/CRESS tem pautado a atuação desse profissional nessa luta, que se baseia no código de ética da profissão, onde em seus princípios fundamentais ressaltam a defesa intransigente dos direitos humanos, entre outros e a atuação sem discriminação de qualquer espécie.

As políticas públicas voltadas especificamente a proteção da integridade e dos direitos das pessoas LGBT, são pequenas, mas tentam garantir um mínimo de direito a esse grupo tão marginalizado, para que o mesmo possa ocupar os espaços públicos: os ambientes acadêmicos, profissionais e de lazer com um pouco de respeito; o nome social faz parte dessa política, que visa o respeito a identidade.

Com tantas portarias e decretos que pautam na garantia do uso do nome social, não se pode conceber que dentro de um órgão público de saúde que uma travesti ou pessoa transexual ainda seja impedida de usar de seu direito ao uso do nome social por razões preconceituosas ou religiosas de alguns atendentes, ou por desconhecimento desse direito, que acaba gerando constrangimento a esse usuário.

As portarias estão sendo feitas, os decretos estão sendo assinados, mas se os gestores não forem capacitados para aceitarem a diferenças e assumirem esta mudança no atendimento de saúde, qualificando os profissionais para um atendimento humanizado, os programas não serão efetivados, as portarias continuarão não sendo cumpridas e continuaremos a verificar o não cumprimento do uso do nome social. E dessa forma veremos pessoas transgêneros evitando os atendimentos e se automedicando e colocando em risco sua saúde.

O risco é constante a que a população transgênero e travestis estão submetidos pela falta de acompanhamento médico, pelo uso de hormônios sem acompanhamento, silicone industrial e o uso de binder (faixas compressoras de seios) sem instruções corretas, ansiedade, depressão, deformações corporais, exclusões familiar e social. Algo que poderia ser evitado

pelo simples fato de se sentir acolhido nos lugares ditos democráticos, como escolas e unidades de saúde.

Longe de chegar a uma solução, são necessárias estratégias para que essa população que já sofre humilhações e violências diárias, por várias razões, mas especialmente quando não se respeita algo tão primordial, tão importante para cada um: o nome que o identifica, não o que querem impor, mas o nome que lhes dá uma identidade, uma dignidade, uma pertença, que faz com que ele seja alguém. O nome social faz tudo isso, enquanto não se consegue a alteração do nome civil. Ele tem o poder de engrandecer e legitimar a sua identidade, ou, na omissão dele, humilhar e constranger os muitos usuários trans que vão em busca de um atendimento no SUS.

Referências Bibliográficas

ABLGBT. *Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasil: ABLGBT, 2008. <Disponível em <https://www.abglt.org/> acesso em 17 de junho de 2016>.

ALVÁRO, Mirla Cisne. *Feminismo, luta de classes e consciência militante feminista no Brasil*. Tese de doutorado em Serviço Social. Rio de Janeiro: UERJ, 2013

BATISTA, T. W. F. *O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao SUS e o que esperamos dele*. IN: EPSV (org.) Textos de apoio em política de saúde. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

BEHRING, Eliane R; BOSCHETTI, Ivanete. *Política Social: Fundamentos e História*. São Paulo: Cortez, 2011 (Biblioteca Básica do Serviço Social).

BENTO, Berenice. *A (Re) Invenção do Corpo: Sexualidade e Gênero na experiência Transexual*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006

BENTO, Berenice. *Nome Social para as pessoas trans: Cidadania Precária e Gambiarra Legal*. Revista de Sociologia da UFSCar- Contemporânea – São Carlos V.4 N.1-Pgs 165-182, 2014.

BRASIL ESCOLA. *Liberalismo X Keynesianismo*. Brasil: Brasil Escola, 2017. <Disponível em <http://brasilecola.uol.com.br/politica/liberalismo-x-keynesianismo.htm> acesso em 20 de junho 2017>

BRASIL, Ministério da Saúde. *Programa Agentes Comunitários de Saúde (Pacs)*. Brasília, 2001. <disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf> Acesso em 15 de maio de 2017>

BRASIL. CEFESS 615. *Aspectos Relevantes do Nome Social*. Brasil: CEFESS, 2017. <Disponível <http://jus.com.br>> artigos 11782. Acesso em 30 de maio de 2017>

BRASIL. *Lei 8.080*. Brasil, 1990 <Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134238>. Acesso em: 29 nov 2016>.

BRASIL, Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

BRAVO, Maria Ines; LIMA, Josiane. *Cadernos de Saúde – A Mercantilização em Debate. As Organizações Sociais no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, 2001.

BUTLER, Judith. *Problema de Gênero – Feminismo e Subversão da Identidade*. Tradução Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CABETTE, André. *Os gêneros tradicionais dos indígenas norte-americanos vão além do masculino e feminino*. 2016. <disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/expresso/2016/06/24/Os-g%C3%AAneros-tradicionais-dos-ind%C3%ADgenas-norte-americanos-v%C3%A3o-al%C3%A9m-do-masculino-e-feminino> acesso em 15 de dezembro 2016>.

CAMPOS, Francisco Eduardo; PIERANTONI, Celia Regina; MACHADO, Maria Helena. *Caderno RH Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde - secretaria de gestão do trabalho e da Educação na Saúde. V. 3. N 1, 2006.

CEFESS. *O Trabalho Profissional do Serviço Social e o Cotidiano das Pessoas Transgênero: Discutindo Algumas Interseções*. IN CFESS. Revista Inscrita número 14. Dossiê Temático. Serviço Social Contra a Violação de Direitos. Brasília: CFESS. 2013^a.

CERQUEIRA, Daniel; COELHO, Danilo de Santa Cruz.. *Relatório: estupro no Brasil – uma radiografia segundo os dados da Saúde*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Brasil: 2014 <disponível em http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/140327_notatecnicadiest11.pdf acesso em 17/06/2016>.

CFESS/CRESS. *O Amor Fala Todas as Línguas: Assistente Social na Luta contra o preconceito e Reflexões sobre a Campanha do Conjunto CFESS/CRESS*. Rio de Janeiro: Em Pauta nº 28,dez/2011. P.131-146.

CHAUÍ, Marilena. *Palestra sobre a Classe Média em 28 de agosto*. São Paulo: USP, 2012. < disponível em: <HTTPS://www.youtub.com/watch?v=9RbBPVybY> acesso em 26 de janeiro de 2017>

COHN, Amélia; NUNES, Edison; JACOBI, Pedro R.; KARSCH, Ursula. *A Saúde Como Direito e Como Serviço*. São Paulo: Cortez, 2015.

CRESS/RJ. *O nome social é direito da população transexual*. Revista Práxis nº 81. CRESS/RJ, 2015. <Disponível em: <http://www.cressrj.org.br/site/wp-content/uploads/2015/03/PRAXIS81.pdf> Acesso em em 20 de junho 2017>.

DUARTE, Bruno. *Cinco Razões Pelas Quais São importantes as Marchas do Orgulho*. Brasil: Anistia Internacional, 2015. <Disponível em www.anistiainternacional.org.br/razoes-pelas-quais-são-importante-marchas-do-orgulho Acesso em 17 de fevereiro de 2017>

ELOI, Carla. *Não Se Nasce Malévola, Torna-se – A Representação da Mulher nos Contos de Fadas*. Trabalho de Conclusão de Curso do Programa de Pós Graduação Lato Sensu Especialização em Linguagens Artísticas, Cultura e Educação. Nilópolis: IFRJ, 2016.

ESCOREL, Sarah. *História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: Do golpe Militar a Reforma Sanitária*. IN GEOVANELLA, Ligia, ET.al (org) *Políticas do Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008

ESQUERDA NET. *Stonewall*. Esquerda Net, 2016 <Disponível em: <http://www.esquerda.net/search/node/stonewall> acesso em 26/04/2016>.

FACCHINI, Regina. *Histórico da luta de LGBT no Brasil*. Revista Pré Univesp N° 61. Dez 2016/ jan 2017 <Disponível em <http://pre.univesp.br/historico-da-luta-lgbt-no-brasil> acessa em 14 janeiro 2017>.

FALEIROS, Vicente de Paula. *A Política Social do Estado Capitalista: As funções da Previdência e Assistências Sociais*. São Paulo: Cortez, 1991

FERNANDES, Daniel & RESMINI, Gabriela – *Biopolítica*, disponível em <http://www.ufrgs.br/e-psico/subjetivacao/espaco/biopolitica>. Acesso em 19/06/2017

FOUCAULT, Michel. *A história da Sexualidade – A Vontade do Saber*. Tradução Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: edições Graal, 1988.

GARCIA, C. C. *Entrevista: Machismo e Sexualidade – Pergunte às Bee 66*. Canal das Bee. São Paulo, 2015. <disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=dKrvMV43hm0> acesso em 25/01/2017>.

GARCIA, Leila Posenato. *Relatório: violência contra a mulher – feminicídios no Brasil*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Brasil: 2013 <disponível em http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/130925_sum_estudo_femicidio_leilagar_cia.pdf acesso em 17/06/2016>.

GGB. *Assassinato de LGBT no Brasil: Relatório 2015*. Bahia: Grupo Gay da Bahia: 2015 <disponível em <https://grupogaydabahia.com.br/2016/01/28/assassinato-de-lgbt-no-brasil->

relatorio-2015/ acesso em 17/06/2016>.

GOMES, Gleiciane Viana. *Jornada Internacional de Políticas Públicas. Breve Apreciação sobre as Políticas de Saúde no Brasil no Contexto da Contrarreforma do Estado*. Maranhão: UFMA, 2011.

HYPENESS. *Antes de serem colonizados, índios norte-americanos reconheciam cinco gêneros*. 2016 <disponível em <http://www.hypeness.com.br/2016/07/antes-de-serem-colonizados-indios-norte-americanos-reconheciam-cinco-generos/>>acesso em 14 de janeiro 2017>.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. *O Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e Formação Profissional*. São Paulo: Ed. Cortez, 2009.

JUNIOR, Antonio Gasparreto. *Patriarcalismo*. Brasil: INFOESCOLA, 2017 <Disponível em <http://www.infoescola.com/sociedade/patriarcalismo/> acesso em 14 de janeiro de 2017>.

KNAUTH, Daniela Riva; MULLER, Magnor Ido. *Desigualdades no SUS: O caso de atendimento às travestis é babado*. Cadernos Ebape. BR v. 6, nº 2 FGV 2008. <disponível em: www.ebape.fgv.br/cadernosebape acesso em 20 de junho de 2017>

LAPA, Nádia. *O preconceito contra transexuais no mercado de trabalho*. São Paulo: Carta Capital, 2013. <disponível em <http://www.cartacapital.com.br/blogs/feminismo-para-que/o-preconceito-contra-transexuais-no-mercado-de-trabalho-2970.html> acesso em 17/06/2016>

LEI DE REGISTRO PÚBLICO. *6015/1973 artigos de 56- 58*. Brasil, 1973. <Disponível www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6015compilada.htm acesso em 12 de maio de 2017>.

LOURO, G.L. *Nas redes do conceito de Gênero*. IN: LOPES, M.J.M; MEYER, D. E; WALDOW, V.R,(orgs) *Gênero e Saúde*, Porto Alegre: Artes médicas, 1996.

MAGALHÃES, Patricia Lima. *Programa Saúde da Família: Uma Estratégia em Construção*. Belo Horizonte: UFMG – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva- Corinto, 2011.

MARCH, Cláudia. *Públicos - Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva*. Brasília: UNB, 2011 <Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/925/935> acesso em 14 de maio de 2017>.

MARTINS, Laura Barbosa & SILVA, Camila Garcino & SANTOS, Monaliza Argollo. *O Nome Social e o Processo de Qualificação Civil: Os Desafios da Atuação do Serviço Social*.

Rio de Janeiro: II Congresso de Assistentes Sociais do Rio de Janeiro CRESS, 2016.

MATTA, Gustavo Correia; MOROSINI, Márcia Valeria Guimarães. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde - Atenção Primária a Saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica da Fiocruz, 2009. <Disponível em <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/>Acesso em 25 de maio de 2017>.

MENEZES, Débora Holanda Leite. *Política de Saúde Brasileira*. Brasil: Jornada Internacional de Políticas Públicas, 2011.

MINISTÈRIO DA SAÚDE. *Conselho Nacional de Combate a Discriminação – Programa Brasil Sem Homofobia*. Brasil: Ministério da Saúde, 2004 <Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_sem_homofobia.pdf acesso em 02 de junho de 2017>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais*. Brasil: Ministério da Saúde, 2013. <Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf acesso em 15 de junho 2017>.

MONTANO, Carlos; DURIGUETTO, Maria Lucia. *Estado, Classe e Movimento Social*, São Paulo: Cortez, 2011 – (Biblioteca Básica do Serviço Social).

MURARO, R. M. *Malleus Maleficarum – O Martelo das Feiticeiras*. Rio de Janeiro: BestBolso, 2015.

NERY, João W. *Entrevista na agencia Brasil*. Brasil: Agência Brasil, 2017 <Disponível em: <http://www.novonoticias.com/cotidiano/sem-um-nome-nao-existimos-diz-transexual-pioneiro-no-brasil> acesso em 11 de novembro de 2016>.

OLIVEIRA, Kamila; CORDEIRO, Marcela Cristina. *Uma Questão de Gênero: Assistência a Saúde de Travestis e Transexuais no nível primário*. 2 Ed. Rio de Janeiro: Metanóia, 2016.

PAIM, Jairnilson Silva. *Reforma Sanitária Brasileira: Contribuição para a compreensão e crítica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

_____. *O que é o Sus*. Rio de Janeiro- Editora Fiocruz, 2009.

_____. *Uma Análise sobre o Processo de reforma sanitária brasileira*. Revista Saúde em debate. Rio de Janeiro, 2008a.

PALHA, Amanda. *Entrevista: LGBT e Esquerda – Pergunte as Bee 64*. Canal das Bee. São

Paulo, 2015 <disponível em <https://www.youtube.com/watch?acesso> em 20 agosto de 2016>.

PASTORINI, Alejandra. *Quem mexe os Fios das Políticas Sociais? Avanços e limites da categoria “concessão-conquista”*. 1997. IN Revista Serviço Social & Sociedade nº 53. São Paulo: Cortez, 2006.

PEREIRA, Rafael D.B. *O Transexualismo e a Alteração do Registro Civil*. Brasil: Jus, 2007 <disponível em : <https://jus.com.br/artigos/11211/o-transexualismo-e-a-alteracao-do-registro-civil> acesso em 26 de junho 2017>.

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica. (Portaria 2.488 de 21/10/2011)

PORTAL BRASIL. *Cidadania e Justiça*. Brasília: Portal Brasil, 2015. <Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2015/03/cirurgias-de-mudanca-de-sexo-sao-realizadas-pelo-sus-desde-2008> acesso em 13 de outubro de 2016>.

PRADO JUNIOR, Caio – Formação do Brasil Contemporâneo – Brasiliense, 1967

PRADO, Marco Aurélio Máximo; MACHADO, Frederico Viana. *Preconceitos contra Homossexualidades: A Hierarquia da Invisibilidade*. 2 Ed. São Paulo: Cortez, 2012. – (Coleção Preconceitos; v. 5).

PRECIADO, Beatriz. *Multidões Queer: - Notas para uma política dos “anormais”* Florianópolis: Revista Estudos Feministas, 2011.

QUINTÃO, Graziela Ferreira. *A ofensiva das Lideranças Evangélicas na Arena Política na Obstrução da Ampliação dos Direitos LGBT*. CEFESS- 127-7, 2016.

SANTANA, Ana Lucia. *Era Vitoriana*. Brasil: Infoescola, 2017. <disponível em <http://www.infoescola.com/historia/era-vitoriana/> acesso em 30 de janeiro de 2017>

SANTOS, Ailton da Silva. *Problematizando o acesso e acolhimento de travestis e mulheres transexuais nos serviços de saúde*. Salvador: Grupo Enlace, 2013.

SILVA, Bruno Oliveira; MARINHO, Silvana. *Campo dos Direitos LGBT como Espaço Sócio Ocupacional Emergente do Serviço Social*. IN: II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro, CRESS, 2016.

SILVA, Maria Ozanira da. *O padrão de Proteção social e as reformas das políticas sociais no Brasil*. Maranhão: Revista Políticas Públicas, 2015. <Disponível em www.revistapoliticaspUBLICAS.ufma.br/site/download.php?id_publicacao=51 acesso em 28 de abril 2017>

SILVA, Tomaz Tadeu. *A Produção Social da Identidade e da Diferença - A perspectiva dos estudos culturais*. Brasil: Vozes, 2009.

SILVESTRE, Armando Araújo. *Inquisição*. Brasil: Infoescola, 2017. <Disponível em <http://www.infoescola.com/historia/inquisicao/> acesso em 10 de fevereiro de 2017>.

SOUTO, Katia Maria Barreto. *Gênero e Identidade de Gênero na Dimensão do Corpo*. UNASUS, 2015.

SOUZA, Vanessa Bezerra; VELOSO, Renato. *Gênero e Serviço Social: Uma abordagem Crítica*. São Paulo: Saraiva, 2015.

TRIANGULO ROSA. *Grupo Triângulo Rosa*. Brasil: Triângulo Rosa, 2017. <Disponível em: <http://triangulorosaoficial.blogspot.com.br/p/o-grupo.html> acesso em 10/06/2017>

UNASUS. *Política Nacional Integral de Saúde LGBT*. UNASUS, 2015. <Disponível em <https://www.unasus.gov.br/politica-de-saude-lgb> acesso em 14 de janeiro 2017>.

UNFPA BRASIL. *Declaração de Durban*. Brasil: ONU, 2001. <Disponível em <http://www.unfpa.org.br/novo/index.php/biblioteca/publicacoes/onu/410-declaracao-de-durban> - Acesso em 17 de junho de 2017>.

VIEIRA, Tereza Rodrigues (org). *A Vulnerabilidade do Transexual - Minorias Sexuais: Direitos e Preconceitos*. São Paulo: Consulex, 2012.

XISTO, Marina. *Corpinhos políticos*. São Paulo: Xisto um videoblog, 2016. <disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=oNdE9igHhqq> acesso em 25 de novembro 2016>.

_____. *Corpinhos políticos parte 2*. São Paulo: Xisto um videoblog, 2016. <disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=q6C3kROPjwQ> acesso em 25 de novembro 2016>.

_____. *Corpinhos políticos parte 3*. São Paulo: Xisto um videoblog, 2016. <disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=ZWDaWjW8qAs> acesso em 25 de novembro 2016>.

Anexo 1: Projetos de Leis, Portarias e Decretos Sobre Nome Social no Brasil

ABGLT. *Nome Social*. Brasil: ABGLT, 2017. <Disponível em <http://www.abglt.org.br/port/nomesocial.php> acesso em 19 de abril de 2017>.

FEDERAL

Administração Pública Federal direta, autárquica e fundacional

- Decreto 8.727/2016

Este Decreto dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis ou transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional.

- Portaria MPOG No. 233/2010

Fica assegurado aos servidores públicos, no âmbito da Administração Pública Federal direta, autárquica e fundacional, o uso do nome social adotado por travestis e transexuais.

Sistema Único de Saúde

- Portaria nº 2.836/2011

Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT).

- Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde / Portaria GM 1.820/2009

É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência, garantindo-lhe:

I - identificação pelo nome e sobrenome civil, devendo existir em todo documento do usuário e usuária um campo para se registrar o nome social, independente do registro civil sendo assegurado o uso do nome de preferência, não podendo ser identificado por número, nome ou código da doença ou outras formas desrespeitosas ou preconceituosas.

Supremo Tribunal Federal

- Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 4275 - Nome Social Transexuais

A procuradora geral da república com fundamento no disposto nos arts. 102, inciso I, alínea “a”, e 103, inciso VI, da Constituição Federal, e nos dispositivos da Lei 9.868/99, vem propor AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE visando a que seja proferida decisão de interpretação conforme a Constituição do art. 58 da Lei 6015/73, na redação que lhe foi conferida pela Lei 9708/98, reconhecendo o direito dos transexuais, que assim o desejarem, à substituição de prenome e sexo no registro civil, independentemente da cirurgia de transgenitalização .

Congresso Nacional

- Projeto de Lei 5002/2013

Ementa: Dispõe sobre o direito à identidade de gênero e altera o art. 58 da Lei nº 6.015 de 31 de dezembro de 1973.

Explicação da Ementa: Projeto denominado Lei João W. Nery, Lei de Identidade de Gênero.

- Projeto de Lei da Câmara nº 072/2007 (PL 6655/2006)

Ementa: Altera o art. 58 da Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, que "dispõe sobre os registros públicos e dá outras providências".

Explicação da Ementa: Possibilitando a substituição do prenome de pessoa transexual

- Projeto de Lei 2976 2008 - Nome Social Travestis

Acrescenta o art. 58-A ao texto da Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, que dispõe sobre os registros públicos e dá outras providências, criando a possibilidade das pessoas que possuem orientação de gênero travesti, masculino ou feminino, utilizarem ao lado do nome e prenome oficial, um nome social.

Ministério da Educação

- Portaria 1.612/2011

Fica assegurado às pessoas transexuais e travestis, nos termos desta portaria, o direito à escolha de tratamento nominal nos atos e procedimentos promovidos no âmbito do Ministério da Educação.

Instituições Federais de Ensino

- Instituto Federal de Santa Catarina - Deliberação CEPE/IFSC 006

- Universidade Federal do Paraná – ProcessoNº 23075.048870/2008-57 AGU/PGF – Procuradoria Federal na UFPR
- Conselho Federal de Serviço Social

ESTADUAL

Administração Pública

- Decreto nº 1675/2009 - Estado do Pará- Administração Direta e Indireta
- Lei 5916/2009 - Estado de Piauí - Administração Direta e Indireta
- Decreto 55.588 - Estado de São Paulo - Administração Direta e Indireta
- Decreto 35051/2010 - Estado de Pernambuco - Administração Direta e outros
- Decreto 43065/2011 - Estado do Rio de Janeiro - Administração Direta e Indireta

Assistência Social

- Portaria Nº 26/2009 Estado do Piauí- nome social nas unidades de assistência social e cidadania
- Portaria nº 220/2009 - Estado da Bahia - unidades e órgãos da SEDES
- Portaria 438/2009 - Amazonas
- Portaria 041/2009 – Paraíba

Educação

- Resolução CEE/CP Nº 05/2009 Estado de Goiás - nome social nas escolas
- Parecer Nº 04/2009 CEE - Estado de Goiás - nome social nas escolas
- Ofício 731/2009-CG-SEDUC - Estado do Maranhão
- Portaria Nº. 016/2008 – GS - PA - nome social nas escolas
- Parecer nº 277 de 11/08/2009 - Estado de Santa Catarina - nome social nas escolas
- Resolução 132/2009 - Santa Catarina
- Parecer 010/09 - Mato Grosso
- Parecer 155/2010 - CEE Alagoas
- Portaria - Distrito Federal
- Parecer CP/CEE 01/2009 - Paraná
- Resolução 32/2010 - Tocantins

- Parecer 739/2009 – Rio Grande do Sul

Serviços de Saúde

- Resolução 208/2009 - CRME São Paulo
- Resolução 188/2010 - SESA - Paraná

MUNICIPAL

Administração Pública

- Decreto N° 3902/2009 - São João Del Rei-MG - nome social na administração pública e na iniciativa privada
- Portaria n° 384/2010 - João Pessoa-PB
- Decreto n° 006/2009 - Picos-PI - nome social na administração pública
- Decreto 51180/2010 - São Paulo-SP
- Lei 5992/2009 – Natal-RN
- Decreto 8328/2010 – Botucatu-SP

Educação

- Parecer CME n° 052/2008 - Belo Horizonte-MG
- Resolução CME/BE N° 002/2008 - Belo Horizonte-MG - nome social nas escolas
- Portaria 03/2010 - Fortaleza-CE

Serviços de Saúde

- Portaria/SS/GAB/N° 026/2010 – Florianópolis-SC

Documentos de Referência

- Anais da 1ª Conferência LGBT (p. 211)
- Texto base da 1ª Conferência LGBT (p. 22)
- Folheto: “A travesti e o educador”
- Juventudes e sexualidade (pesquisa da UNESCO) (p. 277-304)
- Princípios de Yogyakarta (p. 23)
- Programa Brasil Sem Homofobia (p. 22)
- Legislação e Jurisprudência LGBTTTT (p. 265)
- Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (p.4-5)

- Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids (p. 32-33)
- Resoluções do I Congresso da ABGLT (p. 41).

Anexo 2: Centros de Referência em Saúde Pública de Pessoas Trans

BRASIL. *Processo Transexualizador no SUS*. Brasil: Portal da Saúde, 2016. <Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/1174-sgep-raiz/lgbt/21885-processo-transexualizador> acesso em 02 de julho de 2017>.

Instituído pelas Portarias nº 1.707 e nº 457 de agosto de 2008 e ampliado pela Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013, o Processo Transexualizador realizado pelo SUS garante o atendimento integral de saúde a pessoas trans, incluindo acolhimento e acesso com respeito aos serviços do SUS, desde o uso do nome social, passando pelo acesso a hormonioterapia, até a cirurgia de adequação do corpo biológico à identidade de gênero e social.

A linha de cuidado da atenção aos usuários e usuárias com demanda para a realização das ações no Processo Transexualizador é estruturada pelos seguintes componentes:

I - Atenção Básica: é o componente da Rede de Atenção à Saúde (RAS) responsável pela coordenação do cuidado e por realizar a atenção contínua da população que está sob sua responsabilidade, adstrita, além de ser a porta de entrada prioritária do(a) usuário(a) na rede;

II - Atenção Especializada: é um conjunto de diversos pontos de atenção com diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações e serviços de urgência, ambulatorial especializado e hospitalar, apoiando e complementando os serviços da atenção básica de forma resolutiva e em tempo oportuno.

O componente da Atenção Especializada no Processo Transexualizador inclui as seguintes modalidades:

- **Ambulatorial:** acompanhamento clínico, acompanhamento pré e pós-operatório e hormonioterapia;
- **Hospitalar:** realização de cirurgias e acompanhamento pré e pós-operatório.

É possível habilitar serviços somente em uma modalidade ou em ambas. Os serviços podem ser definidos conforme critérios dos gestores locais, não havendo mais a exigência para habilitação de que sejam implantados somente em hospitais universitários.

REDE DE SERVIÇOS

O SUS conta com cinco serviços habilitados pelo Ministério da Saúde no processo transexualizador que realizam atendimento ambulatorial e hospitalar:

- Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás/ Goiânia (GO);
- Universidade Estadual do Rio de Janeiro - Hospital Universitário Pedro Ernesto/ Rio de Janeiro (RJ);
- Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Universidade Federal do Rio Grande do Sul/ Porto Alegre (RS);
- Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina FMUSP/Fundação Faculdade de Medicina MECMPAS – São Paulo(SP); e
- Hospital das Clínicas/Universidade Federal de Pernambuco – Recife (PE).

O SUS também conta com quatro serviços habilitados pelo Ministério da Saúde no processo transexualizador que realizam atendimento ambulatorial:

- Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia (IEDE) – Rio de Janeiro/RJ;
- Ambulatório do Hospital das Clínicas de Uberlândia – Uberlândia/MG;
- Centro de Referência e Treinamento (CRT) DST/AIDS – São Paulo/SP;
- Centro de Pesquisa e Atendimento para Travestis e Transexuais (CPATT) do Centro Regional de Especialidades (CRE) Metropolitano – Curitiba/PR.

Existem na rede de saúde pública serviços ambulatoriais, criados por iniciativa estadual, destinados ao atendimento de travestis e transexuais no Processo Transexualizador:

- Ambulatório AMTIGOS do Hospital das Clínicas de São Paulo – São Paulo (SP);
- Ambulatório para travestis e transexuais do Hospital Clementino Fraga – João Pessoa (PB);
- Ambulatório Transexualizador da Unidade de Referência Especializada em Doenças Infecto-Parasitárias e Especiais (UREDIFE) – Belém (PA);
- Ambulatório de Saúde Integral Trans do Hospital Universitário da Federal de Sergipe Campus Lagarto – Lagarto (SE)

Anexo 3: Cartilha Cuidar bem da Saúde de Cada Um Faz Bem. Faz Bem Para Todos. Faz Bem Para o Brasil

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Cuidar bem da saúde de cada um faz bem. Faz bem para todos. Faz bem para o Brasil – Atenção integral à saúde da população trans, conteúdo para profissionais de saúde/trabalhadores do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. p.5; 10-19.

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), instituída pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, garante às mulheres transexuais, às travestis e aos homens trans o direito à saúde integral, humanizada e de qualidade no Sistema Único de Saúde (SUS), tanto na rede de atenção básica como nos serviços especializados. A ampliação do acesso a essa população aos serviços de saúde do SUS passa pelo respeito ao nome social e pelo enfrentamento à discriminação por orientação sexual e identidade de gênero.

DISCRIMINAÇÃO E PRECONCEITO x ACESSO À SAÚDE

As travestis, as mulheres transexuais, e os homens trans são alvos de brincadeiras de mau gosto e maus-tratos, frequentemente hostilizados na família, na escola e nos espaços públicos. Casos de violência física e psicológica, motivadas por preconceito e violações de direitos, são acontecimentos comuns nas suas vidas. A pouca experiência dos serviços de saúde em relação ao tema da saúde trans constitui uma barreira aos cuidados em saúde desta população. É preciso dar importância às trajetórias de vida dessas pessoas, que passam por intenso sofrimento, depressão, processos de automutilação e até tentativas de suicídio que, na maioria das vezes, estão relacionadas aos diferentes tipos de violência e privações a que foram submetidos(as) pela sociedade ao longo de suas vidas, além da dificuldade de acesso ao Processo Transsexualizador.

A transfobia representa a intolerância e todo tipo de preconceito em relação às travestis, às mulheres transexuais e aos homens trans.

NOME SOCIAL

O nome social é aquele pelo qual as travestis, as mulheres transexuais e os homens trans preferem ser chamados(as), cotidianamente, refletindo sua identidade de gênero, em contraposição aos nomes de registro civil determinados no nascimento, com os quais não se

identificam.

A identificação pelo nome social é um direito garantido no SUS pela Carta de Direitos dos Usuários do SUS (Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009). Por isso, independente do registro civil ou de decisão judicial, é direito do(a) usuário(a) do SUS ser identificado(a) e atendido(a) nas unidades de saúde pelo nome de sua preferência.

Além disso, desde 2012, o Sistema de Cadastramento de Usuários do SUS permite a impressão do Cartão SUS somente com o nome social do(a) usuário(a). O respeito ao nome social pelos trabalhadores da saúde, além de garantir um direito ao cidadão, é fundamental para ampliar o acesso das travestis, das mulheres transexuais e dos homens trans aos serviços de saúde, evitando que o nome seja motivo de constrangimento e uma barreira de acesso aos serviços de saúde.

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

ATENDENDO ÀS TRAVESTIS, MULHERES TRANSEXUAIS E HOMENS TRANS

Muitos dos problemas de saúde e de acesso a cuidados apresentados por travestis, mulheres transexuais e homens trans ainda derivam do preconceito e da discriminação de que são vítimas. Portanto, é fundamental lembrar:

- As práticas de cuidado devem partir do reconhecimento do direito à orientação sexual e à identidade de gênero de todas as pessoas.
- É preciso construir uma relação de confiança entre profissional de saúde e usuário(a).
- As diferenças de cada indivíduo no que diz respeito à própria identidade só podem ser percebidas ao longo de um processo de interação entre o profissional de saúde e o(a) usuário(a).
- O atendimento à população trans demanda do profissional de saúde o engajamento em equipes multiprofissionais. A equipe multiprofissional, pela convergência de saberes e práticas que possibilita, pode com maior sucesso atender à complexidade das demandas

trazidas por tais sujeitos.

- Tanto para travestis quanto para mulheres transexuais e homens trans, é de extrema importância o atendimento na atenção básica com acolhimento e informação adequados e, quando necessário, o encaminhamento à rede de atenção especializada para procedimentos de sua competência, garantindo, assim, uma atenção integral no SUS.
- Quando se fala da saúde das travestis, das mulheres transexuais e dos homens trans é comum que venham à mente questões relacionadas às práticas sexuais, tais como as doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS/Hepatites Virais. No entanto, a sexualidade é apenas um dos aspectos da vida e da saúde dessa população. É importante lembrar que estas pessoas são também acometidas por outras enfermidades como viroses, diabetes, hipertensão, entre outras.
- Travestis e mulheres transexuais, mesmo quando já realizaram modificações corporais e/ou cirurgias de redesignação sexual, têm indicação de realizar exames para prevenção de câncer de próstata. Já os homens trans podem necessitar de atendimento ginecológico, tanto de caráter preventivo, como para o tratamento de problemas habituais dessa especialidade.

Criar condições favoráveis às necessidades de saúde das travestis, das mulheres transexuais e dos homens trans significa romper resistências de usuários(as) e de profissionais de saúde, dentro e fora das unidades de saúde, por meio de ações como:

- Sensibilizar trabalhadores(as) da saúde para o cumprimento da determinação do uso do nome social nas unidades de saúde, ao chamar, atender, preencher os prontuários, etc.
- Incluir espaço específico para preenchimento do nome social e assegurar que ele fique em destaque em relação ao nome civil no sistema eletrônico, nos prontuários, exames e demais documentos da unidade de saúde.
- Fomentar uma cultura de respeito à diversidade e às expressões de gênero de modo que os(as) usuários(as) dentro da unidade de saúde sejam reconhecidos de acordo com sua identidade de gênero e, dessa forma, possam frequentar o banheiro indicado para o gênero com o qual se identificam.
- E, em caso de internação, que sejam alocados(as) em enfermarias compatíveis com sua identidade de gênero.

Uma das especificidades em saúde desta população refere-se às questões relacionadas

às modificações corporais, seja pela demanda por tais procedimentos ou pela necessidade de lidar com problemas causados por eles. Portanto, é importante saber:

- Geralmente, os(as) usuários(as) chegam às unidades de saúde já tendo realizado algum procedimento de modificação corporal por conta própria, em condições pouco adequadas e na rede privada ou fora do país.
- Entre as travestis e mulheres transexuais são comuns o uso abusivo de hormônios femininos e a aplicação de silicone industrial em diversas partes do corpo realizadas por pessoas conhecidas como ‘bombadeiras’.
- Entre os homens trans, são comuns relatos de aquisição de testosterona (anabolizantes esteroides) em academias de ginástica e até mesmo o uso de hormônios masculinos de origem animal para uso veterinário. Também é possível ouvir de alguns homens trans relatos de danos ao tecido mamário e ao músculo peitoral pelo uso prolongado de faixas compressoras para disfarçar as mamas.
- Na rotina do trabalho, é possível, ainda, que o profissional se depare com casos de automutilação decorrente do intenso sofrimento do sujeito por ter um corpo com o qual não tem qualquer identificação, como tentativas de autoamputação do pênis ou dos testículos (no caso de mulheres transexuais) e até das mamas (no caso de homens trans).