

UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

GLAYCE KELLY FIENO MELO

**NÃO É SÓ POR PEITOS E COXAS:
A DIGNIDADE DA PESSOA TRANS PARA ALÉM DO ESPELHO**

MARIANA-MG
2021

GLAYCE KELLY FIENO MELO

**NÃO É SÓ POR PEITOS E COXAS:
A DIGNIDADE DA PESSOA TRANS PARA ALÉM DO ESPELHO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Área de concentração: Serviço social.

Orientadora: Profa. Dra. Adriana de Andrade Mesquita

Co-orientadora: Profa. Ms. Sheila Almeida Dias

SISBIN - SISTEMA DE BIBLIOTECAS E INFORMAÇÃO

M528n Melo, Glayce Kelly Fieno .

Não é só por peitos e coxas [manuscrito]: a dignidade da pessoa trans para além do espelho. / Glayce Kelly Fieno Melo. - 2021.

110 f.: il.: color., tab..

Orientadora: Profa. Dra. Adriana de Andrade Mesquita.

Coorientadora: Profa. Ma. Sheila Almeida Dias.

Monografia (Bacharelado). Universidade Federal de Ouro Preto.
Instituto de Ciências Sociais Aplicadas. Graduação em Serviço Social .

1. Capitalismo (Economia). 2. Pessoas transgênero - Identidade. 3. Relações de gênero. 4. SUS. 5. Transexualidade. I. Dias, Sheila Almeida. II. Mesquita, Adriana de Andrade. III. Universidade Federal de Ouro Preto. IV. Título.

CDU 612.6.057



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
REITORIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL



FOLHA DE APROVAÇÃO

Glauce Kelly Fieno de Melo

NÃO É SÓ POR PEITOS E COXAS: A DIGNIDADE DA PESSOA TRANS PARAALÉM DO ESPELHO

Monografia apresentada ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social

Aprovada em 27 de abril de 2021.

Membros da banca

Dra. Adriana de Andrade Mesquita - Orientador(a) (UFOP)
Ms. Sheila Almeida Dias - Coorientadora (UFOP)
Ms. Jussara de Cássia Lopes - (UFOP)
Ms. Luisa Carla Cassemiro - (Assistente Social)

Adriana de Andrade Mesquita, orientadora do trabalho, aprovou a versão final e autorizou seu depósito na Biblioteca Digital de Trabalhos de Conclusão de Curso da UFOP em 27/07/2021.



Documento assinado eletronicamente por **Adriana de Andrade Mesquita, PROFESSOR DE MAGISTERIO SUPERIOR**, em 27/07/2021, às 12:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.ufop.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0198554** e o código CRC **017E5BCF**.

Referência: Caso responda este documento, indicar expressamente o Processo nº 23109.007485/2021-92

SEI nº 0198554

R. Diogo de Vasconcelos, 122, - Bairro Pilar Ouro Preto/MG, CEP 35400-000
Telefone: - www.ufop.br

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus ancestrais, pela resistência, força e coragem de terem seguido, se manifestado, mesmo diante da imposição de silenciamento. Em tempos de grandes retrocessos, tão desiguais e violentos, eu espero que possamos seguir sem nos calar, ocupando mais espaços que ao longo nos foram negados, e seguir em busca do que acreditamos. Somos potentes, a nossa existência é uma resistência, desejo que nossa vivência seja perpetuada de mais acolhimentos e afetos.

Às forças da natureza, aos meus orixás, guias, e tudo pelo que acredito, que me deram luz e esperança nos momentos mais difíceis.

À minha família por ter me dado base, acolhimento, amor e tudo que contribuiu para o meu desenvolvimento. Aos meus avós, Mário Fieno e Victória Baissa Fieno, partiram cedo, mas permanecem vivos nas minhas lembranças e sentimentos. Agradeço por terem acreditado em mim quando eu tive dificuldade de acreditar na minha força.

A minha avó, Maria Melo, mulher nordestina, guerreira, matriarca da família, que contribuiu para que eu pudesse seguir a minha jornada acadêmica.

Ao meu grande amigo e companheiro Airam Rangel, e sua família por todo carinho, amor e apoio.

Aos amigos que fiz ao longo da vida, aos que se tornaram amigos no período de graduação, e que foram essenciais para a minha permanência e conclusão desse ciclo. O carinho e apoio de vocês me fortaleceram, sendo essenciais para que eu seguisse resistindo e sobrevivendo em meio aos desafios cotidianos.

Por fim agradeço à banca examinadora, Professora Jussara Lopes pelas trocas, reflexões e irmandade para além da sala de aula e também à professora Luiza Cassemiro, que ainda não conheço pessoalmente, mas já admiro por ter topado esse desafio. Suas falas foram acolhedoras e o reconhecimento deste trabalho, e da minha escrevivência me motivaram a continuar a formação ocupando outros espaços. Você é uma profissional inspiradora!

A professora Taciane Couto e Késia Tosta que iniciaram essa produção ao meu lado, pela atenção e reflexões que me conduziram até aqui.

A Sara Martins de Araújo por ter contribuído muito para o processo de formação enquanto profissional e pessoa. As oficinas de estágio foram os melhores momentos vivenciados principalmente no período de pandemia.

A Carina de Souza, que é uma grande profissional e pessoa. Me fortaleceu desde a graduação até a inserção profissional.

À minha orientadora Professora Adriana Mesquita, pelas reflexões, afeto e pela condução desse processo. À Professora Sheila Dias, pelo diálogo e por também caminharmos juntas.

“Nós nos dedicamos à resistência coletiva. Resistência contra a bilionária especulação imobiliária e sua gentrificação. Resistência contra os que defendem a privatização da saúde. Resistência contra os ataques aos muçulmanos e aos imigrantes. Resistência contra os ataques aos deficientes. Resistência contra a violência do estado perpetrada pela polícia e pelo sistema carcerário. Resistência contra a violência de gênero institucionalizada, especialmente contra as mulheres trans e negras”

Angela Davis

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo analisar e problematizar como se dá o acesso e atendimento das pessoas trans (travestis, transgêneras e transexuais) no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio do processo transexualizador. O capitalismo e as relações de gênero estão presentes em todas as esferas sociais, estabelecendo hierarquias nas relações sociais e reproduzindo desigualdades diante da relação capital/trabalho para a manutenção do *status quo*. Essas questões atravessam diretamente a vivência e acesso das pessoas trans nos serviços de saúde do SUS, garantidos pelo Estado conforme a CF 1988 e consubstanciados em demais leis. Dessa forma, a pesquisa é quali-quantitativa e foi desenvolvida a partir da apropriação dos métodos de revisão bibliográfica, análise documental e de análise de conteúdo, através de reportagens publicadas em mídias digitais. Torna-se necessário o debate da profissão, e pesquisas dentro da área, para identificar avanços nas conquistas de direitos, limites e desafios na atuação das políticas de saúde através de um método crítico dialético marxista para a apreensão da realidade em sua totalidade. Portanto, as estruturas capitalista-racista-hétero-patriarcal tem impacto direto nos efeitos das regressões dos direitos e desmonte da política de saúde, que rebatem na redução da oferta do processo transexualizador e atendimento da população Trans no SUS nos serviços especializados.

Palavras-chave: Capitalismo. Relações de Gênero. Pessoa Trans. SUS. Processo transexualizador.

ABSTRACT

This study aims to analyze and problematize how transgender people (transvestites, transsexuals and transgender women) access and care in the Unified Health System (SUS), through the transsexualization process. Capitalism and gender relations are present in all social spheres, establishing hierarchies in social relations and reproducing inequalities in the capital/labor relationship for the maintenance of the status quo. These issues directly cross the experience and access of trans people in SUS health services, guaranteed by the State according to the 1988 Constitution and embodied in other laws. Thus, the research is qualitative and was developed from the appropriation of the methods of literature review, document analysis and content analysis, through reports published in digital media. It becomes necessary the debate of the profession, and research within the area, to identify advances in the conquests of rights, limits and challenges in the performance of health policies through a critical dialectical Marxist method for the apprehension of reality in its entirety. Therefore, the capitalist-racist-hetero-patriarchal structures have a direct impact on the effects of the regressions of rights and dismantling of health policy, which rebound on the reduction of the offer of the transsexualization process and care of the Trans population at SUS in specialized services.

Keywords: Capitalism. Gender Relations. Trans Person. SUS. Transsexualizing process.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Lorena Muniz	76
Figura 2: Maísa Andrade	77
Figura 3: Reportagem sobre a queda de 60% de cirurgias de mudança de sexo	78

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Números totais de reportagens sobre cada palavra-chave de 2020-2021	74
Tabela 2 - Informações contidas nas três reportagens selecionadas	75

LISTA DE ABREVIATURAS

ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AE - Atenção Especializada
AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANTRA - Articulação Nacional de Travestis, Transexuais e Transgêneros
APS - Atenção Primária à Saúde
ASTRAL - Associação das Travestis e Liberados do Rio de Janeiro
CAPS - Caixa de Aposentadorias e Pensões
CASS - Centro Acadêmico de Serviço Social
CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEME - Central de Medicamentos
CEPAL - Comissão para a América Latina e Caribe
CID - Classificação Internacional de Doenças
CF/1988 - Constituição Federal de 1988
CFESS - Conselho Federal de Serviço Social
CFP - Conselho Federal de Psicologia
CFM - Conselho Federal de Medicina
CNS - Conselho Nacional de Saúde
DATAPREV - Dados e Previdência Social
DATA SUS - Departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
DRU - Desvinculação de Receita da União
EUA - estados Unidos da América
FHC - Fernando Henrique Cardoso
FUNABEM - Fundação Nacional para o Bem-estar do Menor
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana
IAPS - Instituto de Aposentadoria e Pensão
IBRAT - Instituto Brasileiro de Transmasculinidades
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
JK - Juscelino Kubitschek
LGBT - Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais
LGBTQIA+ - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Trans, Queer, Intersexo, assexual
LOAS - Lei Orgânica de Assistência Social

LOPS - Lei Orgânica da Previdência Social
MPC - Modo de Produção Capitalista
MS - Ministério da Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
OMS - Organização Mundial da Saúde
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PPA - Plano Plurianual
PSF - Programa de Saúde da Família
RSB - Reforma Sanitária Brasileira
SESP - Serviço Especial de Saúde Pública
SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
TRANS - Trans, Transgênera/o, Transexuais e Travestis.
UBS - Unidade Básica de Saúde
UFOP - Universidade Federal de Ouro Preto

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	CAPÍTULO 1 – CAPITALISMO E RELAÇÕES DE GÊNERO	21
2.1	O SISTEMA CAPITALISTA E A FUNCIONALIDADE DA DIVISÃO SEXUAL DO TRABALHO E DO PATRIARCADO	21
2.2	A DISCUSSÃO DA PESSOA TRANS E AS RELAÇÕES DE GÊNERO	36
3	CAPÍTULO 2 - “O SUS É VIDA” - NEM FILANTROPIA, MUITO MENOS MERCADORIA: A POLÍTICA DE SAÚDE COMO BEM PÚBLICO NO BRASIL.	43
3.1	A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: BREVE RESGATE DOS AVANÇOS, PERSPECTIVAS E LIMITES	44
3.2	MARCOS INSTITUCIONAIS DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA E A AMPLA PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL ORGANIZADA	55
3.3.	MOVIMENTO CONTÍNUO E VIGILÂNCIA CONSTANTE: A LUTA COLETIVA PELA EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS DAS PESSOAS TRANS	58
4.	CAPÍTULO 3 -ENTRE O DESCASO E A OMISSÃO: DESNUDANDO AS VÁRIAS FACES DA VIOLÊNCIA TRANSFÓBICA	71
4.1	CAMINHOS PERCORRIDOS PARA ANÁLISE DAS REPORTAGENS	72
4.2	COM NOMES E SOBRENOMES: DE MAÍSA ANDRADE E LORENA BATISTA MUNIZ A TANTAS OUTRAS, DOS CORPOS QUE FALAM O QUE A “ESTÉTICA” ROUBOU	75
4.3	NÃO SÃO CASOS ISOLADOS: AS MÚLTIPLAS AUSÊNCIAS QUE SILENCIAM VOZES INSUBMISSAS	80
4.2.1.	Mulheres Trans: Identidades do Ser Mulher Para Além do Corpo.	81
4.2.2.	Mesmo Antes de um Estado Pandêmico: Onde a Morosidade do Acesso ao Direito Transexualizador Via Sus Paralisam Os “Sonhos”	84

4.2.3. Transfobia Em Questão: Denunciando Os Dados, Defendendo A Vida	86
4.2.4. RECURSOS ESTÉTICOS E ALTERNATIVOS: A QUESTÃO DA SAÚDE E AUTO-ESTIMA DAS PESSOAS TRANS	90
4.2.5 Alguns Retrocessos Que Marcam O Processo Transexualizador	92
4.4 DO PROCESSO E RESULTADOS DA ANÁLISE DAS REPORTAGENS	96
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	99
REFERÊNCIAS	103

1. INTRODUÇÃO

A presente pesquisa surge da necessidade de analisar e problematizar como se dá o acesso e atendimento das pessoas trans¹ (travestis, transgêneras e transexuais) no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio do processo transexualizador.

O interesse e motivação em estudar a temática vão além das dúvidas e angústias pessoais. Enquanto mulher negra da classe trabalhadora, feminista e integrante do movimento LGBTQIA+², desde a adolescência, fazendo articulações e ações na região de Ribeirão Preto-SP, fazendo protesto e denunciando os casos de violências. Identifiquei junto ao meu processo de formação uma ausência de estudos e disciplinas que abordem as questões das relações sociais de gênero, com enfoque para a temática da diversidade sexual, bem como das questões que envolvem as discussões de etnia e raça, uma vez que compreendo tais discussões como necessárias para o entendimento do processo de produção e reprodução das relações sociais e, conseqüentemente, para a formação e intervenção profissional das(os) assistentes sociais.

Além disso, ressalto as dificuldades de encontrar produções acadêmicas sobre este objeto de estudos no Serviço Social brasileiro. Ressalto, contudo, que a política de saúde faz parte do tripé da seguridade social, preconizada na Constituição Federal Brasileira/1988 e que tal política está no centro de atuação desta profissão, sendo, portanto, um dos eixos mais importantes que direcionam a intervenção dos assistentes sociais. Sobre isto, destaco ainda que o Serviço Social brasileiro se ancora no método materialista dialético marxista e que a falta de produções, pesquisas e publicações, da referida temática nos aponta a existência de uma lacuna deixada pelo Serviço Social.

Ressalto alguns avanços da categoria profissional a partir do lançamento em 2016 da série “Assistente social no combate ao preconceito” do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), que publicou os cadernos: 06-Machismo, 03-Racismo, 04-Transfobia, dentre outros. Por outro lado, encontrei muitas publicações sobre essa discussão principalmente nas áreas da psicologia e das ciências sociais.

1 “[...] Trans é “termo guarda-chuva” que abarca todas as identidades de gênero e que se refere a todas as pessoas não cisgêneras (JESUS, 2012).

2 A Sigla LGBTQIA+, representa lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneras, queer, intersexual, assexual, e foi estabelecida a partir da conferência nacional.

Seguindo na discussão das ausências, e dialogando especificamente com o curso de Serviço Social de onde me localizo que é a UFOP, reflexo da temática supracitada, também se encontra a tríade classe, gênero e raça. O curso de Serviço Social da UFOP teve início no ano de 2009 e faz parte do processo de expansão da universidade pública, também conhecido como REUNI³ e desde então, o curso tem ofertado apenas uma disciplina eletiva intitulada de “Raça/etnia, Gênero e Sexualidades”, na qual cursei em 2018. Essa disciplina já deixou de ser ofertada devido à secundarização que marca o descaso dos debates em torno das referidas temáticas, mas também pela falta de apropriação do conteúdo pelos demais docentes, e ainda pelas disputas, tensionamentos e por essas discussões não perpassar a grade de prioridades que versam sobre a oferta de disciplinas que vão ao encontro com as linhas de pesquisas ditas centrais para o processo de formação.

Minha aproximação com o tema e as categorias de gênero e sexualidades, se deu através da participação como bolsista remunerada de dois projetos da UFOP. O primeiro realizado, através do Programa de Incentivo à Diversidade e a Convivência (PIDIC)⁴ sendo o "Vidas, Gênero, Diversidades e Sexualidades", coordenado pela Dra. Marta Maia do Departamento de Jornalismo (DEJOR), no ano de 2018, e o outro intitulado de: “Entrencontros: roda de acolhimento em saúde mental” voltado as/aos discentes negras/os e/ou LGBT, dos últimos períodos de seu de formação, coordenado pela Dra. Cristina Carla Sacramento do departamento de educação (DEEDU). Tais projetos estavam vinculados à Pró-Reitoria de Assuntos Comunitários e Estudantis (PRACE).

3 O “Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais” (Reuni), teve como principal objetivo, ampliar o acesso e a permanência na educação superior. Para isso, o governo federal adotou uma série de medidas para retomar o crescimento do ensino superior público, criando condições para que as universidades federais promovam a expansão física, acadêmica e pedagógica da rede federal de educação superior. Mas de acordo com BESSA e MANCIBO (2009), a despeito do forte apelo ideológico, REUNI além de comprometer a qualidade das funções que a universidade deve desempenhar, também foi responsável por precarizar ainda mais o trabalho docente e a heteronomia universitária, pois, aprofundou a expansão do setor privado e a privatização das instituições públicas. No entanto, tal processo foi marcado por um percurso de muitos atores, embates ideológicos, projetos de adequação à lógica dominante e, obviamente, de movimentos de resistência.

4 Ressalto os objetivos do Programa de Incentivo à Diversidade e a Convivência:”a) Estimular e apoiar a realização de atividades, que visem promover a igualdade de direitos entre estudantes, na modalidade de graduação presencial o enfrentamento de discriminações como o racismo, sexismo, machismo, homofobia, transfobia, capacitismo. Entre outras, que afetam a sua permanência e seu desenvolvimento em todas as unidades da UFOP.b) Contribuir para a promoção da inclusão social através de atividades que visem a igualdade étnico-racial e de gênero, a diversidade sexual, as ações afirmativas e a formação de cidadania. c) Combater os efeitos das desigualdades sociais originadas por quaisquer tipos de discriminação. d) Incentivar o desenvolvimento de atividades que propiciem uma melhor convivência entre estudantes usuários das Residências Estudantis da Universidade” (UFOP, 2021, n.p).

Desse modo, através desses projetos, tive aproximação com intelectuais e ativistas que debatem sobre as relações de gênero, movimentos feministas, negros e LGBTQIA+. Os dois projetos tiveram abrangência para discentes dos cursos de Serviço Social, História, Jornalismo e Pedagogia, e contaram com a capacitação dos bolsistas através de grupos de estudos.

Diante disso, contribuí enquanto bolsista na mediação e organização das rodas de conversas, participação de trabalho no Encontro de Saberes, escrita de artigos e resumos a respeito das ações desenvolvidas nos projetos, onde consta a publicação de 2018 do resumo com o título “A Importância do Conceito de Diversidade Para o Enfrentamento da Violência Estrutural no Espaço Educacional” no Caderno de Resumos do III Congresso de Diversidade Sexual e de Gênero: 2ª Edição Internacional⁵.

Ponto que a aproximação da temática, também se deu enquanto discente e membro do Centro Acadêmico de Serviço Social (CASS) Igor Mendes, onde ocorreram articulações e mobilizações em torno dos debates que perpassam a vida das/os estudantes, que são atravessadas/os pelas relações sociais de classe, raça e gênero, diante da sociabilidade burguesa, cisgênera⁶, normativa e hétero patriarcal.

Esse processo de investigação e participação dos espaços fez notar a importância desse debate para a categoria profissional, que atua dentro do âmbito da área de saúde, na qual é disputada e tensionada o tempo todo por profissionais exclusivos dessa área, que tem outras perspectivas teóricas.

Ressalto que por mais que haja ausências dentro da profissão de produções e publicações de determinadas áreas e expressões da “questão social”, como a transfobia, que pode ser explicada pelo materialismo histórico, atravessam diretamente os profissionais e usuários/as trans. Essa profissão, por mais que se tenham disputas em seu interior, possui fundamentos teórico-metodológicos, ético-políticos e técnico-operativos hegemônicos, que dão possibilidades de enfrentar e analisar qualquer expressão da “questão social”, dentro dos limites e possibilidades das contradições do tempo presente.

5 FIENO, Glayce; PANIAGO, Fernando; SALOMÃO, Vitória. A Importância do Conceito de Diversidade Para o Enfrentamento da Violência Estrutural no Espaço Educacional. III Congresso de Diversidade Sexual e de Gênero. pg. 412-414. 2 ed. Belo Horizonte: Initia Via, 2018.

6 Segundo o Ministério do Ceará (2017), “Cisgêneras são as pessoas que possuem uma identidade de gênero correspondente ao sexo biológico. Um homem é cisgênero se seu sexo biológico e sua identidade de gênero forem masculinas, independentemente da orientação sexual que tenha, homossexual ou heterossexual. Ou seja, há homens e mulheres cisgêneras homossexuais, heterossexuais e bissexuais” (BRASIL, 2017, n.p).

Tendo em vista os desafios, me deparei com a possibilidade de identificar o lugar que as pessoas trans ocupam na sociedade burguesa, bem como as suas lutas e mobilizações em torno dos direitos relacionados à política de saúde. Assim, senti-me instigada em investigar os limites e dificuldades de acesso às políticas sociais de saúde relacionadas ao processo transexualizador no SUS dos sujeitos em estudo.

Desse modo, ao me questionar sobre as políticas sociais de saúde e direitos para a população LGBTQIA+ vigentes, com a perspectiva de emancipação humana, me deparei com os debates atuais sobre as pessoas trans, onde fica nítido que ainda incide uma onda conservadora, religiosa, com a roupagem da moral e os bons costumes em prol da garantia da família tradicional⁷ perpetuada pelos conhecimentos científicos e ideológicos da classe dominante, presente nos diversos espaços de poder.

O reflexo da ocupação de espaços por esta classe se expressa na falta de legitimação da identidade trans e nos obstáculos impostos contra a garantia de direitos dessas, presentes no âmbito político, social e ideológico, como através dos veículos da mídia.

De forma recorrente, algumas das expressões da “questão social” estão fortemente presentes na vida das pessoas trans, tais como a violência, desemprego, morte e exclusão, que se manifestam como transfobia, conforme os dados do dossiê de 2020 da Associação Nacional de Travestis e Transexuais do Brasil (ANTRA), que apresenta que o Brasil se manteve em 1º lugar no que se refere aos assassinatos das pessoas trans no país, no momento de pandemia covid-19, dados que demonstram o aumento de mortes.

O capitalismo, juntamente com o racismo e a estrutura hétero-patriarcal, demonstram que formações de estereótipos, com base no padrão hetero – cis – normativo, impactam fortemente na vivência e qualidade de vida dessas pessoas; sendo as/os trans uma das identidades de gênero mais vulneráveis do movimento LGBTQIA +.

Porém, por mais que isso se expresse na realidade, quando se busca por dados estatísticos não se encontra, pois a identidade de gênero não tem sido incluída nos dados oficiais do governo, censos demográficos, boletins de ocorrência, canais de denúncia e fichas de atendimento do SUS (ALMEIDA, G, 2019).

⁷ Parte de um ideário baseado e propagado pela classe dominante de um modelo ideal constituído a partir de um casamento/relação afetiva hétero e monogâmica, que segue a lógica da ideologia burguesa de conservar determinadas estruturas de dominação-exploração-subordinação em prol da propriedade privada, lucro e manutenção do *status quo*.

Isso demonstra o papel e posicionamento do estado brasileiro frente as desigualdades enfrentadas pelas pessoas trans. Além disso, ao buscar produções a respeito das pessoas trans, identifiquei que ainda há poucos dados e produções científicas que abranjam a diversidade, subjetividade, sexualidades, relacionadas às relações de gênero e atrelados ao sistema capitalista, para identificar os impactos sofridos pelas pessoas trans.

Apesar de a pesquisa não preencher essas lacunas, tendo em vista que a pesquisa é qualitativa, realizada através de uma revisão bibliográfica e documental, partindo de produções que possuem limitações em relação aos desdobramentos das relações de gênero às pessoas trans, buscamos abordar a temática em estudo em reportagens jornalísticas, onde será realizadas conexões e análises da vivência e acesso desses sujeitos às políticas sociais de saúde, viabilizadas pelo Estado, na sociabilidade capitalista brasileiro.

Diante disso, a pesquisa visa ressaltar o protagonismo do movimento LGBTQIA+ como uma das expressões de luta da classe trabalhadora no combate e enfrentamento à transfobia e ao sexismo nos espaços institucionais, que contribui na visibilidade e ampliação de direitos e acessos as pessoas trans na política social de saúde ofertada pelo SUS.

Atualmente, em meio aos avanços desse debate, os serviços de saúde trans específicos como o processo transexualizador, ofertado pelo sistema de saúde desde 2008, são fundamentais para contribuir de uma forma integral nos processos de saúde-doença das pessoas trans, onde visam atender as expectativas de gênero, realizando adequações e transformações dentro dos parâmetros, como de modo a amenizar os impactos e riscos das alternativas ilegais, as quais estão expostas.

No entanto, é importante frisar que o sistema capitalista expressa os antagonismos de classe, sendo o Estado burguês, no qual consolida os interesses da classe dominante, conforme dito por Marx (2008, p.14), “O poder do Estado moderno não passa de um comitê que administra os negócios comuns da classe burguesa como um todo”.

Assim, ao pensar no duplo caráter onde atendimento das demandas da população LGBTQIA+, o Estado busca apaziguar os conflitos, mesmo com os avanços nas políticas sociais de saúde e garantias de direitos, existirão determinadas lacunas, e tensionamentos políticos, diante as estruturas de dominação.

Com isso, parte-se das seguintes questões norteadoras nesse estudo: como as estruturas de dominação e relações de gênero impactam o acesso das pessoas trans na política de saúde? De que modo o processo transexualizador abrange os usuários em meio ao cenário de precarização da saúde de acordo com projetos de leis conservadoras? Quais as respostas e organizações das pessoas trans frente ao acirramento de classe? e, como isso tem se expressado na contemporaneidade?

Diante disso, a pesquisa tem os seguintes objetivos: demonstrar como o capitalismo e as relações de gênero estão relacionados na vivência e qualidade de vida da identidade Trans; expressar como as organizações do movimento LGBTIA+ e o ativismo das pessoas trans contribuíram nos avanços de direitos na política social de saúde do SUS; identificar os avanços e desafios enfrentados pela população trans na saúde; e, ainda, analisar as reportagens atuais que tem retratado o cenário vivenciado pelas pessoas trans.

O estudo é de natureza descritiva com a abordagem qualitativa, onde as revisões bibliográficas e análise documental serviram para fundamentar e contribuir na análise do movimento da realidade em que as pessoas trans estão inseridas. Realizada por meio do método materialista histórico dialético utilizado, pois este possibilita analisar a realidade por meio da totalidade. “O materialismo dialético pode ser definido como a filosofia do materialismo histórico, ou o corpo teórico que pensa a ciência da história” (ALVES, 2010, p.1). Para isso, o desenvolvimento se dará a partir de fontes primárias através de revisões bibliográficas de autores que são referências a respeito da discussão temática de capitalismo, classe, raça e gênero, sexualidades, Estado e políticas sociais de saúde. A análise documental será realizada através de três reportagens jornalísticas publicadas nos *sites*: CartaCapital, G1 e Gazeta do Povo. Terá um recorte temporal de 2020-2021, período esse de intensificação da precarização e sucateamento do SUS, por meio de projetos, redução de investimentos nas políticas sociais e cortes nas políticas de saúde, em um período de crise sanitária.

Dessa forma, no primeiro capítulo será discorrido sobre o “Capitalismo e as Relações de Gênero”, onde será apresentada a categoria trabalho e o seu papel no sistema capitalista, a partir do foco nas questões da funcionalidade da divisão sexual do trabalho, do patriarcado e das relações de gênero ao sistema capitalista.

No segundo capítulo, intitulado como “O Sus é Vida” - Nem Filantropia, Muito Menos Mercadoria: A Política de Saúde Como Bem Público do Brasil”, buscamos analisar o breve contexto de política de saúde no país; situamos o contexto das

organizações do movimento de reforma sanitária com a participação da sociedade civil, e por fim, trouxemos sobre a luta coletiva pela efetivação dos direitos das pessoas trans.

E, no terceiro capítulo, com o título “Não é Só Peitos e Coxas: É A Busca da Dignidade Para Além do Espelho”, foram realizadas as análises de reportagens jornalísticas publicadas nos sites cartacapital, G1 e Gazeta do povo para verificação das políticas de saúde públicas pelo Estado voltadas para as pessoas trans, decorrentes do atual projeto de governo burguês.

E, por fim, nas considerações finais, reservamos espaço para sintetizar os caminhos percorridos na pesquisa, em que demonstram através de reflexões e determinações concretas da realidade, o quanto a perspectiva capitalista-racista-patriarcal estruturante das relações sociais, impactam na expressão e individualidade das diversidades humanas, onde se faz presente a vivência trans. Diante disso, os mecanismos de dominação permeiam todas as dimensões da vida, na qual o Estado burguês legitima os interesses da classe dominante nos espaços de poder e formulações de políticas sociais de saúde, realizando desmontes e/ou redução de serviços de saúde voltados ao processos transexualizador, diante da relação capital/trabalho.

2. CAPÍTULO 1 – CAPITALISMO E RELAÇÕES DE GÊNERO

Neste capítulo, será apresentada uma breve análise acerca da relação do sistema capitalista e das relações de gênero na sociedade brasileira. Assim, no eixo 2.1, abordaremos os pontos relevantes sobre como o trabalho se configura no Modo de Produção Capitalista (M.P.C.), tendo em vista que as relações sociais são estruturadas através de divisões sociais, sexuais e raciais que se fundamentam por meio do trabalho nos moldes da sociedade burguesa. Em seguida, no eixo 2.2, discutiremos sobre a divisão sexual e as relações patriarcais de gênero, com enfoque na pessoa trans e a sua trajetória de vida e luta.

2.1 O SISTEMA CAPITALISTA E A FUNCIONALIDADE DA DIVISÃO SEXUAL DO TRABALHO E DO PATRIARCADO

O trabalho é uma atividade sobre a qual o ser humano emprega sua força para atender desde suas demandas e necessidades mais básicas e que, ao longo do tempo, se desenvolve através de mediações e ampliação das forças produtivas, na qual estabelece um conjunto de relações sociais. Nesse processo, o ser social garante as condições materiais para sua sobrevivência e reprodução ampliada. Por esta razão, o trabalho é uma categoria fundante do processo de criação e transformação do conjunto das relações sociais e tido como “[...] o ponto de partida da humanização do homem, do refinamento de suas faculdades, processo do qual não se deve esquecer o domínio sobre si mesmo” (LUKÁCS *apud* BARROCO, 2008, p.21).

Conforme Marx (2011), há “um incomensurável intervalo de tempo separa o estágio em que o trabalhador se apresenta no mercado como vendedor de sua própria força de trabalho daquele em que o trabalho humano ainda não se desvincilhou de sua forma instintiva” (MARX, 2011, p.327). Desse modo, em um período anterior distante da instauração do MPC, o trabalho era considerado como o conjunto das atividades humanas necessárias para a nossa existência, realizada em um processo de interação com a natureza.

[...] vale dizer a satisfação material dos homens e mulheres que constituem a sociedade - obtém-se numa interação com a natureza: a sociedade através dos seus membros (homens e mulheres), transforma matérias naturais em produtos que atendem às suas necessidades. Essa transformação é realizada através da atividade a que denominamos *trabalho* (NETTO e BRAZ, 2006, p.30).

Por meio do processo de trabalho, a interação dialética entre o ser humano e a natureza possibilita que o primeiro transforme a natureza, ao mesmo tempo, que transforma a si mesmo. Diante disso, o homem realiza a transformação dos elementos e matérias encontrados na natureza, com a finalidade de atender as necessidades básicas para sobreviver (NETTO e BRAZ, 2006).

Nesse processo, o ser natural se constitui como ser social, em que garante as condições materiais para sua sobrevivência e reprodução ampliada, bem como apresenta a capacidade teleológica, de pensar e projetar suas ações. Uma vez que “só ele é capaz de agir teleologicamente, só ele propõe finalidades e antecipa metas” (NETTO e BRAZ, 2006, p. 41).

Com o desenvolvimento da sociedade, as relações sociais e forças produtivas se complexificam. O trabalho ganhou novos determinantes na sociedade capitalista, sendo expresso em uma lógica de exploração, de produção de mercadorias em prol do lucro, acumulação e privatização de riquezas sociais.

Assim, o trabalho no capitalismo se modifica e rompe com o modo instintivo de realizar as atividades por meio de novos determinantes. O trabalho assume a forma de trabalho assalariado (cujo valor é estabelecido através de um contrato), em que a força de trabalho é vendida aos capitalistas em sua jornada de trabalho (NETTO e BRAZ; 2006).

Ao vender no mercado sua força de trabalho aos capitalistas, a/o trabalhadora/o recebe em troca um salário concedendo ao empregador o direito de explorar seu trabalho por uma jornada de tempo determinada que, em regra, é suficiente para o capitalista obter um valor que excede o inicialmente investido na produção, isso por que a força de trabalho, tornada em mercadoria no sistema capitalista, é a única capaz de criar valor no decorrer do processo produtivo (MARX, 1964).

Sob a égide do sistema capitalista de produção, as relações de produção adquirem um forte caráter de alienação. A alienação do/a trabalhador/a no processo produtivo se dá pela forma de estranhamento do/a produtor/a para com o produto produzido no processo que tem dentro de si a essência do/a trabalhador/a, de não reconhecer o produto que produziu, além de designar a forma deturpada da objetivação, onde o ser humano se exterioriza de uma forma que impede o desenvolvimento das suas capacidades.

Da mesma forma, os objetos produzidos não pertencem ao trabalhador/a, decorrendo o estranhamento visto que não servem para satisfazer as necessidades do/a trabalhador/a e sim a do capital (MARX, 1964).

Semelhante fato implica apenas que o objeto produzido pelo trabalho, o seu produto, se lhe opõe como ser estranho, como um poder independente do produtor. O produto do trabalho é o trabalho que se fixou num objeto, que se transformou em coisa física, é a objetivação do trabalho. A realização do trabalho constitui simultaneamente a sua objetivação. A realização do trabalho aparece na esfera da economia política como desrealização do trabalhador, a objetivação como perda e servidão do objeto, a apropriação como alienação (MARX, 1964, p. 159).

Dessa forma, nos marcos da sociabilidade burguesa, o trabalho não é uma expressão, nem o resultado das capacidades humanas, pois desumaniza e oprime o/a trabalhador/a. Em consequência da individualização, o/a trabalhador/a se aliena em relação aos outros indivíduos, em que o trabalhador/a além de não reconhecer o produto fruto do seu trabalho. Logo, não se identifica enquanto ser social e não reconhece o outro como parte fundamental do trabalho (MARX, 1964).

[...] uma vez que o trabalho alienado 1) aliena a natureza do homem, 2) aliena o homem de si mesmo, a sua função ativa, a sua atividade vital, aliena igualmente o homem a respeito da espécie; transforma a vida genérica em meio de vida

individual. Em primeiro lugar, aliena a vida genérica e a vida individual; em seguida, muda esta última na sua abstração em objetivo da primeira, portanto, na sua forma abstrata e alienada. De fato, o trabalho, a atividade vital, a vida produtiva, aparece agora ao homem como o único meio de satisfação de uma necessidade, a de manter a existência física. A vida produtiva, porém, é a vida genérica. É a vida criando vida. No tipo de atividade vital reside todo o caráter de uma espécie, o seu caráter genérico; e a atividade livre, consciente, constitui o caráter genérico do homem. A vida revela-se simplesmente como meio de vida [...] (MARX, 1964, p. 164).

Assim, o trabalho torna-se tão somente um meio de garantir a satisfação das necessidades vitais do ser humano. O trabalho, na sociabilidade burguesa, aliena o ser humano do próprio corpo, da natureza e da sua capacidade intelectual. “Basicamente, a alienação é própria de sociedades onde tem vigência a divisão social do trabalho e a propriedade privada dos meios de produção fundamentais, sociedades nas quais o produto da atividade do trabalhador não lhe pertence é expropriado” (NETTO e BRAZ, 2006, p. 45).

Através da exploração da venda da força de trabalho, o capitalista se apropria do trabalho excedente não pago, mais-valia, onde na produção coletiva e social, o capitalista obtém a sua apropriação individual, em que goza e se apropria alienadamente da riqueza socialmente produzida. Sendo assim, a condição necessária ao regime de produção de mercadoria, além de aumentar a capacidade da produtividade, reforça os antagonismos de classe e a relação de exploração (MARX, 2011).

Nesse processo, destaca-se a relevância que a divisão social do trabalho traz ao sistema capitalista, pois trata-se de uma forma de se organizar para distribuir as tarefas cotidianas desenvolvidas parcialmente e que se reverte para o capital de modo que, quanto mais extensa e profunda é a divisão do trabalho e quanto mais restrito se encontra o trabalhador no exercício de uma única tarefa, mais extensa e imbricada se torna a cooperação social (MARX, 2011).

É relevante citar que é dentro do processo de divisão social que se inicia através da separação do trabalho manual e intelectual e na cooperação simples, desenvolvendo-se da manufatura até a grande indústria, que ocorre a separação entre o trabalho manual (mecânico) e o trabalho intelectual (a ciência), a serviço dos interesses do capital. “Enquanto a divisão manufatureira do trabalho pressupõe a concentração dos meios de produção nas mãos de um capitalista, a divisão social do trabalho pressupõe a fragmentação dos meios de produção entre muitos produtores de mercadorias independentes entre si” (MARX, 2011, p. 533).

Neste sentido, a divisão do trabalho, além de realizar a separação do trabalho manual e intelectual, também estabelece as hierarquias de sexo, pois a divisão do trabalho também traz suas consequências em relação a separação do trabalho para homens e mulheres, de acordo com as determinações históricas e societárias, como na sociabilidade capitalista.

O breve contexto e entendimento da categoria trabalho, conforme Marx (2011), explicita a exploração da força de trabalho, a mais-valia, e a propriedade privada dos meios de produção presente na divisão de classes que demarca e divide os proprietários dos não proprietários. Essas categorias são fundamentais para contextualizar a divisão social e sexual do trabalho.

A divisão social do trabalho no modo de produção capitalista representa a sociedade de classes, onde as estruturas presentes são fundantes das desigualdades sociais. Esses determinantes refletem diretamente na divisão sexual do trabalho, nas relações de gênero e por consequência, na pessoa trans.

Mediante ao conflito existente entre capital e trabalho e que demarca a divisão de classes, ao se tratar da luta pelo respeito, liberdade e direitos enfrentados pelos movimentos feministas, os movimentos negros e LGBTQIA+ demonstram as dificuldades e disputas realizados na garantia de direitos, em participar às pessoas trans.

Associada a essas questões, é importante destacar que a formação social brasileira capitalista apresenta particularidades, em que a marca do escravismo e do patriarcado, incidem na estrutura de dominação de gênero, raça⁸/etnia, classe.

O trabalho, nesta sociedade hetero-patriarcal-racista-capitalista, possui três divisões estruturais associadas entre si: a) a divisão social, fundada nas relações entre classes sociais; b) a divisão racial, fundada nas relações sociais de raça, c) a divisão sexual, fundada nas relações de sexo (CISNE, 2018, p. 25).

Apesar dos estudos e formulações a respeito da divisão sexual do trabalho estarem presentes no binômio homem e mulher, há aproximações para entender como as relações de gênero podem afetar as pessoas trans.

Nesse sentido, é importante identificar e analisar quais as atuais configurações da Divisão Sexual do Trabalho (DST) para a população de travestis e transexuais, tendo em vista que grande parte das análises sobre a DST é baseada nas relações sociais entre os sexos feminino e masculino (homens e mulheres),

8 “A noção de raça como referência a distintas categorias de seres humanos é um fenômeno da modernidade que remonta aos meados do século XVI. Raça não é um termo fixo, estático. Seu sentido está inevitavelmente atrelado às circunstâncias históricas em que é utilizado. Por trás da raça sempre há contingência, conflito, poder e decisão, de tal sorte que se trata de um conceito relacional e histórico. Assim, a história da raça ou das raças é a história da constituição política e econômica das sociedades contemporâneas” (ALMEIDA, S, 2018, p. 18).

deixando de considerar que nessas relações há algumas especificidades com relação as pessoas travestis e transexuais, que são indivíduos que nascem biologicamente com um sexo, mas que se identificam e adaptam seu corpo ao sexo oposto (RIBEIRO, 2018, p. 3).

Tendo em vista as configurações da divisão sexual do trabalho na atualidade, e os reflexos desta para as pessoas trans, é necessário retomar e expressar a divisão racial, que expressam as relações sociais de raça (CISNE, 2018).

A questão racial demonstra as diferenças e impactos das vivências somadas à classe, gênero e sexualidades. Deste modo, com as definições patriarcais dos papéis sexuais masculino e feminino decorrentes da divisão sexual do trabalho, acrescido com a questão racial, demonstra as diferenciações entre mulheres, desde a época do Brasil colônia.

Marcada por uma cultura notoriamente patriarcal, os senhores de engenho enxergavam que o papel da mulher branca implicava somente em permanecer na “casa grande”, cuidando, realizando tarefas domésticas, parindo, “criando” as crianças e satisfazendo as vontades sexuais dos maridos. Enquanto isso, as mulheres negras escravizadas não tinham os mesmos “privilégios” das mulheres brancas, pois não eram vistas como ‘femininas’, e muito menos como humanas, além de serem “escravizadas para procriar seres também escravizados, as mulheres negras e os homens negros frequentemente desempenhavam as mesmas tarefas no trabalho agrícola, e mesmo nessa área as mulheres negras não podiam ter posições de liderança” (hooks, 2014, p. 34).

As mulheres negras escravizadas realizavam todos os tipos de tarefas, em casa ou no campo, cuidando e amamentando os filhos das “sinhas” e dos senhores de engenho, eram violadas e sofriam todos os tipos de exploração (DAVIS, 2013). Além disso, as “mulheres” negras não possuíam a condição de formar famílias pois eram vistas como mercadorias, sendo esse, um dos inúmeros motivos para terem o papel de liderança negado. Assim como Davis (2013), hooks⁹ (2014) também nos informa que:

A exploração sexual em massa das mulheres negras escravizadas era uma consequência direta da política anti mulher do patriarcado colonial da América. Dado que a mulher negra não era protegida nem pela lei ou opinião pública, ela era um alvo fácil. Enquanto o racismo foi claramente a maldade que decretou que o povo negro seria escravizado, foi o sexismo que determinou que o destino das mulheres negras seria duro, mais brutal do que o dos homens negros escravizados (hooks, 2014, p.32).

9 bell hooks usa o nome no diminutivo, pois, esse nome trata-se de um apelido que ela escolheu para assinar seus livros e obras. Segundo pesquisa, ela faz uma homenagem aos sobrenomes da mãe e da avó. Segundo a própria bell hooks: “o mais importante em meus livros é a substância e não quem sou eu”.

Desse modo, enfatiza-se o uso da violência patriarcal em sua forma mais intensa contra as mulheres negras, que foram escravizadas e sofreram com o sexismo, patriarcado e racismo. Os meios de dominação e as diversas formas violências foram utilizadas para reforçar ao modo de submissão que as mulheres escravizadas deveriam se submeter, para serem vendidas facilmente ao senhor do engenho.

Em meio a divisão social e sexual do trabalho, a escravidão foi uma das suas consequências mais marcantes, na qual provocou a cisão da sociedade em duas classes: exploradores e explorados, senhores e escravos; onde também foi demonstrada a divisão sexual entre homens e mulheres, e racial, entre brancos e não brancos.

Conforme Saffioti (2014), as estruturas do racismo, do patriarcado e do capitalismo estão imbricados e se refletem nas contradições de classe, sexo e raça. Tendo em vista a divisão do trabalho e os antagonismos de classes em um contexto de país periférico e de capitalismo dependente, esse contexto incide na realidade dos impactos e desigualdades presentes a partir das particularidades do nosso território.

A dicotomia entre público e privado, esteve presente desde o princípio no que se refere às designações das esferas de acordo com as construções de papéis impostos pelas estruturas, como o patriarcado. “Nessa dicotomia entre o público e o privado se consubstanciou a divisão sexual do trabalho, homens provedores e mulheres cuidadoras” (SOUSA e GUEDES, 2016, pg. 1).

A relação entre o público e o privado foi uma das primeiras questões levantadas pelo movimento feminista, nos espaços de participações e decisões políticas, em que reafirmaram que enquanto houvesse essa divisão de papéis de gênero em que a mulher deveria realizar os cuidados e os homens estarem nos demais espaços, não haveria igualdade entre homens e mulheres. Destaco que essa luta, atualmente, acrescida com os demais movimentos da classe trabalhadora, também vem contribuindo em relação aos direitos das pessoas LGBTQIA+ (RIBEIRO, 2018).

Deste modo, é importante identificar a princípio que o que foi estabelecido e designado de acordo com o papel de gênero, presentes nas esferas públicas e privadas, se denomina conforme Engels (1884), como a primeira divisão do trabalho, na qual foi expressa na divisão entre homens e mulheres.

Diante disso, Engels (1884) demonstra como desde antes do surgimento do capitalismo, as classes sociais por meio do patriarcado, perpetuam uma relação desigual entre os sexos. Em meio ao MPC, se fez presente os antagonismos de classe e de sexo, onde se intensificou a exploração destes e do trabalho. Por meio do marco da divisão

social do trabalho, denota-se o princípio da divisão sexual do trabalho, onde Engels (1884) esclarece:

A primeira divisão do trabalho é a que se fez entre o homem e a mulher para a procriação dos filhos [...] O primeiro antagonismo de classes que apareceu na história coincide com o desenvolvimento do antagonismo entre homem e mulher na monogamia; e a primeira opressão de classes, com a opressão do sexo feminino pelo masculino. A monogamia foi um grande progresso histórico, mas, ao mesmo tempo, iniciou, juntamente com a escravidão e as riquezas privadas, aquele período, que durante nossos dias, no qual cada progresso é simultaneamente um retrocesso relativo, e o bem-estar e o desenvolvimento de uns se verificam às custas da dor e da repressão de outros. É a forma celular da sociedade civilizada [...] (ENGELS, 1884, p.71).

Através da divisão social do trabalho, em que a parte integrante é a distinção entre homens e mulheres através da diferenciação biológica, essa demarca o princípio para se denominar a divisão sexual do trabalho, e como se caracteriza essas particularidades nas relações sociais de sexo. De acordo com Hirata e Kergoat (2008), constituem-se os dois princípios da divisão sexual do trabalho: “o princípio da separação (há trabalhos de homens e trabalhos de mulheres) e o princípio hierárquico (um trabalho de homem “vale” mais que um trabalho de mulher)” (HIRATA e KERGOAT, 2008, p. 266).

Essas divisões são decorrentes das relações sociais de sexo estabelecidas pelo antagonismo entre homens e mulheres, sendo essa um aspecto histórico e conjunturalmente modificado em cada sociedade (CISNE, 2018).

Embora a divisão sexual do trabalho não tenha surgido no interior das sociedades capitalista, esse, enquanto um sistema político e ideológico, utiliza-se das diferenças sexuais para aprofundar seu processo inerente de aprofundamento das desigualdades. Com isso, a divisão sexual do trabalho é “uma relação central para a estruturação das relações patriarcais de sexo” (CISNE, 2018, p. 62).

A denominada divisão sexual do trabalho possui determinações sociais que atendem a interesses no qual diante as suas atribuições e desigualdades geradas, estabelece uma relação de domínio desigual, e hierarquias. Dessa forma, a divisão sexual do trabalho serviu de base ideológica e material para o sistema patriarcal, onde se instaurou a dominação de modo diferenciado segundo a classe e raça e sexualidades (construída socialmente).

A divisão sexual do trabalho não estabelece somente as relações de sexo, mas opera como uma divisão social, em que considera o que é visto como feminino e masculino, atribuindo as tarefas para homens e mulheres, e promovendo uma responsabilização desigual para cada (CISNE, 2018).

Como resultante das relações sociais e históricas, a divisão sexual do trabalho está sujeita a transformações, contudo, mantém dois “princípios organizadores” que funcionam como invariantes nesta categoria: a “hierarquia”, por agregar sempre maior valor ao trabalho masculino em detrimento do feminino; e a “separação” entre o que é trabalho de homem e da mulher. (CISNE, 2018, p.62)

A respeito das hierarquias de sexo, o masculino e o feminino são construções sociais e culturais de uma sociedade fundada sobre uma hierarquia de gênero. "As relações patriarcais de gênero, [...] dizem respeito às relações hierarquizantes de opressão e exploração entre os sexos, [...] estão ainda fortemente presentes na sociedade, daí a importância de considerarmos o patriarcado quando refletimos criticamente sobre as relações de gênero” (CISNE, 2018, p. 45).

Em torno das hierarquias de sexo, o masculino e o feminino são construções sociais e culturais de uma sociedade fundada, sobre uma hierarquia de sexo. No que se refere à categorização social do sexo, na qual naturaliza culturalmente as normas, valores e instituídas como “feminino” e “masculino”. Nesse sentido, Cisne (2014), afirma:

[...] desde a infância, meninos e meninas recebem uma educação sexista, ou seja, aquela que não apenas diferencia os sexos, mas educa homens e mulheres de forma desigual. para isso, o sistema patriarcal conta com algumas instituições na difusão da sua ideologia, das quais destacamos a família, a igreja e a escola. As meninas são educadas para lavar, cozinhar, passar, cuidar dos (as) filhos (as) e do marido e serem submissas passivas e tímidas. Meninos são educados para serem fortes, valentes, decididos e provedores. Cabe, portanto, às mulheres, no sistema patriarcal que foi incorporado pelo capitalismo, a responsabilidade com o trabalho reprodutivo, sem o qual a produção social seria fortemente dificultada já que ele garante, em grande medida, a reprodução da forma de trabalho (CISNE, 2014, p. 91-92).

Essa relação hierárquica entre homens e mulheres expressa as desigualdades existentes no âmbito do trabalho no MPC, presente desde a infância com a separação sexista, demarca a funcionalidade do capital em tal divisão. O trabalho das mulheres devido às qualidades e atribuições vistas naturalmente como femininas e delicadas desde a infância, estabelecidas e designadas às mulheres no âmbito da reprodução social, como atividade não remunerada, são desvalorizadas e desqualificadas, em prol da estrutura patriarcal e burguesa. Porém, é necessário ressaltar que essas atribuições se referem às mulheres brancas, pois as mulheres negras nunca foram vistas como frágeis, sempre realizaram trabalhos pesados conforme Carneiro (2001):

Quando falamos do mito da fragilidade feminina, que justificou historicamente a proteção paternalista dos homens sobre as mulheres, de que mulheres estão falando? Nós, mulheres negras, fazemos parte de um contingente de mulheres, provavelmente majoritário, que nunca reconheceram em si mesmas esse mito, porque nunca fomos tratadas como frágeis. Fazemos parte de um contingente de

mulheres que trabalharam durante séculos como escravas nas lavouras ou nas ruas, como vendedoras, quituteiras, prostitutas...Mulheres que não entenderam nada quando as feministas disseram que as mulheres deveriam ganhar as ruas e trabalhar! Fazemos parte de um contingente de mulheres com identidade de objeto. Ontem, a serviço de frágeis sinhazinhas e de senhores de engenho tarados. Hoje, empregadas domésticas de mulheres liberadas e dondocas, ou de mulatas tipo exportação (CARNEIRO, 2001, 1-2).

Essa relação demonstra as desigualdades entre mulheres brancas e negras. As mulheres negras são atravessadas pela divisão de classes, sexual e racial. A divisão sexual do trabalho é uma forma de diferenciar os gêneros e atribuir a cada um tarefas de acordo com o papel que corresponde diante do binômio homem e mulher, feminino e masculino, em que o trabalho produtivo e reprodutivo das diferentes relações sociais é determinado pelas diferenciações biológicas. “A classificação do gênero a partir da genitália atua como mecanismo de imposição sistemática da identidade de gênero” (NOGUEIRA, 2020, p.59). É importante ressaltar que as mulheres não nascem naturalmente submissas e passivas, mas essas características são incorporadas por uma falsa ideologia que expressa historicamente os interesses da classe dominante.

No que se refere às mulheres e sua construção, Beauvoir (1980) afirma que : “Ninguém nasce mulher: torna-se mulher”, sendo importante ressaltar essa construção social separando a do campo biológico (BEAUVOIR, 1980, v. 2, p. 9). Diante das construções sociais, em torno do gênero, as ideologias e estruturas capitalista-patriarcal-racista e heterossexista, tendem a naturalizar as relações de dominação, exploração, e a condição de subalternidade e subserviência da mulher como algo biológico.

Diante disso, a relação hierárquica estabelecida entre homens e mulheres, expressa as desigualdades existentes, diante da designação dos postos mais precarizados com baixos salários às mulheres, onde não há o reconhecimento da extensão da jornada de trabalho intermitente. Segundo Nogueira (2020, p. 132) “O patriarcado, como o conjunto das relações materiais e simbólicas de gênero, delega mulheres e LGBT à condição de grupos subalternos”

onde realizam o trabalho doméstico e ocupações específicas no cotidiano de trabalho de modo não remunerado, a qual serve a satisfação das necessidades dos membros da família e a responsabilização pelas obrigações de cuidado com a família.

A divisão sexual articulada com as estruturas de dominação, incide nas carreiras, nas qualificações e nos salários entre os sexos, diferenciando o masculino do feminino, enquanto agrega maior valor ao trabalho masculino em detrimento ao feminino, no qual obtém um trabalho relativamente menos remunerado. É importante destacar que, o tipo de

exploração que se efetiva no trabalho doméstico realizado por mulheres e pessoas com características femininas, se diferencia conforme as condições de classe, gênero, raça e sexualidades.

De acordo com essa realidade, as pessoas trans, parte da classe trabalhadora também sofrem e são afetadas pelas contradições do capital na sociabilidade burguesa. O capital não tem interesse na qualificação das pessoas trans no que se referem no âmbito do mercado do trabalho, sendo componentes do exército industrial de reserva, onde o capital se apropria deste para realizar as tarefas/funções mais precárias a baixo custo, com as piores remunerações. “As suas estratégias estão concentradas na própria patologização e mercantilização desses sujeitos, e na sua mão de obra barata” (RIBEIRO, 2018, 3). Ou seja, o capital realiza as estratégias de modo a não planejar políticas e nem garantir direitos às pessoas trans, em prol dos seus interesses relativos ao lucro.

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

A ideologia patriarcal inscreve uma estrutura de poder e dominação masculina, subordinando o feminino, e as identidades que rompem as fronteiras de gênero e sexualidades, operando como determinação social na realidade junto com capitalismo, pois, afinal, “não há, de um lado, a dominação patriarcal e, de outro, a exploração capitalista” (SAFFIOTI, 2004, p. 105; 130).

Além disso, conjuntamente o sistema patriarcal, está presente de forma estrutural, onde fortalece os antagonismos entre as classes sociais e as diferenças que as configuram, como a naturalização da hierarquia entre os sexos e raça, onde a classe trabalhadora irá ser forjada de forma diferenciada nas relações estruturais de dominação, exploração e de desigualdades.

Através da reprodução de desigualdades e opressões das estruturas do sistema patriarcal e capitalista, o machismo e sexismo operam como propulsores ao binarismo, a heteronormatividade e a cisgeneridade, na qual sobre a base dessas ideologias propagadas, a identidade de gênero, expressa nos corpos trans feminino, masculino ou não-binário, ao escapar dos padrões de gênero heteronormativos, sofrem com a transfobia, discriminações, marginalização e violências, nas variadas esferas da sociedade.

Diante disso, tendo em vista que a construção de masculinidade alinhada ao patriarcado, esses causam um impacto direto na vida das pessoas fora desse padrão

construído, onde os corpos identificados como femininos, o campo da subjetividade e sexualidades, são apropriados de modo material na esfera da produção e reprodução da vida social, como um dos efeitos da imposição da masculinidade que se põe como estabelecadora das relações sociais, de acordo com Cisne (2018).

Desse modo, o heterossexismo se estabelece como um parâmetro de controle e poder legitimado pelas estruturas de dominação, como o patriarcado e o capitalismo, que se propagam nas instituições: estado, igreja, e demais espaços, para que a sociedade seja composta pelo binômio homem e mulher cis, dentro dos parâmetros normativos, e fora do campo de identificação LGBTQIA+.

A reprodução e propagação da heterossexualidade se dá por vários mecanismos, como por meio da cultura. Qualquer comportamento que fuja deste padrão é coibido, pois põe em risco a reprodução dos papéis sociais definidos em função de gênero e sexo biológico. Assim, a sexualidade heterossexual imposta, impacta na organização social, sendo um dos pilares das relações patriarcais de gênero (CISNE, 2018).

A heterossexualidade imposta é considerada hegemônica. Em relação a diversidade das sexualidades existentes, a heterossexualidade se estabelece no topo da hierarquia na organização de sexualidades, e ao ser naturalizada e imposta como única forma, em que se torna uma instituição que promove controle sobre os corpos e a sexualidades, que regula as relações de sexo tanto nos espaços públicos quanto nos espaços privados.

É importante ressaltar que diante da sociedade capitalista, há uma ideologia que dificulta associar a heterossexualidade na vivência das pessoas trans, pois além da dificuldade de serem reconhecidas e legitimadas de acordo com a identidade de gênero, essa é suprimida por atrelarem apenas a sexualidades, com base na estigmatização. Ou seja, uma mulher trans poderá ser identificada como gay e um homem trans, como lésbica. Desse modo, o patriarcado incide na desigualdade, exclusão e violência da subjetividade, sexualidade vivenciada pelas pessoas trans.

Com isso, ao se compreender a divisão de classe na sociedade capitalista, necessita-se entender a relação do Sexo, sendo esse [...] fonte de inferiorização social da mulher, passa a interferir, de modo positivo para a atualização da sociedade competitiva, na constituição das classes sociais” (SAFFIOTI, 1979, p. 35). Essa inferiorização pode se atenuar com a questão de racial e sexualidades existentes na vida da pessoa trans.

No que se refere a inferiorização de gênero, de acordo com Cisne (2018) o patriarcado se sustenta articulando bases materiais e simbólicas, como forma típica de “apropriação de

mulheres” e das pessoas que se distanciam do padrão cis hétero, sendo realizado pelos detentores de privilégios não só advindos do patriarcado, como das demais relações de poder político, econômico e estrutural.

Ao se tratar do patriarcado e das formas de dominação políticas, econômicas, sociais ou familiares, é importante destacar que essa estrutura está vigente antes mesmo do capitalismo existir. Com isso, essa estrutura, usufruída principalmente pelos homens do ocidente, que nas relações de poder queriam demonstrar que eram os dominantes, exigiam o controle perante os corpos e vidas das mulheres brancas para que estas mantivessem a castidade e a fidelidade antes do casamento.

Ao se ter “obrigações sexuais”, ou seja, obrigação conjugal, destaca-se que essa é uma forte expressão do patriarcado heterossexual, que retrata a persistência da dominação masculina sob a feminina como uma propriedade subserviente ao mesmo.

O patriarcado encontra-se, portanto, estruturado por uma lógica heterossexista, relacionado à apropriação masculina sobre o corpo e o modo de ser da mulher, na medida em que legitimou a possibilidade de o homem “impor à mulher um grande número de gravidezes a fim de gerar mão de obra abundante em seu próprio benefício (CISNE, 2018, p. 44).

O patriarcado, atreladas ao padrão cis heterossexual, se reflete, no interior da família, em que a relação de predomínio do homem sobre a mulher se expressa na procriação de filhos herdeiros, e a certeza da paternidade para o repasse de bens e propriedade (CISNE, 2018). Diante disso, o patriarcado incide no âmbito da relação monogâmica e família patriarcal, em que demarca na história a forma de escravização de um sexo pelo outro, de acordo com Engels (1884).

A família patriarcal monogâmica atende aos interesses da burguesia, no aspecto ideológico e material, contribuindo no sistema capitalista para a manutenção do Estado e outras instituições que mantêm a divisão desigual e acumulação de riqueza. Nas palavras de Saffioti (2004) “as relações patriarcais, suas hierarquias, sua estrutura de poder contamina toda a sociedade, o direito patriarcal perpassa não apenas a sociedade civil, mas impregna também o Estado”(SAFFIOTI, 2004, p. 127).

Em contramão das relações monogâmicas e o cumprimento das obrigações sexuais mediante o casamento, na realidade brasileira no período colonial escravista, é importante destacar como o patriarcado se refletia em relação às mulheres negras escravizadas.

Do jovem ao adulto branco da elite colonizadora, a usurpação do corpo de mulheres indígenas e negras instaurava uma “cultura do estupro”, que atuava para naturalizar o estupro dentro de uma sociabilidade em que essa prática se torna algo recorrente e tolerado, seja dentro do matrimônio, seja fora dele, ao mesmo tempo que criava um mecanismo que podia ser mobilizado para a

imposição do heterossexismo. [...] Aos negros e negras escravizados/as também era negada a construção de um modelo de família similar aos colonizadores (organizado no primado das relações de propriedade, herança, dote etc.). (NOGUEIRA, 2020, 93-94)

Isso demonstra as diferenças estabelecidas para além das hierarquias de sexo, como a divisão racial. A estrutura familiar patriarcal nessa sociabilidade atende ao capitalismo, pois serve para ampliar a acumulação privada de riqueza social onde perpetua a opressão contra a mulher cis hétero, na qual reproduz novas gerações de massas trabalhadoras, além de perpetuar a divisão desigual em decorrência de uma geração à outra, através da herança.

Para uma sociedade onde a família patriarcal é um elemento essencial de sua sustentação, é fundamental manter a sexualidade associada à reprodução e restrita a um padrão que corresponde a este papel, negando aos indivíduos, homens e mulheres o direito de desenvolver relações afetivas e sexuais que não se enquadrem ao utilitarismo a que a burguesia reduz as relações pessoais (GODINHO, VINTEUIL; OLIVARES, 1989 p.41)

Diante disso, de acordo com Mészáros (2002), a família permanece ocupando “uma posição de importância essencial na reprodução do próprio sistema do capital” e o autor também afirma que a respeito da família “ela é seu ‘microcosmo’ insubstituível de reprodução e consumo”, na qual garante a perpetuação da propriedade privada bem como a sua distribuição desigual (MÉSZÁROS, 2002, p. 278).

Além da propriedade privada, a família patriarcal pode continuar com outras instituições perpetuando costumes, culturas e ideologias. Como nos alerta Mészáros (2002), a família nuclear “não deixa de ser profundamente autoritária devido às funções que lhe são atribuídas num sistema de controle metabólico dominado pelo capital que determina a orientação de indivíduos particulares por meio de seu sistema incontestável de valores” (MÉSZÁROS, 2002, p.271).

A idealização da família patriarcal, máscara o conservadorismo, a internalização de valores burgueses que reproduzem desigualdades, autoridade, hierarquia, preconceitos e funções sexistas. A estrutura patriarcal conforma os papéis sociais estabelecidos, incide na restrição da sexualidade da mulher e controle do sexo não reprodutivo, a qual o patriarcado impõe a heterossexualidade (CISNE, 2018).

Destaca-se, com isso, a reafirmação da masculinidade por meio do sistema patriarcal na sociedade capitalista, e suas formas de dominação violentas, que demonstram a relação de poder exclusivo que se expressa nos corpos, subjetividade, sexualidade, e na

instituição da família, contra a mulher e as diversidades situadas no movimento LGBTQIA+.

Na sociabilidade estabelecida no sistema capitalista, a divisão racial e sexual, na qual permeia os arranjos familiares, tem efeitos distintos para diferentes grupos da classe trabalhadora, onde se estabelece assimetrias entre os corpos e subjetividades dos homens e mulheres, brancos e negras (os), cis e trans. Com o reforço da reprodução de uma relação machista e heterossexista, produto das relações concretas, se refletem em subdivisões desiguais também em identidades de gênero como: travestis, transexuais e transgêneros binários e não binários.

As responsabilidades designadas nas diferentes relações de classe e gênero, incitam a determinadas ocupações na sociedade enquanto bloqueiam ou dificultam o acesso a outras. Na perpetuação das desigualdades de gênero, e as hierarquias de sexo, é importante compreender que são as construções sócio históricas que determinam tais relações, e que não advém de questões naturais e biológicas presentes na “essência” masculina ou feminina.

A divisão sexual do trabalho doméstico torna a exploração da mão de obra feminina mais aguda, implicando no menor acesso, a tempo livre e acesso a um salário. Essa divisão, além de restringir a ocupação de outros espaços (principalmente espaços de poder) diminui a possibilidade de participação social e política.

O trabalho político exige uma rotina que contrasta com as expectativas impostas sobre as mulheres e pessoas com características femininas, devido à recorrente naturalização das competências e habilidades, os cuidados dos filhos, da família e a responsabilidade cotidiana pela vida doméstica. Ou seja, quanto mais as mulheres estiverem envolvidas com o trabalho doméstico cotidiano, irão acessar menos espaços e menos instrumentos que se dispõem para politizar e demonstrar as desvantagens que vivenciam diante das relações de hierarquias estruturadas (ALAGOANO, 2016).

Nesse sentido, há que considerar que as relações patriarcais de gênero no MPC são relevantes em relação às pessoas trans, pois estão inscritas nas relações sociais desumanizadas, alienadas, mercadorizadas e coisificadas. Essas questões perpassam os âmbitos da sociedade burguesa, para além do mercado de trabalho. As contradições de classe, as divisões raciais e sexuais, e o patriarcado, também se expressa nas formulações de políticas e direitos, sendo majoritariamente realizadas pela classe dominante que ocupa os espaços de poder.

Destaca-se que as pessoas trans também sofrem com as relações de gênero, expressas pelos impactos da divisão sexual do trabalho e das estruturas patriarcais, de classe e raça. Apesar de serem parte da classe trabalhadora, sofrem de formas diferentes os impactos das desigualdades reproduzidas no MPC. As desigualdades e hierarquias existentes entre os gêneros nos permite compreender os rebatimentos das expressões da “questão social”¹⁰ em diversos âmbitos, que se expressam na esfera pública e privada, e que atingem as pessoas para além do binômio homem e mulher cis, branco e héteros. O sexo, a sexualidade e orientação e/ou identidade sexual são componentes da divisão sexual (CISNE, 2018). Assim, todos os componentes presentes na divisão sexual do trabalho atingem diretamente as pessoas trans e impactará na divisão social do trabalho em que essas se inserem.

2.2. A DISCUSSÃO DA PESSOA TRANS E AS RELAÇÕES DE GÊNERO

Para dar continuidade a respeito da configuração das relações de gênero em torno pessoas trans, fez-se o percurso de ante, compreender o conceito da categoria gênero, bem como a presença desse debate no feminismo, sobre a diversidade sexual e também da identidade de gênero.

É importante destacar que o conceito de gênero passou por diversas reformulações, travando o debate entre gênero e sexo. Assim, esse conceito trouxe à tona a crítica em torno da categoria sexo, atrelada como “determinismo biológico”, vista como um conceito da ciência e tecnologia sexista, onde a biologia e a medicina justificavam as diferenças de capacidades intelectuais entre homens e mulheres em torno das diferenças físicas, genéticas e biológicas.

Com isso, designava o campo da reprodução, ao feminino, bem como as fragilidades e tarefas domésticas, e a força física e domínio dos instrumentos ao masculino, com base na observação e diferenciação do corpo e órgãos sexuais. “Esses princípios podem ser aplicados graças a um processo específico de legitimação, a ideologia naturalista, que empurra o gênero para o sexo biológico, reduz as práticas sociais a papéis sociais sexuais, os quais remetem ao destino natural da espécie” (KERGOAT, 1987, p. 56).

¹⁰ Por “questão social”, entende-se pelo pauperismo e desigualdades sociais engendradas pelo capitalismo a partir da terceira década do século XIX. Esse pauperismo se deu mediante a lei geral de acumulação, onde se expressa a polarização de riqueza/pobreza (NETTO & BRAZ, 2006).

A respeito da categoria gênero, a década de 1960 foi um marco em vários países do mundo, no que se refere ao surgimento de movimentos sociais, no qual diante de organizações coletivas efetuaram reivindicações socioculturais relacionadas à sexualidade pelo reconhecimento e conquista de direitos, como o movimento feminista.

Em cada momento da história as mulheres reivindicam pautas e direitos específicos. No Brasil o na década de 1960, a partir de 1964, deu se início a ditadura engendrada pela autocracia burguesa, onde as mulheres passaram a integrar a luta contra a ditadura, sendo fortes protagonistas do movimento pela anistia, onde muitas foram presas e torturadas, até de forma sexual (CISNE, 2015). Esse período demarcou a emergência destas como sujeitos políticos.

Os anos de 1970 marcam os movimentos feministas pelo reconhecimento de que a reivindicação da igualdade é impossível em um sistema patriarcal. Esses anos, que prolongam o movimento de contracultura dos anos 1960, sublinham a luta dos movimentos de liberação das mulheres, não apenas na reivindicação de novos direitos, mas de questionamento do domínio político. Daí decorre a afirmação “o privado é político”. Ainda nesses anos, o feminismo passa a negar o direito dos homens em falar em nome das mulheres (CISNE, 2015, p. 110).

Os estudos acerca de gênero despontaram, em 1970, atrelados e sob a influência da segunda onda do movimento feminista. Por volta da década de 1970 e 1980, vários campos passaram a discutir os paradigmas em torno do gênero, onde em meio a esse contexto, o debate político e científico das diferenças de sexo/gênero explodiram nas literaturas de psicólogos e sociólogos em meado dos anos 1970 e 1980 nos Estados Unidos. O gênero, segundo Scott (1995):

[...] refere-se a construção de atitudes expectativas e comportamentos, tendo por base o que determina a sociedade define como seus valores. Aprendemos a ser homens e mulheres pela ação da família, da escola de grupos de amigos, das instituições religiosas, do espaço de trabalho, dos meios de comunicação [...]. Gênero diz respeito também ao modo como lidamos ao longo da história e de forma diversa em diferentes culturas, com o poder nas relações interpessoais, hierarquizando e valorizando o masculino em detrimento do feminino (SCOTT, 1995, p. 74).

Esse conceito, atrelado ao pensamento reformista, veio como uma forma de desnaturalizar as desigualdades entre homens e mulheres, além de se referir a respeito da construção social do masculino e feminino. Diante um contexto de mudança econômica, de desemprego foi um momento propício para considerar os direitos de mulheres de modo que a garantia de tais direitos pudesse servir aos interesses de manutenção da supremacia branca, na qual não pautava a mudança de uma estrutura sistêmica, e sim do patriarcado e do sexismo.

As linhas de pensamentos do movimento feminista começaram a fragmentar quando o pensamento reformista basicamente demandava direitos iguais para as mulheres dentro da existente estrutura de classes, com uma equiparação entre homens e mulheres no mercado de trabalho, ofuscando assim as fundações radicais na qual visavam trazer um fim ao patriarcado e ao sexismo.

Assim, a classe dominante contribuiu para apagar o pensamento feminista revolucionário, conforme o movimento feminista progrediu e grupos privilegiados de mulheres brancas, com boa educação, começaram a ganhar mais “liberdade” em relação a dominação masculina através do mercado de trabalho, ganhando mais autonomia em seus estilos de vida, por meio do aumento do poder econômico dentro da estrutura social existente (hooks, 2014).

Com isso, entende-se que o feminismo branco e reformista permitiu que o patriarcado branco se potencializasse, quando obteve maior poder econômico junto aos homens de sua classe. Assim, os homens héteros, em sua condição de privilégio, continuaram não realizando as tarefas domésticas, onde a questão da liberdade favoreceu as mulheres privilegiadas e colaborou para a manutenção da subordinação das mulheres pobres da classe trabalhadora, em que trabalhavam muito e ganhavam pouco.

Diante disso, ao retomar ao uso do conceito gênero, esse em relação aos estudos feministas, historicamente esteve mais presente ao âmbito acadêmico e científico, com “um caráter mais neutro, menos ofensivo, ou seja, mais polido ao gosto das instituições multilaterais e governamentais” (CISNE, 2014, p.65). Por isso, conseguiram uma maior difusão e aceitação nas “universidades”, e mais ainda nas administrações públicas ou nas instituições internacionais.

Para Cisne (2012), às questões de gênero estão para além das distinções, onde o gênero também demonstra as relações entre homens e mulheres.

O conceito de gênero veio também no sentido de analisar de maneira relacional a subordinação da mulher ao homem, ou seja, os estudos sobre as mulheres não deveriam apenas limitar-se a categoria mulher, mas esta deve sempre ser analisada de forma relacional ao homem. Portanto o gênero se constitui como uma categoria relacional (CISNE, 2012, p.78).

Conforme visto, o gênero pode ser uma categoria de vastos conceitos. De acordo com Cisne (2012) é necessário analisar a categoria gênero a partir da contradição capital/trabalho, como também a partir das classes que a determinam, pois ela seria o foco das desigualdades sociais.

Ao longo dos movimentos em torno da liberdade sexual, esse também passou a ocupar o campo da diversidade sexual. A sigla do movimento LGBTQIA+ possui distinção identitária, sendo identidade sexual LGB (lésbicas, Gays e Bissexuais) e no que se refere a sigla T (travestis, transexuais e transgêneros), sendo essa uma identidade de gênero.

No que se refere ao conceito de travestilidade¹¹, esses se divergem. De acordo com Jesus (2012) às travestis nascem com o sexo biológico masculino mas assumem cotidianamente comportamentos femininos, mas pode não se reconhecerem como homem ou mulher. O termo travesti e já foi historicamente vinculado à imagem marginalidade, de violência, e prostituição, sendo uma identidade que se refere a pessoa que é transgressora do padrão binário entre homens e mulheres (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Aqui no Brasil e em boa parte do mundo, acostumou-se a lidar somente com o homem e a mulher. Sendo assim, qualquer coisa que fuja desse binarismo é olhado com preconceito e com discriminação. Como as travestis rompem com o muro entre o masculino e feminino, são colocadas sempre à margem da sociedade [...] o movimento organizado compreendeu que era preciso tirar o estigma desses termos e afirmar o seu lado positivo. Por isso, resolveu adotar o termo travesti como uma afirmação dessa identidade e, a partir dela, encontrar exemplos positivos para que a sociedade pudesse perceber que essa população é igual às demais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, p. 10-11)

Em torno da diversidade sexual e de gênero, existe a distinção a respeito dessas identidades. O primeiro se refere a forma que a pessoa se identifica e se reconhece para além do binômio homem e mulher, o que corresponde a identificação com determinado gênero, a qual pode corresponder ou não com o sexo atribuído após o nascimento.

[...]a diversidade de gênero é o termo no qual permite “abranger um leque identitário para além do binômio homem e mulher, contemplando outras mulheridades e homenzidades, como pessoas travestis, transexuais, transgêneros, não binárias e aquelas que [...] simplesmente seguem suas vidas no contrafluxo do pertencimento de gênero que foi imposto a elas no momento em que nasceram, sem se autoidentificarem a nenhuma destas categorias” (ALMEIDA, 2015, p. 2 *apud* MARINHO, 2018, p.603).

A palavra ”Trans” é um termo guarda-chuva que se abrange as identidades Transgêneros, Transexuais, e Travestis, que não são cisgêneras (JESUS, J, 2012). A cisgeneridade, se refere aos comportamentos e/ou papéis esperados do gênero que lhes foi determinado desde o nascimento, ou seja, de acordo com o termo Trans tem o significado

¹¹ O termo travestilidade se refere a identidade de gênero travesti. Passou a ser utilizada como “uma proposta que contempla a “multiplicidade de possibilidades” entre as mais variáveis experiências e modos de vida de travestis, o termo travestilidade tenta não engessá-las em concepções generalistas, levando em consideração suas processualidades e diferentes formas de existência (AMARAL, *et. al*, 2014, p.303).

de “mudança e trânsito”, de acordo com o seu prefixo e origem etimológica e “Cis” é o que se mantém, ou seja, não muda.

De acordo com o Ministério da Saúde (2016, p. 4), a “Expressão de uma identidade construída a partir de como a pessoa se reconhece e/ou se apresenta, que pode corresponder ou não ao seu corpo biológico”.

No que se refere às definições de identidade de gênero de homens e mulheres Trans, e a orientação sexual destes, o Ministério da Saúde (2016) traz a definição que,

Mulheres transexuais: são mulheres que não se identificam com seus genitais biológicos masculinos, nem com suas atribuições socioculturais e, em alguns casos, podem, através de modificações corporais (hormonioterapia e/ou cirurgia de redesignação sexual), exercer sua identidade de gênero feminina de acordo com seu bem-estar biopsicossocial. Identificam-se como mulheres (identidade de gênero) e podem ser heterossexuais, homossexuais e bissexuais (orientação sexual). Homens trans: são homens que não se identificam com seus genitais biológicos femininos, nem com suas atribuições socioculturais e, em alguns casos podem, através de modificações corporais (hormonioterapia e/ou cirurgia de redesignação sexual), exercer sua identidade de gênero masculina de acordo com seu bem-estar biopsicossocial. Identificam-se como homens (identidade de gênero) e podem ser heterossexuais, homossexuais e bissexuais (orientação sexual) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016, p. 5-6).

A identidade sexual se refere às sexualidades, sendo a forma como a pessoa se relaciona de forma afetiva e sexual, ou seja, a orientação sexual. Em torno da expressão de gênero, em que se coloca como a forma que se expressa o gênero de acordo com os papéis atribuídos, onde são demonstrados através da maneira que se veste, se comporta e interage. Dentro dessas expressões, existe a dualidade entre masculinidade, feminilidade e *queer* (esse termo serve para descrever sua identidade e/ou expressão de gênero). A masculinidade é atribuída de acordo com as expressões ligadas ao homem, feminilidades são ligadas a mulher, em que há uma leitura em que tenta enquadrar ambos dentro das exigências hegemônicas (JESUS, J, 2012).

Há uma inter-relação entre sexualidade e gênero, em que os padrões de gênero, suas hierarquias e sua base ideológica patriarcal-capitalista incidem sobre a sexualidade, onde se “Tem importância o exame do nó patriarcado-capitalismo-racismo para o debate das identidades trans, afinal, pessoas travestis, mulheres transexuais e homens transexuais também são alvo da ideologia patriarcal, a qual cobre o tecido social” (MARINHO, 2018, p. 607).

Se com relação a sexualidade existe uma imposição da qual seria considerada hegemônica, como a heterossexualidade, é importante ressaltar que há uma dificuldade maior nesse tipo de desconstrução, principalmente com relação aos corpos de pessoas

trans, que não são reconhecidos de acordo com a identidade de gênero na qual se identificam, e que o preconceito pode se agravar de acordo com a orientação sexual. De acordo com Cisne (2015) é importante ressaltar que,

No interior do campo dos “transgressores” da heterossexualidade, existem desigualdades e preconceitos mais acentuados para alguns, como, por exemplo, para os trans. Isso impacta diretamente na desigualdade no mundo do trabalho, posto que esses sujeitos, assim como as mulheres, estão mais expostos aos trabalhos precarizados. Apesar de reconhecermos a multiplicidade dos sujeitos inseridos em uma mesma classe, não queremos isolá-los em suas “identidades”. Ao contrário, precisamos perceber o sujeito classe trabalhadora, em sua totalidade, o que exige desvelar suas particularidades e singularidades. A classe como determinação central não pode secundarizar os demais elementos estruturadores desse sujeito, da mesma forma que tais elementos não podem subtrair a classe. Daí nossa insistência em perceber as relações entre classe, “raça”/etnia e as “relações sociais de sexo” como uma unidade dialética que determina o sujeito totalizante: a classe trabalhadora (CISNE, 2015, p. 28-29).

Existe a dificuldade de compreensão na distinção de gênero e sexualidade, que por vezes relacionada a pessoas trans a só um tipo de sexualidade, sendo necessários reforçar que estes por sua vez, possuem diferentes orientações sexuais, podendo ser: heterossexuais, bissexuais, homossexuais, pansexuais e assexuais.

Em torno dessas das orientações sexuais existentes, a heterossexualidade se estabelece no topo da hierarquia na organização de sexualidades. Ao ser naturalizada e imposta como única forma, em que se torna uma instituição que promove controle sobre os corpos e a sexualidades, na qual regula as relações de sexo tanto nos espaços públicos quanto nos espaços privados. A respeito da sexualidade heterossexual Rubin (1998) esclarece:

[...] a sexualidade que é ‘boa’, ‘normal’, e ‘natural’ deve ser idealmente heterossexual, marital, monogâmica, reprodutiva e não comercial. Deveria ser em casal, relacional, na mesma geração e acontecer em casa. Não deveria envolver pornografia, objetos fetichistas, brinquedos sexuais de qualquer tipo, ou outros papéis que não o masculino e feminino. Qualquer sexo que viole as regras é ‘mau’, anormal ou ‘não natural’. O sexo mau pode ser homossexual, fora do casamento, promíscuo, não procriativo ou comercial. Pode ser masturbatório ou se localizar em orgias, pode ser casual, pode cruzar linhas geracionais, e pode se localizar em lugares ‘públicos’, ou ao menos em moitas e saunas. Pode envolver o uso de pornografia, objetos fetichistas, brinquedos sexuais, ou papéis pouco usuais (RUBIN, 1998, p.17-18).

Ao se tratar dos padrões de gênero e sexualidade, existe por trás o preconceito e discriminação, na qual é consubstanciado pelas ideologias sexista, patriarcal e pela dominação-exploração capitalista que normatizam a sexualidade e o gênero como uma unidade. Com isso, são reproduzidas diversas formas de discriminação, opressão e LGBTfobia¹² no mundo capitalista, em que se materializa em formas específicas de

12 No dia 13 de junho de 2019, a LGBTfobia se tornou crime no Brasil. “os LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros) se constituíram, rapidamente, em uma das populações que mais sofrem violações

opressão como homofobia, lesbofobia, bifobia, transfobia, intersexofobia, entre outras (GONZAGA e GALLAS, 2019).

“Em razão da discriminação e da violência contra a identidade de gênero, a população de travestis e transexuais é excluída de diversos espaços, como o do mercado de trabalho” (RIBEIRO, 2018, p.10). Além da exclusão no mercado de trabalho, as pessoas trans sofrem com as desigualdades sociais de atendimento e acesso aos espaços públicos e no âmbito do acesso e atendimento às políticas sociais de saúde.

Em relação às desigualdades e exclusão, nota-se que desde cedo ao se reafirmar a identidade de gênero, as pessoas trans são expulsas/os da instituição família, escola e dos demais espaços, sendo impostas à margem da sociedade. Assim, sendo as pessoas trans parte da classe trabalhadora, na qual sofrem o acirramento e antagonismo de classe.

Porém, mesmo sendo componentes da classe trabalhadora sentem de modo diferentes as refrações das desigualdades sociais, pois são impelidas às profundas condições de subalternização e desigualdades, que ampliam a vulnerabilidade dessas pessoas. Isso tem um forte impacto na saúde mental e física das pessoas trans.

Ao se tratar de vulnerabilidade, e impactos da “questão social”, é importante destacar o atual contexto da pandemia de covid-19 para as pessoas trans.

A maior parte da população Trans no país vive em condições de miséria e exclusão social, sem acesso à educação, saúde, qualificação profissional, oportunidade de inclusão no mercado de trabalho formal e políticas públicas que considerem suas demandas específicas. Mas não só: o que era ruim piorou ainda mais neste ano, com a eleição de um governo que é explicitamente transfóbico por ideologia. (BENEVIDES; NOGUEIRA, 2019 *apud* ANTRA, 2020, p. 7).

Segundo a Antra (2020) diante de um contexto tão desigual e emergente de crise sanitária, 70% das pessoas trans não conseguiram acesso às políticas emergenciais do Estado “devido à precarização histórica de suas vidas, chegando a terem perda significativa em suas rendas. Assim, não resta outra opção, a não ser continuar o trabalho nas ruas, impondo que tal grupo se exponha ao vírus em todas as fases da pandemia” (ANTRA, 2020, p.8).

Quando atribuímos a questão racial, percebe-se que as expressões da “questão social” se aprofundam em relação às desigualdades enfrentadas pelas pessoas trans em relação aos acessos aos espaços, onde quase não há o efeito e viabilização de acesso às políticas existentes que atende as suas especificidades. “Há, em grande medida, ausência

em seus direitos humanos no Brasil. Muitas dessas violações aos direitos atendem pela rubrica LGBTfobia, que pode ser considerada no sentido de qualquer manifestação hostil, física, psicológica, social ou institucional praticada contra pessoas que apresentem divergência com a norma heterossexual” (GONZAGA e GALLAS, 2019, p.282).

e/ou alcance limitado de uma legislação que garanta direitos e que possibilite o exercício pleno da cidadania de tal população” (RIBEIRO, 2018, 13).

Tendo em vista a falta de iniciativa do Estado em relação a ampliação de políticas públicas, onde as saídas neoliberais acarretam da responsabilização do terceiro setor para atender determinadas demandas, ressalta-se que,

[...]a questão social tornam-se objetos de ações filantrópicas e de benemerência, que acompanham a mais ampla privatização da política social pública, cuja implementação passa a ser delegada a organismos privados da sociedade civil, o Terceiro Setor. Destaca-se algumas ações nas políticas públicas a nível estadual ou municipal, mas nada de alcance nacional (IAMAMOTO, 2015, apud RIBEIRO, 2018, pg. 13).

Desse modo, o Estado cumpre o papel de manutenção da classe dominante em prol dos seus interesses, sem promover medidas e ações que contribuam para a qualidade de vida das pessoas trans. É notável a indissociabilidade da estrutura capitalista-racista-patriarcal, que demonstra que os impactos da exploração e dominação na classe trabalhadora nos segmentos e grupos mais atingidos, que são pessoas negras, mulheres, jovens, e LGBTs, sendo as pessoas Trans de modo específico.

Diante disso, é necessário compreender as particularidades e diferenças dos sujeitos que compõem essa classe e como o capital se apropria das mesmas para gerar mais lucro. Os principais conceitos apresentados, estão presentes no debate dos movimentos feministas e no movimento LGBTQ+, onde as categorias: gênero, relações sociais de sexo, divisão sexual do trabalho e patriarcado, são fundamentais para a análise do processo transexualizador no SUS. Desse modo, torna-se necessário, identificar os movimentos históricos, a organização política das pessoas Trans, para analisar a respeito dos avanços e limites conquistados no SUS que garanta o acesso e direitos a essas pessoas.

3. CAPÍTULO 2 - “O SUS É VIDA” - NEM FILANTROPIA, MUITO MENOS MERCADORIA: A POLÍTICA DE SAÚDE COMO BEM PÚBLICO NO BRASIL

Neste capítulo apresento o desenvolvimento da política de saúde no país bem como a sua implementação voltada para o atendimento de todo indivíduo que a ela recorre. No entanto, o enfoque que se segue nesse capítulo, é o acesso das pessoas trans, pois, há em curso, um processo vigente de estabelecer a “Atenção Especializada no processo Transexualizador do SUS”. Para tanto, torna-se necessário identificar o processo

histórico que incide no contexto atual em relação à garantia dessa política para as pessoas trans. Esse capítulo foi organizado em eixos onde o primeiro se refere ao contexto da política de saúde perpassando o desenvolvimento até a CF 1988 onde estabelece o SUS; no segundo momento, trouxemos os direitos das pessoas trans na saúde e no terceiro momento a própria implementação de políticas neoliberais, que aprofundou a focalização e precariedade em termos de acesso até na prevenção e atenção básica as pessoas trans.

3.1 A Saúde Pública do Brasil: breve resgate dos avanços, perspectivas e limites

No Brasil, durante muitos anos, a atenção à saúde era baseada na filantropia e prática liberal. Apenas em inícios do século XX é que teremos a efetivação de políticas de saúde por parte do estado (BRAVO, 2006). Isso demonstra que segmentos importantes da sociedade brasileira não tinham acesso à saúde, o recurso existente para atender a maior parte população pobre diante de alguma enfermidade, se dava de maneira informal com o auxílio de pajés, benzedadeiras, curandeiros e boticários.

Com base na formação social e histórica brasileira, e sua condição de dependência, havia uma divisão entre grupos dominantes e dominados no Brasil Colônia. Os colonizadores europeus se consideravam como civilizados, superiores e livres, em que denominavam a condição de estágio primitivo de desenvolvimento e inferioridade, dos povos africanos e indígenas.

Os indígenas, desenvolviam doenças e morbidades próprias das suas vivências, hábitos e interação com o meio, todavia, por ter domínio tanto da fauna quanto da flora, às combatiam por meio de ritos e plantas da flora local, porém houve uma grande mortalidade indígena, por estarem isolados e não terem desenvolvido imunidade diante de vírus e doenças advindas de povos de outros continentes. Após a colonização do Brasil, devido às doenças trazidas pelos europeus, através de doenças que causaram epidemias, que tinha como ponto de partida portos e locais comerciais, os indígenas e africanos¹³escravizados foram dizimados aos poucos, concomitantemente com a imposição da

13 Segundo COGGIOLA (2009) “A população da ‘África negra’ era, no século XIX, de três a quatro vezes menor do que no século XVI. A conquista colonial capitalista (com uso de artilharia contra, no máximo, fuzis coloniais), o trabalho forçado multiforme e generalizado, a repressão das numerosas revoltas por meio do ferro e do fogo, a subalimentação, as diversas doenças locais, as doenças importadas e a continuação do tráfico negreiro oriental, reduziram ainda mais a população, que baixou para quase um terço” (COGGIOLA, 2009, p.118).

cultura eurocêntrica, por meio do uso da violência e exploração dos povos (GURGEL, 2010).

Assim, no que se refere às formas de acesso à saúde para maior parte da população considerada como subalterna, até o início do século XX, cada indivíduo se responsabilizava pelos cuidados de acordo com sua cultura, ou seja, a saúde não era uma questão pública, sendo negligenciada, com a conivência dos governantes. Com isso, as iniciativas em torno da saúde, ocorreram após um longo período da história, sendo a princípio através da corte portuguesa, com o intuito de beneficiar apenas a elite contra o contágio de doenças, para assegurar a propriedade privada, e continuar propagando através de gerações o legado das tradições da família. No segundo momento, a saúde também serviu como uma ferramenta em prol da economia para efetivar o lucro, assegurando que as pessoas subordinadas pudessem ter um mínimo de saúde, a fim de se manterem maior de tempos vivas sendo exploradas trabalhando.

Com a Independência do Brasil (1822) e consolidação do estado burguês, desenvolveu-se o direito burguês que privilegia a classe dominante, regula e consolida as relações capitalistas e realiza por alguns meios a dominação da classe trabalhadora. Esses aspectos irão embasar os princípios da política de saúde no Brasil.

A questão do direito à saúde reporta a primeira Constituição do Brasil, conhecida como “Constituição Imperial de 1824”, que se fez nos moldes das declarações de europeias e americanas e estabeleceu o direito à saúde a todos os cidadãos (BRASIL, 1824, artigo 179, XXXI) assegurava que as cadeias deveriam ser limpas e bem arejadas, havendo diversas casas para a separação dos réus, conforme suas circunstâncias e natureza de seus crimes (BRASIL, artigo 179, XXI).

Isso denota a questão do direito burguês, pautado na propriedade privada e nos interesses da classe dominante, segundo a Constituição Imperial, em seu artigo 179, *in verbis*: “A inviolabilidade dos Direitos Cívicos e Políticos dos Cidadãos Brasileiros, que tem por base a liberdade, a segurança individual, e a propriedade, é garantida pela Constituição do Império”. No campo dos direitos sociais, assegurava a igualdade de todos perante a lei (artigo 179, XIII); liberdade de trabalho (artigo 179, XXIV); e, instrução primária gratuita (artigo 179, XXXII).

Com isso, é importante pautar que a colonização e o regime escravocrata ocorreram entre o século XVI e XIX no Brasil. Mesmo com a constituição de 1824, essa não contemplava a todos no campo dos direitos, até porque não havia sido realizada a

abolição. A escravidão foi uma instituição integrante do sistema colonial característico da fase de acumulação primitiva e mercantil do capital em que,

[...] auxilia-nos a reflexão fundadora de Caio Prado Jr. (1991), que destacou o sentido da colonização no Brasil, se delinea a partir da intrincada e complexa articulação da dinâmica do mercado mundial com os movimentos internos da economia e sociedade brasileiras. O processo de colonização entre os séculos XVI e XIX, na sua interpretação, serviu à acumulação originária de capital nos países centrais (BEHRING E BOSCHETTI, 2011, pg. 72)

A continuidade do processo de escravidão excluiu os escravizados aos direitos, principalmente, relacionados à saúde. Estes tinham baixa expectativa de vida, o que agravava com a exposição a enfermidades. Em 1846, a vacina no país se tornou obrigatória, porém os escravizados não tinham o direito de ser vacinados. Em 1850, deu-se o estabelecimento da Lei da Junta Central de Higiene Pública, onde a criação do Instituto Vacínico do Império e instauração das juntas municipais (que deveriam se responsabilizar pelas atribuições sanitárias) vincularam os serviços de saúde à câmara.

A abolição no país ocorreu de forma lenta e gradual, dentro de um padrão de economia “constituída e estabilizada momentaneamente nossa sociedade em moldes destinados exclusivamente a produzir gêneros exportáveis — no nosso caso particular o açúcar — apoiada socialmente nos donos de terras, os grandes latifundiários” (MOURA, 1981, p.32).

Posteriormente a substituição da mão de obra escrava pela livre, através da venda de força de trabalho assalariada, em detrimento da utilização da mão de obra do negro, foi repleto de contradições, ocorrendo num país onde era predominantemente agrário, desde a colonização até o início do século XX.

As classes dominantes dos países de capitalismo central, como a Inglaterra, pressionaram o Brasil para realizar a abolição da escravidão em 1888, com intuito da emergência da expansão do capitalismo, para uma abrangência do mercado internacional, no qual se expressa o lócus da introdução do capitalismo dependente.

Assim, a inserção do país na divisão internacional do trabalho passou a determinar a sua condição de dependência e parceira subordinada aos países de capitalismo central. Isso ocorre pelo papel que eles exercem dentro dessa organização econômica mundial a esses países centrais, no qual determinará o seu local dentro do capitalismo mundial. “É a partir de então que se configura a dependência, entendida como uma relação de subordinação entre nações formalmente independentes, em cujo marco as relações de

produção das nações subordinadas são modificadas ou recriadas para assegurar a reprodução ampliada da dependência “(MARINI, 2005, p. 04).

Desta forma, o desenvolvimento político, econômico, social e cultural está subordinado à dependência, que garante a dominação das potências imperialistas. Conforme Fernandes (2005):

[...] as nações hegemônicas exportam suas ideologias e utopias [...] as utopias das nações hegemônicas são também a ideologia das classes dominantes das nações dependentes. Contudo, é preciso levar-se em conta que isso ocorre dentro de uma linha que responde a novas condições econômicas, histórico-sociais e políticas. As nações capitalistas dependentes não possuem as mesmas potencialidades que as nações capitalistas hegemônicas[...] As burguesias da periferia sofrem, desse modo, uma oscilação ideológica e utópica, condicionada e orientada de fora (FERNANDES, 2005, p. 366-367).

Em meio a esse contexto, impulsionando o desenvolvimento da modernização econômica, a exportação de bens primários no período desenvolvimento da economia agro-exportadora se caracterizou como um problema frente ao desenvolvimento econômico dos países de capitalismo periférico. A efetiva implementação neoliberal de desenvolvimento ocorreu de forma pioneira e concentrada, na qual aprofundou a situação de dependência das economias latino-americanas, cuja pauta de exportações predominava as commodities e/ou produtos industriais de baixo valor agregado (FERNANDES, 2005).

Haja vista, que os produtos alimentícios foram fornecidos pelos países periféricos a preços inferiores dos países centrais, em especial após a Segunda Guerra Mundial, em que as máquinas burguesas do setor industrial penetraram na América Latina como investimento de capital. Assim, em vez de identificar uma forma de compensar a perda do lucro e o desequilíbrio entre os preços de suas bases, realiza-se o intercâmbio desigual das burguesias envolvidas, em que Marini (2005) identifica como “troca desigual”.

[...] o mero fato de que umas produzam bens que as outras não produzem, ou não o fazem com a mesma facilidade, permite que as primeiras iludam a lei do valor, isto é, vendam seus produtos a preços superiores a seu valor, configurando assim uma troca desigual. Isso implica que as nações desfavorecidas devem ceder gratuitamente parte do valor que produzem, e que essa cessão ou transferência seja acentuada em favor daquele país que lhes venda mercadorias a um preço de produção mais baixo, em virtude de sua maior produtividade. (MARINI, 2005, p.19)

A diferença expressa entre os países periféricos e países centrais, se dá no modo que a classe dominante burguesa latino-americana, compensa a desigualdade através de modificações nos mecanismos de produção interna. Assim, ao invés de corrigir a perda,

para compensar o déficit, o fez por meio de três mecanismos como: intensificação do trabalho, prolongamento das jornadas de trabalho e maior exploração do trabalhador para expropriação do trabalho excedente. Resultando assim, na superexploração deste, caracterizado pelo rebaixamento do salário pago, onde que sequer tinha condições de repor as forças gastas pelo trabalhador no ambiente de trabalho (MARINI, 2005).

[...] Nos três mecanismos considerados, a característica essencial está dada pelo fato de que são negadas ao trabalhador as condições necessárias para repor o desgaste de sua força de trabalho: nos dois primeiros casos, porque lhe é obrigado um dispêndio de força de trabalho superior ao que deveria proporcionar normalmente, provocando assim seu esgotamento prematuro; no último, porque lhe é retirada inclusive a possibilidade de consumo do estritamente indispensável para conservar sua força de trabalho em estado normal. Em termos capitalistas, esses mecanismos [...] significam que o trabalho é remunerado abaixo do seu valor e correspondem, portanto, a uma superexploração do trabalho. (MARINI, 2005, p. 13)

Com a chegada do Brasil à primeira República (1889-1930), em 1889, houve a promulgação, em 24 de fevereiro de 1891, da primeira Constituição dos Estados Unidos do Brasil, que tinha normas que não condizem com a realidade do país. Porém, mesmo com a independência brasileira, onde deveria se ter uma ruptura com o passado colonial, permaneceram elementos conservadores, como o clientelismo e patrimonialismo, onde regiam essas relações sociais. A heteronomia passou a ser uma das marcas da formação social brasileira dependente, onde não houve um rompimento com o mercado externo, numa economia voltada para a exportação (FERNANDES, 2005).

Ao final do século XIX, a abolição da escravidão foi decretada por meio da Lei Áurea, em 13 de maio de 1888. Após anos de intensa exploração da força de trabalho escrava, medidas coercitivas e violentas dirigidas contra a população negra continuavam por meio do racismo¹⁴ de forma diferente da “inferioridade intrínseca e natural” do início do século XVI. Segundo Almeida (2019), o racismo após a abolição: “culminou no século XIX, quando adquiriu o reforço pseudocientífico de teorias biológicas de raça, e continuou a servir como apoio ideológico para opressão colonial mesmo depois da abolição da escravidão” (ALMEIDA, S, 2019, 21)

Vale retomar que, antes da abolição tardia, a população negra escravizada, eram tratadas/os como mercadoria, propriedade de outrem, onde foram invisibilizados os modos próprios de organização dos quilombos e os processos de lutas protagonizados pela população negra.

14 Segundo Almeida (2019), o racismo é estrutural e “O racismo articula-se com a segregação racial, ou seja, a divisão espacial de raças em localidades específicas – bairros, guetos, bantustões, periferias etc (ALMEIDA, S, 2019, p.24).

No Brasil, vale lembrar que a razão invocada por muitos juristas do século XIX para se opor à abolição da escravidão residia na necessidade de se manter o respeito ao direito natural de propriedade. E, perante o direito, escravos eram considerados propriedade privada, mais especificamente, bens semoventes, ou seja, coisas que se movem com tração própria, semelhantes a animais (ALMEIDA, S, 2019, p.82).

No que se refere às lutas, é importante demarcar que após a abolição, se constituíram os primórdios da proteção social no Brasil no período da República Velha até a década de 1930. Os primórdios da saúde brasileira, do período colonial até finais do século XIX, momento de estabelecimento do capitalismo monopolista¹⁵ no país, se deu de forma particular dos países centrais e, com isso, conseqüentemente as políticas sociais se desenvolveram de forma diferente. Somente com Getúlio Vargas e a promulgação da terceira Constituição do Brasil, que foi pautado os direitos e políticas sociais voltadas à classe trabalhadora.

No Brasil, durante muitos anos, a atenção à saúde era baseada na filantropia e prática liberal. Apenas em inícios do século XX é que teremos a efetivação de políticas de saúde por parte do estado (BRAVO, 2006). Isso demonstra que segmentos importantes da sociedade brasileira não tinham acesso à saúde, o recurso existente para atender a maior parte população pobre diante de alguma enfermidade, se dava de maneira informal com o auxílio de pajés, benzedeiras, curandeiros e boticários.

No início do século XX, em decorrência da emergência da industrialização no país, houve a requisição de mão de obra nas fábricas, na qual muitos trabalhadores saíram do campo para trabalhar nesse espaço. Em meio ao momento de guerras e conflitos, foi uma grande oportunidade para o processo de imigração, concomitante com as políticas eugenistas¹⁶. O discurso da necessidade de contratação da mão de obra imigrante europeus por ser considerada especializada e qualificada, se tornou uma realidade.

Porém, devido às péssimas condições de trabalho, em uma época com saneamento precário, houve aumento de doenças como: febre amarela, varíola, tuberculose e peste; que há tempos matava a população pobre, na qual se encontravam em condições desiguais e precárias. “A saúde pública, o saneamento básico, as redes de transporte e abastecimento, a segurança pública, são exemplos do exercício do poder estatal sobre a

15 Conforme Netto (2011, p. 19), “o capitalismo monopolista recoloca, em patamar mais alto, o sistema totalizante de contradições que confere à ordem burguesa os seus traços basilares de exploração, alienação e transitoriedade histórica, todos eles desvelados pela crítica marxiana”.

16Esse termo, cujo o significado é “bem nascido”, foi criado em 1883 na Inglaterra por Francis Galton, que se baseia no aprimoramento das características e qualidades físicas e mentais das pessoas com base na genética.

manutenção da vida, sendo que sua ausência seria o deixar morrer” (ALMEIDA, S, 2019, p.70-71).

Os imigrantes recém-chegados da Europa morriam por causa das doenças infecciosas, porém, ao contrário do período de colonização as doenças contribuíram na dizimação dos indígenas e africanos onde essas vidas consideradas não civilizadas e sem alma não importavam. As iniciativas dos governantes contra o contágio de doenças da população, se deu a partir de 1900, por causa da perda de força de trabalho europeia (que contribuía na política eugenista) e do prejuízo de lucro, através de reformas urbanas e sanitárias, na cidade do Rio de Janeiro.

Nesse contexto, o sanitarista Oswaldo Cruz iniciou uma fase de intensas mudanças na saúde pública brasileira, de modo compulsório. Diante do agravamento das expressões das desigualdades da sociedade capitalista, em face de uma higienização da pobreza, por meio de medidas autoritaristas e de repressão militar. Em meio à situação de violência, autoritarismo e desinformação da população sobre a eficácia da vacina, foi instituída a lei de vacinação, a qual tornou a vacinação obrigatória. Com isso, casas foram demolidas, pessoas desalojadas, doentes isolados e vacinações realizadas à força. Tudo isso acontecia em nome da saúde pública, culminando na organização dos trabalhadores e do movimento de luta e reivindicação de direito contra as medidas impostas nesse período. Assim sendo, devido às condições de trabalho e aumento da pobreza, iniciou-se o processo de organização influenciado pelos trabalhadores imigrantes que trouxeram consigo a ideologia anarco-sindicalista¹⁷, onde se organizaram para exigir melhores condições de trabalho.

No início do século XX a formação sindical, sob influência dos imigrantes, culminou no reconhecimento do direito sindical, a partir de 1907. Resultado disso, em 1911, ocorreu a redução da jornada de trabalho para 12 horas. “Os anarquistas, ao analisarem a Saúde, viam nas más condições sociais a causa das doenças e reivindicavam melhores condições de trabalho e vida (BRAVO, 2013, p.116).

A partir das greves obtidas, devido à ampla desigualdade gerada com o modo de produção capitalista, houve significativas mudanças com relação ao papel do Estado, no qual efetivaram mudanças: econômicas, sociais e políticas (BEHRING E BOSCHETTI, 2011).

¹⁷Segundo Hardman e Leonardi (1991) “O anarcossindicalismo uma das últimas correntes do anarquismo surgidas na história do movimento operário, é tributário das posições de Bakunin, um dos dirigentes da Primeira Internacional dos Trabalhadores. Na França essa tendência ficou conhecida como sindicalismo revolucionário”. No Brasil seria esta tendência majoritariamente no Centro-Sul a partir dos meados dos primeiros anos do século XX” (HARDMAN: LEONARDI, 1991, p.262 e 263).

Segundo as autoras, a política social, no Brasil, surge em inícios do século XX, quando a urbanização e a industrialização começam a se formar no país, em meio à crescente pobreza. É necessário destacar que os direitos sociais, em particular os trabalhistas e previdenciários, foram pautas e frutos das reivindicações e lutas dos movimentos da classe trabalhadora, assim como nos países centrais.

Porém, é importante colocar o duplo caráter das políticas sociais, em que através de medidas paliativas o Estado em face da manutenção da dominação burguesa, passa a atender e efetivar de modo mínimo as demandas para classe trabalhadora para sua sobrevivência. Atendendo, desse modo, a lógica do capital, em prol da acumulação capitalista.

[..] A adaptação da dominação burguesa as condições históricas emergentes, impostas pela industrialização intensiva, pela metropolização dos grandes centros humanos e pela eclosão do capitalismo monopolista, processou-se mediante a multiplicação e a exacerbação de conflitos e de antagonismos sociais, enfraqueciam cronicamente ou punham em risco o poder burguês (FERNANDES, 2005, p. 374).

O início do século XX expressa a lógica econômica capitalista brasileira, que se deu por meio de um processo “tardio”, no qual obteve a predominância de uma articulação com mecanismos “de fora para dentro”, ou seja, através dos capitalistas hegemônicos dos países centrais em que passaram a exercer uma dominação externa e interna em vários âmbitos no Brasil, reproduzindo assim formas de apropriação e expropriação de acumulação de capital, bem como o excedente econômico, em cima da classe trabalhadora (FLORESTAN, 2005). E, é a partir dessa realidade que temos que pensar a efetivação das políticas públicas brasileira na área da saúde.

[...]a saúde emerge como “questão social” no Brasil no início do século XX, no bojo da economia capitalista exportadora cafeeira, refletindo o avanço da divisão do trabalho, ou seja, a emergência do trabalho assalariado e assumindo de forma embrionária a característica de política social (BRAVO, 2013, p.118).

No que se refere à saúde pública, em 1923, iniciou-se a reforma Carlos Chagas, na qual se constituiu como uma das estratégias da União para ampliar o poder nacional no interior da crise política em curso (BRAVO, 2000).

Outro avanço de destaque, no que se refere às questões de higiene e saúde do trabalhador, foi a criação da Lei Eloy Chaves de 1923, sendo a chave para o formato da política social e base da consolidação do sistema previdenciário brasileiro. Com a criação da Caixa de Aposentadorias e Pensões (CAPS), as quais eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados das empresas ferroviárias. No que

tange à saúde, eram oferecidos serviços médicos aos funcionários e a suas famílias, além de descontos em medicamentos, aposentadoria e pensão para herdeiros. Com o tempo, outros segmentos profissionais passaram a usufruir deste serviço, no qual não ocorreu de modo imediato (BEHRING E BOSCHETTI, 2011).

Com o golpe de estado de 1930, instaurou-se o período ditatorial gestado por Getúlio Vargas, demarcado como Estado Novo, no período de 1937 a 1945. Ressalta-se que o período de 1930 a 1960 foi marcado pela ocorrência de várias crises econômicas, o que de certa forma afetou o processo de ampliação de direitos no que se refere à saúde pública do país.

Sob o comando de Getúlio Vargas, a intervenção estatal se ampliou para garantir a manutenção do poder, em meio a um cenário de tensões políticas e de necessidades coletivas, o Estado foi requisitado para intervir nas demandas sociais. Com isso, se legitimou ao institucionalizar o acesso às políticas sociais, em que possibilitaram condições mínimas para o trabalhador. Essa ação visava regular a força de trabalho para a diminuição de conflitos ocasionando a fragmentação das lutas.

Este é um novo elemento: no capitalismo concorrencial, a intervenção estatal sobre as sequelas da exploração da força de trabalho respondia básica e coercivamente às lutas das massas exploradas ou à necessidade de preservar o conjunto de relações pertinentes à propriedade privada burguesa como um todo – ou, ainda, à combinação desses vetores; no capitalismo monopolista, a preservação e o controle contínuos da força de trabalho, ocupada e excedente, é uma função estatal de primeira ordem (...). (NETTO, 2011, p. 26).

É nesse cenário que se criou o Ministério da Educação e Saúde, que embora tenha tomado algumas medidas de controle sanitário, acabou priorizando o sistema educacional. Na época, as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPS) passaram por uma reestruturação foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), deixando de ser gerenciados pelas empresas e passando a ser controlados por entidades sindicais e autarquias de nível nacional, centralizadas no governo federal. Além disso, a constituição de 1934 garantia ainda a assistência médica, a licença-maternidade e jornadas de trabalho de 8 horas.

Segundo Boschetti (2012 p. 756), o sistema de proteção social é “[...] o conjunto organizado, coerente, sistemático e planejado de políticas sociais que garantem a proteção social por meio de amplos direitos, bens e serviços sociais, nas áreas de emprego, saúde, previdência, habitação, assistência, educação”. Isso demonstra a diferença entre a implementação de políticas sociais em um país periférico, como é o caso do Brasil.

Com a abertura das relações de mercado internacional, a partir da Segunda Guerra Mundial, os Estados Unidos começaram a aprofundar a nova hegemonia. Com isso, houve a expansão do desenvolvimentismo brasileiro. Nesse sentido, o Estado brasileiro passou a cumprir o papel fundamental no desenvolvimento do estado capitalista na garantia da reprodução do capital na condição de país dependente.

Para a reconstrução e ampliação do desenvolvimento econômico do país, após a segunda guerra, conforme parâmetros estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), agência da ONU, iniciaram os debates sobre a saúde pública no Brasil. Como resultado disso, a 1ª Conferência Nacional de Saúde (CNS)¹⁸, realizada em 1941, teve como tema a “Defesa sanitária, assistência social, proteção da maternidade, infância e adolescência” (FIOCRUZ, 2020).

Ao longo dos anos que seguiram, diversos avanços aconteceram no que se refere ao debate e políticas voltadas à saúde pública. Em 1950, ocorreu a 2ª Conferência Nacional de Saúde com o tema “Legislação referente à higiene e à segurança do trabalho”. Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde. E, em 1960, foi instaurada a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), que unificou os IAPs de cada sindicato em um só regime e consolidou as leis trabalhistas. Em 1961, foi instituído o Código Nacional de Saúde. Posteriormente, em 1963, ocorreu a 3ª Conferência Nacional de Saúde com os seguintes temas: 1. Situação sanitária da população brasileira; 2. Distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal; 3. Municipalização dos serviços de saúde. 4. Fixação de um plano nacional de saúde (FIOCRUZ, 2020).

Em meio às mudanças no âmbito nacional, a respeito da saúde dos governos de Getúlio Vargas e Juscelino Kubitschek (JK), há de ressaltar que mesmo com a mudança política promovida, no período de 1930 a 1960, foi marcado pela ocorrência de várias crises econômicas de pequena proporção que mantiveram a implementação de políticas desenvolvimentistas. Após o golpe de 1964, as corporações ligadas aos países imperialistas “puderam contar com uma política econômica que unificava a ação governamental e a vontade empresarial” configurando-se “o espaço econômico típico de que elas necessitavam para crescer” (FERNANDES, 2005, p. 298).

Nesse período, o Estado estabeleceu a prática de uma “modernização conservadora”, que solicitava profissionais mais qualificados e com um perfil

¹⁸ Conforme a Fiocruz 2020, a “1ª CNS (1941) foi organizada pelos temas: “1. Organização sanitária estadual e municipal; 2. Ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a hanseníase e a tuberculose; 3. Determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento; 4. Plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência” (FIOCRUZ, 2020).

tecnocrático, para atender demandas estatais do insulamento burocrático, para a manutenção da ordem, criando políticas sociais, alterando a prática profissional, e responsabilizando o indivíduo/cidadão para o progresso e desenvolvimento econômico do país.

Em 1967, ocorreu a 4ª CNS com o tema “Recursos humanos para as atividades em saúde”. Dessa forma, o desenvolvimento da política de saúde foi pautada na indústria e na privatização, conforme aponta Bravo (2004):

A política de saúde no período de 1964 a 1974 desenvolve-se com base no privilegiamento do setor privado, articulada às tendências da política econômica implantada. Suas principais características foram: a extensão da cobertura previdenciária, a ênfase na prática médico-curativa orientada para burocratização do setor, a criação do complexo médico-industrial e a diferenciação do atendimento a clientela (BRAVO, 2004, p. 27).

Posteriormente, o Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social (INAMPS), onde o foco da saúde pública ficou limitado ao processo curativo, sem muitos investimentos em promoção e prevenção. As mudanças tecnológicas e organizacionais, que passaram as ações de saúde, em especial as de maior complexidade, foram progressivamente distanciando a intervenção do usuário na definição do diagnóstico e plano terapêutico, redesenhando as formas de inter-relação entre profissionais e usuário atenção médico curativa de caráter hospitalocêntrico¹⁹ e privatista (BRAVO, 2013).

O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), considerado como a política pública de saúde responsável pela assistência médica aos trabalhadores que contribuía com a previdência social. O Instituto foi criado pelo regime militar, em 1974, pelo desmembramento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), e extinto pela lei federal 8.689, em 1993. Em 1974, também foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, no qual incorporou a Legião Brasileira de Assistência Social (LBA), a Central de Medicamentos (CEME) e a Empresa de processamento de Dados e Previdência Social (DATAPREV) e a Fundação Nacional para o Bem-estar do Menor (FUNABEM).

Esse complexo se transformou, com ampla reforma administrativa, no Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS), em 1977, que compreendia o INPS, o Instituto Nacional de Assistência Médica (IAPAS), além daquelas instituições referidas acima. Nessa associação entre

¹⁹Esse modelo médico-assistencial tem como uma das principais características a remediação da doença já "instalada" no corpo, ou seja, não havia uma prevenção primária. “O modelo hospitalocêntrico se baseia no tratamento curativo das doenças, exigindo altos gastos por parte do governo principalmente devido do uso irracional dos recursos tecnológicos disponíveis. Além disso, pouco se investia na prevenção, motivo pelo qual aumentava-se cada vez mais o tamanho das filas nos hospitais (CENTA & ALMEIDA, 2003, p.1).

previdência, assistência e saúde, impôs-se uma forte medicalização da saúde, com ênfase no atendimento médico curativo, individual e especializado, em detrimento da saúde pública, em estreita relação com o incentivo à indústria de medicamentos e equipamentos médico-hospitalares, orientados pela lucratividade (BRAVO, 1996 e 2000 *apud* BEHRING E BOSCHETTI 2011, p. 136-137).

Contudo, em meio a esse contexto, nos anos 1970, a crise do capital teve manifestações significantes como a crise financeira do comércio internacional e a inflação crônica associada ao baixo desenvolvimento econômico. Devido a isso, com a obtenção de superlucros ameaçados, uma das principais saídas foi a ampliação da extração de mais-valia, redução do custo da força de trabalho e redução de direitos sociais. Isso trouxe um novo debate para se pensar a saúde pública brasileira.

3.2. Marcos Institucionais da Reforma Sanitária Brasileira e a Ampla Participação da Sociedade Civil Organizada

Na década de 1970, o movimento sanitário brasileiro apresentou grande crescimento, a partir dos encontros e da crescente produção teórica que envolvia a área da saúde, que passou a discutir os efeitos perversos da economia centralizada e suas consequências no que se refere a saúde, sob a perspectiva da estrutura de classes (BRAVO, 1996).

Em 1975, foi realizada a 5ª Conferência Nacional de Saúde com os temas: 1. Implementação do Sistema Nacional de Saúde; 2. Programa de Saúde Materno-Infantil; 3 Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica; 4. Programa de Controle das Grandes Endemias; e 5. Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais (FIOCRUZ, 2020). Assim, em meio ao movimento que já havia sido realizado pelas Conferências, a Reforma Sanitária foi desencadeada no contexto da busca por novos caminhos na luta contra a ditadura, baseada no tema “Saúde e Democracia”, estabelecida pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). Em 1976, houve grande participação popular e ampla difusão e ampliação do debate em torno da Saúde e Democracia, além da elaboração de contra propostas que buscou: - I discutir a saúde coletiva; - II aumentar a produção de conhecimento da saúde da população; - III articular esses conhecimentos com uma prática política.

O CEBES esteve presente em diversos eventos ligados à temática e se articulou com entidades que expressavam preocupações com as questões populares (sindicatos, partidos políticos, movimentos sociais, etc.), onde buscavam mudanças e transformações

necessárias na área da saúde. Essas mudanças compreendiam a saúde de forma integral, em busca da melhoria das condições dos profissionais e da vida da população.

Dessa forma, o CEBES e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), em 1979, foram os precursores da ideia do projeto da Reforma Sanitária brasileira, que podemos resumir no lema “Saúde e Democracia”. Associados ao CEBES e ABRASCO, vários outros sujeitos coletivos compuseram o “Movimento Sanitário”, entre eles: sindicatos, conselhos de direito, universidades²⁰ - (BRAVO, 1996).

Em meio a esse movimento, a força dos movimentos sociais urbanos e do movimento estudantil crescia cada vez mais. A organização dos estudantes e sua ampliação possibilitava a reivindicação dos espaços de construção, com o Movimento de Renovação Médica (REME), que foi uma importantíssima associação, nascida em 1977, na mesma data onde ocorria a 6ª Conferência. O REME foi congregado, sobretudo, por médicos residentes que se opunham às propostas de intermediação lucrativa e comercialização da medicina, comercialização e publicidade de remédios. Onde apoiavam a construção de uma indústria farmacêutica de fato nacional e de um ensino acadêmico-profissional de alta qualidade, a expansão do mercado de trabalho e o restabelecimento dos direitos democráticos no país. Essa mobilização de médicos e residentes foi um divisor de águas para a promoção de debates acerca da saúde coletiva no país.

A reforma sanitária realizada, no Brasil, no período da redemocratização, tem sido apontada como uma política na contracorrente dessa tendência de reforma setorial privatista. Esse período foi marcado pela crise de legitimidade do regime militar no país, o que impulsionou a sociedade civil a se organizar em movimentos sociais para reivindicar a democracia na sociedade brasileira. A análise da política de saúde teve como aspectos centrais: a politização da questão saúde, a alteração da norma constitucional e a mudança do arcabouço e das práticas institucionais.

Após realizadas a 7º CNS, em 1980, com o tema: Extensão das ações de saúde por meio dos serviços básicos (FIOCRUZ, 2020); realizou-se a tão importante 8º CNS, em 1986, em Brasília. Conforme explicitado no relatório final das plenárias contaram com a participação de grupos profissionais, da sociedade civil, partidos políticos e todas

20 Universidades essas com uma forte base acadêmica que constituía o marco teórico do movimento: incorporando disciplinas sociais em seu processo de aprendizagem, inseriu debates acerca de determinações sociais das doenças e novas formas de organização social das práticas médicas.

as instituições que atuavam no setor. Esse momento foi um fato histórico crucial para a discussão da saúde no país, onde foram discutidos os eixos: I. saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; II. reformulação do Sistema Nacional de Saúde; III. Financiamento setorial. Esses debates acabaram por gerar alterações significativas na norma constitucional, com a incorporação de grande parte das reivindicações do movimento sanitário.

A 8º CNS resultou na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987, e posteriormente do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988. O Sistema trouxe consigo o caráter universal da saúde pública, associada à ideia de cobertura das ações de saúde a beneficiários até então excluídos do sistema, como era a lógica do INAMPS. Assim, a criação do SUS, em 1988, proporcionou uma assistência à saúde visando a integralidade, com ações de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação de saúde a todos os cidadãos brasileiros.

Assim, a política de Saúde brasileira passou a incorporar o modelo de Seguridade Social no Brasil. Passando a saúde a ser considerada constitucionalmente como “um direito de todos e dever do estado”.

Nessa concepção de seguridade, passa a compor pela primeira vez a “universalização”; e a concepção de “direito social e dever do Estado”, onde integralizou mudanças no papel do Estado, estabelecendo que “São direitos sociais, a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL, 1988).

Por meio da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde passou a ter um caráter de universalidade e integrante da Seguridade Social. Para isso, houve a ampliação de recursos destinados à saúde, com efetivo financiamento dos estados. A assistência integral e gratuita para a população, com caráter intersetorial dos determinantes da saúde. Esses elementos foram uma conquista e resultado das lutas em favor da Reforma Sanitária.

[...] a saúde é concebida como direito de todos e dever do Estado, que a deve garantir mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos. O direito à saúde rege-se pelos princípios da universalidade e da igualdade de acesso às ações e serviços que a promovem, protegem e recuperam (SILVA, 2001, p. 808).

Assim, a saúde foi garantida pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196º e posteriormente normatizado pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) – Lei nº. 8.080/1990

(Brasil, 1990). No artigo 4º, fica definido que o SUS é constituído pelas ações e serviços prestados por órgãos e instituições federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público.

Além disso, na CF 1988, é estabelecido o financiamento do SUS com recursos da União, estados e municípios (impostos da população) e de outras fontes suplementares de financiamento. A descentralização que faz a redistribuição das responsabilidades redefiniu os papéis institucionais das unidades políticas (união, estados e municípios) com a regionalização e hierarquização dos serviços de saúde.

3.3. Movimento Contínuo e Vigilância Constante: a luta coletiva pela efetivação dos direitos das pessoas trans

Até a década de 1980, a sexualidade homossexual, foi classificada como "homossexualismo" no qual era considerado como doença de transtorno sexual, pelo Código de Saúde do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social.

A partir de 1980, o Grupo Gay da Bahia (GGB) liderou uma campanha nacional para que o Ministério da Saúde não adotasse o código 302 da classificação Internacional da Saúde, que classificava o homossexualismo como desvio de transtorno sexual. No ano de 1985, o Conselho Federal de medicina passou o "homossexualismo" para o código 206.9, incluindo-o na denominação de "outras circunstâncias psicossociais", no qual o código serviria para efeito estatístico do INAMPS, referente ao atendimento médico previdenciário. A (OMS) em 17 de maio de 1990, retirou a homossexualidade da Classificação Estatística internacional de Doenças e problemas relacionados á saúde CID-10.

Na década de 1980, ocorreu uma grande mobilização emergencial por militantes a respeito da AIDs, pois principalmente homens gays, se tornaram grupos de risco. Com isso, os militantes gays atuaram na prevenção da doença indo a locais frequentados por homossexuais, realizando panfletagem, campanhas e debates, além de distribuir preservativos.

Durante esse período, o Grupo Gay da Bahia (GGB) publicava semanalmente um boletim periódico do qual informava e denunciava sobre assassinatos e perseguições de pessoas homossexuais no Brasil. Com o tempo, novos grupos militantes gays surgiram. Na Bahia, em 1981 surgiu o Adé Dudu (o termo significa bicha negra no idioma nagô e

foi denominado ao nome do grupo), um grupo de Homossexuais Negros de Salvador-BA, no qual abrangeu sobre a discussão de sexualidades e raça. Esse grupo realizou pesquisas acerca da discriminação de negros no gueto homossexual. Em João Pessoa, na década de 1980, surgiu o grupo “Nós também” composto por homens e mulheres estudantes da universidade, que produziam artes como outdoors, histórias em quadrinhos e filmes que enfatizavam o debate homossexual.

Diante as mobilizações, em 1983 o órgão do governo criou um programa DST-AIDS, a partir de uma reunião realizada por lideranças homossexuais, pois a política de saúde mal atendia a essa população. O início dos anos 1990, o movimento homossexual cresceu como resposta à epidemia, tornando o Brasil pioneiro na resposta comunitária e governamental à AIDS. Foi então que o atendimento passou a ser realizado pelo SUS e posteriormente contribuiu para o aumento do debate e ampliação de direitos e das políticas voltadas para as pessoas trans.

Isso foi possível a partir do contexto do processo de lutas dos movimentos sociais diversos, na segunda metade dos anos 1970, onde se realizou o tensionamento em prol do acesso à saúde. Nos termos da relação entre o Estado e a luta de classes, onde os setores sociais organizados no âmbito do processo constituinte, obteve como resultado concreto a representação da Constituição “cidadã” de 1988, sob o artigo 194 está posto que “cabe ao Estado garantir a seguridade social”, entendendo a seguridade social como acesso à saúde, previdência e assistência social.

No mesmo texto, o artigo 195 da CF 1988 regulamenta as ações e serviços públicos em saúde e cria o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como diretrizes a universalidade do acesso, a equidade e a integralidade na assistência.

A resistência e articulações dos movimentos LGBTQIA+ ao longo da história, principalmente no final da década de 1990, em meio ao contexto de epidemia do HIV/AIDS, resultou na ampliação de políticas e direitos, no qual foi estabelecido o atendimento das pessoas trans no SUS. Nessa época, em meio da epidemia da AIDS, o “T” que abarca as identidades trans, só foi incorporado na década de 1990.

Alguém escreveu uma vez que a aids trouxe um benefício para a população trans e eu concordo, pois foi a partir dela que se iniciou a entrada de grande parte dessa população no SUS. Antes dessa epidemia, era difícil incentivar uma travesti a cuidar da sua saúde nos serviços. Elas sempre recorriam à automedicação, procurando o médico ou os serviços de Saúde apenas quando já não havia mais como se automedicar ou quando as enfermidades não tinham cura com a automedicação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, p. 11).

Pela questão do binarismo de gênero e da heteronormatividade, tinha-se grande dificuldade de compreensão acerca da identidade trans, que recorria a intervenções por muitas vezes de forma clandestina, aplicadas por pessoas leigas, sem qualquer qualificação e cuidado para prevenção de infecção e etc. Ressalta-se que no Brasil, a primeira cirurgia de redesignação sexual, por meio do conceito de transexualidade foi realizada na década de 1970, precisamente no ano de 1971 pelo médico Roberto Farina, de modo ilegal, no qual respondeu por um processo criminal, conforme Jesus (2018). Conforme Fragoso (1979) em meio a análise do médico Roberto Farina, diante da acusação de lesão corporal, esse alegou sua inocência, utilizando-se da justificativa de cura do paciente. Com base nisso, nota-se alguns posicionamentos de médicos na época a favor do processo transexualizador.

A entrada da população Trans no SUS foi fundamental para a diminuição da automedicação realizada por essa população, que evitava o atendimento nas instituições de saúde devido a discriminação. Ao longo do tempo, essa identidade se tornou mais ainda politizada, reivindicando direitos, e conseqüentemente a visibilidade aumentou a discriminação dessas pessoas, nos diversos âmbitos da sociedade burguesa.

O “SUS nunca compreendeu esse fenômeno como caso de saúde pública, até o movimento organizado pautar essas lutas em parceria com outros movimentos e com alguns atores governamentais” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, p.12).

Diante disso, em 1988, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis. Nesse mesmo ano, o dia 1º de dezembro foi demarcado como o dia mundial de luta contra a AIDS na Assembleia Mundial de Saúde, sendo um dos resultados das mobilizações da população LGBTQ+, tendo em vista que a questão da saúde é tida como objeto de ação política.

Desse modo, a década de 1980 e 1990 foi fortemente demarcada por ONGS e grupos em defesa da saúde e medidas para abranger a população LGBTQ+, ressaltando a importância de suas vidas, onde realizaram campanhas para chamar atenção do Estado em torno da responsabilização e promoção de políticas públicas.

O posterior reconhecimento da complexidade da saúde de LGBT exigiu que o movimento social buscasse amparo com outras áreas do Ministério da Saúde e, conseqüentemente, ampliasse o conjunto de suas demandas em saúde dando à Política um caráter transversal que engloba todas as áreas do Ministério da Saúde, como as relacionadas à produção de conhecimento, participação social, promoção, atenção e cuidado. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p. 06)

A partir da entrada e atendimento da população trans no SUS, os debates na área da saúde em torno dessa identidade, começaram a surgir timidamente na década de 1990, para lidar com os agravos do silicone industrial. Atualmente, ainda pela dificuldade de atendimento pelo SUS, a população Trans procura de forma particular o silicone industrial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

O movimento organizado tem implementado diversas ações com vistas a aconselhar a população trans a não utilizar essa substância, por meio de uma política de redução de danos. Infelizmente, essa política ainda é falha, pois apenas informa e disponibiliza meios de assepsia e/ou de materiais descartáveis para utilização, e é insuficiente para encontrar maneiras de desmotivar essa população a fazer uso dessas intervenções (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015. p 12)

Dessa forma, destaca-se através da Resolução CFM 1482, de 1997 a autorização para realização das cirurgias transgenitalizadas no Brasil, onde o Conselho Federal de Medicina Brasileiro, em 1997, aprovou a realização de cirurgias de transgenitalização em pacientes transexuais no país, sob a ótica patologizadora. O tratamento de “transexualismo” teve o propósito terapêutico específico de adequar a genitália ao sexo psíquico (CFM, 1997). Inicialmente esses processos eram permitidos apenas em hospitais universitários ou públicos que fossem adequados, conforme Rocon (2016) cita,

Procedimentos inicialmente permitidos somente em hospitais universitários ou públicos adequados à pesquisa, uma vez que os procedimentos cirúrgicos de transgenitalização (mudança de sexo) foram autorizados sob caráter experimental. Importa destacar que a regulamentação desses procedimentos no Brasil aconteceu sob ótica terapêutica. O CFM partiu da medicalização das identidades de gênero Trans, tornando a patologização requisito ao acesso para normatizar os procedimentos transgenitalizadores (ROCON, 2016, p. 262)..

Em 2002, o CFM revogou sua normativa anterior CFM 1482/97 através da resolução 1652/2002 onde resolve:

Art. 1º Autorizar a cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia e/ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários como tratamento dos casos de transexualismo.

Art. 2º Autorizar, ainda a título experimental, a realização de cirurgia do tipo neofaloplastia e/ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários como tratamento dos casos de transexualismo (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002, Resolução nº 1652, artº 1 e 2).

Diante disso, do ponto de vista científico, a pessoa que não se identifica com o gênero designado, a priori recebiam o diagnóstico de Transexualismo “com base no CID-10, que exprime a ideia de que os tratamentos em saúde para a população trans devem privilegiar as mudanças corporais através do tratamento cirúrgico e/ou

hormonioterapia” (ROCON, 2016, p.263). As estratégias no campo da saúde, ainda estavam concentradas na própria patologização, onde ainda considerava a cirurgia de transgenitalização para o tratamento dos casos de transexualismo, de acordo com os seguintes critérios:

- 1) Desconforto com o sexo anatômico natural; 2) Desejo expresso de eliminar os genitais, perder as características primárias e secundárias do próprio sexo e ganhar as do sexo oposto; 3) Permanência desses distúrbios de forma contínua e consistente por, no mínimo, dois anos; 4) Ausência de outros transtornos mentais (CFM, 2002, artº3)

O Diagnóstico definido de transexualismo (CID F64.0), seria definido de acordo com a avaliação de uma equipe multidisciplinar conforme o artigo 4º da Resolução nº 1652 de 06/11/2002/ CFM “constituída por médico psiquiatra, cirurgião, endocrinologista, psicólogo e assistente social” onde deveria obedecer alguns critérios definidos, após o tempo mínimo de dois anos de acompanhamento pela equipe, sendo: “1) Diagnóstico médico de transgenitalismo; 2) Maior de 21 (vinte e um) anos; 3) Ausência de características físicas inapropriadas para a cirurgia” (CFM, 2002, Art. 4º).

Diante os enfrentamentos da população dos ativistas, movimentos e população Trans para despatologizar a identidade, é importante destacar um que a cirurgia de transgenitalização está normatizada pela Resolução CFM nº 1.955/2010 a qual revogou a Resolução CFM nº 1.652/02 de 2 de dezembro de 2002, onde ainda o paciente transexual era considerado (a) como um “portador de desvio psicológico permanente de identidade sexual, com rejeição do fenótipo e tendência à automutilação e/ou autoextermínio” onde ainda trazia a questão terapêutica onde o paciente transexual possui distúrbios pela não identificação com o genero atribuído, o desconforto com o sexo biológico e desejo de querer retirar eliminar a genitália (CFM, 2010). Mesmo diante de governos conservadores, destaca-se uma das recentes conquistas relacionadas à retirada da classificação da transexualidade como transtorno mental em 2019.

Dessa forma, enfatiza-se que, “No caso das pessoas trans o direito à saúde também é visto como direito à equidade, pois, apesar de haver necessidades em saúde que são específicas dessa população, não deixa de ser também um direito humano básico” (OLIVEIRA, 2019, p.15).

Foram através de significativas conquistas sociais e políticas, das organizações e movimentos sociais compostos por uma diversidade de pessoas, que resultaram na universalidade do direito à saúde para a população, que abrange a população trans. Diante disso, as articulações do movimento resultaram em nos planos e leis: Plano

Nacional de Combate à Violência e à Discriminação de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis instituído em 2004, no qual prevê ações de promoção de direitos, dentre eles o da saúde e trabalho; a Carta dos Direitos de Usuários da Saúde de 2006, que prevê o direito da pessoa utilizar o nome social no SUS conforme se identifica; Plano de Enfrentamento da Aids entre Gays, HSH e Travestis de 2007 e a Política Nacional de Saúde Integral para População de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis e Transexuais de 2010.

Na atualidade, os avanços em relação aos direitos e políticas das pessoas trans, estão presentes através da implementação da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde em 2006, no qual determina o direito ao uso do nome social, pelo qual as pessoas trans se identificam socialmente, que passou a valer modo inicial na atenção básica e a Portaria nº 1.820/GM/MS, de 13 de agosto de 2009, “que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários(as) da saúde e assegura o uso do nome social no SUS” e que assegura nas leis que,

Art. 4º Toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos.

Parágrafo único. 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 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, artº4).

As organizações do movimento LGBTQIA+, junto ao ativismo Trans, contribuiu em relação às regulamentações de 2008 e 2013 acerca do processo transexualizador no âmbito do SUS, instituído por meio da Portaria nº 1.707/GM/MS, de 18 de agosto de 2008 e da Portaria nº 457/SAS/MS, de 19 de agosto de 2008 e Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013(*) que passou a redefinir e ampliar o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS).

Esse processo reúne um conjunto de ações que realiza a promoção e garantia de acesso e ações para cuidado em torno da integralidade do atendimento às pessoas trans, conforme o artº1 da Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013 “I - integralidade da atenção a transexuais e travestis, não restringindo ou centralizando a meta terapêutica às

cirurgias de transgenitalização e demais intervenções somáticas” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

O atendimento, acessos e cuidados da população trans no SUS é estruturado por dois componentes: a Atenção Básica e a Atenção Especializada. A Básica refere-se à rede responsável pelo primeiro contato com o sistema de saúde, por meio das avaliações médicas e encaminhamentos para tratamentos e áreas médicas mais específicas e individualizadas. A atenção Especializada é dividida em duas modalidades: a ambulatorial (acompanhamento psicoterápico e hormonização) e a hospitalar (realização de cirurgias de modificação corporal e acompanhamento pré e pós-operatório).

Diante disso, a rede de atenção à saúde, os serviços e a linha de cuidado de transexuais e travestis passou a se atualizar, realizando as devidas definições de critérios para a realização dos procedimentos previstos no Processo Transexualizador, tanto para a mudança do fenótipo masculino para feminino quanto do feminino para o masculino (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Tendo em vista os direitos reprodutivos, cabe o esclarecimento ao usuário Trans e Travesti que se submeter a hormonioterapia e procedimentos a respeito dos efeitos, bem como informá-los sobre a esterilização devido a cirurgia de redesignação profissional, onde deverá informar os recursos disponíveis caso o/a paciente queira conservar os óvulos ou espermatozoides (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

A população trans, dentre os integrantes do movimento LGBTQIA+ possui maior dificuldade em acessar o sistema público de saúde desde a implementação do SUS, devido a discriminação e preconceito. Ao ser instituído em 2008 o processo transexualizador, onde o desrespeito ao nome social se constitui como uma das barreiras ao acesso à saúde. Além disso, apesar da implementação da lei, não há a garantia de acesso a todas as pessoas Trans que necessitam do atendimento na atenção especializada, pois em algumas cidades e Estados não há o processo transexualizador do SUS, tanto na modalidade hospitalar quanto ambulatorial. A maioria desses serviços e equipamentos²¹ concentram-se na região Sudeste, Sul, Nordeste e Centro-Oeste.

No que se refere ao acesso, os atendimentos à população trans, nessa sociabilidade, está permeado de preconceito transfóbico institucionalizado nos serviços de saúde, pois está articulado com o sistema capitalista-racista-heteropatriarcal.

21 De acordo com a cartilha de “Atenção Integral À Saúde da população Trans” lançada pelo Ministério da Saúde em 2016, às cinco unidades habilitadas para o Processo Transexualizador, estão predominantemente vinculadas a universidades. Existem seis serviços ambulatoriais presentes na rede do SUS que também destinam o atendimento do Processo Transexualizador a Travestis e Trans.

A maioria dos preconceitos, embora nem todos, são produtos das classes dominantes mesmo quando essas pretendem, na esfera do si-para-si, contar com uma imagem do mundo relativamente isenta de preconceitos e desenvolver as ações correspondentes. O fundamento dessa situação é evidente: as classes dominantes desejam manter a coesão de uma estrutura social que lhes beneficia e mobilizar em seu favor inclusive os homens que representam interesses diversos (e até mesmo, em alguns casos, as classes e camadas antagônicas) (HELLER, 2008, p.77).

Nesse aspecto, tendo em vista as relações sociais complexas e contraditórias na qual, “ao mesmo tempo os indivíduos se produzem e reproduzem no trabalho, eles engendram também a partir daí, ideias e valores que tendem a se tornar dominantes em determinada época, bem como produzem instituições sociais [...]” (SILVA, 2011, p.53); é necessário destacar que, os trabalhadores da saúde produzem situações de humilhação/transfobia pública do(a) usuário(a)s trans. Isso ocorre, com frequência, ao violar o direito à autodeterminação da identidade de gênero previsto pela Carta de Direitos dos Usuários do SUS, ao não tratar pelo nome social e pronome.

Essa realidade tem contribuído para quadros de adoecimento e morte da população trans, na medida em que dificulta o acesso aos serviços públicos de saúde, a continuidade de tratamento, provocando a resistência nessa população em buscar assistência à saúde quando precisa, além de identificar essa política como direito garantido pelo Estado.

O acolhimento sem discriminação, tanto na atenção básica quanto na atenção especializada, que regulamenta os procedimentos para a readequação sexual, estão inseridas no contexto da Política Nacional de Saúde Integral LGBT e outras normativas. Mediante as reivindicações e denúncias da/os ativistas trans, o sistema de saúde brasileiro, ao longo das últimas décadas, tem realizado iniciativas de combater o preconceito, através de leis e resoluções implementadas pelo Estado, que não tem sido totalmente eficaz, pois, o Estado legitima os interesses da classe dominante. Com isso, as iniciativas de governos estaduais em financiar serviços de saúde específicos à população trans estão cada vez menores.

Haja vista, que foi estabelecido na CF/1988, a possibilidade de um sistema de serviços privado que deveria atuar de forma complementar, porém, devido a precarização do serviço público, junto aos processos de ataque a saúde pública, com saídas neoliberais, esse formato agudizou através de ações voltadas à ampliação da privatização desse setor. A década de 1980 foi marcada por uma grave crise mundial, cujas consequências em termos de desequilíbrios macroeconômicos, financeiros e de

produtividade atingiram a economia brasileira. Esse período de crise rebateu profundamente na América Latina, em que a solução em resposta foi a liberalização do mercado, com intenso processo de internacionalização destes, dos sistemas produtivos e da tendência à unificação monetária, cujo resultado foi uma perda considerável da autonomia dos Estados nacionais.

A partir desse momento, os princípios da focalização e da seletividade passaram a orientar a ação de organismos como o Banco Mundial, contrapondo-se a teses desenvolvimentistas e de defesa de proteção social universal.

Desta forma, o modelo neoliberal começou a ser implementado em consequência da crise. Com isso, houve uma expressiva abertura de mercado, amenizando momentaneamente os problemas financeiros e sociais, incentivando assim a concorrência externa e interna. Esta década, foi marcada por essa grave crise mundial, cujas consequências se deram em termos de desequilíbrios macroeconômicos, aumentando assim o desemprego e a precarização da venda da força de trabalho (BEHRING E BOSCHETTI, 2011).

Deste modo, no final dos anos 1980 já era perceptível a fragilidade das medidas reformadoras junto da “ineficácia” do setor público (e as demais tensões do processo em curso), que, conseqüentemente, propiciou o afastamento da população da cena política no processo de implementação da Reforma Sanitária, isto é: ocasionou a despolitização do processo. É importante ter em mente que a elaboração da Política Nacional de Saúde (PNAS) enfrentou constante tensão no que tange a ampliação dos serviços públicos e a disponibilidade de recursos financeiros por uma série de interesses advindos das conexões burocráticas estatais.

Devido à predominância da previdência social que designava ações curativas comandadas pelo setor privado, as reformas na estrutura da política de saúde não foram capazes de reverter a ênfase desta, reduzindo o risco de doença e promovendo acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. Assim, a saúde deve ser compreendida como qualidade de vida e não apenas como ausência de doenças conforme estabelecido pela OMS, como expressa Rabelo (1995):

A Organização Mundial de Saúde - OMS, define a saúde hoje como “o estado completo de bem-estar físico, mental e social”, ampliando a abrangência do termo ao inserir aspectos sociais e assumindo o conceito de felicidade que cada um pode dar ao termo completo “bem-estar”, evidenciando as diferentes necessidades do ser humano (RABELO, 1995, p.5).

Desse modo, o período pós-constitucional marcado pelo projeto societário neoliberal, contraria a CF/1988 que afirma que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado”, onde esse novo projeto tem como uma das principais propostas o Estado mínimo, refletindo a ausência do Estado ante as demandas da questão social. O processo histórico de desfinanciamento do sistema público começou a gerar impasses para a efetivação do SUS, acarretando em serviços precarizados.

O processo de reestruturação produtiva modificou em diversos âmbitos, como setores, atividades e evidentemente o mercado de trabalho tanto na entidade pública como privada. Florestan (2011), caracteriza isto enquanto imperialismo total, onde a dominação externa por dentro das economias nacionais e imperialismo adaptam as estruturas econômicas, culturais políticas e sociais aos seus interesses privados. Segundo March (2011):

A reestruturação se dá, mesmo considerando a condição de trabalhadores improdutivos dos servidores públicos, que não participam diretamente da produção de mais valia, mas que têm em comum com os demais trabalhadores a condição de assalariamento e de venda de sua força de trabalho como condição de sobrevivência. Sendo a origem de seus salários o Fundo Público e seu trabalho desenvolvido no interior do Estado, a contrarreforma do Estado incide diretamente sobre suas condições de trabalho (MARCH, 2011, p. 180).

Desse modo, as reformas demandadas pelos organismos internacionais, como o Banco Mundial – BM - e o Fundo Monetário Internacional – FMI, impactam diretamente no âmbito da saúde, onde estes organismos colocam mecanismos para garantir a dominação política destes territórios, que definem inclusive os parâmetros para a construção de políticas públicas.

Como princípios ordenadores das reformas demandadas temos a subordinação das políticas sociais à política de ajustes estruturais conduzida pela equipe econômica do governo, baseados na contenção de gastos públicos, sobretudo na área social; a separação entre o financiamento e a provisão das ações de saúde com a transferência das ações de provisão para instituições de direito privado, introduzindo a competição entre provedores públicos e privados como forma de aumentar a eficiência e supostamente a qualidade; ênfase na função regulatória do Estado a ser desenvolvida por agências independentes;[...] (MARCH, 2011, p.181)

Deste modo, forma construindo um conjunto de estratégias que incorporem países dependentes a espaços econômicos e socioculturais do imperialismo, com o objetivo de garantir seus monopólios, mercados, poder político e sua hegemonia enquanto país imperialista. Assim, nesse cenário, a “contra-reforma”²² neoliberal do Estado na década de

²² O termo adotado contra-reforma é para denominar as reformas neoliberais do Estado brasileiro que implicaram em um profundo retrocesso social. Este termo faz parte das reflexões de Behring, onde o significado está vinculado à “recusa de caracterizar como reforma processos regressivos”(BEHRING, 2011).

1990, num contexto em que os problemas no âmbito do Estado, eram apontadas como causas centrais da profunda crise econômica e social vivida pelo país, desde o início dos anos 1980 conforme Behring (2003).

Assim, com intuito de barrar as inflações e crescer economicamente, as saídas neoliberais, contra-reformas propostas pelo governo vigente do Fernando Henrique Cardoso (FHC), implicaram nas terceirizações, desregulamentação das leis trabalhistas, precarização, flexibilização do trabalho, e conseqüentemente na redução dos postos de trabalho. O não atendimento da questão social por meio do Estado, resultou na transferência desta para o terceiro setor/empresas, onde passou a ser a nova “ferramenta” para responder à Questão Social. Deste modo implica nas redefinições e desconfigurações dos sistemas de proteção social e das políticas sociais de acordo com os interesses dos capitalistas, principalmente com o fortalecimento da relação público - privado.

O Brasil da década de 1990, viveu de forma aguda as conseqüências de uma opção política que levou a adoção do ajuste neoliberal em todas as dimensões econômicas e sociais. Na saúde, articulada ao projeto societário, é elaborado o Projeto Privatista que tem como principais tendências a contenção dos gastos com racionalização da oferta e descentralização com isenção de responsabilidade do poder central e a focalização. A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que não tem acesso ao mercado (BRAVO, 2013, p. 177).

Em meio a defesa do processo de privatização e contra reforma do Estado, ressalta-se a ampliação do assistencialismo na previdência, a mercantilização da Saúde, sendo atingida “por meio das proposições de restrição do financiamento público, da dicotomia entre ações curativas e preventivas, rompendo com a concepção de integralidade por meio da criação de dois subsistemas: o subsistema de entrada e controle, ou seja, de atendimento básico, de responsabilidade do Estado (uma vez que esse atendimento não é de interesse do setor privado) e o subsistema de referência ambulatorial e especializada, formado por unidades de maior complexidade que seriam transformadas em Organizações Sociais.

Nessa lógica, há ênfase em programas focais: Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF); além da utilização de cuidadores com a finalidade de baratear os custos das ações básicas” (CFESS, Trabalho e Projeto Profissional Nas Políticas Sociais, p.20-21).

É o orçamento público que garante e efetivação das políticas sociais que mantém como objetivo a transformação da realidade (instrumento de realização desses direitos). Assim, com relação aos recursos, financiamento e orçamento destinado para a seguridade,

“ Seguindo o princípio de diversidade das bases de financiamento, o artigo 195 da constituição Federal definiu que os recursos da seguridade devem ser provenientes de três fontes: 1) orçamento da União, Estados e DF; 2) contribuições sociais; e 3) receita de concursos de prognósticos. As contribuições sociais, por sua vez, subdividem-se em duas: a) do empregador sobre a folha de salário, a receita e o faturamento e lucro; e b) a do trabalhador e demais segurados” (BEHRING e BOSCHETTI, 2011, p. 171 e 172).

Nesse âmbito do orçamento da seguridade social, e financiamento da política de saúde, é realizado a realocação das receitas do orçamento da seguridade social pelo Tesouro Nacional, através da Desvinculação de Receita da União (DRU), na qual que vem crescendo anualmente. Além do pagamento dos encargos da dívida, os recursos desvinculados pela DRU são retirados da destinação, sendo um dos âmbitos da saúde, e utilizados para outros setores. Assim, a questão do fundo público, é um elemento fundamental de reprodução do capital.

Assim, nesse aspecto, as disputas políticas entre as classes e a correlação de forças da sociedade, é fundamental, pois o orçamento público não é um mero instrumento técnico, mas sim, expressa prioridades e posicionamentos políticos. Desta forma, a tensão exercida pela classe trabalhadora, contribui para que o orçamento seja destinado a serviços e políticas sociais, voltadas à satisfação das necessidades e interesses dos trabalhadores (as), e não do capital. Principalmente relacionado à política de saúde, sendo necessária crítica à lógica burguesa.

Os rebatimentos da política neoliberal e o papel do Estado, atinge de formas diferentes as pessoas que compõem a classe trabalhadora e necessitam do atendimento do SUS, como a população Trans. Frente ao neoliberalismo e isenção de responsabilidade do estado diante as políticas sociais, são reformuladas pelo governo, em que na parceria público-privado passa a repassar verbas a ONGS (organização não- governamental) para o atendimento de pessoas com AIDS. Em 1995, foi fundada a Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Transgêneros (ABGLT), na qual possuía 31 grupos filiados. “Junto a outras organizações do movimento, mas sendo interlocutora principal a maior parte do tempo, a ABGLT a partir dos anos 1990 foi estreitando laços com o Executivo, o Legislativo e o Judiciário” (NOGUEIRA, 2020, p.140).

Diante da epidemia da Aids, houve o surgimento de coletivos de pessoas travestis, para pautar sobre as demandas específicas, sendo necessária a atuação do governo.

Na década de 1990, o movimento de travestis institui-se em coletivos, como no caso da Associação das Travestis e Liberados do RJ (Astral), pautando o governo para o atendimento de suas demandas específicas, além de atuarem nas

ações da prevenção da aids. Na mesma época, a causa de transexuais foi incluída na agenda deste movimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p.10).

Ao longo do tempo, houve dificuldade de reconhecimento perante o Estado da identidade Trans, onde essa sofreu com a patologização, discriminação e falta de cuidados e atendimento no âmbito da saúde. Tardamente, somente após a década de 1990 que passou-se a pensar no debate em torno da população Trans, bem como o seu atendimento na Saúde pública, sendo o movimento LGBT foi fundamental para a ampliação da política de saúde e outras políticas para a população Trans.

Em meio ao processo de redemocratização na década de 1990, no governo do FHC o Plano Nacional de Direitos Humanos (PNDH), a partir do processo de organização da população LGBTQIA+, contribuiu no que se refere aos direitos dessa população, sendo este marco presente na segunda versão do PNDH-2 (MARTINS, 2017). Esse plano foi significativo na ampliação dos direitos da população LGBTQ+, onde teve a previsão de implementação no ano de 2002, no âmbito do Plano Plurianual - PPA (MARTINS, D, 2017).

Diante da tardia garantia de políticas públicas pelo estado, e o seu desenvolvimento relacionado aos direitos LGBT, ressalta-se o plano plurianual - PPA 2004-2007 “Brasil Sem Homofobia”, lançado pelo governo federal, criado com base no reconhecimento das organizações em defesa ao movimento LGBT. Esse plano visou a formulação de políticas e programas específicos na intenção do enfrentamento a desigualdade e combate à violência e discriminação vivenciada pelos grupos LGBT (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Assim, a transexualidade não está mais na lista de doenças da Organização Mundial de Saúde (OMS). Segundo a entidade, a transexualidade passa a integrar como “incongruência de gênero” a categoria denominada “condições relativas à saúde sexual” estabelecida pela CID 11. Além disso, em janeiro de 2020, o Conselho de medicina divulgou uma resolução a respeito da redução do critério de idade mínima de 21 para 18 anos relacionada às intervenções cirúrgicas de redesignação sexual do processo transexualizador e, para a realização da terapia de hormônio, a idade mínima de 18 anos foi reduzida para 16 anos.

É importante pensar sobre os avanços e desafios diante da Política de Saúde Integral LGBT que é ampla, e demanda uma atenção, planejamento e recursos para a sua ampliação. Os diagnósticos em torno das patologias das identidades de gênero e sexualidades, foi amplamente reforçada durante muito tempo, principalmente na área da

saúde. Os serviços e direitos legitimados pela política de saúde que contribuem para o atendimento das pessoas trans no SUS foram possíveis após as organizações dos movimentos de luta, tendo em vista que a sociedade capitalista utiliza-se de mecanismos de dominação-exploração-opressão; em prol da reprodução do capital, que dificultam o acesso e atendimento da população Trans via SUS.

4. CAPÍTULO 3 - ENTRE O DESCASO E A OMISSÃO: DESNUDANDO AS VÁRIAS FACES DA VIOLÊNCIA TRANSFÓBICA

Considero este capítulo como a tradução de todo o caminho percorrido até aqui. Apresento uma breve análise de três reportagens sobre mulheres trans, que, embora concordamos que este universo pesquisado seja pouco, porém, retratam bem o cenário das experiências vivenciadas pelas pessoas trans na busca pela “imagem” que as localizem enquanto sujeitas políticas, donas de uma história e de uma trajetória que se expressa para além do espelho. Infelizmente, são relatos duros de vidas que se perderam ao recorrerem ao atendimento para realização do processo transexualizador, por vias alternativas.

É preciso dizer que ao recorrerem a clínicas clandestinas ou mesmo “particulares” para realização de procedimentos que “aproximem” o corpo do que essas pessoas gostariam que fossem, a pessoa trans se coloca num risco de perderem a própria vida. Os recursos são ínfimos, os procedimentos estéticos caríssimos, a ausência e/ou redução das políticas de saúde voltadas para esse segmento no SUS, traçam assim um limite entre a “estética e a vida”.

O capítulo encontra-se organizado da seguinte forma: na primeira parte, apresentação das metodologias usadas para análise das reportagens selecionadas situando o contexto de cada uma; A segunda parte, foram feitas as análises do conteúdo das reportagens; e, a terceira e última parte, demonstro os processos e resultados das análises das reportagens que materializam a urgência desse debate, pois, traduzem de forma breve a necessidade da construção desse objeto de estudo.

4.1 CAMINHOS PERCORRIDOS PARA ANÁLISE DAS REPORTAGENS

Para o alcance dos objetivos da presente pesquisa, foram adotados os métodos de caráter bibliográfico, documental e de análise de conteúdo, visando realizar uma

abordagem quali quantitativa deste estudo, que contribua na reflexão dos aspectos da realidade e contexto vivenciado pelas pessoas trans. A respeito da abordagem quali quantitativa utilizada, “numa pesquisa científica, os tratamentos quantitativos e qualitativos dos resultados podem ser complementares, enriquecendo a análise e as discussões finais” (MINAYO, 1997, *apud* SCHNEIDER *et al*, 2017, p.570).

Além da abordagem utilizada, a pesquisa bibliográfica busca contribuir para o aprofundamento teórico, a fim de ampliar o alcance de informações produzidas a respeito do objeto de estudo investigado. Conforme Piana (2009, p. 120), “A principal vantagem da pesquisa bibliográfica está no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente”. Nesse aspecto, as principais fontes consultadas foram artigos científicos, dossiês, livros, leis e reportagens dentro da plataforma on-line presente na mídia digital, que serviram para a sustentação de conteúdos relacionados ao objeto em estudo.

O uso da pesquisa documental se deu a partir de reportagens publicadas em três jornais eletrônicos presentes na mídia digital. A importância da pesquisa documental se dá pelo fato de “riqueza” de dados e conteúdo, sendo “realizada a partir de documentos, contemporâneos ou retrospectivos [...] a fim de descrever/comparar fatos sociais, estabelecendo suas características ou tendências” (PÁDUA, 1997, p.62). Desse modo, as reportagens selecionadas, de acordo com o objeto de estudo da pesquisa, são fontes que receberam um trato analítico a partir dos métodos utilizados.

O método de análise de conteúdo do gênero textual das chamadas “reportagens”, presente nas mídias digitais, se deu através de três *sites* encontrados na internet. O critério de inclusão das reportagens se deu a partir do objeto de estudo, da como utilização do referencial teórico e das palavras chaves essenciais relacionadas ao processo transexualizador das pessoas trans. O motivo do uso e a importância desse método de análise para a pesquisa, a partir de reportagens, parte da perspectiva que,

[...] produzir inferência, em análise de conteúdo significa, não somente produzir suposições subliminares acerca de determinada mensagem, mas em embasá-las com pressupostos teóricos de diversas concepções de mundo e com as situações concretas de seus produtores ou receptores. Situação concreta que é visualizada segundo o contexto histórico e social de sua produção e recepção (CAMPOS, 2004, p.613).

Desse modo, a pesquisa tem como base o método materialismo histórico dialético marxista, que parte do real concreto para identificarmos as questões do contexto histórico

e social, que analisa o “fenômeno” para além da aparência e do que está evidente, a fim de se chegar na essência, ou seja, para além do que está posto. Ou dito de outra forma: por inúmeras vezes, o “imediatos se coloca como sendo a base real para o entendimento da realidade”, entretanto, tal imediatricidade deve ser superada cotidianamente para que a essência do fenômeno se apresente de forma concreta. Apenas a aparência não é suficiente para se chegar à essência. (KOSIK, 1976. p. 11). A análise realizada, também levou em consideração a importância semântica, transpondo o conteúdo manifesto.

Tendo em vista o aumento do uso da internet na pandemia, a mídia digital onde se encontram as reportagens foi escolhida devido ao alcance e facilidade de acesso a informações, principalmente no atual momento, em que as reportagens têm sido adaptadas para serem difundidas nesse meio, a fim de cumprir as medidas de distanciamento social.

O motivo do levantamento das análises das reportagens concerniu para demonstrar como tem se expressado na realidade a questão do processo transexualizador, principalmente em momentos de aprofundamento da relação capital/trabalho, que coincide com o atual momento de crise sanitária. Busca-se, com isso, identificar como as pessoas trans têm tido acesso ao processo transexualizador, em meio a falta de atendimento pelo SUS, tendo em vista que esse processo foi considerado como eletivo, ou seja, não emergencial, no atual momento.

No que se refere às fases da pesquisa, primeiro foi realizada uma pré-análise dos conteúdos a partir de leituras prévias, para se identificar o contexto do material. No segundo momento, a seleção do material para a pesquisa foi efetuado a partir do conteúdo e contexto da reportagem, em que se levou em conta a data de publicação, as palavras-chaves relacionadas ao tema e que estavam presentes também no título e corpo do texto. E em seguida, as reportagens foram organizadas e analisadas de modo minucioso, para serem debatidas de acordo com o referencial teórico e caminho percorrido em cada capítulo.

Diante disso, foram selecionados distintos *sites* jornalísticos de grande circulação, leitura e/ou visualização aos leitores de diferentes regiões do país. Foram pesquisadas três palavras-chaves: “ambulatório trans”, “processo transexualizador” e “transexual”. Foi então que escolhemos 3 matérias publicadas nos *sites* Carta Capital, Gazeta do Povo e G1.jornalísticos publicados na plataforma online, que possibilitaram encontrar reportagens dentro do tema. Destaco que não encontramos dados em sites oficiais do governo (IBGE, DATASUS, Portal FioCruz, entre outros), pois não identificamos estudos relacionados à identidade de gênero.

Dessa forma, em um primeiro momento de seleção do conteúdo de reportagens, ao digitar as palavras-chaves “processo transexualizador”, foram encontrados o total de 11 resultados. Diante disso, procurei matérias com as palavras-chaves “mudança de sexo” na qual teve o total de 58 reportagens e “ambulatório trans”, com o total de 17 publicações.

Com o total de 224 publicações encontradas, esse foi o resultado da maioria das reportagens que estavam relacionadas à palavra-chave "transexual". Essas reportagens estavam atreladas a conteúdo de matérias que envolviam a morte e assassinato de mulheres trans, onde o motivo informado está relacionado ao “ódio e discriminação”; não sendo mencionado em nenhum momento a questão da transfobia.

No que se refere ao recorte dado ao estudo, identifiquei que havia a mesma matéria de reportagem duplicada, o que diminuiu ainda mais a quantidade encontrada no final, chegando aos resultados mencionados conforme a tabela 1 abaixo. Com isso, selecionei as reportagens com maiores informações e que se alinham com a pesquisa. Os sites escolhidos se deram também pela questão do acesso às reportagens gratuitas e que facilitam na seleção do material através do recurso disponibilizado.

Tabela 1- Números totais de reportagens sobre cada palavra-chave de 2020-2021

PALAVRAS-CHAVES	Carta capital	Gazeta do Povo	G1
Ambulatório Trans	12	4	1
Mudança De Sexo	2	43	13
Processo Transexualizador	6	2	3
Transexual	40	41	143

Tabela elaborada pela pesquisadora afim de facilitar a visualização.

Ao final do levantamento das reportagens, foram selecionadas três reportagens dentro do período de 2020 a 2021. Esse recorte temporal se dá devido à atual crise sanitária em decorrência do estado pandêmico em que estamos passando, e que incide nos atendimentos na saúde e serviços especializados. É preciso dizer que a forma do (des)governo atual, têm realizado o desmonte de várias políticas relacionadas à Seguridade Social, principalmente na área da saúde.

Depois da busca e levantamentos realizados, foram selecionadas três reportagens de acordo com o tema da pesquisa, com o intuito de identificar como a realidade em torno do acesso e atendimento das pessoas trans na saúde tem se expressado através das

reportagens publicadas na internet. Desse modo, como se pode observar na tabela 2, foi realizado o panorama contido em cada reportagem selecionada que contribuíram na análise do debate.

Tabela 2 - Informações contidas nas três reportagens selecionadas

REVISTA ELETRÔNICA	ANO DE PUBLICAÇÃO	AUTOR	TÍTULO DA REPORTAGEM
Carta capital	2021	Redação do Carta capital	“Morre mulher trans que foi abandonada inconsciente em clínica de estética”
G1	2020	Redação do G1 PB	“Corpo de mulher que morreu após aplicar silicone industrial em clínica clandestina é sepultado, na PB”
Gazeta do povo	2021	Gabriel de Arruda Castro	“Com pandemia cirurgias de mudança de sexo caem quase 60%”

Fonte: Tabela elaborada pela pesquisadora.

Assim sendo, a apresentação dos resultados dessa pesquisa se encontra organizada da seguinte forma: em primeiro lugar, apresentação das reportagens das mulheres trans e os procedimentos realizados; em segundo lugar, abordaremos algumas categorias de análise construídas a partir dos casos em estudo; e, por fim, serão trazidos os resultados das análises.

4.2 COM NOMES E SOBRENOMES: DE MAÍSA ANDRADE E LORENA BATISTA MUNIZ A TANTAS OUTRAS, DOS CORPOS QUE FALAM O QUE A “ESTÉTICA” ROUBOU

Como dito anteriormente, o recorte dado nos levou a vida de três mulheres trans: Lorena Batista Muniz e Maísa Andrade. Casos esses que retratam a história de vida de mulheres trans no processo de transexualizador que buscam.

Lorena Batista Muniz, 25 anos, natural de Recife-PE, era esteticista e, segundo declaração feita pelos seus familiares em suas redes sociais, gostava muito de dançar quadrilha. Lorena morreu recentemente, no dia 21 de fevereiro de 2021, ao inalar fumaça, durante 7 minutos, por causa de uma pane elétrica que deu no local que estava realizando

o procedimento de cirurgia de silicone. “Cabe ressaltar que, de acordo com as informações de pessoas presentes no ocorrido, ela ainda estava sedada aguardando a cirurgia e ao ser abandonada pela equipe da clínica, acabou inalando uma alta quantidade de fumaça e gás” (ANTRA, 2021, n.p). Lorena foi abandonada, sedada e inconsciente, por uma profissional de estética não habilitada para o procedimento, na sala de uma clínica de estética clandestina²³, na cidade Taboão da Serra-SP.

FIGURA 1 - Lorena Muniz



Fonte: Carta capital (2021).

A reportagem inicia com o *print* do twitter da Érica Malunguinho²⁴, 39 anos, mestra em estética e história da arte pela Universidade Federal de São Paulo (USP), atualmente é deputada estadual da cidade de São Paulo, eleita em 2018. O *post* de Érica apresenta uma nota de pesar sobre a morte de Lorena, evidenciando sobre as circunstâncias a qual ela foi abandonada na clínica, em que a omissão de socorro ocasionou em sua morte.

Junto à notícia, há o anexo da publicação da conta pessoal do twitter do vídeo do marido de Lorena, Washington Barbosa, os quais eram casados há 6 anos. Nesta publicação, o marido denuncia a situação ocorrida com sua esposa na clínica três dias após saber do ocorrido. Houve o relato de sua dificuldade de retorno e acompanhamento da situação grave de negligência e violação ocorrida pela instituição e equipe responsável,

²³ A reportagem não trouxe detalhes sobre as informações do local.

²⁴ Nascida em Recife-Pernambuco, Erica Malunguinho, filiada ao Partido Socialismo e Liberdade (PSOL), tornou-se, em 2018, a primeira mulher transexual, preta e nordestina, eleita como deputada estadual no país.

mesmo estando em Pernambuco, no momento. Além disso, Lorena foi dada como indigente no hospital, o que dificultou as informações.

Após esse trecho, há o anexo da imagem na reportagem da Carta Capital, da publicação feita por Erica Malunguinho na sua conta do twitter. Érica se manifestou após a morte de Lorena, dizendo “Fui tocada profundamente por tudo que aconteceu. Muitas meninas trans e travestis são vítimas de clínicas que realizam processos cirúrgicos que não garantem a segurança e qualidade dos procedimentos. É uma realidade no Brasil. Profissionais não habilitados, ambientes inadequados” (MALUNGUINHO, 2021, *apud* Carta capital, 2021, n.p).

Ao fim desta reportagem, o jornal Carta Capital realizou a publicação do anexo da nota de falecimento realizada pela Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA, 2021), onde comenta que “No texto, a Antra afirma que Lorena é mais uma vítima da opressão de gênero, da pressão estética cissexista e do descaso do estado nos cuidados da saúde específica da população trans” (CARTACAPITAL, 2021).

FIGURA 2 - Maísa Andrade

Corpo de mulher que morreu após aplicar silicone industrial em clínica clandestina é sepultado, na PB

Sepultamento aconteceu no cemitério municipal de Cajazeiras, no Sertão do estado.

Por G1 PB

07/02/2020 09h34 - Atualizado há um ano



Fonte: G1 (2021)

Maísa Andrade, de 34 anos, cabeleireira, ativista trans e militante do Movimento em Defesa dos Direitos Humanos LGBTQI+ de Cajazeiras-PB, passou mal após o procedimento de aplicação de silicone industrial na perna, em uma clínica clandestina na Paraíba. Após o procedimento, veio a óbito. Na reportagem, é citado um relato feito pelo amigo próximo de Maísa, que preferiu não se identificar à TV Cabo Branco, onde informou que Maísa foi socorrida pela pessoa que estava realizando o procedimento, mas

continuou passando mal. Após ter sido socorrida pela equipe médica, acabou morrendo no hospital que realizava a cirurgia.

A reportagem traz informações a respeito do local do sepultamento e relato da assessoria do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) sobre os sintomas que a vítima apresentou, “taquicardia, hipertensão, vômitos e convulsões” (GAZETA DO POVO, 2021). A caminho do hospital, a equipe do SAMU tentou reanimá-la, mas sem sucesso. Maísa morreu na madrugada do dia 05 de fevereiro de 2020, no Hospital de Emergência e Trauma de João Pessoa, com embolia pulmonar, que foi causada pela aplicação do silicone industrial. De acordo com o ocorrido, conforme a reportagem cita, a polícia civil passou a realizar a investigação da morte de Maísa. Ao final, foi publicada a nota de falecimento realizada pelo Movimento em Defesa dos Direitos Humanos da População LGBT de Cajazeiras-PB.

FIGURA 3 - Reportagem sobre queda de 60% de cirurgias de mudança de sexo.



Fonte: Gazeta do Povo (2021).

Como contraponto, a reportagem acima faz uma análise acerca do processo de redesignação, denominada de “cirurgia de mudança de sexo”, em tempos de pandemia. O processo transexualizador atualmente não se limita a intervenções hormonais e cirúrgicas, sendo fundamental para o atendimento integral da saúde e qualidade de vida, tendo em vista a baixa expectativa da população Trans devido à dificuldade de acesso à saúde,

suicídios e genocídios, motivados pelas Transfobia, que se intensifica em meio a garantia dos direitos pelo Estado.

Esse tema tem sido debatido de forma recorrente pelos médicos e outros profissionais, principalmente da área da saúde, onde os serviços e direitos legitimados pela política de saúde, ainda se refletem até hoje nos corpos das pessoas que se identificam enquanto Trans.

A reportagem informa os posicionamentos dos profissionais mediante a ao processo transexualizador, onde é mencionada a melhora da saúde mental como um dos aspectos positivos da cirurgia; em contrapartida, outros profissionais da medicina trazem a tona os impactos negativos desse tipo de intervenção, uma vez que são realizadas “sem que haja um controle adequado sobre os riscos envolvidos no procedimento”, conforme a matéria.

Além disso, a matéria fala da queda das cirurgias de mudança de sexo por causa da crise sanitária ocorrida devido ao COVID-19, onde as cirurgias não eletivas, “não emergenciais” passaram a ter um tempo maior de espera para sua realização. Segundo a reportagem do *site* Gazeta do Povo (2021):

foram realizadas 39 cirurgias na categoria “redesignação sexual no sexo masculino” em 2017, 34 em 2018 e 37 em 2019. Em 2020, houve apenas 15 - redução de 59,4% em relação ao ano anterior [...] houve quatro cirurgias de “redesignação sexual no sexo feminino” em 2020 ante apenas uma em 2019 (GAZETA DO POVO, 2021).

A reportagem ainda informa sobre a queda de mastectomia e de “cirurgias complementares de redesignação sexual”, em 2020. Houve redução desse tipo de procedimento em dois hospitais de referência, no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (HC) e no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

Conforme posicionamentos de estudiosos e críticos da área, dos Estados Unidos da América, que são contrários às intervenções cirúrgicas realizadas através de processo de mudança de sexo. Esses sinalizam, em suas percepções, sobre a perspectiva da real “eficácia” do tratamento, se posicionando de forma contrária às terapias e intervenções irreversíveis no corpo. Nesta perspectiva, há o posicionamento favorável apenas do “tratamento psicológico ou psiquiátrico” para a pessoa trans, o que seria o mais adequado em relação ao processo transexualizador.

Perante os fatos apresentados nessas reportagens, identificamos que Lorena e Máisa são mulheres negras e nordestinas, que tentaram realizar o processo

transexualizador de acordo com as possibilidades e recursos disponíveis. Isso nos faz pensar que seja reflexo da redução dos investimentos públicos em políticas de saúde para atendimento das pessoas trans, através do SUS, mas também nos alerta sobre o processo oculto nessa falta de investimento, que é a desvalorização de umas vidas em detrimento de outras. É fato que, para essa sociedade, marcada por preconceitos, racismos, xenofobias, transfobia, homofobia etc. Casos como expressos nas reportagens não ganham comoção social, muito menos são motivos de um processo investigador que encontrem os culpados por tamanha violência. São casos que ficam sem respostas, os culpados saem impunes, cabendo somente às famílias, amigos ou entidades da sociedade civil organizada a busca por justiça.

Nesse sentido, a partir dos casos descritos, observamos que o atendimento das necessidades subjetivas das pessoas trans, através de elementos cirúrgicos, foram negligenciadas e tiveram seus direitos humanos violados; além do não cumprimento das demais leis e políticas de saúde, que deveriam ser garantidas pelo estado. A primeira vítima do descaso da saúde pública em nosso país, a Lorena, foi a única a ser deixada para trás em um momento de incêndio sedada, onde ocorreu omissão de socorro.

E, Maísa foi submetida a aplicação de produto impróprio para humanos, sem ter sido alertada sobre os riscos desse processo e, quando precisou, não foi socorrida imediatamente por alguém qualificado, demonstrando a falta de postura ativa da equipe de atendimento. Esses casos demonstram o reflexo da sociedade burguesa, presentes nos espaços através de ações de descaso, negligência, violações de direitos e ausência de garantia de direitos.

4.3 NÃO SÃO CASOS ISOLADOS: AS MÚLTIPLAS AUSÊNCIAS QUE SILENCIAM VOZES INSUBMISSAS

Este capítulo será trazida a análise das três reportagens, a partir de quatro subeixos, sendo o primeiro a respeito da identidade das mulheres trans para além do corpo, onde se identifica a importância dos marcadores sociais que também compõe a identidade; no segundo momento será situado sobre o momento de pandemia e aprofundamento das desigualdades que paralisam os acessos à saúde pública, e conseqüentemente os sonhos das pessoas trans, no terceiro subeixo debateremos sobre a transfobia e questão dos dados não oficiais, o que isso tem significado e tem ocasionado; no último quarto e último momento sobre os recursos estéticos que vem sendo utilizados, e qual a importância do

processo transexualizador como questão de saúde e bem-estar para as pessoas trans. Por fim, as considerações finais da pesquisa.

4.2.1. Mulheres Trans: identidades do ser mulher para além do corpo

Destaco que no processo de levantamento das reportagens, a maioria usava a nomenclatura “Mulher transexual”. Na plataforma online dos jornais, em que à primeira vista já se demarca o destaque dado em relação à identidade de gênero oposta à cisnormativa. Em contrapartida, se observa que as demais notícias a respeito de homens e mulheres cis, não destacam a cisgeneridade. Apesar disso, a matéria sobre Lorena e Maísa que foram selecionadas para análise, no enunciado está apenas Mulher.

Em que pese o entendimento defendido de que a transexualidade é uma categoria geralmente destinada às mulheres trans que não acumulam outros marcadores de discriminação, como ser negra e pobre, por exemplo, é importante dizer que, para a perspectiva normativa, travesti e transexual, muitas vezes, são vistas como a “mesma coisa”. Não há um reconhecimento das singularidades das identidades trans em nossa sociedade (BRITO, 2016, p.73)

Comumente as reportagens sobre pessoas trans, não trazem aspectos sobre a questão da racial, local, socioeconômica, dentre outros. Destaco que na mídia, ainda há existência de notícias que reforçam estereótipos em torno da separação entre a identidade trans e travesti, onde a segunda é marginalizada e associada a furto, roubo e assassinato. “Por ser lida como travesti, foi automaticamente julgada culpada pela sociedade, uma vez que a imagem que se alimenta de uma travesti é de uma pessoa que rouba, faz barraco e esfaqueia as outras, em síntese, uma marginal transtornada” (BRITO, 2016, 73).

Ao prosseguir, as duas primeiras reportagens selecionadas sobre Lorena e Maísa, foram as poucas em que aparece apenas o termo mulher, sem atrelar a identidade sexual. A reportagem de Lorena, tem sido uma exceção do que a mídia vem realizando em suas produções de reportagem, onde não houve no texto a voz apenas da assessoria do local, ou de uma autoridade falando sobre o ocorrido, e sim trouxe o vídeo de washington, o marido, e também a representante política trans, negra e nordestina Érica Malunginho, inserida na política, na qual compõe a luta como ativista trans e participa de demais movimentos. No que se refere às organizações e movimentos, no fim da matéria, anexaram a nota de falecimento de Lorena, publicada pela Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA).

A ANTRA vem a público prestar solidariedade a Lorena Muniz, seus familiares, amigos e demais apoiadores neste momento de luto, que estiveram envolvidos na busca por garantir um atendimento digno e humanizado a respeito da negligência que levou sua vida. E aproveita também essa nota para denunciar o descaso com que o caso foi tratado pela equipe da clínica onde ela estava fazendo o procedimento, assim como a forma com que o estado brasileiro tem tratado a saúde das travestis e da. E aproveita também essa nota para denunciar o descaso com que o caso foi tratado pela equipe da clínica onde ela estava fazendo o procedimento, assim como a forma com que o estado brasileiro tem tratado a saúde das travestis e demais pessoas trans. [...] Nossa mais profunda solidariedade ao Tom e familiares de Lorena. Que o conforto chegue a seus corações nesse momento tão difícil. Seguiremos juntas e gritando por ela para que este caso, tenha um desfecho que seja capaz de trazer justiça aos responsáveis pela sua morte e todo sofrimento causado à sua família, amigos e pessoas que tiveram contato com esse triste episódio. E nos colocamos inteiramente empenhadas a fortalecer a luta contra impunidade e pela responsabilização dos culpados (ANTRA *apud* CartaCapital, 2021).

Isso demonstra o protagonismo e voz das pessoas trans frente às violações, negligências e violências, onde se torna necessário se posicionar a respeito, pedindo respostas e justiça. Na reportagem de Maísa, nota-se a frequência com que se utiliza o termo "mulher", não identificando-a pelo nome. Há um breve comunicado a respeito do sepultamento da Maísa, onde não demonstra mais informações a respeito da vítima.

As duas primeiras reportagens de Lorena e Maísa, foram demonstradas as imagens das vítimas, conforme foram expostas na reportagem publicada, onde o *print* da publicação visou o destaque também da descrição dos enunciados. As imagens foram identificadas com o nome de ambas, pois frequentemente as notícias e sociedade apenas a identificam ou denominam conforme a identidade de gênero, não associando-as ao nome social. Houve a busca por sites de pesquisa para se identificar mais informações sobre a vida pessoal, que pudesse contar mais sobre alguns aspectos da vida de Lorena e Maísa, tais como a ocupação, realizações e vínculos afetivos, em que esses aspectos aparecem mais em sites da comunidade LGBTQIA+ do que nos demais de grande circulação. Ou seja, na maioria das reportagens, há uma invisibilidade perante suas trajetórias, em que demonstra-se que as vítimas não tem um lugar de pertencimento, desumanizando-as.

No decorrer da reportagem, há um breve relato de um amigo próximo, uma declaração da comunicação da assessoria do hospital e posteriormente é informado sobre a ação realizada pela polícia civil que buscou apurar sobre o caso. Geralmente, não se sabe sobre o desfecho da apuração, pois muitos casos caem em “esquecimento”. A falta de retorno, também acontece pela forma como o caso é tratado, com descaso e naturalização, em que a justiça reproduz uma violência institucional. Além disso, dadas às

condições, muitas pessoas trans vivenciam a realidade da falta de apoio e vínculo familiar, onde há uma dificuldade de acompanhamento desses casos na busca por respostas e justiças.

Na matéria, após as informações da polícia em que a reportagem destaca que está realizando investigação, a reportagem traz mais informações sobre a vítima, citando que “Maísa Andrade era mulher trans, natural de Cajazeiras, no Sertão da Paraíba. Ela morava em Cajazeiras e viajou para João Pessoa para realizar a aplicação de silicone” (G1, 2021).

Ressalto a falta de detalhes, marcadores sociais e aprofundamentos nas reportagens a respeito do que acomete ambas as vítimas, nas reportagens, que demonstram de forma rasa as denúncias e informações de casos de negligência, violação de direitos, violência e transfobia institucional acometida pelo Estado.

Os movimentos sociais, são fundamentais em relação ao fortalecimento, representatividade, denúncias e lutas em prol dos direitos e políticas em prol da diversidade humana, em que tem trazido visibilidade e avanços nesses aspectos. O Movimento em Defesa dos Direitos Humanos da População LGBT de Cajazeiras-PB do qual Maísa era ativista, realizou articulações nas redes sociais, realizando denúncias e pedindo justiça para que o caso não se tornasse apenas mais um número. No final da matéria do jornal G1 esse movimento teve a nota de Falecimento publicada.

É com profunda tristeza que o Movimento em Defesa dos Direitos Humanos de Cajazeiras-PB, vem informar aos amigos/as, aos nossos militantes e à nossa base social, o falecimento da companheira Maísa Andrade, na manhã do dia 5 de Fevereiro de 2020. O Movimento LGBT se despede dessa guerreira e dá continuidade ao seu legado, transmitindo todo o aprendizado de seus atos para as próximas gerações (MDDHPLC, 2021, *apud* Gazeta do povo, 2021).

É preciso reconhecer que existem outros marcadores sociais como classe, raça e sexualidades, dentre outros, que compõem a identidade da Lorena e Maísa, bem como de todas as sujeitas trans. A falta de elementos/marcadores que compõem a identidade, demonstra como a vivência das pessoas trans, como Lorena e Maísa, tem sofrido com estigmas e exclusões, presentes no conjunto de desigualdades da relação capital/trabalho, propagados pelas estruturas de dominação-exploração-exploração, reproduzidos em diversos meios pela sociedade burguesa, no qual tem tentado às reduzir em um só campo.

4.2.2. Mesmo antes de um estado pandêmico: onde a morosidade do acesso ao direito transexualizador via SUS paralisam os “sonhos”

Ao buscar notícias a respeito de pessoas trans e o processo transexualizador, percebe-se, que em momentos de aprofundamento das desigualdades sociais, como no atual momento de pandemia, as pessoas trans passam a repercutir com mais frequência na grande mídia, onde há também um crescimento no gênero reportagem relacionado a esse contexto.

As notícias a respeito das desigualdades e violências sofridas pelas pessoas trans já ocorriam antes, porém, no período de isolamento social, pela questão das pessoas estarem em casa a maior parte do tempo, esses casos têm tido mais visibilidade na grande mídia.

Mesmo diante deste cenário e da constante cobrança por parte dos movimentos sociais, não houve um único projeto específico de apoio à população LGBTI+ para o enfrentamento da pandemia. Os dados apresentados, além de denunciarem a violência, explicitam a necessidade de políticas públicas focadas na redução de homicídios de pessoas trans, em especial para a proteção das trabalhadoras sexuais. Explicitam, também, a necessidade do acesso às políticas de assistência, bem como outros fatores que colocam essa população como o principal grupo que tem suas existências precarizadas, expostas a diversas formas de violência, como as mortes intencionais no Brasil (ANTRA, 2020, p. 9).

Isso se reflete pela falta de garantia de efetivação das políticas públicas existentes bem como a ausência de políticas que atendam as especificidades das pessoas trans. As notícias em torno do que as pessoas trans têm vivenciado em relação às medidas alternativas ao processo transexualizador pelo SUS, tem repercutido com mais frequência na mídia. Desse modo, o desenvolvimento da tecnologia e acesso rápido das informações através dos veículos digitais, pela ocupação das pessoas trans nesses meios, tem aumentado a representatividade e visibilidade dessas, principalmente no momento de pandemia, sendo uma das formas de demonstrar e denunciar casos de vivências acerca dessa realidade.

Os casos de Lorena e Maisa, que tiveram “repercussão” nas mídias sócias, mas não comossão, reforçam que estas, assim como milhares de outras pessoas, são cotidianamente, vítimas do sistema capitalista e das estruturas de dominação que contribuem para a marginalização e coisificação dos seus corpos trans; mercadorização da saúde, onde os procedimentos visam somente a atender a lógica de “um mercado” que aparenta vender “sonhos” da estética “perfeita”, mas que na realidade, contribuem com a ausência das políticas de saúde, se justificando apenas, por um valor de uso e de troca.

Nesse mercado, os procedimentos são vendidos sem que de fato atendam às reais necessidades das pessoas que a eles recorrem, não há dignidade, qualidade e também, não atendem aos mínimos parâmetros de saúde, burlam as leis e por consequências, secundarizam as políticas que deveriam ser garantidas pelo Estado.

Por fim, o crescimento das vítimas desses mercados privados de saúde, se dá pela ausência e efetivação de políticas e de atendimento via processo transexualizador no SUS, e que conforme exposto na terceira reportagem, num cenário pandêmico, vem sofrendo gradativamente a redução dos poucos procedimentos que eram realizados, sob a justificativa que não são considerados como emergenciais.

A matéria do jornal “Gazeta do Povo”, reportagem 3, visa trazer esse cenário vivenciado no contexto de pandemia, pelas pessoas trans, que têm tido maior tempo de espera em relação aos serviços especializados referentes ao processo transexualizador, que na verdade, não se trata exclusivamente da cirurgia de mudança de sexo, onde envolve uma equipe multidisciplinar para realizar um atendimento integral. Sobre isto, de acordo com a ANTRA (2021):

Todo esse cenário de descaso, abandono e exclusão, aliados a transfobia institucional e a invisibilidade de nossas pautas em espaços de discussão e construção sobre direitos sociais, faz com que grande parte da população trans acabe se submetendo a modificações corporais pouco planejadas, realizem procedimentos clandestinos e/ou hormonização sem acompanhamento médico especializado, sendo obrigadas a buscar profissionais que acabam por se aproveitar de nossa vulnerabilidade, expondo a população Trans a poucas garantias de resultados satisfatórios e uma assistência quase inexistente durante o processo posterior aos procedimentos. Especialmente aqueles profissionais conhecidos por nos tratarem como mercadoria e sem nenhum compromisso com nossas vidas. (ANTRA, 2021, n.p)

Em meio às ausências de políticas de saúde, e medidas realizadas no período de pandemia, o processo transexualizador, que mal tem sido garantido pelo Estado, se tornou mais secundarizado. No decorrer da reportagem, é possível identificar declarações de dois Hospitais que realizam tal processo, onde confirmam a questão da redução das cirurgias, consideradas como eletivas e, portanto, não emergenciais.

A reportagem traz além do posicionamento dos profissionais, relatos da situação dos hospitais, bem como, o posicionamento de alguns estudiosos críticos da área, mas em nenhum momento, há um relato das pessoas trans que são os/as usuários que têm sofrido diretamente os impactos da falta de atendimento e acesso do processo transexualizador. Nota-se que geralmente é colocado como representante dessa discussão os profissionais e responsáveis. Na reportagem os médicos trazem o posicionamento dos debates realizados em torno do processo transexualizador, onde uns trazem os aspectos positivos e outros negativos.

O saber médico, ao dizer "transexual", está citando uma concepção muito específica do que seja um/a transexual. Esse saber médico apaga a legitimidade da pluralidade, uma vez que põe em funcionamento um conjunto de regras

consubstanciado nos protocolos, que visa a encontrar o/a "verdadeiro/a transexual". O ato de nomear o sujeito de transexual implica pressuposições e suposições sobre os atos apropriados e os não-apropriados que os/as transexuais devem atualizar em suas práticas (BENTO, 2006, p. 46-47).

Os saberes dos médicos e as demais instâncias do Estado é o que tem legitimado as demandas das pessoas trans, e colocado parâmetros em relação ao atendimento do processo transexualizador no SUS. Dessa forma, destaco a responsabilização das instituições que realizam discriminações e propagam desigualdades diante das relações de poder, em que contribuem para o aumento de procedimentos que tem causado riscos, danos e mortes às pessoas trans, principalmente no atual momento de pandemia. A falta de comprometimento e em relação a efetivação e garantias das políticas de saúde, têm desconsiderado a priorização do atendimento das pessoas em vulnerabilidade social que também tem outras demandas por também estarem situadas em grupos de risco do covid-19, nas quais necessitam só possuem as condições de acesso e pelo atendimento via SUS.

4.2.3. Transfobia em questão: denunciando os dados, defendendo a vida

Os dados não oficiais e subnotificações realizados pelo Grupo Gay da Bahia (GGB), ANTRA e TRANSDADOS acessados em 2021, contribuem para identificar uma parcela do cenário vivenciado pelas pessoas Trans, que são realizados principalmente em *sites* da internet.

Quando o GGB - Grupo gay da Bahia - denuncia que não há uma estatística oficial das execuções contra LGBT, o que se evidencia é a ineficácia do estado. Primeiro, por não reconhecer estes segmentos como sujeitos de direito e, segundo, por ser comum a ausência do processo de investigação, julgamento e condenação dos culpados pelos crimes de ódio (CISNE & SANTOS, 2018, p. 131).

Diante da ausência de estatística oficial, o *site* Rede Trans, também possui o monitoramento de assassinatos, suicídios e violações de direitos humanos. Segundo Hilton (2021) “Na minha trajetória, vi muitos casos de morte e sequelas graves, mas há subnotificação. Não existe sequer um protocolo, uma política pública, para apurar casos do tipo” (HILTON apud GONZALEZ 2021, n.p).

Nas estatísticas subnotificadas, os dados demonstram que “o Brasil assegurou para si o 1º lugar no ranking dos assassinatos de pessoas trans no mundo” (ANTRA, 2020, p.7). Além disso, “No ano de 2020, tivemos pelo menos 175 assassinatos de pessoas trans, sendo todas travestis e mulheres transexuais” (ANTRA, 2020, p.31), onde demonstra o

quanto a cada minuto e hora morre uma pessoa trans vítima da lógica do sistema, perante a ineficácia/insuficiência do Estado.

É sabido que o Disque 100 e a ouvidoria do SUS, reúnem dados devido às denúncias a respeito da violação de direitos humanos e também denúncias e reclamações a respeito do atendimento prestado às pessoas trans no SUS. Além disso, o atendimento realizado no SUS e os boletins de ocorrência emitidos pela polícia, também se constituem como meios de coletar dados tanto sobre as violações, violências, negligências quanto para medir crimes contra as pessoas trans em relação a transfobia, porém isso não tem ocorrido. “A “ausência” dos dados oficiais sobre esse tipo de violência, mostra o quando a polícia é uma instituição que permanece arraigada ao conservadorismo, é uma instituição permeada de preconceitos, dogmatismo e estereótipos” (CISNE & SANTOS, 2018, p. 131).

Portanto, essas fontes de dados ainda são precárias, devido às relações nas instituições que conservam com poucas informações ou até mesmo incompletas, o que dificulta em relação aos dados e estatísticas em relação às negligências, violações e violências contra as pessoas Trans. Diante disso, há uma dificuldade no que se refere à coleta de dados e mapeamento relacionado às condições de vida das pessoas trans, onde muitas vezes o sistema se utiliza de dados genéricos esvaziados onde invisibiliza as expressões da “questão social” existentes

Isso também ocorre como uma das formas do Estado de burlar e mascarar a necessidade de investir em políticas públicas que atendam as demandas dessas pessoas. Com isso, ressalto a importância dos movimentos e organizações da classe trabalhadora, como o movimento LGBTQIA+ e o ativismo das pessoas Trans, que tem encontrado alternativas para escancarar essa realidade.

O constante medo da transfobia e deslegitimação da identidade de gênero, são sentidos pelo o que se denominam como “disforia de gênero²⁵” - atualmente a OMS (2018) classifica como “incongruência de gênero” na nova cid-11- somado a ausência de políticas públicas, resulta na automedicação e hormonioterapia²⁶ das pessoas trans sem um

25 Essa categoria foi cunhada pela área da saúde da psiquiatria Americana. O termo presente na DSM-5, consta na quinta edição do Manual Estatístico de Transtornos Mentais de 2013, elaborado pela Associação Americana de Psiquiatria, em inglês *American psychiatric Association* (APA) feito para definir o diagnóstico de transtornos mentais. Esse termo se refere ao transtorno de desenvolvimento sexual. A Disforia de Gênero que aparece no manual como um diagnóstico CID-10, deixou de ser utilizado em 2019, ao ser retirado da lista de doenças, onde agora passou a ser CID-11, que apresenta um tópico específico para “incongruência de gênero de adolescente ou adulto.

26 Se refere a terapia hormonal que faz parte do processo transexualizador tanto feminilizante como masculinizante, no qual contribuiu no desenvolvimento de características desejadas, reduzindo assim, os aspectos das características relativas ao sexo biológico designado desde o nascimento.

acompanhamento médico. A recorrência a lugares clandestinos e procedimentos de modo ilegal, demonstra o quanto as pessoas trans se arriscam com essas alternativas acessíveis e mais rápidas, pela falta/redução de atendimento pelo SUS. Com isso, o uso indiscriminado de hormônios e anabolizantes pode trazer riscos de doenças e mortes.

As dificuldades e barreiras encontradas em relação aos serviços especializados revelam as inúmeras desigualdades de acesso e atendimento encontradas. Se comumente, as pessoas são identificadas e validadas para acessar determinados lugares de acordo com as características físicas, associadas a divisão sexual através do binômio homem/mulher, assim muitas pessoas trans recorrem a recursos rápidos e acessíveis para não serem excluídas, desrespeitadas e serem alvos de transfobia, pois “O tempo de espera para a realização da cirurgia, que pode chegar a 15 anos, é motivo de grande sofrimento, já que o documento de identidade é exigido com frequência para o acesso a vários lugares e instituições” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, p.149).

Essa dicotomia, presente na sociabilidade burguesa, visa impor as construções de papéis, onde visa certificar um padrão de masculinidade e feminilidade baseado principalmente na genitália e corpos, visando um ideário pautado em cientificidade e ideologias, onde visa a exclusão das pessoas que escapam desses padrões sistêmicos de cisnormatividade.

A negação do feminino às mulheres trans acontece, independente do grupo racial a que pertençam, são também objetificadas, animalizadas, exotificadas, hipersexualizadas e encontram no imperativo biológico uma das principais fundamentações de negativa para o direito de acessar o status de mulher de verdade” (BRITO, 2016, p.70).

Diante da negação do feminino às mulheres trans, destaco sobre a legitimação da feminilidade com base na questão biológica. A diferenciação social obrigatória, estabelecida pelas relações de poder, que se manifesta nas variadas esferas da sociedade de âmbito privado e público, como por exemplo, no uso dos banheiros públicos, onde há essa divisão na qual incide fortemente nas pessoas trans. “É comum a sugestão de constituição de um “terceiro banheiro” de uso neutro, que é, no entanto, rechaçado pela maioria das lideranças trans e por qualquer pessoa afinada a uma perspectiva crítica, por seu caráter também discriminatório (ALMEIDA, 2016, p.15).

Com base nisso, retomo que a divisão sexual do trabalho, é grandemente funcional ao sistema capitalista com as demais estruturas de dominação, que estão presentes em todas as esferas da sociedade, inclusive na formulação das políticas de saúde, instituições e serviços.

Na Carta dos direitos dos usuários da saúde (2006), do Ministério da Saúde em seus princípios, está estabelecido que:

1. Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde.
2. Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema.
3. Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.
4. Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos.
5. Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada.
6. Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos. (BRASIL, 2006, pg.3)

Diante dos direitos dos usuários da saúde estabelecidos pelo Ministério da saúde (2006), esses trazem elementos fundamentais em torno de um atendimento humanizado, livre de qualquer discriminação, dentre outros aspetos. Ressalto que, o respeito à diversidade humana, é algo muito importante, pois se situa dentro dos processos e mudanças societárias, presente no tempo atual da sociedade burguesa.

A diversidade é, portanto, uma característica do indivíduo, que deve ser entendido como ser histórico em suas relações concretas de existência. Aí reside o caráter social da individualidade e a razão da diversidade ser apreendida na relação singular/humano-genérico. Neste sentido, abrange as expressões das relações sociais de sexo/gênero, étnico-raciais, de identidade de gênero, mas vai além. Trata-se da concepção de que todos os indivíduos são sociais, históricos e diversos (SANTOS, 2019, p.77)

A negação e exclusão da diversidade, bem como os demais rebatimentos, é muito típico na história do ocidente. Pode-se dizer que a diversidade humana e toda sua dimensão histórica/ontológica é negada na sociabilidade burguesa, na qual realiza uma constante regressão de direitos no que versa as pessoas que tem essa característica presente no processo de individuação, no qual se complexifica nessa sociabilidade (SANTOS, 2019).

Na sociedade capitalista, portanto, o indivíduo social, sob a perspectiva de sua inserção de classe vivencia a exploração da sua força de trabalho e o extravio e/ou empobrecimento da sua diversidade, que numa relação de consubstancialidade, expressa, também, as violações em face da raça/etnia, da sexualidade e da identidade de gênero. Isso porque os indivíduos são diversos e esta diversidade é um componente ontológico da sua individualidade (SANTOS, 2019, p.78).

Desse modo, a diversidade humana ontológica, que compõe o indivíduo social, nessa sociabilidade, passa a ser suprimida. Assim, o indivíduo social, diante da sua inserção de classe passa, a sua diversidade passa a ser atacada, diante desse sistema de divisões que necessita da hierarquização e desigualdade em prol do seu funcionamento.

Esses ataques, são realizados de todas as maneiras possíveis, dentro do âmbito político, social, econômico, dentre outros.

Com isso, as discriminações e falta de respeito em torno da diversidade humana, onde se faz presente as pessoas trans, faz com que estas deixem de acessar os serviços de saúde. Além disso, ressalto que, os ataques diretos às pessoas trans, pelo simples fato das pessoas fazerem parte dessa identidade, não são denominadas apenas como discriminação, ou preconceito, e sim, de modo específico, esse conjunto representa a transfobia.

É importante ressaltar que o estigma em relação às pessoas trans e os demais componentes do movimento LGBTQIA+ se deu, principalmente após o “boom” da AIDS, onde as pessoas trans mal acessavam a saúde, devidas o modelo padronizado de saúde que não atendia às suas demandas. A epidemia, e o desconhecimento na época, aumentou o preconceito e discriminação em relação às pessoas LGBTQIA+, onde os afastou mais ainda dos Serviço de saúde. Destaco que isso se repercute até hoje.

A ausência de um caminho eficaz via SUS, aliadas à transfobia institucional, ocasionam em medidas que excluem o acesso e atendimento do processo transexualizador, expulsando as pessoas trans em vulnerabilidade social, que acabam sendo direcionadas a alternativas perigosas. As estruturas racista-capitalista- heteropatriarcal naturalizam os estereótipos das pessoas trans, que são jogadas à margem da sociedade burguesa, por serem vistas/colocadas como corpos meramente descartáveis.

4.2.4. Recursos estéticos e alternativos: a questão da saúde e auto-estima das pessoas Trans

Diante das duas reportagens apresentadas, onde Lorena e Maísa foram vítimas de procedimentos cirúrgicos e injetáveis, retomo a época da explosão das “Bombadeiras”. O termo se refere à injeção de silicone industrial que foi utilizado como alternativa para alteração corporal, na qual é considerada como imprópria ao uso humano. Além disso, destaca-se que “Até 1997, cirurgias de mudança de sexo eram proibidas no Brasil. Pessoas que desejassem passar pela mesma eram obrigadas a recorrer a clínicas clandestinas ou, mais freqüentemente, a médicos no exterior” (BRASIL, 2015).

Essa alternativa disparou na segunda metade do século XX, sendo utilizada pela falta de atendimento especializado e recursos disponíveis no país para o atendimento relacionado às demandas de saúde das pessoas trans. Nota-se a continuidade de uso diante da falta do processo transexualizador via SUS que tem sido reduzido. Em meio a essa ausência e a grande demanda, produtos ilegais como o silicone industrial, mesmo sendo

proibido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para uso estético, tem sido utilizado em clínicas clandestinas e por profissionais não habilitados.

Nesse aspecto, os avanços diante os marcos históricos em relação aos direitos e políticas voltadas às especificidades das pessoas trans, desde a década de 1990, têm sido significativos, porém ainda não são suficientes sem a garantia pelo Estado de investimentos, recursos adequados e necessários para o real funcionamento. Ressalto que o silicone, dentre outros procedimentos utilizados pelas pessoas trans, vão além de recursos estéticos, pois estão ligados a uma questão de saúde.

Desse modo, as pessoas trans, não como uma via de regra, têm utilizado diferentes recursos, desde roupas a procedimentos cirúrgicos e/ou estéticos, que estão dentro do seu alcance para atender suas expectativas diante da identidade de gênero que se identificam. Esses recursos utilizados são fundamentais para saúde mental e auto-estima, além de expressarem sua identidade diante da sociedade pela qual vivem.

É muito comum que pessoas transexuais (ou pessoas trans) lancem mão de diferentes recursos estéticos para se sentirem bem no seu gênero (corte e investimentos nos cabelos, roupas, calçados, adornos, entre outros) e que isso é muito importante para o seu bem estar, saúde mental e convívio social. Além disso, muitas delas lançam mão de recursos biomédicos para viverem melhor, como tratamentos hormonais, cirurgias plásticas e outras cirurgias, (inclusive as cirurgias de transgenitalização), mas isso não é uma regra que valha para todas as transexuais. (ALMEIDA, 2016, p. 10).

Diante disso, e dos tensionamentos vivenciados em meio às relações de gênero, que se mantém na sociabilidade burguesa, é importante destacar que Lorena Muniz, da reportagem 1, segundo o que Washington Barbosa, marido de Lorena postou em sua conta pessoal nas redes, ela sofria preconceito por não ter próteses mamárias e com isso, foi em busca de um sonho, se deslocando do nordeste até São Paulo. Lorena realizou a busca de um procedimento em uma clínica com preço acessível e muito procurada por pessoas trans, devido à dificuldade de atendimento ao processo transexualizador no SUS, que possui uma alta demanda, grandes filas e poucos recursos.

A Maísa, da reportagem 2, grande ativista dos direitos trans, realizou o procedimento com a aplicação de silicone industrial, onde faleceu devido a embolia pulmonar. Ambas as mulheres negras e nordestinas, foram vítimas da ausência das políticas de saúde, e do projeto conservador dos governos atuais, que visam o desmonte dos serviços essenciais para a classe trabalhadora, principalmente dos serviços relacionados ao atendimento da diversidade humana, em prol da reprodução do capital.

Além disso, sabe-se que há poucos ambulatorios e hospitais especializados no processo transexualizar no país, que crescem na contramão das demandas.

A retirada de direitos e desmonte das políticas públicas, tem instaurado uma política de morte. Identifica-se que, ainda nos dias atuais, diante da falta de respostas e ampliação de acesso ao atendimento especializado pelo SUS, Lorena e Maísa, também foram vítimas de uma pressão estética cis e sexista, que tem como o intuito de moldar os corpos em função de uma determinada norma social.

Ambas, sofreram com as imposições do sistema capitalista-racista-heteropatriarcal, que incide na falta de direitos de atendimento digno e humanizado, no qual se constitui como direito do/a usuário/a da saúde; presente no âmbito dos direitos humanos, constitucionais, cartilha de direitos dos/das usuários/as da Saúde, em resoluções, dentre outros documentos, em que essa construção e garantia de direitos, tem sido negligenciada tanto no âmbito público como no privado.

Com base nessa análise, as demandas das pessoas trans via processo transexualidade ainda não têm sido encaradas como uma questão de saúde, as leis não têm sido garantidas pelo Estado, e as poucas políticas existentes têm sofrido com retrocessos e desmontes. Assim, algumas perguntas que seguem sem respostas: A quem interessa a morte e o descaso vivenciados pelas pessoas trans? Por que algumas vidas importam menos que outras? Até quando seguiremos como um dos países que mais violam e matam pessoas trans?

4.2.5. Alguns retrocessos que marcam o processo transexualizador

Em relação a privatização constante da saúde, e atuais ausências e desmontes dos serviços especializados do SUS “Ressalta-se o modelo de privilegiamento do setor privado na saúde, na ditadura do grande capital, principalmente de 1964 a 1979, com a mercantilização da saúde e demais políticas sociais” (BRAVO, 2013, p.177). Dessa forma, os diversos movimentos em prol da saúde, como o movimento pela Reforma Sanitária, desde a década de 1980, foram essenciais na consolidação do SUS, para barrar e se colocar diante de projetos conservadores e privatistas. Mesmo diante das conquistas de direitos pelo atendimento no SUS, de modo gratuito e universal, as saídas neoliberais frente a governos conservadores, têm ampliado a iniciativa privada em relação à saúde e diminuído os recursos e investimentos na saúde pública.

Os investimentos na saúde seguem congelados pela Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 241/55 do teto dos gastos, o cenário de pandemia tem intensificado a falta de atendimento, e redução dos serviços especializados, principalmente voltado à redesignação sexual.

É fundamental destacar que tal cenário se acentua desde o Golpe de Estado, articulado pela classe dominante em 2016, onde a tomada do poder é marcada pela (re)inserção dos governos de direita, materializado com a posse do vice-presidente Michel Temer (PMDB) que assumiu a presidência do Brasil após a saída da presidenta Dilma Rousseff, em virtude de um processo fraudulento de *impeachment*.

Os governos de direita são compostos majoritariamente pela classe dominante, esses se expressam em projetos, ações, e políticas que possuem um ideário conservador, baseados em um – falso – discurso de moralismo relacionado a defesa da família tradicional, do casamento monogâmico e hétero, que são reproduzidos através de pensamentos e práticas políticas, funcionais a lógica de reprodução do sistema capitalista.

A classe dominante, presente em instituições de poder como Estado, obtém os interesses em prol da propriedade privada, acumulação de riquezas e dominação tanto na esfera da produção quanto no da reprodução. Os governos regidos por essa classe, nunca realizaram políticas que contribuíssem para a inclusão da diversidade humana, e um real combate das desigualdades vivenciadas pelos componentes desta. “Reconhecer e respeitar a diversidade é condição indispensável para a afirmação da igualdade. Até porque unidade significa que há diversidade, senão seria homogeneidade” (CISNE & SANTOS, 2018, p.79).

A igualdade presente na Constituição federal de 1988 “Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza”, não se faz presente na realidade, pois nos serviços especializados de saúde que se faz presente a diversidade de pessoas, onde atende as especificidades da população trans, tem sido profundamente atingido e secundarizado. Com a redução de profissionais, deslocados para os atendimentos de emergência, as medidas tomadas pelo governo, em meio a falta de contratação de profissionais da saúde, o que provoca o aumento da vulnerabilidade e os riscos em relação à saúde das pessoas trans, diante da paralisação desse processo.

A oposição aos governos de direita, feito por partido políticos (resguardados os devidos limites do pacto de classes que fazem para se manterem no poder), bem como boa parte dos sujeitos políticos que compõem a classe trabalhadora, dos vários movimentos

sociais que lutam em defesa da vida e dos direitos humanos, assim como parte da sociedade civil organizada, tem reagido em torno das contradições de classes, através de lutas e reivindicações em prol do atendimento dos direitos que envolvem a diversidade humana. Porém, ressalto que, até mesmo no campo da esquerda há embates em torno da questão da diversidade humana, onde há um pluralismo teórico e diferentes posicionamentos. Assim, identifico que seja necessário estabelecer mediações feitas a partir de análises históricas, como através do materialismo histórico dialético marxista, para analisar as determinações objetivas/subjetivas que o capital opera na sociabilidade burguesa, mas também na forma como a classe trabalhadora se organiza para responder a tais investidas.

A representação de direitos e políticas de saúde de caráter universal, que pautam sobre a igualdade e equidade, perante a lei, é uma igualdade que se restringe ao princípio formal principalmente no campo do direito que abrange o conjunto de leis. Essa igualdade é forjada pela classe dominante sob a forma de ideologia, na qual é inalcançável dentro da sociabilidade burguesa.

Ressalte-se aqui que as lutas por igualdade de oportunidade são importantes, mas precisam ser bem articuladas e trabalhadas para não criar ilusões de que há condições reais de superar sexismo, LGBTIfobia, racismo, exclusivamente por meio da legalidade, sem transformar o sistema capitalista, hetero-patriarcal-racista (SANTOS, 2019, p.75).

Retomo que, há uma grande importância do acesso das pessoas trans desde o atendimento à atenção básica, sendo essa a porta de entrada do SUS. Assim, é importante que a equipe multiprofissional esteja preparada, tecnicamente qualificada, alinhada ao ideário e aparatos que norteiam o SUS, para realizar um atendimento de qualidade, que esclareça dúvidas, previna riscos, e direcione o fluxo de encaminhamento até o atendimento especializado.

Informo sobre o conhecimento e cumprimento da lei em torno das observâncias do atendimento das pessoas trans no SUS, em além do cartão SUS que deve constar o nome social, existem outras portarias, decretos e resoluções, sobre o direito do uso do nome social que abrangem outros espaços da esfera social, para além da política de saúde.

Os profissionais de saúde devem estar aptos e capacitados para cuidar das pessoas trans. Para que isso seja uma realidade, e para que todo serviço de saúde possa: garantir acesso, trabalhar na lógica de redução de risco físico e emocional, atuar na eliminação do preconceito e da discriminação da população LGBT, garantir o uso do nome social e inclusão de temáticas relacionadas com estes grupos nas práticas cotidianas, precisamos pôr em prática algumas mudanças (PEREIRA & CHAZAN, 2019, p.12).

Tendo em vista sobre essa importância, a realidade atual, reflete o oposto, na qual o atendimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS) tem colocado várias barreiras existentes no acesso das pessoas trans na saúde.

O que temos hoje no Brasil é ainda uma RAS desintegrada, o que, do ponto de vista da organização do acesso, é um fator muito importante para a sua ineficiência [...] é preciso qualidade técnica [...] nesta dimensão a barreira se expressa pelo não acolhimento e pelo atendimento inadequado, por profissional não capacitado e pela falta de competência na integralidade do cuidado, agravado pelo modelo de atenção centralizado nos hospitais, sem contrarreferência para a APS (PEREIRA & CHAZAN, 2019, p. 10).

A baixa procura nas RAS, pelas pessoas trans, dada às experiências negativas, principalmente devido ao mal atendimento, influenciam na falta de cuidados a respeito da saúde integral, exames de rotina, bem como na falta de informações para a prevenção de riscos, redução de danos e todos os efeitos em decorrência da automedicação e produtos impróprios, no qual muitas desconhecem os efeitos e danos à saúde.

É necessário pensar nos cuidados e acolhimentos relacionados à saúde das pessoas trans para além do imaginário de “mudança e cirurgia”, ou seja, além do diagnóstico e cirurgia de transgenitalização.

Além disso, apesar dos avanços relativamente significativos no âmbito do reconhecimento dos direitos e políticas voltadas às especificidades das pessoas, a sociedade burguesa cis-hétero-normativa tem refletido a discriminação presente na ideologia formulada e reproduzida pela classe dominante nas instituições de saúde, onde tem reafirmado a definição de lugares baseados em relações hierarquia e poder.

Quando o saber médico nomeia a experiência transexual a partir da naturalização está citando as normas que fundamentam e constroem os gêneros a partir do dimorfismo. Quando se definem as características dos transexuais universalizados, determinam-se padrões para a avaliação da verdade, gerando hierarquias que se estruturam a partir de exclusões (BENTO, 2006, p. 46-47).

Destaca-se que os profissionais da medicina ao produzir os saberes, já foram os grandes delimitadores no que se refere aos limites do que é visto como normal e patológico, dentro do campo das identidades e sexualidades (ALMEIDA, 2013). Na atualidade, a medicina continua sendo o um dos maiores campos que nomeia e define a experiência e tempo para a realização do processo transexualizador.

Isso se expressa na escolha e posicionamento dos profissionais, dotados de conhecimento específico, em que muitos não realizam as observâncias a respeito à utilização do nome social pautado em lei, demonstrando a “a incapacidade em manejar questões próprias do universo LGBT, somado ao modelo médico hegemônico,

paternalista, que não compartilha o projeto terapêutico, que prioriza o seu saber científico em detrimento da necessidade de saúde das trans” (PEREIRA & CHAZAN, 2019, p.10).

Segundo Pereira e Chazan (2019) as questões relacionadas ao modelo de atendimento “são exemplos de ações que levam ao constrangimento e insegurança das pessoas trans quando procuram os serviços de saúde” (PEREIRA & CHAZAN, 2019, p.10). A causa dos constrangimentos aos usuários trans, incide no abandono do serviço de saúde prestado.

É importante ressaltar também que há teoria e projetos dos demais profissionais da saúde, que podem não acompanhar a dinâmica da realidade de forma a se atualizar e continuam e/ou possuem perspectivas conservadoras, o que dificulta a capacidade de autocrítica e avanços que beneficiem os/as usuários/as. Assim, a leitura e apropriação do conteúdo a respeito das pessoas trans, podem ser restritos e estereotipados, sendo reproduzidos amplamente.

Essas reproduções constantes, decorrentes da ocupação nos diversos espaços, como a ciência, na qual tem a incorporação da ideologia da burguesia, reforça a manutenção das estruturas de dominação, opressão, exploração e de subordinação, em que se somam e intensificam as desigualdades sentidas pelas pessoas trans nas diversas esferas públicas da sociedade.

O reforço da ideologia conservadora, e as expressões de transfobia, se refletem num atendimento de qualidade dos profissionais de saúde e na precarização/sucateamento dos serviços especializados, onde há grande ausência do Estado, desmonte, e não ampliação diante das grandes filas de espera do processo transexualizador do SUS.

4.4 DO PROCESSO E RESULTADOS DA ANÁLISE DAS REPORTAGENS

Dado o exposto, as três reportagens encontradas através de palavras-chaves pela plataforma online de três jornais distintos, sendo o CartaCapital, G1 e Gazeta do Povo, possuem em comum a falta de detalhes a respeito dos acontecimentos que impactam da vivência até a morte das pessoas trans.

A reportagem da Carta Capital demonstra um protagonismo maior das pessoas trans do que a reportagem do G1 que apesar de expor a foto da Maísa ao lado de uma ação “Cajazeiras diz não a LGBTFOBIA”, a reportagem ao longo mostra a falta do protagonismo trans, trazendo a voz de profissionais cuja as declarações da assessoria do hospital as das ações da polícia, não trazem detalhes e posicionamentos sobre a violação e

negligência. Apenas no fim da reportagem aparece um trecho da nota de falecimento realizada pelo Movimento em Defesa dos Direitos Humanos de Cajazeiras-PB no qual a Maísa fazia parte, em que a reportagem não traz declarações das demais pessoas com as quais a vítima possuía um vínculo.

Nota-se que em relação às reportagens de Lorena e Maísa, como muitas outras encontradas, existe uma questão presente a respeito do limite de identificação apenas pela identidade de gênero, não trazendo outros marcadores sociais. Isso nos faz pensar a respeito da falta de identificação das sujeitas por outros aspectos da vida, que acabam sendo ignorados.

Destaco que, muitas reportagens não informaram se as pessoas trans noticiadas, estavam dentro do grupo de risco da Covid-19 e quais as condições de vida socioeconômicas vivenciadas pelas pessoas trans no atual cenário de pandemia. Isso também se dá no próprio reflexo da falta de inclusão da identidade de gênero no âmbito dos dados relacionados à saúde e outros serviços públicos prestados. Diante do momento da pandemia, os retrocessos foram intensificados, conforme a reportagem 3, que trás sobre a redução de 60% do atendimento via processo transexualizador pelo SUS. Identifica-se que a redução do atendimento foi utilizada como saída, porém faz parte de um conjunto de medidas presentes no projeto conservador da classe dominante, que visa reduzir a viabilização dos serviços públicos, financiados pela da classe trabalhadora, para que se possa continuar investindo em projetos que beneficiem a classe burguesa.

Em relação aos dados oficiais relacionados aos acessos das pessoas Trans no SUS, há uma dificuldade de encontrá-los, pois a identidade de gênero não está presente nas fichas de atendimento como algo obrigatório, ao contrário do quesito raça/cor que deveria se fazer presente mas ainda não tem sido adotado em todos os atendimentos.

As expressões da “questão social” em relação a contradição do capital/trabalho como a violência, presentes em todos os âmbitos, que “encontram uma determinação comum: o patriarcado” (CISNE & SANTOS, 2018, p. 74). A violência contra as pessoas trans é o que tem mais estado presente nas reportagens.

A sociedade em todos os âmbitos realiza hierarquizações e divisões de classe, raça, gênero e sexualidades que acarreta em desigualdades, exclusões e invisibilização das pessoas trans, que são impostas seja pelo medo, violência ou através de outras formas de exercer o poder, a seguir os padrões burgueses da classe dominante. Essas questões têm estado presente nas mídias através de estigmatização, nos quais também são reproduzidos via instituições.

No que se refere às instituições, mesmo sendo um espaço relacionado a promoção de saúde, regido por leis e resoluções que abarcam o respeito a diversidade, como a obrigatoriedade do atendimento ao nome social, ainda falta nos espaços equipes que tenham atendimento qualificado para o acolhimento das demandas das pessoas trans SUS, em que Pereira e Chazan (2019) afirmam que,

A não observação do nome social, a incapacidade em manejar questões próprias do universo LGBT, somado ao modelo médico hegemônico, paternalista, que não compartilha o projeto terapêutico, que prioriza o seu saber científico em detrimento da necessidade de saúde das trans, são exemplos de ações que levam ao constrangimento e insegurança das pessoas trans quando procuram os serviços de saúde (PEREIRA & CHAZAN, 2019, p.10).

Em meio às discriminações nos atendimentos, e redução do processo transexualizador pelo SUS, principalmente no cenário de agravamento da crise sanitária, têm se acumulado as demandas de saúde, enquanto se agrava o sofrimento da/o usuária/o diante da espera.

Dessa forma, essas pessoas entendendo a sua necessidade, têm procurado lugares clandestinos que realizam procedimentos de forma mais acessível tanto pelo acesso como economicamente, por vias ilegais e não seguras. Entretanto, os atendimentos clandestinos, atendem a uma lógica ilegal de mercado que só visa o lucro, no qual continua sendo realizado nos dias atuais, de forma crescente, sem fiscalização adequadas, sobretudo, diante da alta demanda decorrente da falta de atendimento das pessoas trans via políticas de saúde do SUS, garantidas pelo Estado apenas em termos legais.

As pessoas trans são diversas, e tem procurado recursos e medidas que contribuam na saúde de forma integral e no seu bem-estar. Vale destacar que,

seria a errônea pressuposição de que toda pessoa trans é disfórica, quando, em verdade, existem mulheres e homens cisgêneros que não se sentem a vontade com o próprio corpo, sendo, portanto, disfóricos, assim como homens e mulheres transexuais que estão completamente a vontade com os seus corpos (BENTO, 2016, p.46)

A transexualidade²⁷ não é doença, e não há pretensão de preveni-la, mas é de urgência a presença e incorporação da despatologização no âmbito da saúde, para além da luta das pessoas trans. Nem toda pessoa trans sente a necessidade de realizar intervenções, porém muitas vezes acabam realizando procedimentos sem planejamento, e em lugares ilegais devido também à transfobia sofrida; em que a sociedade burguesa perpetua padrões, desigualdades e exclusões das pessoas que não se enquadram nos padrões de

²⁷ Identidade de gênero referente a pessoa que não se identifica com o gênero atribuído designada no nascimento.

privilégios propagados, que se baseiam na figura da pessoa branca, binária, cis, e hétero, ou seja, dá margem para a diversidade.

Desse modo, identifica-se que o ativismo das pessoas trans e o protagonismo em torna da luta em prol da ampliação de acesso da política de saúde, é uma mobilização necessária por uma questão de sobrevivência, tendo em vista a baixa expectativa de vida, desigualdades e transfobia.

O processo transexualizador é uma questão de saúde, na qual necessita de investimentos de recursos para que se supere barreiras territoriais, sociais e econômicas, que contribuirá em relação ao atendimento desde a rede de atenção básica até o atendimento especializado. É evidente que por mais que existam leis e políticas para atender as especificidades das pessoas trans, essas não têm sido garantidas pelo Estado, pois este é um estado burguês que legitima os interesses da classe burguesa, contribuindo para a implementação de políticas paliativas que não visam o combate das desigualdades sociais.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante ao exposto, o não reconhecimento da identidade transgênero e transexual, ou expressão de gênero divergente das expectativas sociais cisgêneras, invisibiliza e agudiza as expressões da “questão social” em torno da vida, acessos aos serviços públicos e políticas de saúde. Todos esses âmbitos, são atravessados pelo sistema capitalista-racista-héteropatriarcal, que contribuem na marginalização e exclusão de pessoas trans e travestis, em prol da reprodução do capital.

As pessoas Trans, sofrem de acordo com a reprodução da divisão sexual, sendo necessário analisar as atuais configurações da divisão Sexual do trabalho para a população Trans, pois grande parte das análises sobre essa divisão, é baseada nas relações sociais entre os sexos feminino e masculino (homens e mulheres), sem considerar as especificidades fora do binarismo. Ressalta-se que a divisão sexual, está dotada de uma dimensão política, para além do mercado de trabalho, onde se propagam através das notícias nas mídias, sobre influência e interferência que a classe dominante tem nesses espaços.

Os meios de comunicação utilizados pela grande imprensa, exercem uma das formas de influenciar o público, tendo em vista os fragmentos de notícias e acontecimentos compartilhados no dia a dia, sendo a principal fonte de informação dos

cidadãos a respeito da realidade, sendo acessadas majoritariamente pelas pessoas inseridas na lógica do trabalho. Essas, passam a maior parte do dia realizando tal atividade, e ao final do dia buscam se manter atualizadas.

Diante dos acontecimentos, “As opiniões são estabelecidas através de tais visões e realidades, tornando-se opinião pública. Ou seja, a opinião pública, é construída por quem domina os meios de comunicação e elabora imagens ou realidades” (FILHO, 2018, p.4).

Dessa maneira, é necessário destacar que as opiniões expressas possuem um caráter político, social e cultural, sendo reproduzidas pelas pessoas inseridas na sociabilidade burguesa, capitalista-racista-patriarcal. Tendo em vista a ocupação da grande mídia pela burguesia e suas ideologias dominantes.

Assim, o conteúdo a respeito das pessoas trans podem ser restritos e estereotipados, sendo reproduzidos amplamente ao ser transmitido por notícias sensacionalistas. Deste modo, ressalto a marginalização da população trans na mídia brasileira, onde “a distorção involuntária no Jornalismo (*gatekeeping*) não nos ajudam a compreender a omissão e marginalização de acontecimentos a respeito da população trans, e que se tal veiculação ocorre de forma coerente e responsável, certamente poderiam ser importantes e significativos para bem informar a sociedade” (FILHO, 2018). Mesmo com todos os documentos, resoluções e leis, em prol dos direitos das pessoas trans, principalmente as que se referem no atendimento a saúde, ainda há uma despreparação e baixa qualidade técnica profissional, em que incide no abandono de acompanhamento, ou na falta de ingresso na saúde desde a atenção básica. Assim, as pessoas trans têm recorrido a automedicação, clínicas clandestinas, e procedimentos ilegais. O que também leva a se pensar que a ausência de políticas, podem ocasionar mortes e diminuir ainda mais a expectativa de vida.

As travestis e transexuais femininas constituem um grupo de alta vulnerabilidade à morte violenta e prematura no Brasil. Apesar de não haver estudos sistemáticos sobre a expectativa de vida das travestis e transexuais femininas, Antunes (2013) afirma que a expectativa de vida desta população seja de 35 anos de idade, enquanto a da população brasileira em geral, é de 74,9 anos (IBGE, 2013 *apud* ANTRA, 2020, p.42).

O reflexo disso, também é decorrente da ausência do Estado, perante as políticas públicas focalizadas, precarizadas e sucateadas no âmbito da saúde, que rebate diretamente no processo pela via do direito constituído, mantendo-se poucos lugares no país a realizarem tal procedimento, fazendo com que a alta demanda pelo processo

transexualizador não seja atendida e não levando-se em conta a ampliação das demais políticas que contribuem para a qualidade de vida dos sujeitos.

As bases do movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) inscritas na Constituição Federal de 1988 em que no art. 6º garante a todos os cidadãos o direito fundamental social à saúde (BRASIL, 1988), e regulamentadas pelas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90 foram fundamentais para minimizar as desigualdades e ampliar o acesso à saúde à população Trans pelo SUS até a implementação do processo transexualizador.

No atual governo de Bolsonaro, deu-se a continuidade e ampliação de projetos de emenda constitucional (PEC) que visam a diminuição de investimentos nos serviços públicos, o que ataca diretamente a seguridade social, constituído pelo tripé saúde, à previdência e à assistência social, relacionadas aos direitos sociais.

A precarização das políticas de saúde diante os ataques, reduz cada vez mais a eficácia e promoção do processo transexualizador. “Infelizmente, o acesso dos/as usuários/as a esses serviços ainda é insuficiente, em razão tanto dos ataques neoliberais sofridos pelo SUS no país, quanto por razões mais específicas relacionadas à história deste programa em especial” (ALMEIDA, 2016, p. 10); além de acentuar o aumento da vulnerabilidade social das pessoas trans, que sofrem com desigualdades das condições de existência materiais e subjetivas.

Ressalto a importância do Serviço Social, diante da direção do atual projeto ético político, embasado pelo método materialismo histórico-dialético como nosso “fio condutor”, fundamental tanto no que se refere na produção de artigos, revistas, estudo e conhecimentos referentes às relações de gênero, diversidade sexual e raça, no qual servirá na apropriação do conteúdo e reflexão da realidade diante a atuação profissional, frente ao planejamento de ações, planos e projetos, que possa contribuir no acesso e atendimento das pessoas trans nos diversos serviços, tanto de âmbito público como privado.

Destaca-se em meio às organizações da classe trabalhadora em prol da ampliação de acesso e atendimento nas políticas públicas de saúde do Brasil, o movimento LGBTQ+ e o ativismo trans, ao longo da construção dessas políticas, demarcando fortemente as lutas em defesa da saúde pública universal.

Por fim, destaco que esse trabalho é o somatório de angústias e inquietações pessoais, mas também uma tentativa de dar voz e fazer eco na ação de romper o silêncio ensurdecido que versa sobre a população trans. São muitas vidas perdidas, sonhos interrompidos e o sufocamento de pessoas que ousam e ousaram sair das caixinhas chamadas de corpo. Está muito além do espelho, muito além da estética, muito além do

binarismo homem x mulher, masculino ou feminino. São seres complexos, diversos e plurais, que merecem a liberdade de serem o que se quer ser.

REFERÊNCIAS

ALAGOANO, Verônica Medeiros. **O Debate do Movimento Feminista na Produção Acadêmica do Serviço Social**. Juiz de fora, 2016.

ALMEIDA, Guilherme; MURTA, Daniela. **Reflexões sobre a possibilidade da despatologização da transexualidade e a necessidade da assistência integral à saúde de transexuais no Brasil**. n.14 . ago. 2013. pp.380.407 / Dossier n.2. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/sess/n14/a17n14.pdf>>. Acesso em: 13 de fev. de 2021.

ALMEIDA, G. **Trabalho e juventudes trans: breve retrato do estado da arte de uma década (2006-2016)**. In: Congresso Mundos De Mulheres. 13; Seminário Internacional Fazendo Gênero. 11. 2017. Florianópolis. Anais. Disponível em: . Acesso em: 30 nov. 2019.

ALMEIDA, Guilherme. **Transfobia**. Conselho Federal de Serviço Social, Brasília, 2016. CFESS Caderno 04. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/CFESS-Caderno04-Transfobia-Site.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2021.

ALMEIDA, Paulo Roberto de. **A experiência brasileira em planejamento econômico: uma síntese histórica**. In: Planejamento e orçamento governamental; coletânea/ Organizadores: James Giacomoni e José Luiz Pagnussat. - Brasília: ENAP, 2006.

ALMEIDA, Silvio Luiz de. **Racismo estrutural** / Silvio Luiz de Almeida. -- São Paulo : Sueli Carneiro ; Pólen, 2019.

ALVES, Alvaro Marcel. **O método materialista histórico dialético: alguns apontamentos sobre a subjetividade**. Faculdade de Ciências e Letras da UNESP. Revista de Psicologia da UNESP , 2010

AMARAL, M., S., Cruz, K., O., Silva, T. C., Toneli, M. J. F. (2014) **“Do travestismo às travestilidades”**: uma revisão do discurso acadêmico no Brasil entre 2001-2010. *Psicologia & Sociedade*, 26(2), 301-311.

AMERICAN Psychiatric Association. **Manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos mentais**. 5. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.

ANTRA. **Dossiê dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2020** / Bruna G. Benevides, Sayonara Naidier Bonfim Nogueira (Orgs). – São Paulo: Expressão Popular, ANTRA, IBTE, 2021. Disponível em: <<https://antrabrasil.files.wordpress.com/2021/01/dossie-trans-2021-29jan2021.pdf>>. Acesso em: 06 abr. 2021.

ANTRA. **Nota Pública da Antra em Luto por Lorena Muniz e Sobre a Saúde Trans**. Direitos e Política, Notas e Ofícios, Ofícios e Notas, Saúde. Disponível em: <<https://antrabrasil.org/2021/02/21/nota-antra-luto-por-lorena-e-saude-trans/>>. Acesso em: 15 abr. 2021.

ANTUNES, Ricardo Luis Coltro. **Os Sentidos do Trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. 2. ed. São Paulo, SP: Boitempo, 2009.

BEAUVOIR, S. **O segundo sexo**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em Contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos.** São Paulo: Cortez, 2003.

BEHRING, Elaine Rossetti; **Política Social: Fundamentos e história/ Elaine Rossetti Behring, Ivanete Boschetti** - 9º ed. São Paulo: Cortez, 2011.- Biblioteca básica de Serviço Social ; v. 2).

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: Fundamentos e história.** 9º ed. São Paulo: Cortez, 2011. BOSCHETTI, Ivanete. A Insidiosa Corrosão dos Sistemas de Proteção Social Europeus. Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n.112, p. 754-803, out./dez. 2012.

BESSA, Léda Denise; MANCEBO, Deise. **REUNI: heteronomia e precarização da universidade e do trabalho docente** Educação & Realidade, vol. 34, núm. 1, janeiro-abril, 2009, pp. 49-64 Universidade Federal do Rio Grande do Sul Porto Alegre, Brasil. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=317227053004>>. Acesso em: 21 abr. 2021.

BOSCHETTI, Ivanete. **A insidiosa corrosão dos sistemas de proteção social europeus.** Serv. Soc. Soc, São Paulo, n. 112, p. 754-803, Dec. 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282012000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 abr. 2021.

BOSCHETTI, Ivanete et al. Crise do capital, fundo público e valor. In: BOSCHETTI, Ivanete et al (Org.). **Capitalismo em crise: política social e direitos.** São Paulo: Cortez, 2010. GOMES, Brasil: ensaio de interpretação sociológica. 5a ed. São Paulo: Globo, 2005.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988.

BOSCHETTI, Ivanete et al (Org.). **Política Social no Capitalismo: Tendências Contemporâneas.** 2 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde / Ministério da Saúde.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 8 p. (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/cartaaosusuarios02.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2021.

BRASIL. **Constituição Política do Império do Brasil.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao24.htm>. Acesso em: 18 Mar. 2020.

BRASIL. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao34.htm>. Acesso em: 18 Mar 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao67.htm>. Acesso em: 18 Mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **“Cuidar bem da saúde de cada um. Faz bem para todos. Faz bem para o Brasil”.** Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **SUS-princípios e conquistas**. Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. "**Ministério da Saúde. Cartilha entendendo o SUS.**" (2006).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Transexualidade e travestilidade na saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/transexualidade_travestilidade_saude.pdf. Acesso em: 11 nov. 2019.

BRASIL. LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em 26 Fev. de 2021

BRASIL. Ministério da Saúde Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 2.836, DE 1º DE DEZEMBRO DE 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT)**. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html. Acesso em: 13 de fev. de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 2.803, DE 19 DE NOVEMBRO DE 2013. **Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html#:~:text=25133%2C%20225155%2C%20225250%2C%20225285,251605%2C%20223810%2C%20225125.&text=Servi%C3%A7o%2Fclassifica%C3%A7%C3%A3o%3A,pr%C3%A9%20e%20p%C3%B3s%2Doperat%C3%B3rio. Acesso em 26 Fev. 2021.

BRAVO & MATOS, Maurílio Castro. **A saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal**. In Bravo, MIS & PEREIRA, P.A (Orgs). Política Social e Democracia. São Paulo: Cortez: Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

BRAVO, Maria Inês. Política de Saúde no Brasil. *In: As políticas de Seguridade Social: Saúde, CFESS/CEAD*. Brasília: UNB, 2000.

BRAVO, Maria Inês. A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica. In: Capacitação para Conselheiros de Saúde- textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

BRAVO. A Política de Saúde no Brasil. In: Mota et.al.(Orgs.) Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. **Saúde e Serviço Social no capitalismo** : fundamentos sócio-históricos / Maria Inês Bravo. - 1 ed. - São Paulo : Cortez, 2013.

_____. **Serviço Social e Reforma Sanitária**. São Paulo: Editora Cortez, 1996. p. 52-59.

BRITO, Camila Pina. **“Já é negro e ainda quer ser travesti?” – experiências trans de mulheres negras** / Camila Pina Brito.- Jequié, 2016.

CAMPOS, Claudinei José Gomes. **MÉTODO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO**: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a19v57n5.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2021.

CARNEIRO, Sueli. **Enegrecer O Feminismo: A Situação da Mulher Negra na América Latina a partir de uma Perspectiva de Gênero**. Instituto da Mulher Negra São Paulo SP, 2001.

CARTA CAPITAL. **Morre mulher trans que foi abandonada inconsciente em clínica de estética**. São Paulo, 2021. Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/diversidade/morre-mulher-trans-que-foi-abandonada-inconsciente-em-clinica-de-estetica/>>. Acesso em: 08 de abr. 2021.

CASTRO, Gabriel de Arruda. **Com pandemia cirurgias de mudança de sexo caem quase 60%**. jornal Gazeta do Povo. Disponível em: <<https://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/com-pandemia-cirurgias-de-mudanca-de-sexo-caem-quase-60/>>. Acesso em: 12 abr. 2021.

CENTA, Maria de Lourdes; ALMEIDA, Bernardo Montesanti Machado de. **O Programa de Saúde da Família Sob Olhar da Equipe Multidisciplinar**. Saúde Desenv., Curitiba, v.5, n.2, p.103-113, mai./ago. 2003.

CFESS. **Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais Brasília**. (DF) - 2011

CISNE, Mirla. **Gênero, Divisão Sexual do Trabalho e Serviço Social**. São Paulo: Outras Expressões, 2012.

CISNE, Mirla. **Feminismo e consciência de classe no Brasil** [livro eletrônico] / Mirla Cisne. – São Paulo : Cortez, 2015.

CISNE, Mirla. **Feminismo e consciência de classe no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2014

CISNE, Mirla; SANTOS, Silvana Mara Morais. **Feminismo, diversidade sexual e serviço social**/Mirla Cisne, Silvana Mara Morais dos Santos.- São Paulo: Cortez, 2018. - (biblioteca básica do serviço social ; 8).

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA. Resolução nº 1955 de 12/08/2010 / CFM - **Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.652/02**. Publicada no Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília-DF, n. 232, 2 dez.2002. Seção 1, p.80/81).

COGGIOLA, Osvaldo. **As grandes depressões (1873-1896 e 1929-1939): fundamentos econômicos, consequências geopolíticas e lições para o presente**. São Paulo: Alameda, 2009. p. 118.

COSTA, Danielle Lima. **A política nacional de saúde: o assistente social e os desafios de uma ação interdisciplinar**. Revista 161: 2017

COSTA, E. V. **Da senzala à Colônia**. 5. ed. São Paulo: Unesp, 2010.

COSTA, Maria Cláudia. **O caráter reificado da modalidade de enfrentamento da questão social no campo contraditório de negação e afirmação de direitos**. In: Direitos Humanos e Serviço Social. 2 ed. Lumen Juris, 2012.

CRISTINA, Gurgel. **DOENÇAS E CURAS: O Brasil nos primeiros séculos.** São Paulo:Contexto, 2010.

DAVIS, Angela. (2013). **Mulheres, raça e classe.** Tradução Livre. Plataforma Gueto.

EDITORIAL QUECONCEITO. Conceito de Modelo agroexportador. São Paulo. Disponível em: <https://queconceito.com.br/modelo-agroexportador> . Acesso em: 24 abr. 2021.

ENGELS, Friedrich. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1884.

FERNANDES, Florestan. **A revolução burguesa no Brasil: ensaio de interpretação sociológica.** 5a ed. São Paulo: Globo, 2005.

_____. **A Revolução Burguesa no Brasil: ensaio de interpretação sociológica.** 5º ed. São Paulo: Globo, 2011.

FILHO, Carolina Leone Magalhães Galvão. **O Sensacionalismo e a Marginalização da População Trans na Mídia Brasileira: Uma análise do vídeo “Traveco” veiculado no programa “The Noite.** 2018. Disponível em: <https://files.comunidades.net/publicitariosads/TCC__Carolina_Leone_Magalha771es_Galva771o_Filho__O_sensacionalismo_e_a_marginalizac807a771o_da_populac807a771o_trans_na_mi769dia_brasileira.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2021.

FIOCRUZ. **Linha do Tempo: Conferências Nacionais de Saúde.** Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo-conferencias-nacionais-de-saude#1975>>. Acesso em: 18 mar. 2020.

GODINHO, Tatau; VINTEUIL, Frederique; Olivares, Rosa. **Marxismo e Feminismo.** São Paula: Aparte, 1989 (Caderno Democracia Socialista).

GOLDMAN, Wendy. **Estado, Mulher e Revolução: política familiar e vida social soviética, 1917-1936.** São Paulo, Boitempo : Iskra Edições, 2014.

GONZALEZ, Mariana. **Ela tem família, ela tem um nome", diz mãe de Lorena Muniz, morta em SP.** Disponível em: <<https://www.uol.com.br/universa/noticias/redacao/2021/02/23/apos-incendio-em-clinica-jovem-trans-teria-entrada-no-hc-como-desconhecida.htm>>. São Paulo: Universa. Acesso em: 12 abr. 2021.

GONZAGA, Taynan Matheus; GALLAS, Ana Kelma Cunha Sousa. **O Retrocesso no Combate da LGTBfobia no Brasil: O Preconceito Vivenciado Pela População Lgbt no Ambiente Escolar.** Filos. e Educ., Campinas, SP, v.11, n.2, p. 281-289.

HIRATA, H.; KÉRGOAT, D. **Divisão sexual e psicopatologia do trabalho.** XI Encontro anual da ANPOCS. GT Processos de trabalho e reivindicações sociais. Águas de São Pedro: 1987.

HIRATA, H; KERGOAT, Danièle. **Divisão sexual do trabalho profissional e doméstico: Brasil, França, Japão.** In: COSTA, Albertina de Oliveira; SORJ, Bila; BRUSCHINI, Cristina; HIRATA, Helena (orgs.). Mercado de trabalho e gênero: comparações internacionais. Rio de Janeiro: FGV, 2008, p. 263-278.

HELLER, A. **O Cotidiano e a História**. 8 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2008.

HOOKS, Bell. **Não sou eu uma mulher. Mulheres negras e feminismo**. 1ª edição 1981. Tradução livre para a Plataforma Gueto. Janeiro 2014. disponível em: <https://plataformagueto.files.wordpress.com/2014/12/nc3a3o-sou-eu-uma-mulher_traduzido.pdf>. Acesso em 26 de fev.de 2021.

KERGOAT, Danièle. **Em defesa de uma sociologia das relações sociais**. In. O sexo do Trabalho. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1987.

KOSIK, Karel. **Dialética do Concreto**; tradução de Célia e Alderico Toribio. 2 ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1976.

JESUS, Jaqueline Gomes de. **Orientações sobre a população transgênero: conceitos e termos**. Brasília, 2012. Disponível em Acesso em: 30 de set. de 2019.

JESUS, jaqueline Gomes. **Notas sobre as travessias da população trans na história**. Revista Cult, 2018. Disponível em: <<https://revistacult.uol.com.br/home/uma-nova-pauta-politica/>>. Acesso em 26 de fev. de 2021.

Manual diagnóstico e estatístico de transtorno DSM-5 / [American Psychiatric Association, tradução. Maria Inês Corrêa Nascimento. Porto Alegre: Artmed, 2014.

MARCH, Claudia. **A contra-reforma do Estado Brasileiro e seus efeitos no trabalho em saúde nos serviços públicos**. Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva. 2011.

MARINI, Ruy Mauro. **A Dialética da Dependência**. Ed. Expressão Popular: 2005.

MARINHO, Silvana. **Diversidade de gênero na sociabilidade capitalista patriarcal: as identidades trans em perspectiva**. 2018

MARTINS, Antonio Carlos Pereira. **Ensino superior no Brasil: da descoberta aos dias atuais**. Scielo. 2002. Disponível em :< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-86502002000900001>. Acesso em: 06 Mar. 2020.

MARTINS, Dilermando Aparecido Borges; PREUSS, Lislei Teresinha. **Os avanços e desafios de políticas públicas na área da saúde para a comunidade LGBT**. Londrina, 2017. Disponível em: <<https://www.congressoservicosocialuel.com.br/anais/2017/assets/131621.pdf>>. Acesso em 24 Fev. 2021.

MARUANI, M.; HIRATA, H. A divisão sexual do trabalho revisitada. In: MARUANI, M.; HIRATA, H (orgs.). **As novas fronteiras da desigualdade: homens e mulheres no mercado de trabalho**. São Paulo: SENAC, 2003.

MARX, karl. Manifesto do Partido Comunista/ Karl Marx, Friederich Engel.--1.ed.-- São Paulo : Expressão Popular, 2008. 67 p.

_____. “Introdução”. In: Grundrisse – manuscritos econômicos de 1857-1858: esboços da crítica da economia política. São Paulo/Rio de Janeiro: Boitempo/UFRJ, 2011.

MÉSZAROS, Istivan. **A liberdade das mulheres: a questão da igualdade substantiva**. In:

Para Além do Capital. Trad. Paulo César castanheira; Sérgio Lessa. São Paulo: Boitempo Editorial, 2002

MOTA, Ana Elisabete. **Seguridade Social Brasileira: Desenvolvimento Histórico e Tendências Recentes.** In: Serviço Social e Saúde: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

MOURA, Clóvis. **Rebeliões da senzala—a questão social no Brasil.** São Paulo: Ciências Humanas, 1981.

NETTO, José paulo. **Economia Política: uma introdução crítica/** José Paulo Netto e Marcelo Braz - São Paulo: Cortez, 2006.

NEVES, Benjamim Braga de Almeida. **Transmasculinidades no ambiente escolar: laicidade e resistências.** In: RODRIGUES, Alexsandro; MONZELI, Gustavo; FERREIRA, Sérgio Rodrigo da Silva (Orgs). A política no corpo: gênero e sexualidades em disputa. Vitória: EDUFES, 2016.

NOGUEIRA, LEONARDO. **O Brasil fora do armário: diversidade sexual, gênero e lutas sociais** / Leonardo Nogueira, Maysa Pereira, Rafael Toitio.-- 1.ed.-- São Paulo : Expressão Popular, Fundação Rosa Luxemburgo, 2020.

OLIVEIRA, Barbara de Paula et al. O direito à saúde de pessoas trans* no Distrito Federal: entre o direito de existir e o direito à equidade. Brasília, 8(1): 1-163, jan./mar., 2019. Acesso em: 24 abr. 2021.

ONU - Organização das Nações Unidas. **Declaração Universal dos Direitos Humanos da ONU.** Acesso em: 06 Mar. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)** - 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 18 maio 2020.

PÁDUA, E. M. M. **Metodologia da pesquisa: abordagem teórico-prática.** 2. ed. São Paulo: Papirus, 1997.

PEREIRA, Lourenço Barros de Carvalho; CHAZAN, Ana Cláudia Santos **O Acesso das Pessoas Transexuais e Travestis à Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa.** Rev Bras Med Fam Comunidade. 2019;14(41):1795. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/06/996051/1795-10932-1-pb.pdf>>. Acesso em: 10 de abr. 2021.

PIANA, MC. **A construção do perfil do assistente social no cenário educacional** [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

ROCON, Pablo Cardozo; SODRE, Francis; RODRIGUES, Alexsandro. **Regulamentação da vida no processo transexualizador brasileiro: uma análise sobre a política pública.** Rev. katálysis, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 260-269, Sept. 2016. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141449802016000200260&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 Fev. 2021.

RUBIN, Gayle. “Pensando o Sexo: Notas para uma Teoria Radical das Políticas da Sexualidade”. Tradução de Felipe Bruno Martins Fernandes. Disponível em: <http://www.miriamgrossi.cfh.prof.ufsc.br/pdf/rubin_pensando_o_sexo.pdf?>. Acesso em: 20 abr. 2021

SAFFIOTI, H.B. I. **A mulher na sociedade de classes:** ed. 1979, coleção de Sociologia Brasileira, vol. 4.

_____. Gênero, patriarcado, violência. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

SANTOS, Silvana Mara de Moraes dos. **Luta de Classes e a Questão da Diversidade Humana:** Debate Atual e Perspectivas Político-teóricas. rev Trabalho necessário, v.17, ed. nº 32, jan-abr. Natal- RN: 2019

SCHNEIDER, Eduarda et al. **Pesquisas Quali-quantitativas: Contribuições Para a Pesquisa em Ensino de Ciências.** São Paulo (SP), v.5, n.9, p. 569-584, dez. 2017.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. Educação & realidade, v. 20, n. 2, 1995.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo.** 19 ed. São Paulo: Malheiros, 2001.

SOUSA, Luana Passos de; GUEDES, Dyego Rocha. **A desigual divisão sexual do trabalho: um olhar sobre a última década.** Estudos Avançados, 2016.

RIBEIRO, Jéssyka kaline Augusto. “Aonde” Está a População Trans na Divisão Sexual do Trabalho? **Analisando As Condições da Inserção para Os/As Trabalhadores/As Travestis e Transexuais no Mercado de Trabalho Formal.** Vitória, 2018.

UFOP. **Incentivo a Diversidade e Convivência.** PRACE, Ouro preto, 2021. Disponível em:<<https://prace.ufop.br/assistencia-estudantil/orientacao-estudantil/incentivo-diversidad-e-e-convivencia-pidic>>. Acesso em: 12 abr. 2021.