



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS – IH**  
**DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – SER**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL**

**DANIEL BORSATTO DE LIMA**

**A ATENÇÃO À SAÚDE ÀS TRAVESTILIDADES E TRANSEXUALIDADES**  
**EM SÃO PAULO (2013-2018)**

Brasília

2018

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS – IH**  
**DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – SER**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL**

DANIEL BORSATTO DE LIMA

**A ATENÇÃO À SAÚDE ÀS TRAVESTITIDADES E TRANSEXUALIDADES  
EM SÃO PAULO (2013-2018)**

Dissertação de mestrado submetida à avaliação da Comissão Examinadora, constituída sob as normas do Programa de Pós-Graduação em Política Social, como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Política Social, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dra. Marlene Teixeira Rodrigues.

Área de Concentração: Política Social.

Brasília

2018

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

La Lima, Daniel Borsatto de  
A atenção à saúde às travestilidades e transexualidades em  
São Paulo (2013-2018) / Daniel Borsatto de Lima; orientador  
Marlene Teixeira Rodrigues. -- Brasília, 2018.  
156 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado em Política Social) --  
Universidade de Brasília, 2018.

1. Identidade de Gênero. 2. Travestilidades. 3.  
Transexualidades. 4. Atenção integral à saúde. 5. São Paulo.  
I. Rodrigues, Marlene Teixeira, orient. II. Título.

A ATENÇÃO À SAÚDE ÀS TRAVESTILIDADES E TRANSEXUALIDADES EM  
SÃO PAULO (2013-2018)

Daniel Borsatto de Lima

Dissertação de mestrado submetida à avaliação da Comissão Examinadora, constituída sob as normas do Programa de Pós-Graduação em Política Social, como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Política Social, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dra. Marlene Teixeira Rodrigues. Área de Concentração: Política Social.

Apresentada em novembro de 2018.

COMISSÃO EXAMINADORA:

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Marlene Teixeira Rodrigues – SER/UnB (Orientadora)

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Andreia de Oliveira – SER/UnB

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Tatiana Lionço – IP/UnB

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Izis Morais Lopes dos Reis – MPDFT (Suplente)

Este trabalho é dedicado a todas as vítimas de travestifobia e transfobia e àquelas/aqueles que lutam por uma sociedade mais justa, igualitária e com respeito à livre expressão da identidade de gênero e orientação sexual.

## AGRADECIMENTOS

Concluir este curso de pós-graduação representa mais que uma conquista profissional: é uma realização pessoal em meio a lutas, superações e à persistência em um caminho permeado por medos, incertezas, tristezas, mas também por muitas alegrias, convivências, amizades, carinhos, afetos e conhecimentos.

Esse caminho foi marcado por um processo árduo, frente ao meu adoecimento. Alguns capítulos foram construídos dentro do quarto do hospital, e, para a conclusão desse ciclo, foi essencial a compreensão das professoras e professores que ministraram as disciplinas do programa: Dra. Daniela Neves, Dra. Ivanete Boschetti, Dr. Evilásio Salvador e Dr. Perci Coelho, além do apoio e compreensão de todas (os) as (os) minhas (meus) colegas de curso.

Agradeço à minha orientadora, Dra. Marlene Teixeira, pela compreensão e apoio na construção deste trabalho. Aos professores Dr. Guilherme Almeida e Dra. Andrea Oliveira, pelas contribuições na banca de qualificação. Às professoras Dra. Andreia de Oliveira, Dra. Tatiana Lionço e Dra. Izis Morais, pelo aceite para a participação na banca final.

Às minhas colegas de profissão, em especial Liliane Caetano, do AMTIGOS; Elisa Prestes, da UERJ; Dirce de Assis e Derli de Oliveira, do Ambulatório CRT-DST/Aids de São Paulo, pelo apoio e diálogo sobre as minhas dúvidas.

A Salete Monteiro, da gestão municipal de São Paulo, e a Luiza, psicóloga da UBS – Sé e a todos os demais psicólogos da Secretaria Municipal de Saúde, que me acolheram nessa jornada, com reflexões e informações.

A Jacqueline Moraes Teixeira, da Faculdade de Educação da USP, pelos diálogos sobre Michel Foucault e Judith Butler.

Às minhas alunas e alunos e colegas de docência da Uniprojeção e Faculdades Projeção, pelo carinho e apoio constante.

Às (aos) minhas (meus) amigas (os) de caminhada de vida, por compreenderem as minhas ausências, ouvirem as minhas angústias e sempre estarem presentes. Em especial, Joseane Rotatori, pelo apoio ao processo seletivo; Martha Malheiro, pelos diálogos, inspirações e suporte junto à PUC-SP; Adriana Salerno, pelo apoio logístico deste trabalho; Wênia Oliveira, pelos suportes em Brasília; Larissa Okumura, pelo suporte com a rede.

Por fim, aos sujeitos políticos que participaram e participam no cotidiano da construção e efetivação da saúde enquanto um direito social à população trans. Que possamos resistir frente aos desafios da ascensão neoliberal conservadora.

## **A ATENÇÃO À SAÚDE ÀS TRAVESTILIDADES E TRANSEXUALIDADES EM SÃO PAULO (2013-2018)**

### **RESUMO**

Esta dissertação teve como objetivo analisar a Política de Saúde Integral LGBT no município de São Paulo, com recorte na atenção integral à saúde da população de travestis, mulheres transexuais e homens transexuais, no período de 2013 a 2018. O estudo teve como premissa o entendimento das identidades trans como históricas e múltiplas, recusando, pois, o viés da patologização. A metodologia utilizada incluiu análise bibliográfica; análise de dados secundários, por meio de pesquisa documental; e coleta de dados por meio da Lei de Acesso à Informação. Buscou-se analisar o processo de construção e implementação da política municipal no atendimento integral à população de travestis, mulheres transexuais e homens transexuais, assim como sua efetivação enquanto um direito social. A política municipal analisada teve sua construção iniciada no ano de 2013, a partir das diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Trans, instituída em 2011 pelo Sistema Único de Saúde – SUS). Essa política representou um marco no reconhecimento da orientação sexual e da identidade de gênero como determinantes sociais da saúde da população LGBT e na necessidade de garantir efetivamente, a essa população, o acesso à saúde enquanto um direito social.

**Palavras-chave:** Identidade de Gênero. Travestilidades. Transexualidades. Atenção Integral à Saúde. São Paulo.

# ATTENTION TO HEALTH FOR TRAVESTITITIES AND TRANSSEXUALITIES IN SÃO PAULO (2013-2018)

## ABSTRACT

This thesis aimed to analyze the LGBT Integral Health Policy in the city of São Paulo, focused on transsexual women's, transsexual men's and transvestite's integral health, from 2013 to 2018. The study was based on the understanding of trans identities as historical and multiple. Therefore, rejecting the bias of pathologization. The chosen methodology included bibliographic analysis; analysis of secondary data, through documentary research; and data collection through the Brazilian Access to Information Act. The study sought to analyze the process of construction and implementation of municipal policy in the integral care of the population of transvestites, transsexual women and transsexual men, as well as its effectiveness as a social right. The municipal policy analyzed was started in 2013, based on the guidelines from Brazilian National Policy for Integral Attention to Health of Trans Population, instituted in 2011 by the Brazilian Unified Health System (SUS). This policy represented a milestone in the recognition of sexual orientation and gender identity as social determinants of LGBT population health and in the need to effectively guarantee access to health as a social right.

**Keywords:** Gender and Gender Identity. Travestilities. Transsexualities. Integral Health Attention. São Paulo.

## **LISTA DE MAPAS**

Mapa 1 – Regiões, prefeituras regionais e distritos do município de São Paulo ..... 99

Mapa 2 – Coordenadorias Regionais de Saúde e Supervisões Técnicas de Saúde..... 105

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Orçamento geral da União por função: ano 2017 .....	27
Gráfico 2 – Dados de atendimentos ambulatoriais de agosto/2008 a dezembro/2017 ...	92
Gráfico 3 – Dados de cirurgias por ano, após a publicação da Portaria em 2008.....	93
Gráfico 4 – Dados de cirurgias, por unidade hospitalar habilitada pelo MS .....	93

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 – Organograma da cobertura municipal – Referência: setembro de 2018..... 132

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Procedimentos ofertados na atenção especializada de média e alta complexidade.....	88
Quadro 2 – Serviços habilitados pelo MS.....	89
Quadro 3 – Serviços identificados e não habilitados pelo MS .....	90
Quadro 4 – Equipe multidisciplinar do processo transexualizador.....	92
Quadro 5 – Análise das deliberações da II Conferência Municipal LGBT .....	114
Quadro 6 – Metas e ações para saúde da população LGBT – Plano e Relatório Anual de 2015.....	123
Quadro 7 – Metas e ações para saúde da população LGBT – Plano e Relatório Anual de 2016.....	127
Quadro 8 – Metas e ações para saúde da população LGBT – Plano e Relatório Anual de 2017.....	130

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Estabelecimentos/serviços de saúde da SMS.....	106
Tabela 2 – Número de atendimentos na UBS Santa Cecília – CRS Centro .....	133
Tabela 3 – Número de Atendimentos no ASITT – CRT-DST/Aids.....	136
Tabela 4 – Número de procedimentos cirúrgicos nos hospitais sob a gestão estadual do governo de SP.....	137
Tabela 5 – Número de atendimentos – AMTIGOS .....	139

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

1. ABGLT - Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Transgêneros
2. ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
3. Aids - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
4. ALESP – Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo
5. AMTIGOS – Ambulatório Transdisciplinar de Identidade de Gênero e Orientação Sexual
6. ANTRA – Associação Nacional de Travestis e Transexuais
7. APA – Associação Psiquiátrica Americana
8. ASITT – Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais do CRT-DST/AIDS
9. BSH - Programa Brasil Sem Homofobia
10. CADS - Coordenadoria de Assuntos para Diversidade Sexual
11. CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
12. CEDAP – Centro Estadual Especializado em Diagnóstico, Assistência e Pesquisa
13. CISAM – Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros
14. CIT – Comissão Intergestora Tripartite
15. CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
16. CRE – Centro Regional de Especialidades
17. CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
18. CRESS DF – Conselho Regional de Serviço Social do Distrito Federal
19. CRT-DST/AIDS – Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS -SP
20. CFESS – Conselho Federal de Serviço Social
21. CFM – Conselho Federal de Medicina
22. CFP – Conselho Federal de Psicologia
23. CID – Código Internacional de Doenças
24. CNCD – Conselho Nacional de Combate à Discriminação
25. CNS – Conselho Nacional de Saúde
26. CPMF – Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
27. CPATT – Centro de Pesquisa e Atendimento para Travestis e Transexuais
28. CRD – Centro de Referência da Diversidade
29. CRDHCH – Centro de Referência em Direitos Humanos e Combate à Homofobia
30. DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

31. DSS – Determinantes Sociais da Saúde
32. DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
33. EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
34. ENESSO – Executiva Nacional do Estudantes de Serviço Social
35. ENUDS – Encontro Nacional Universitário pela Diversidade Sexual
36. ESF – Equipes de Estratégia em Saúde da Família
37. FMUSP – Faculdade de Medicina da USP
38. GENPOSS – Gênero, Política Social e Serviços Sociais
39. GLBT – Gays, lésbicas, bissexuais e transexuais
40. GLS – Gays, lésbicas e simpatizantes
41. HCFMUSP – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP
42. HCUFG – Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiânia
43. HCUFPE – Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco
44. HCUFRGS – Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
45. HEM – Hospital Eduardo Menezes
46. HGG – Hospital Alberto Rassi
47. HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
48. HSH – Homens que fazem sexo com Homens
49. HUMAP – Hospital Humanitário Maria Aparecida Pedrossian
50. IABAS – Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde
51. IEDE – Instituto Nacional de Diabetes e Endocrinologia
52. IMS-UERJ – Instituto de Medicina Social da UERJ
53. INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
54. LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
55. LOS – Lei Orgânica da Saúde
56. MAM – Museu de Arte Moderna
57. MS – Ministério da Saúde
58. NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
59. NOB-RH SUS – Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS
60. OAB – Ordem dos Advogados do Brasil
61. OMS – Organização Mundial de Saúde
62. ONG – Organização Não Governamental
63. ONU – Organização das Nações Unidas

64. OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
65. OS – Organização social
66. OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
67. PMSP – Prefeitura Municipal de São Paulo
68. PPGPS – Programa de Pós-Graduação em Política Social
69. PSF – Programa Saúde da Família
70. PUC-SP – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
71. SDH – Secretaria de Direitos Humanos
72. SUS – Sistema Único de Saúde
73. TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
74. UBS – Unidade Básica de Saúde
75. UERJ – Universidade Estadual do Rio de Janeiro
76. UFBA – Universidade Federal da Bahia
77. UFES – Universidade Federal do Espírito Santo
78. UFG – Universidade Federal de Goiânia
79. UFPE – Universidade Federal de Pernambuco
80. UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
81. UnB – Universidade de Brasília
82. Unifesp – Universidade Federal de São Paulo
83. UPAS – Unidade de Pronto Atendimento
84. UPE – Universidade de Pernambuco
85. UREDIPE – Unidade de Referência Especializada em Doenças Infecto-Parasitárias Especiais
86. USP – Universidade de São Paulo
87. WPATH – *World Professional Association for Transgender Health*
88. SCENES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
89. SOC – *Standards of Care for Health of Transsexual, Transgender and Gender Nonconforming People*

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	19
A CONCEPÇÃO DE POLÍTICA SOCIAL, A CONSTRUÇÃO E OS DESAFIOS DO SUS .....	21
A MATERIALIDADE DOS PRINCÍPIOS E AS DIRETRIZES DO SUS .....	28
AS PERSPECTIVAS DE ANÁLISE DE POLÍTICA SOCIAL E METODOLOGIA DE PESQUISA .....	32
<b>1 OS ESTUDOS SOBRE GÊNERO E SEXUALIDADE</b> .....	38
1.1 GÊNERO E SEXO: CATEGORIAS SOCIAIS .....	39
<b>1.1.1 Os Estudos Feministas e o Debate de Gênero</b> .....	45
1.2 A CONSTRUÇÃO DAS CATEGORIAS “TRAVESTI” E “TRANSEXUAL”: O VIÉS PSICOPATOLOGIZANTE .....	50
<b>1.2.1 Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM</b> .....	55
<b>1.2.2 Classificação Internacional de Doenças – CID</b> .....	56
<b>1.2.3 <i>Standards of Care for Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People</i></b> – SOC .....	57
<b>1.2.4 As Concepções Contemporâneas e o Diagnóstico de Gênero</b> .....	58
<b>2 O DEBATE BRASILEIRO SOBRE TRAVESTILIDADES E TRANSEXUALIDADES</b> .....	62
2.1 OS ESTUDOS BRASILEIROS E A MÉDICO-PATOLOGIZAÇÃO .....	62
<b>2.1.1 As Concepções Contemporâneas da Medicina Brasileira</b> .....	66
2.2 TRAVESTILIDADES E TRANSEXUALIDADES NA PERSPECTIVA DAS CIÊNCIAS SOCIAIS .....	68
<b>2.2.1 Travestilidades</b> .....	68
<b>2.2.2 Transexualidades</b> .....	71
<b>3 MOVIMENTOS SOCIAIS E A CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS PARA A POPULAÇÃO TRANS NO BRASIL</b> .....	74
3.1 PRECARIIDADES: TRAVESTIFOBIA E TRANSFOBIA, A NEGAÇÃO DO DIREITO DE EXISTIR .....	74
3.2 A TRAJETÓRIA HISTÓRICA DOS MOVIMENTOS SOCIAIS: RESISTÊNCIA E LUTA DAS IDENTIDADES TRANS .....	78
3.3 A CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A POPULAÇÃO TRANS NO BRASIL .....	82
<b>3.3.1 Os Desafios à Atenção Integral à Saúde da População Trans</b> .....	84
<b>4 A ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA POPULAÇÃO DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS EM SÃO PAULO</b> .....	96
4.1 CONTEXTUALIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA DA CIDADE DE SÃO PAULO .....	96
4.2 O SUS NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO .....	100
4.3 A CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS MUNICIPAIS À POPULAÇÃO TRANS.....	107
4.4 A POLÍTICA MUNICIPAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO LGBT.....	112
4.5 O PROCESSO DE ESTRUTURAÇÃO DA OFERTA DE SERVIÇOS E PROCEDIMENTOS.....	122
4.6 OS DESAFIOS AO ATENDIMENTO MUNICIPAL À SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO TRANS .....	133
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	143
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	146

## INTRODUÇÃO

*Meu corpo  
Um campo de batalha  
Chora, grita e sente  
Combate de forma valente  
Todo o dia  
A mesma e nova transfobia*

*Me constrói  
Cada dia mais uma batalha  
Venço, perco, segue empatado  
Do lado de cá me fortaleço  
Mas eles crescem, não me esqueço*

*Na mira, sigo perseguida  
O corpo, as regras, as normas  
Evidência  
Hétero, cis, burguês  
Essa moral em mim se desfez*

(Virgínia Guitzel)<sup>1</sup>

Com o advento da modernidade, as ciências adquirem um *status* tal que passam a regular as formas de conduta entre o normal e o anormal a partir de posicionamentos político-ideológicos, pois, como aponta Michel Löwy (2008), as concepções científicas não são neutras.

Dessa forma, as ciências médico-biológicas e parte das ciências psi foram primordiais na definição de um padrão de sexualidade *cis-heteronormativo*, pautado nas diferenças biológicas. Nesse contexto, surgem os conceitos de gênero e identidade de gênero, a partir das experiências do psiquiatra John Money e do psicanalista Robert Stoller, ao compreenderem o sexo como aspectos biológicos; e o gênero como aspectos psicológicos e sociais, conforme apresentam Donna Haraway (2004) e Daniela Amaral (2007).

Essas concepções culminaram na definição da identidade de gênero como a coerência entre sexo e gênero, ou seja, a coerência entre os aspectos biológicos e os aspectos psicológicos e as condutas sociais. Consequentemente, as identidades trans, “por não atenderem à coerência” entre sexo e gênero, foram classificadas como identidades

---

<sup>1</sup> Trecho do poema *Um brinde*.

psicopatológicas. Essas concepções permeiam as identidades trans até os dias atuais, por meio do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* – DSM, da Classificação Internacional de Doenças – CID, nas resoluções do Conselho Federal de Medicina – CFM e nos *Standards Of Care* – SOC.

Por sua vez, as ciências sociais, no campo da teoria crítica; contrapõem-se às concepções psicopatologizantes, pois, a partir dos estudos de Michel Foucault e das autoras feministas Joan Scott e Judith Butler, que serão aqui referenciados, sexo e gênero são compreendidos como categorias sociais não ontológicas. Não se nega, portanto, o caráter biológico do sexo, mas há o reconhecimento das incidências sociais que o permeiam. Essa concepção é fundamental para esta dissertação, que se vincula ao campo das ciências sociais – ao qual o serviço social, enquanto profissão de caráter técnico interventivo, é paritária, ao compreender as identidades trans como identidades sócio-históricas e plurais, não patológicas.

Essas múltiplas concepções representam campos de disputas político-ideológicas presentes em inúmeros espaços, como, por exemplo, o encontro sobre saúde trans realizado de 1 a 4 de novembro de 2017, em São Paulo.<sup>2</sup> Naquele encontro, durante a mesa sobre tecnologias cirúrgicas, que contou com a participação profissionais médicos; houve referências a termos que se vinculam à perspectiva psicopatológica, como “transexualismo”, e a defesa de concepções cis-heteronormativas de que o processo cirúrgico deve ser adotado como forma de correção e adequação do corpo à mente, a fim de que haja uma orientação ao desejo heterossexual, bem como a defesa de manutenção do diagnóstico para o acesso ao sistema de saúde. Já os profissionais vinculados às concepções teóricas críticas das ciências sociais – antropólogos, cientistas sociais, assistentes sociais, psicólogos e alguns médicos – apresentaram discursos que dialogaram com os movimentos sociais e com a realidade vivenciada pelos sujeitos sociais.

Esses tensionamentos também estão presentes nas divergências entre as resoluções dos conselhos de classe dos profissionais de saúde. A Resolução n.º 1.955, de 2010, do CFM, de viés patologizante e alinhada aos manuais internacionais (DSM e CID), por exemplo, regulamenta as diretrizes para o processo transexualizador com a exigência de acompanhamento multidisciplinar por um período de dois anos, de médicos

---

<sup>2</sup> O encontro referenciado é o I Encontro Brasileiro de Saúde Trans, que contou com a participação de acadêmicos nacionais e internacionais. Entretanto, há de se referenciar que o primeiro evento para tratar da temática ocorreu em 2005, intitulado Jornada Pública sobre Transexualidade e Saúde: a Assistência Pública no Brasil, na Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ.

(psiquiatra, cirurgião e endocrinologista), psicólogo e assistente social, para que os usuários (as) tenham acesso aos procedimentos cirúrgicos, mas foi construída sem diálogo com as demais categorias dos profissionais da saúde.

O Conselho Federal de Psicologia – CFP, por sua vez, vem apresentando um olhar crítico à patologização das identidades trans desde a Resolução n.º 01/1999. Por meio da Resolução n.º 01/2018, o CFP reconhece as identidades trans como “possibilidades da existência humana” construídas culturalmente e não patológicas. Já o Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, desde a Resolução n.º 486/2006, reconhece o direito à livre expressão da identidade de gênero, e a Resolução n.º 845/2018 afirma que os padrões de gênero são socialmente construídos, plurais e não patológicos.

O viés psicopatológico historicamente contribuiu com o processo de negação dos direitos humanos às identidades trans, por não atenderem ao padrão da cis-heteronormatividade, ou da inteligibilidade dos sexos, conforme define Judith Butler (2015) – e o Estado brasileiro contribuiu historicamente com essa negação e com a violação de direitos dessa população, quer seja pela criminalização e a repressão, quer seja pela ausência de políticas públicas. Mesmo com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que representou um avanço na concepção dos direitos humanos e sociais, a partir da provisão direta por parte do Estado de políticas públicas essenciais à garantia da dignidade humana, esse processo se perpetuou.

Diante desse contexto, a população de travestis e transexuais foi alijada: o acesso à saúde é delimitado pelas barreiras excludentes, de desrespeito à identidade de gênero, dada a estrutura cis-heteronormativa das políticas de saúde, ou pela ausência de políticas públicas para atender às demandas específicas dessa população.

## A CONCEPÇÃO DE POLÍTICA SOCIAL, A CONSTRUÇÃO E OS DESAFIOS DO SUS

A concepção sobre política social é múltipla, a depender das vertentes teóricas que a concebem. Aqui, recorro à autora Portyara Pereira (2011), que define que o conceito de política pública não se restringe ao Estado, mas seu caráter público depende da ação do Estado. Pereira (2011) distingue, ainda, política pública de política social e define a política social como um conceito complexo e não pragmático dialeticamente contraditório, ou seja, a define como uma política de ação, que visa à produção de impactos e a diferencia do denominado *Welfare State*, surgido pós-década de 1940.

Esses modelos de políticas sociais se diferenciam no âmbito do liberalismo, neoliberalismo, da social-democracia e na perspectiva da teoria marxista, ou seja, são compostos por uma variedade de matizes teóricos, conforme apresenta Camila Portyara (2013). Nesse sentido, a ausência de políticas públicas ou sociais a determinados grupos sociais também pode ser considerada como uma perspectiva de política, dada pelo direcionamento e os interesses do Estado.

No Brasil, a construção de um sistema de saúde público enquanto um direito social vincula-se à defesa de um modelo de bem-estar social, a fim de garantir a proteção social, a partir da Constituinte de 1988, como herança do processo de luta do Movimento de Reforma Sanitária, que se havia iniciado na década de 1970. Entretanto, por mais que o Sistema Único de Saúde – SUS, no Brasil, configure-se como um sistema público, gratuito e universal, não está vinculado à concepção de *Welfare State*, mas à concepção de política social, que, ao longo das últimas décadas, tem sofrido inúmeros ataques frente aos avanços da conjuntura neoliberal.

No período da ditadura militar, conforme apontam Carlos Paiva e Luís Teixeira (2014), o sistema de saúde era deficitário e se dividia entre: (a) medicina previdenciária, a cargo dos institutos de pensão e posteriormente a cargo do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, com ações individuais destinadas aos trabalhadores formais e prioritariamente das zonas urbanas; e (b) saúde pública, gerida pelo Ministério da Saúde – MS, com direcionamento quase predominante às zonas rurais e voltada às ações de caráter preventivo.

Esse modelo priorizava a expansão do modelo privado, por meio de incentivos fiscais a “convênios empresas” e com ampla defesa da privatização dos serviços estatais, por não terem um caráter lucrativo. Nesse contexto, priorizou-se a contratação de serviços privados para o atendimento aos beneficiários, enquanto, no âmbito do MS, predominava a escassez de recursos, o que impactava as ações de saúde pública e demonstrava que a política de saúde não era, afinal, prioridade para o regime militar.<sup>3</sup>

No cenário global, surgiam diagnósticos vinculados à Organização Mundial da Saúde – OMS e à Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS, que identificavam uma amplitude dos riscos epidemiológicos. Esses riscos estavam associados à baixa cobertura assistencial e à disseminação de doenças, agravadas pelas condições de pobreza. Portanto,

---

<sup>3</sup> No período de 1968 a 1972, houve “a queda da participação da pasta da saúde no orçamento total da União de 2,21% para 1,40%. Nesse mesmo período, o Ministério dos Transportes e as forças armadas, recebiam 12% e 18% do orçamento, respectivamente” (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 18).

criticava-se o modelo de centralidade “tipo vertical, orientadas por doença, e a medicina curativa centrada na instituição hospitalar e no uso crescente de tecnologias complexas” (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 19).

Defendiam-se a construção de dados epidemiológicos e estatísticos e o aumento da cobertura dos serviços com abordagens integrals. Essas pautas contribuíram para a conclamação da meta “saúde para todos no ano 2000”, definida pelos organismos internacionais em 1977, além da realização da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em 1978, que culminou na Declaração de Alma-Ata, com a defesa da promoção da saúde a todos os povos.

Em meio a esse contexto, surge o Movimento de Reforma Sanitária, que propiciou a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES, em 1976, e a criação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO, em 1979. As bandeiras de luta, então, centravam-se na defesa da saúde coletiva de caráter preventivo, por meio da construção de um sistema de saúde que atendesse aos seguintes princípios: (a) o direito universal à saúde; (b) o caráter intersetorial dos determinantes da saúde; (c) o papel regulador do Estado em relação ao mercado de saúde; (d) a descentralização, regionalização e hierarquização do sistema; (e) a participação popular; (f) o controle democrático; e (g) fundamentalmente, a necessidade de integração entre saúde previdenciária e saúde pública (CEBES, 1980 apud PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Esses princípios nortearam o primeiro Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, da Câmara dos Deputados, realizado em 1979, e foram aprovados como base para a Reforma Sanitária Brasileira. Assim, o movimento constituiu-se enquanto um importante interlocutor da sociedade civil com os representantes do poder legislativo, que compuseram a Constituinte de 1988.

No ano de 1986, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, com forte representatividade da sociedade civil, que aprovou as principais pautas do Movimento de Reforma Sanitária, constituindo o SUS. O SUS foi posteriormente promulgado na Constituição Federal de 1988, compondo a Seguridade Social (Saúde, Previdência Social e Assistência Social) em meio a um processo de disputas políticas, e efetivado por meio da Lei Orgânica de Saúde – LOS, em 1990. O sistema tem como princípios doutrinários: a equidade, a integralidade e a universalidade; e como princípios organizativos: regionalização e hierarquização, descentralização e comando único, e participação social (BRASIL, 2006).

A construção de um sistema de saúde público e universal no Brasil, ocorre, entretanto, em um período de ascensão da crise estrutural do sistema capitalista, no final da década de 1970 – e, no contexto da crise, emerge a ideia de contraposição ao modelo de bem-estar social keynesiano, via ascensão do modelo neoliberal, com a defesa da redução dos investimentos em políticas públicas e de modelos focalizados, dados os processos de financeirização do capital e de disputa do fundo público pelo mercado.

Esse contexto emerge no Brasil na década de 1990 e contribui com uma ampla tensão na concretização dos princípios do SUS, com a efetivação de medidas neoliberais de abertura da economia, ajustes fiscais, contrarreformas e privatizações.

O Movimento de Reforma Sanitária se consolida em meio a mudanças estruturais, dada a crise do sistema capitalista, que se contrapõe ao modelo de bem-estar social, com a emergência do modelo neoliberal. Se o contexto de crise econômica e democratização nos anos 1980 havia contribuído para o debate político da saúde no período de consolidação dos princípios do SUS – equidade, integralidade e universalidade –, nos anos 1990 a concretização desses princípios gerou tensões contínuas em um momento em que a concepção de Estado mínimo, ditada pelo neoliberalismo em ascensão na Europa e nos EUA, propunha restringir a ação do Estado na regulação da vida social. A onda conservadora de reformas no plano político, econômico e social dos vários países repercutiria fortemente no Brasil, reforçando as tendências de adoção de políticas de abertura da economia e de ajuste estrutural, com ênfase, a partir de 1994, na estabilização da moeda; privatização de empresas estatais; adoção de reformas institucionais fortemente orientadas para a redução do tamanho e das capacidades do Estado. O SUS encontraria, nesse contexto, seu estrutural cenário de crise. (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 20).

Assim, a consolidação do SUS tem sido marcada pela disputa de dois projetos: o modelo da reforma sanitária e o modelo privatista. Essa disputa é evidenciada em todos os governos do período pós-redemocratização, mas se diferencia a partir das perspectivas políticas adotadas, que podem ser de pleno favorecimento do mercado ou da tentativa de conciliação entre ambos os projetos.

O governo de Fernando Collor de Mello reduziu o orçamento para a saúde em 40%, o que culminou no atraso do pagamento aos hospitais conveniados ao SUS e na precarização e ineficiência dos serviços ofertados. Houve também uma ampla defesa da saúde privada, como complementar ao SUS, bem como uma ampla contraposição à participação social, nos Conselhos de Saúde (BRASIL, 2006).

Em meio às oposições da sociedade civil, a defesa da saúde privada pelo governo Collor foi inserida na LOS, mas a contraposição à participação social foi vencida por meio da Lei n.º 8.142/1990, que regulamentou a participação popular junto aos conselhos no âmbito do SUS, o que representou uma perspectiva democrática importante para o controle social.

Os dois mandatos de Fernando Henrique Cardoso foram caracterizados pelo alargamento do viés neoliberal, com a redução do papel do Estado em favor do mercado. Com o acirramento da crise de recursos para a saúde, criou-se a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira – CPMF, em 1996, a fim de subsidiar o SUS, mas com uma ampla legitimação do projeto privatista, com a regulamentação das parcerias público-privadas, por meio das Organizações Sociais – OSs na saúde e das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIPs; do voluntariado; e do processo de terceirização de recursos humanos (BRASIL, 2006).

Assim, a partir daquele período, os recursos da CPMF proporcionaram o aumento da cobertura do Programa Saúde da Família – PSF, a criação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e a ampliação do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e HIV/Aids – DST/ HIV/Aids (existente desde 1985 e ampliado com o apoio financeiro do Banco Mundial). No entanto, posteriormente, no ano 2000, houve a aprovação da Emenda Constitucional n.º 29, que deliberou a participação dos estados e municípios no financiamento da saúde a partir da sua arrecadação, mas, no âmbito da União, vinculou o financiamento ao crescimento do Produto Interno Bruto – PIB. Essas alterações aumentaram os investimentos, mas impactaram na redução do financiamento da saúde pela União, contribuindo com a acentuação das desigualdades regionais (PIOLA; FRANÇA; NUNES, 2016).

Maria Inês de Souza Bravo e Juliana Menezes (2014) apontam que o governo de Luís Inácio Lula da Silva também foi marcado pela disputa entre os dois projetos de saúde, apesar da perspectiva inicial de compromisso com os princípios da reforma sanitária. Entretanto, a gestão deu-se pelo direcionamento da perspectiva neoliberal, “com ênfase na focalização, na precarização e na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e na falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social” (p.18). O processo de focalização é analisado pelas autoras a partir da expansão do PSF como um modelo de extensão da saúde para as populações mais pobres; e o viés privatista, pela ausência de: (a) controle da saúde complementar; (b) financiamento; (c) investimentos; e (d) ações intersetoriais, além da adesão às parcerias público-privadas e contratações temporárias.

Contudo, em meio ao ideal privatista, houve, na gestão Lula, a manutenção e a intenção de fortalecimento de programas específicos, tais como: Tabagismo; DST/HIV/Aids; Tuberculose; a organização da Política Nacional de Atenção Integral à

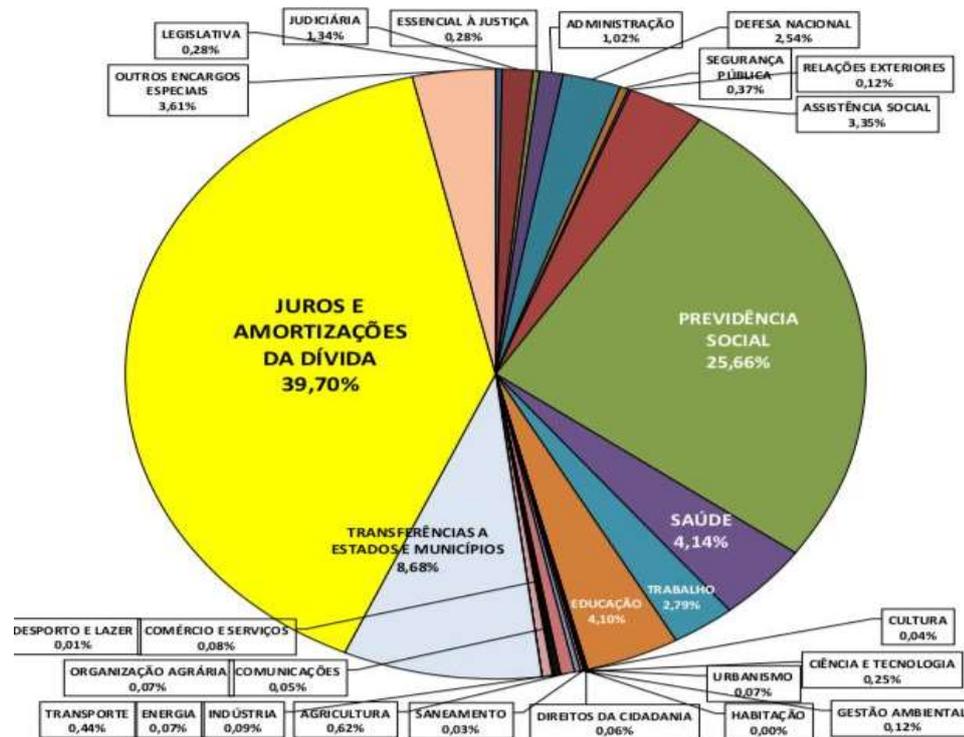
Saúde da Mulher; a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra; a criação de farmácias populares; e o Pacto pela Saúde, como compromisso de fortalecer o SUS.

A manutenção do ideal privatista permaneceu durante o governo de Dilma Rousseff, com o avanço das parcerias público-privadas, por meio das OSs, OSCIPs; Fundações Estatais de Direito Privado; criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH; e continuidade do processo de precarização dos trabalhadores do SUS, via contratação temporária e na modalidade CLT. Houve, porém, a criação do Programa Rede Cegonha, no âmbito da saúde da mulher e da criança; a proposta de enfrentamento ao crack, dentro das diretrizes da luta antimanicomial; e a implantação das Unidades de Pronto Atendimento – UPAS.

Na atual conjuntura, o SUS vivencia um amplo processo de precarização, com o acirramento e predominância de um modelo conservador privatista, após a ascensão de Michel Temer, com o golpe de 2016. Essas perspectivas são expressas na Emenda Constitucional n.º 95, de 2016, que congela os gastos primários do governo. Esse congelamento impacta diretamente o financiamento da Seguridade Social, da qual a saúde faz parte, e a continuidade de programas específicos. A marca do governo Temer tem sido a defesa da não universalidade; o favorecimento aos planos de saúde; o favorecimento às ações de privatização; retrocessos na política de saúde mental, com ameaças ao Projeto da Reforma Psiquiátrica; e o fim das farmácias populares (BRAVO; MENEZES; PINHEIRO, 2018).

O processo de acirramento da conjuntura neoliberal favorece a consolidação do projeto privatista por meio da apropriação do orçamento público pelo mercado especulativo, que estabelece juros despropositados, obrigando o Estado a gerar *superavit* primários, que incidem diretamente na destinação de recursos para as políticas públicas. Esse efeito pode ser evidenciado no Gráfico 1 a seguir, elaborado pela Auditoria Cidadã da Dívida, referente ano de 2017.

Gráfico 1 – Orçamento geral da União por função: ano 2017



Fonte: SIAFI – banco de dados Access para *download* (execução do Orçamento da União), disponível em: <http://www.camara.gov.br/internet/orcament/bd/exe2010mdb.EXE>. Elaboração: Auditoria Cidadã da Dívida.

O Gráfico 1 demonstra, com base no ano de 2017, que boa parte do orçamento federal é destinado para o pagamento de juros e amortizações da dívida pública, equivalente ao valor de quase R\$ 1 trilhão. Dentre as políticas públicas, apenas a previdência social representa uma parte significativa do orçamento, sendo que tem um caráter contributivo. A política de saúde, por sua vez, representa 4,14% do orçamento federal.

Portanto, os projetos de contrarreformas do atual governo, tais como: a reforma da previdência; a Emenda Constitucional n.º 95; e a defesa de não universalização do SUS, definem que a prioridade é o pagamento de juros da dívida, favorecendo o mercado especulativo, o que contribui com a precarização das condições de vida e com o aumento da desigualdade social, que impactam diretamente o processo saúde-doença.

Em meio à conjuntura apresentada, a Política Nacional de Saúde LGBT foi idealizada na primeira gestão do governo Lula, no ano de 2004, e lançada no governo Dilma, no ano de 2011, e é apontada como a mais consolidada e transversalizada no campo das políticas para a população LGBT (MELLO et al., 2011). No entanto, as disputas de projetos políticos no âmbito do SUS impõem desafios frente à sua consolidação, com o avanço do conservadorismo neoliberal, que implica a não destinação

de recursos orçamentários, o que impacta a estruturação da oferta de serviços à população trans. Esses aspectos serão abordados mais adiante.

## A MATERIALIDADE DOS PRINCÍPIOS E AS DIRETRIZES DO SUS

Conforme apresentado no tópico anterior, a construção do SUS atendeu a parte dos pressupostos do ideário da reforma sanitária e, na contemporaneidade, tem enfrentado desafios à sua materialização, por se contrapor aos ideais da conjuntura neoliberal. A integralidade, equidade, universalidade, hierarquização-regionalização, descentralização e participação social, enquanto princípios e diretrizes do SUS, constam na Constituição Federal e na LOS.

Os ideais sanitaristas compreendem o SUS como “uma política de construção da democracia que visa à ampliação da esfera pública, à inclusão social e à redução das desigualdades” (RADIS, 2006, p. 21). Assim, a saúde é compreendida a partir das determinações sociais, que têm implicações no processo saúde-doença e requerem um amplo conjunto de ações em sua promoção.

A concepção da integralidade é um tema que carece de aprofundamento teórico, no âmbito das ciências, e que tem sido apresentada sob múltiplas concepções, mesmo no âmbito do movimento sanitarista. Portanto, aqui, optou-se pela seguinte concepção, apresentada por Paulette Albuquerque (2003):

Corresponde à necessidade de ações efetivadas no âmbito do indivíduo e da coletividade, buscando atuar nos fatores determinantes e condicionantes da saúde, garantindo que as atividades de promoção e recuperação da saúde sejam efetivadas de forma integrada em todos os níveis de complexidade do sistema, numa visão interdisciplinar que incorpore o conceito ampliado de saúde e possibilite a participação popular. (ALBUQUERQUE, 2003, p. 35).

De acordo com Eurivaldo de Almeida e Márcia Westphal (2001), compreende-se, ainda, que

[...] as ações de saúde devem ser combinadas e voltadas, ao mesmo tempo, para a prevenção e a cura. Os serviços de saúde devem funcionar atendendo o indivíduo como um ser humano integral, submetido às mais diferentes situações de vida e de trabalho, que levam a adoecer e a morrer. O indivíduo deve ser entendido como um ser social, cidadão que biológica, psicológica e socialmente está sujeito a riscos de vida. Dessa forma, o atendimento deve ser feito para a sua saúde e não só para as suas doenças. Isso exige que o atendimento deva ser feito também para erradicar as causas e diminuir os riscos, além de tratar os danos. Ou seja, é preciso garantir o acesso às ações de: Promoção (que envolve ações também em outras áreas, como habitação, meio ambiente, educação etc.); Proteção (saneamento básico, imunizações, ações coletivas e preventivas, vigilância a saúde e sanitária etc.); Recuperação (atendimento médico, tratamento e reabilitação para os doentes). (ALMEIDA; WESTPHAL, 2001, p. 35).

Assim, a integralidade deve ser compreendida como ações de prevenção e recuperação da saúde, em uma perspectiva interdisciplinar que reconheça as necessidades dos sujeitos em sua totalidade, para além do caráter biomédico. Esse reconhecimento das determinações sociais, que têm implicações nas condições de saúde, requer a oferta de ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras, por meio de ações intersetoriais.

A integralidade dialoga com o princípio da equidade, que reconhece a necessidade de

[...] superação de desigualdades que, em determinado contexto histórico e social, são evitáveis e consideradas injustas, implicando que necessidades diferenciadas da população sejam atendidas por meio de ações governamentais também diferenciadas [...]. Subjacente a este conceito está o entendimento de que as desigualdades sociais entre as pessoas não são dadas ‘naturalmente’, mas sim criadas pelo processo histórico e pelo modo de produção e organização da sociedade. (CECÍLIO, 2001, p. 120).

Assim, as desigualdades sociais devem ser compreendidas pelos recortes de classe social, raça, etnia, gênero, geração e os aspectos regionais, que impactam as condições de vida e o acesso à saúde. Esses processos, por sua vez, devem ser analisados sob as dimensões sócio-histórica e econômica, adjacentes do modelo de produção capitalista, responsável pela produção das múltiplas expressões da questão social.

Os princípios da integralidade e equidade somente podem se materializar, portanto, com a efetivação do princípio da universalidade; que reconhece a saúde enquanto um direito social gratuito, com a provisão direta pelo Estado, assegurado no artigo 196 da Constituição Federal:

[...] a saúde é um direito de todos e é um dever do poder público a provisão de serviços e de ações que lhe garanta. A universalização, todavia, não quer dizer somente a garantia imediata do acesso a ações e ao serviço de saúde. A universalização, diferentemente, coloca desafio de oferta desses serviços e ações de saúde a todos que dele necessitem, todavia, enfatizando as ações preventivas e reduzindo o tratamento de agravos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000, p. 30).

Dessa forma, as concepções de integralidade, equidade e universalidade rompem com o caráter focalizado das ações de saúde. Entretanto, essas concepções têm enfrentado forte resistência à sua materialização frente ao avanço do ideal privatista, que rompe com a premissa da saúde coletiva em favor de uma saúde pautada em ações “individualistas e fragmentadoras da realidade” (BRAVO, 2001), por meio da assistência curativa.

A ideologia assistencialista curativa reforça a saúde não como direito ou como decorrente de um complexo processo de determinação social ou socioambiental, mas sim como lógica de mercado. A saúde é definida como consumo a recursos tecnológicos em escalas progressivas de acesso em função do “poder de compra” dos usuários, restando ao conjunto dos pobres ou mais vulneráveis uma assistência de menor qualidade. (LUCCHESI, 2013, p. 25).

A ideologia assistencialista curativa centra-se “na demanda espontânea ou induzida pela oferta de serviços de assistência ambulatorial e hospitalar de alto custo” (FIRPO et al., 2015, p. 25), a fim de comercializar serviços para aqueles que detêm recursos financeiros, bem como prestar serviços como contratada e/ou conveniada do SUS. Nesse contexto, para as populações desprovidas de recursos, cabem as ações focalizadas, ofertadas de forma precária pelo Estado ou pelas organizações do terceiro setor.

Há de se pontuar que a materialização da integralidade, equidade e universalidade requer um conjunto de ações e serviços públicos, organizados em rede e hierarquizados por níveis de complexidade, conforme definido pelo SUS:

**Atenção Básica:** caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p. 19).

**Atenção Especializada de Média Complexidade:** é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p. 32).

**Atenção Especializada de Alta Complexidade:** conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p. 32).

Esses serviços devem ser organizados por limites geográficos, a fim de prover o atendimento e o acesso da população a todos os níveis de complexidade e a contribuir com a vigilância epidemiológica, por meio da regionalização.

Outro fator que se impõe como desafio à materialização do SUS refere-se à destinação de recursos orçamentários, pois, sem o devido investimento, não há como prover a atenção à saúde. Seu financiamento e gestão, portanto, devem atender ao princípio da descentralização, com atribuições comuns e competências específicas, entre todos os entes da federação.

A materialização da política de saúde também está vinculada à participação social, por meio da sociedade civil organizada, junto às conferências e conselhos de saúde, no âmbito nacional, estadual e municipal, a fim de exercer controle social das ações do Estado, tais como o financiamento e a gestão de serviços, programas e ações do SUS.

Essa participação encontra-se regulamentada pela Lei n.º 8.142/90, após pressão popular dos movimentos sociais vinculados ao ideário da reforma sanitária.

No entanto, conforme aponta Maria Inês Bravo e Maria Valéria Correia (2012), essa participação tem sido esvaziada a partir do viés neoliberal, no qual a sociedade civil “é convocada a ser parceira com o objetivo de contribuir financeiramente com os custos dos serviços prestados” (BRAVO; CORREIA, 2012, p. 130), ou seja, com a perspectiva de transferência das responsabilidades do Estado para a sociedade civil.

Esses espaços têm se caracterizado, historicamente, pelo tensionamento entre o modelo da reforma sanitária e o modelo privatista. Há de se destacar aqui a importância da participação popular como forma de resistência ao projeto privatista, tendo como exemplo a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, que congrega inúmeros atores e organizações.

Evidenciamos, portanto, que os princípios e diretrizes que pautam o SUS, construídos a partir do Movimento de Reforma Sanitária, têm-se caracterizado como importantes nortes para a materialização da saúde enquanto direito social, mas têm sido ameaçados pelo avanço do modelo privatista.

As primeiras ações no campo da política de saúde para com a população trans surgem com o avanço da epidemia de HIV/Aids, com ações em saúde destinadas às populações de travestis e transexuais, de caráter higienista, fiscalizador e moralizador, sem a efetiva promoção da saúde por meio da atenção integral, conforme apresenta Larissa Pelúcio (2009). Ademais, apenas com a regulamentação do CFM, em 1997, é que alguns hospitais universitários passaram a ofertar o processo transexualizador.

A construção de uma política de saúde integral LGBT, que visa a atender às concepções sanitaristas, ao compreender a necessidade de atenção integral e o acesso equitativo e universal em uma perspectiva intersetorial como tomada de responsabilidade do Estado brasileiro, ocorre apenas a partir de 2004, com a criação do Programa Brasil Sem Homofobia – BSH, que instituiu o Comitê Técnico de Saúde da População LGBT no âmbito do MS. Essa iniciativa propiciou a amplitude do debate à atenção em saúde às travestis e transexuais, com a institucionalização posterior da Política Nacional de Saúde Integral LGBT e do processo transexualizador.

Os atuais desafios da política de saúde perpassam, porém, a ausência de interesse político e investimentos, mas também o romper com o processo saúde-doença, que requer uma ultrapassagem do caráter biomédico em favor de compreender as determinações sociais da saúde, considerando que as múltiplas expressões da questão social – tais como

o preconceito, a discriminação e a violência decorrentes da identidade de gênero e as precariedades vivenciadas – são determinadas pelas condições econômicas e sociais, correlacionadas à dimensão estrutural do sistema capitalista, com implicações no cotidiano das existências de travestis e transexuais.

No âmbito do município de São Paulo, as primeiras políticas em saúde destinadas à população de travestis e transexuais surgiram com o Projeto Tudo de Bom, em 2001; destinado à prevenção e controle de DST/HIV/Aids junto às profissionais do sexo, o que incluía as travestis e mulheres transexuais que exerciam a profissão. No entanto, a implantação de políticas públicas voltadas à promoção dos direitos humanos da população de travestis e transexuais inicia-se somente em 2005, com a implantação da Coordenadoria de Assuntos da Diversidade Sexual – CADS, de um centro de referência à população LGBT e com a criação do Conselho Municipal de Atenção à Diversidade Sexual – CMADS, o que culminou na realização de conferências municipais LGBT, as quais deliberaram sobre a necessidade de ações do poder municipal no âmbito da atenção integral à saúde da população LGBT, com a oferta de serviços no âmbito do processo transexualizador. Em 2013, o processo de implantação da Política Municipal de Saúde Integral LGBT foi iniciado, caracterizando o município de São Paulo como pioneiro.

## AS PERSPECTIVAS DE ANÁLISE DE POLÍTICA SOCIAL E METODOLOGIA DE PESQUISA

O debate sobre o campo da avaliação de políticas sociais é denso. Para Maria José Aguilar e Ezequiel Ander-Egg (1994), a avaliação é definida “como uma forma de estimar, apreciar, calcular, ou seja, tomar juízo de algo”. Dessa forma, constitui-se em um “processo que consiste em emitir um juízo de valor” a partir da determinação de múltiplos critérios – e que tem sentido apenas na medida em que serve para tomar decisões concretas. A avaliação, portanto, concretiza-se em: (a) *ex-ante*; (b) durante o processo; e (c) *ex-post*, além de que o processo de avaliação pode ser externo, interno, misto ou autoavaliativo (AGUILAR; ANDER-EGG, 1994).

Segundo Maria Ozanira da Silva e Silva (2001), no modelo de avaliação estadunidense, que ganha força na década de 1960, com viés comportamental e neutralista, prima-se pelo processo de eficiência e eficácia das políticas, em especial nos Programas de Combate à Pobreza. Esses modelos apresentavam resultados positivos, mas raramente eram responsáveis por mudanças estruturais e caem em declínio durante o

governo de Ronald Reagan, sendo o interesse retomado na década de 1990. “No Brasil, a expansão das avaliações de políticas e programas sociais é registrada a partir da década de 1980” (p. 46), por demanda dos movimentos sociais, que passam a requisitar políticas sociais universalizadas como um direito de cidadania, e, após a década de 1990, por fortes exigências do Banco Mundial e o Banco Interamericano de Desenvolvimento, centrados no âmbito da eficiência (SILVA, 2001).

A avaliação de políticas e programas sociais se utiliza dos métodos e técnicas próprios da pesquisa social, sendo que a escolha destes decorre dos objetivos da política, de seu escopo, das questões a que se pretende responder com a avaliação; do tipo de avaliação que se pretende desenvolver; da disponibilidade de tempo, de recursos e até da referência do avaliador, exigindo conexão lógica entre objetivos, critérios e modelos de avaliação. (SILVA, 2001, p. 140).

Compreende-se, portanto, que o processo de avaliação não tem um caráter neutro e não pode ser caracterizado como apolítico. Silva (2001) apresenta questões pontuais quanto ao processo de avaliação e o compromisso com a construção de políticas sociais identificadas com o acesso, a garantia e a universalização de direitos, mas, conforme Everton Maciel (2014, p. 22), “concordamos que esta estratégia de avaliar da autora ultrapassa o caráter estritamente técnico da avaliação fundado no modelo positivista, e mesmo agregando a dimensão técnica da avaliação, a autora acrescenta as perspectivas política e crítica”. Portanto, o modelo de Silva (2001) não deve ser apontado como o ideal.

Ivanete Boschetti (2009) pontua que a avaliação e a análise de políticas sociais têm “como principal objetivo estabelecer um valor ou julgamento sobre o significado e os efeitos das políticas sociais” (p. 2). Assim, define a autora que:

A avaliação de uma política social pressupõe inseri-la na totalidade e na dinamicidade da realidade. Mais que conhecer e dominar tipos e métodos de avaliação ou diferenciar a análise e avaliação, é fundamental reconhecer que as políticas sociais têm um papel imprescindível na consolidação do Estado democrático de direito e que para exercer essa função, como seu objetivo primeiro, devem ser entendidos e avaliados como um conjunto de programas, projetos e ações que devem universalizar direitos. (BOSCHETTI, 2009, p. 3).

Dessa maneira, Boschetti (2009) aponta que qualquer avaliação ou análise “deve se sobrepor à mera composição de técnicas e instrumentos, mas deve-se situar quanto à identificação da concepção de Estado e de Política Social, que determina seu resultado” (p. 4), ou seja, é necessário que as avaliações fujam do traço gerencialista preocupado com o processo de medição e desempenho “de uma suposta intervenção técnica e neutra do Estado” (p. 4), que visam apenas a analisar os custos e benefícios. Esses modelos de avaliação e análise “neutros” não dialogam como os movimentos sociais, por estarem fundamentados em uma teoria simplista que compreende as políticas sociais como resolução dos problemas individuais, sem uma análise ampla da estrutura econômica e

social e sem a proposição de redução das desigualdades sociais, que incluem as desigualdades de raça, gênero e classe social, ou seja, sem estarem pautados em uma perspectiva teórico-crítica que compreenda a interligação entre os processos históricos, econômicos e políticos.

Esta dissertação, portanto, buscou analisar a Política Municipal de Saúde Integral LGBT de São Paulo, com recorte na população de travestis e transexuais, a partir dos seguintes indicadores definidos por Boschetti (2009):

- (a) Buscar analisar a política em sua totalidade, a partir da incorporação analítica dos principais aspectos que a constituem;
- (b) Revelar o caráter contraditório existente entre as determinações legais e a operacionalização da política social. Em outros termos, verificar até que ponto os conceitos fundantes das normas legais são estruturadores da política social;
- (c) Articular tanto os determinantes estruturais que conformam a política social quanto as forças sociais e políticas que agem na sua formulação e execução, bem como: (1) os direitos e benefícios estabelecidos, assegurados e abrangências; (2) o financiamento (fontes, montantes e gastos); (3) a gestão (forma de organização); e (4) o controle social democrático (participação da sociedade civil).

Assim, compreende-se que os elementos de avaliação e análise em políticas sociais propostos pela autora comungam com a proposta de análise da Política Municipal de Saúde Integral LGBT de São Paulo no período de 2013 a 2018, que abrange seu processo de elaboração e implantação, por meio dos seguintes objetivos específicos:

- (a) Propiciar o debate bibliográfico sobre as concepções de sexo e gênero, no campo das ciências médico-biológicas, de parte das ciências psi e das ciências sociais, que se contrapõem;
- (b) Refletir sobre as concepções e os debates contemporâneos presentes no *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM*; na *Classificação Internacional de Doenças – CID*; e nos *Standards of Care for Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People – SOC*;
- (c) Refletir sobre as travestilidades e transexualidades no Brasil, por meio do resgate histórico e da análise contemporânea sobre as concepções

médicas; e sobre os estudos das ciências sociais (etnográficos) a respeito das identidades trans brasileiras;

- (d) Reconstruir a trajetória histórica dos movimentos sociais, as precariedades, a construção de políticas para a população trans no Brasil e os desafios à política de saúde integral à população de travestis e transexuais;
- (e) Analisar o processo de implantação da Política Municipal de Saúde Integral LGBT de São Paulo, por meio dos seguintes indicadores:
  - (1) A participação social e democrática no processo de elaboração da política municipal;
  - (2) O processo de implantação e estruturação dos serviços, por meio da gestão: forma de organização; os serviços e procedimentos ofertados e direitos assegurados; e a cobertura e abrangência dos serviços e procedimentos no território;
  - (3) O controle social democrático (participação da sociedade civil).

Compreende-se que a pesquisa apresentada tem suma importância frente aos processos de avanço da conjuntura neoliberal conservadora, que impõe limites à consolidação dos direitos humanos e efetivação dos direitos sociais. No contexto atual, a perspectiva neoliberal tem sido combativa aos princípios da reforma sanitária, dada a perspectiva do modelo privatista, que se vincula à concepção saúde-doença individualizante, com total redução dos investimentos em saúde pública e como uma constante ameaça à manutenção do SUS como gratuito e universal. Nesse contexto, em que vivenciamos, nas últimas décadas, a ascensão das forças neoconservadoras, que se vinculam a uma perspectiva moralizante a fim de manter o *status quo*, pautado no viés cis-heteronormativo, representam um retrocesso e ameaça às conquistas das últimas décadas.

Inicialmente, esta pesquisa previa o debate bibliográfico, a análise documental, a obtenção de dados via Lei de Acesso à Informação – LAI, observação participante e entrevistas. No entanto, após análise da banca de qualificação e a percepção da superlotação e precarização das condições de trabalho e acesso às Unidades Básicas de Saúde – UBS escolhidas para tal processo; optou-se apenas pela pesquisa bibliográfica e documental e pela coleta de dados por meio da Lei de Acesso à Informação – LAI, o que

atende às disposições da Resolução n.º 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as diretrizes para pesquisas em saúde, no campo das ciências sociais.

O processo de revisão bibliográfica, de acordo com Ruiz (2003, p. 58), “consiste no exame [...], para levantamento e análise do que já se produziu sobre determinado assunto que assumimos como tema de pesquisa científica”, mas não se configura como repetição do que já foi dito ou escrito, pois, para Marina Marconi e Eva Lakatos (2002, p. 71), “propicia o exame de um tema sob novo enfoque ou abordagem, chegando a conclusões inovadoras”.

A pesquisa documental, segundo Carlos Gil (1999 apud OLIVEIRA, 2011), é muito semelhante à pesquisa bibliográfica:

A diferença essencial entre ambas está na natureza das fontes: enquanto a bibliográfica se utiliza fundamentalmente das contribuições de diversos autores, a documental vale-se de materiais que não receberam, ainda, um tratamento analítico, podendo ser reelaboradas de acordo com os objetos da pesquisa. (GIL, 1999 apud OLIVEIRA, 2011, p.39).

Nesse sentido, o processo de análise aqui utilizado se pautou na revisão bibliográfica, como base para o debate teórico; e na análise documental: (a) do Relatório do Processo de Implantação da Política Municipal; (b) dos Planos Municipais de Saúde do Município de São Paulo; (c) do Relatório das Conferências Municipais de Saúde; (d) das Programações Anuais de Saúde; (e) dos Relatórios Anuais de Gestão, Relatorias e Atas de reuniões com a sociedade civil; (f) do Conselho Municipal de Saúde; e (g) do Conselho Municipal de Assuntos da Diversidade Sexual – CADS, além das informações obtidas junto ao Sistema de Informação ao Cidadão, previsto na Lei Federal n.º 12.527/2011 (LAI), que dispõe sobre o acesso à informação para ao cidadão e a sociedade civil.

Esta dissertação está dividida em quatro capítulos.

O primeiro aborda os estudos sobre gênero e sexualidade, destacando-se o viés patologizante da medicina e de parte das ciências psi e o viés despatologizante das ciências sociais e da psicologia social sobre as identidades trans, além das concepções presentes e dos debates contemporâneos sobre o DSM, a CID e os SOC.

O segundo capítulo é dedicado ao debate sobre as travestilidades e transexualidades no Brasil, a partir das concepções médicas e dos estudos etnográficos no campo das ciências sociais.

O terceiro capítulo dedica-se à trajetória dos movimentos sociais frente às precariedades, ao processo de organização e luta política e à construção de políticas públicas para a população trans.

Por fim, o quarto capítulo dos quatro restantes apresenta a análise da política municipal aqui abordada, que se encontra em processo de implantação e atualmente está vinculada somente a duas Coordenadorias Regionais de Saúde – CRS, com a oferta de hormonioterapia.

## 1 OS ESTUDOS SOBRE GÊNERO E SEXUALIDADE

Este capítulo tem como objetivo a fundamentação teórica para análise sobre as categorias gênero e sexualidade, a fim de compreendê-las enquanto categorias sócio-históricas. A apropriação dessas categorias é essencial para o presente estudo de caso, a fim de propiciar o debate sobre as identidades trans e as múltiplas concepções teórico-científicas que sustentam as ações no campo da saúde.

As múltiplas concepções teórico-científicas propiciam um amplo debate no campo dos estudos de gênero e sexualidade e representam uma disputa político-ideológica, pois, no campo das ciências, conforme Löwy (2008), não há a opção de neutralidade.

Assim, o objetivo deste capítulo é apresentar essas múltiplas concepções e seus posicionamentos político-ideológicos sobre as identidades trans; e a contraposição entre as ciências médico-biológicas e as ciências sociais, na vertente aqui adotada no campo da teoria crítica. Essa contraposição, por sua vez, tem como objetivo evidenciar o processo histórico de patologização das identidades trans, que se mantém até os dias atuais; e o viés de despatologização, ao qual se vincula este trabalho.

No primeiro tópico, em um primeiro momento, serão apresentadas as categorias de sexualidade, biopoder e biopolítica, presentes nos estudos de Michel Foucault. As categorias presentes nas obras do autor propiciam uma análise sócio-histórica sobre o papel da ciência moderna na legitimação e manutenção do *status quo* quanto a um padrão normativo de sexualidade, pautado na heteronormatividade.

Em um segundo momento, serão apresentadas as categorias de gênero e identidade de gênero, que surgem dentro de um contexto médico-hospitalar e têm sido fundantes para as ciências médicas na catalogação das identidades trans enquanto identidades patológicas. Em contraposição a esse olhar, vêm as ciências sociais, pautadas nos estudos feministas que compreendem a produção dos sujeitos e a constituição da sexualidade e do gênero enquanto processos sócio-históricos.

No segundo tópico, serão apresentadas as categorias “travesti” e “transexual” e as concepções médicas patologizantes presentes nos manuais internacionais: DSM, CID e SOC; bem como a contraposição das ciências sociais e de parte das ciências psi, em um comprometimento com o viés da despatologização.

A pretensão deste capítulo não é de esgotar o debate teórico sobre as identidades trans – o que, em si mesmo, já se constituiria em objeto de estudo de uma dissertação ou de uma tese –; mas fundamentar questões inerentes ao debate que tem norteado o

atendimento às demandas de saúde da população de travestis, mulheres transexuais e homens transexuais. Sabe-se que o atendimento à saúde dessa população, historicamente, se tem pautado nos saberes médico-patologizantes, que culminam em uma trajetória histórica permeada pela invisibilidade, negação e violação de direitos, decorrentes da caracterização dos corpos transexuais como corpos “indesejáveis” e “inferiores”, por não atenderem à inteligibilidade dos sexos, ou seja, à normatização de matriz heterossexual, vinculada às expressões binárias de gênero (BUTLER, 2015).

### 1.1 GÊNERO E SEXO: CATEGORIAS SOCIAIS

Os estudos de Foucault são fundantes para a compreensão do sexo enquanto uma categoria social, bem como sobre o papel da ciência moderna na construção de um padrão normativo de sexualidade. Apesar de o autor não apresentar, em seus estudos, a categoria gênero, suas obras e concepções teóricas norteiam parte dos estudos feministas, vinculados às ciências sociais, que compreendem o gênero enquanto uma categoria social.

Para uma melhor compreensão do pensamento, das concepções e dos conceitos presentes nas obras de Foucault, faz-se necessária inicialmente a distinção entre arqueologia e genealogia.

A arqueologia é o procedimento, o método responsável pela detecção dos discursos e de sua formação histórica em um determinado campo de saber; sendo que o discurso, dentro da arqueologia, tem uma ordem, uma normatividade, que ultrapassa as categorias linguísticas e normativas da língua.

Já a genealogia, de herança nietzschiana, propõe-se a uma genealogia da moral, que distancia sua procedência de uma ideia de natureza. Ao contrário, a moral passa a ser fomentada desde os gregos, perpassando instituições sociais como a religião, a família e a política.

Entretanto, para Foucault, arqueologia e genealogia não devem ser compreendidas de formas opostas, mas complementares, compostas na inter-relação de diferentes saberes. Esses aspectos teóricos são fundantes em suas obras, conforme considerações apresentadas por Rogério Faé (2004):

A arqueologia tem por propósito descrever a constituição do campo, entendendo-o como uma rede, formada na inter-relação dos diversos saberes ali presentes. E é exatamente nesta rede, pelas características que lhe são próprias, que se abre o espaço de possibilidade para a emergência do discurso. Já a genealogia busca a origem dos saberes, ou seja, da configuração de suas positivities, a partir das condições de possibilidades externas aos próprios

saberes; ou melhor, considera-os como elementos de um dispositivo de natureza essencialmente estratégica. Procura-se a explicação dos fatores que interferem na sua emergência, permanência e adequação ao campo discursivo, defendendo sua existência como elementos incluídos em um dispositivo político.

Na metodologia foucaultiana, a arqueologia e a genealogia se constituem como dois conjuntos complementares, sendo sua diferença não tanto de objeto ou de domínio, mas de ponto de ataque, de perspectiva e de delimitação. (FAÉ, 2004, p. 412-413).

Assim, a sua preocupação está em analisar os processos constituintes da história, sem a perspectiva de linearidade, mas como um método de análise que evidencie os discursos que a constituem, ou seja, a concepção teórica em Foucault perpassa pelo saber-poder, compreendendo o discurso como um conjunto de enunciados que não se reduzem a objetos linguísticos, mas enquanto a constituição de uma verdade, que visa ao controle estratégico por meio do exercício do saber e do poder.

[...] O discurso nada mais é do que a reverberação de uma verdade nascendo diante de seus próprios olhos; e quando tudo pode enfim, tomar a forma do discurso, quando tudo pode ser dito a propósito de tudo, isto se dá porque todas as coisas, tendo manifestado e intercambiado seu sentido, podem voltar à interioridade silenciosa de consequências de si. (FOUCAULT, 1996, p. 48-49).

O discurso é a constituição de uma verdade, o saber, que é produzido de forma “controlada, selecionada, organizada e redistribuído por certo número de procedimentos que têm por função conjurar seus poderes e perigos, dominar seu acontecimento aleatório, esquivar sua pesada, temível materialidade” (FOUCAULT, 1996, p. 8-9).

Nesse sentido, o saber é produzido e instrumentalizado, para se expressar nas múltiplas formas de poder – e as bases do poder não são as ideologias, mas instrumentos de formação e acúmulo de saber; que, exercidos e organizados, circulam em um dispositivo de saber e controle estratégico.

Assim, o poder, a partir da concepção teórica do autor, não deve ser compreendido sob a óptica da soberania, ou jurídica, nem tampouco sob a perspectiva de centralidade no papel do Estado. Deve ser compreendido como algo que funciona em rede, que atravessa todo o corpo social, pois se trata de uma prática social em constante processo de transformação, ou seja, constituído historicamente. O poder não está localizado em um lugar específico, mas caracterizado em *micropoderes*, que se disseminam por toda a estrutura social e a perpassam. O autor, porém, deixa claro que não há o exercício de poder que não esteja vinculado a “uma série de miras e objetivos” (FOUCAULT, 2009, p. 105).

O conceito de dispositivo, por sua vez, é definido como um agrupamento heterogêneo que abrange discursos científicos, morais, filosóficos e religiosos, que

perpassam pelas instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, medidas administrativas e legislações, ou seja, do dito ao não dito, há elementos do dispositivo,

[...] um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode tecer entre estes elementos (FOUCAULT, 2000, p. 244).

Nesse sentido, o autor compreenderá a sexualidade enquanto um dispositivo, correlacionado a um conjunto de discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas; ou seja, saberes organizados e instrumentalizados – que exercem poder a partir de “efeitos produzidos no corpo, nos comportamentos, nas relações sociais” (FOUCAULT, 2009, p. 120) quanto a um modelo padrão de sexualidade. Portanto, nessa perspectiva, a sexualidade não é um elemento rígido, ontológico, mas um dispositivo dotado de maior instrumentalidade, constituída socialmente, que “não é aquilo que o poder tem medo, mas pelo qual ele pode se exercer” (FOUCAULT, 2000, p. 236).

A compreensão do sexo a partir de sua constituição social não significa que o autor desconsidere as diferenças biológicas dos sexos, mas sua análise rompe com o olhar biologicista, centrado apenas nas diferenças biológicas, para justificar as características sociais de cada sexo.

Em sua obra, *História da sexualidade: a vontade de saber*, o autor analisa o discurso constituído em torno das sexualidades a partir do século XVII.<sup>4</sup> Aponta, porém, o século XVIII como um período de desenvolvimento de uma anátomo-política, práticas tecnológicas que visavam a contribuir com o poder disciplinar e a docilização dos corpos-indivíduos para o trabalho. O processo disciplinar e de docilização também se vinculou à sexualidade, com a intencionalidade de atender às necessidades de desenvolvimento dos meios de produção capitalista.

---

<sup>4</sup> O autor aborda os discursos constituídos no e após o século XVII, que caracterizam esse período como uma época de repressão própria das sociedades chamadas burguesas, mas deixa claro que não pretende afirmar “que o sexo não tenha sido proibido, mascarado ou desconhecido desde a época clássica”. Seu questionamento parte do pressuposto de que “a ilusão está em fazer dessa interdição o elemento fundamental e constituinte a partir do qual se poderia escrever a história do que foi dito do sexo a partir da Idade Moderna” (FOUCAULT, 2009, p.18).

Michel Foucault é essencial para a compreensão do surgimento da ciência moderna e a sua contribuição com o desenvolvimento das forças produtivas e constituição das sociedades burguesas – a quem interessava um modelo de sexualidade “sadia”. Portanto, no campo da sexualidade, a ciência moderna “possibilitou a catalogação de inúmeras perversões sexuais, sendo transformadas em princípios de classificação de conduta, da personalidade e da autoidentidade individual” (FOUCAULT, 2009, p. 115).

Esses aspectos também estão incluídos nos conceitos de *biopolítica* e *biopoder*, que foram citados pela primeira vez em uma palestra proferida na cidade do Rio de Janeiro, no ano de 1974, intitulada “O nascimento da medicina social”. Biopolítica e biopoder também se encontram presentes nas obras *Em defesa da sociedade*, que se trata de um curso ministrado no College de France, em 1975-1976; *A história da sexualidade: a vontade de saber*, publicada no ano de 1976; *Segurança, território e população*, que se trata de um curso ministrado no College de France, em 1977-1978; e *O nascimento da biopolítica*, publicada em 1979.

Esses conceitos fazem referência às tecnologias, vinculadas às ações da ciência, das instituições e do Estado, desenvolvidas no final do século XVIII e início do século XIX, que não anulam a anátomo-política, mas a aperfeiçoam – não se vinculando à disciplina dos corpos apenas no âmbito da individualidade, mas da coletividade. Para o autor, com a transição da sociedade disciplinar para a sociedade do controle, esta “se dirige não ao homem-corpo, mas ao homem vivo, no limite, ao homem espécie” (FOUCAULT, 2000, p. 289).

Foucault define o processo de controle populacional em três aspectos: a natalidade, a mortalidade e a longevidade (FOUCAULT, 2000, p. 288), por meio da regulação das condições de saúde, sendo que a medicina social, como um conjunto de saberes científicos – “rudimentos [...] como técnicas de poder” (FOUCAULT, 2009, p. 153) – tem importante fundamentação, a fim de regulamentar e controlar as características biológicas da vida enquanto um campo de poder, com ampla definição entre o normal e o patológico. Nesse processo, o que é definido como patológico deve ser medicalizado e corrigido, para adequação à norma.

O biopoder e a biopolítica foram e são indispensáveis ao desenvolvimento do capitalismo, por meio da “inserção controlada dos corpos ao aparelho de produção e por meio de um ajustamento dos fenômenos de população aos processos econômicos”, tendo o aporte do Estado e das instituições na manutenção das relações de produção; e dos aparatos e técnicas da anátomo-política e da biopolítica, que exercem poder em todo o

corpo social e nas instituições, tais como: a família, a igreja, o hospital e a escola, com efeitos de segregação e hierarquização social, garantindo as relações de dominação e efeitos de hegemonia. São, portanto, poderes imprescindíveis ao processo de acumulação de capital e manutenção do *status quo* (FOUCAULT, 2009, p. 153-154).

O autor apresenta quatro disciplinamentos e controles estratégicos da sexualidade: a histerização do corpo da mulher, a pedagogização do sexo da criança, a socialização das condutas de procriação e a psiquiatrização do prazer perverso, que também devem ser compreendidos sob a óptica da normalidade e da patologização.

*Histerização do corpo da mulher:* tríplex processo pelo qual o corpo da mulher foi analisado – qualificado e desqualificado – como corpo integralmente saturado de sexualidade; pelo qual, este corpo foi integrado, sob o efeito de uma patologia que lhe seria intrínseca, ao campo das práticas médicas; pelo qual, enfim, foi posto em comunicação orgânica com o corpo social (cuja fecundidade regulada deve assegurar), com o espaço familiar (do qual deve ser elemento substancial e funcional) e com a vida das crianças (que produz e deve garantir, através de uma responsabilidade biológico-moral que dura todo o período da educação): a Mãe, com sua imagem em negativo que é “a mulher nervosa”, constitui a forma mais visível de histerização.

*Pedagogização do sexo da criança:* dupla afirmação, de que quase todas as crianças se dedicam ou são suscetíveis de se dedicar a uma atividade sexual; e de que tal atividade sexual, sendo indevida, ao mesmo tempo “natural” e “contra a natureza”, traz consigo perigos físicos e morais, coletivos e individuais; as crianças são definidas como seres sexuais “liminares”, ao mesmo tempo aquém e já no sexo, sobre uma perigosa linha de demarcação; os pais, as famílias, os educadores, os médicos e, mais tarde, os psicólogos, todos devem se encarregar continuamente desse germe sexual precioso e arriscado, perigoso e em perigo; essa pedagogização se manifestou sobretudo na guerra contra o onanismo, que durou dois séculos no ocidente.

*Socialização das condutas de procriação:* socialização econômica por intermédio de todas as incitações, ou freios, à fecundidade dos casais, através de medidas “sociais” ou fiscais; socialização política mediante a responsabilização dos casais relativamente a todo corpo social (que é preciso limitar ou ao contrário, reforçar), socialização médica, pelo valor patogênico atribuído às práticas de controle de nascimentos, com relação ao indivíduo ou à espécie.

Enfim, *a psiquiatrização do prazer perverso:* o instinto sexual foi isolado com o instinto biológico e psíquico autônomo; fez-se a análise clínica de todas as formas de anomalia que podem afetá-lo; atribuiu-se-lhe um papel de normalização e patologização de toda a conduta; enfim, procurou-se uma tecnologia corretiva para tais anomalias. (FOUCAULT, 2009, p. 115-116).

Nesse sentido, a ciência moderna contribuiu com a constituição de uma ciência da sexualidade, desenvolvida principalmente após o século XIX, que outorgou o papel regulador a um único tipo de sexualidade capaz de constituir família para a reprodução da força de trabalho. Para isso, foram necessárias a constituição de um modelo normativo, com a hierarquização dos corpos e definição dos papéis sexuais, ou seja, a definição de modos de conduta, por meio da determinação e inferiorização do papel social da mulher; a condenação das práticas não heterossexuais; e a constituição de uma prática de sexualidade monogâmica e na óptica da reprodução humana.

Esses aspectos também são apresentados na obra de Thomas Laqueur (2001), *Inventando o sexo*. No livro, o autor apresenta as concepções de sexualidades, construídas a partir da perspectiva histórica de cada época. Ele mostra que a ideia de um modelo de sexo único vigorou até meados do século XVII, quando o advento da ciência moderna rompeu com essa concepção e incidiu na regulação dos comportamentos sexuais, compreendendo os “sexos biológicos opostos e incomensuráveis” (LAQUEUR, 2001, p. 193-194).

O advento da ciência moderna pautou-se na natureza como base para as diferenças sexuais, contrapondo-se ao modelo do sexo único, no qual as fronteiras existentes entre o masculino e o feminino eram de grau, e não de espécie, pois não se partia de uma diferença biológica entre homens e mulheres, mas da concepção de que ambos tinham a mesma genitália, sendo a masculina exposta e a feminina, internalizada. Em suma, compreendia-se que as mulheres eram homens invertidos, assim consideradas imperfeitas/incompletas, e havia manifestamente dois sexos sociais, com direitos e obrigações radicalmente distintas, e o pênis definia o *status* (LAQUEUR, 2001).

É evidente, portanto, a construção social dos sexos preexistente mesmo antes do advento da ciência moderna. Não há, porém, como desconsiderar os processos dos saberes científicos, que se utilizaram das descobertas biológicas como forma de legitimação das construções sócio-históricas sobre os sexos. Nesse processo, houve a constituição de uma ciência da sexualidade, que no século XIX, a fim de atender compromissos políticos e morais, estabeleceu as condutas entre normais e patológicas, com a elaboração de inúmeras produções científicas, principalmente no campo da sexologia e da psiquiatria.

Esses estudos científicos objetivavam a identificação de um conjunto de “anomalias”, que incluíam a prostituição e as relações extraconjugais – porque ameaçavam a família e a saúde coletiva da nação, com condenação das práticas não heterossexuais e com a necessidade de classificação dos indivíduos em identidades de gênero, tidas como adequadas ao sexo biológico (SIMÕES; FACCHINI, 2009).

Nesse processo, a ciência constrói uma concepção teórica de gênero, inicialmente no campo da medicina e da psicanálise, que posteriormente passa a ser contestada no campo das ciências sociais e que não é abordada nas obras de Foucault, sendo necessário recorrer aos estudos feministas para sua melhor compreensão.

### 1.1.1 Os Estudos Feministas e o Debate de Gênero

Conforme apresentado por Donna Haraway (2004), o conceito de gênero foi criado no contexto da ciência moderna em uma perspectiva clínica, por meio do psiquiatra John Money, que realizou pesquisas com crianças intersexuais<sup>5</sup> no Hospital Johns Hopkins, em Baltimore, Estados Unidos, com grande destaque no ano de 1955, como descreve Daniela Amaral (2007).

Os estudos de Money tinham como “objetivo esclarecer quais as relações entre a identidade nuclear de um indivíduo (*core identity*), sua anatomia, sua fórmula cromossômica e seus hormônios” (AMARAL, 2007, p. 34), com a conclusão de que o *sexo* era uma categoria ontológica, de ordem biológica; e o *gênero*, uma categoria social definida pelos aspectos psicológicos e sociais. Em suma, para Money, o sexo estaria vinculado à biologia (hormônios, genes, sistema nervoso e morfologia), e o gênero estaria relacionado à cultura, incluindo todo o aprendizado vivido desde o nascimento (HARAWAY, 2004).

Outra importante referência é o psicanalista Robert Stoller, que deu continuidade às ideias de John Money, principalmente por meio da referência ao conceito de identidade de gênero. Esse conceito está correlacionado à coerência entre sexo e gênero – ou seja, à coerência entre os aspectos biológicos, os aspectos psicológicos e as condutas sociais. Stoller apresentava que a masculinidade e feminilidade se desenvolviam nos primeiros anos da infância. Daí a importância de diagnosticar e prevenir as situações de incoerência da identidade de gênero (AMARAL, 2007).

Ora, nota-se que o conceito de gênero atende, em sua gênese, a um viés clínico-patológico, em um campo científico com amplo direcionamento político-ideológico, que compreende o sexo como um dado ontológico; portanto, contradizente à perspectiva foucaultiana e ao gênero enquanto um dado social. O conceito de identidade de gênero, por sua vez, surge da necessidade da coerência e continuidade entre o sexo, o gênero, a prática sexual e o desejo, conforme apresentado por Judith Butler (2015), com um viés heterossexual.

---

<sup>5</sup> O termo intersexo refere-se às condições variáveis em que um indivíduo, ao nascer, não tem uma anatomia reprodutiva ou sexual que se vincule aos padrões normativos de feminino ou masculino. No entanto, a referência aqui dada pela autora é a concepção do pesquisador de “crianças com anomalias sexuais congênitas” (AMARAL, 2007, p. 34).

Há também necessidade de se evidenciar que os surgimentos desses conceitos atendem a uma ampla definição das sexualidades, em seus aspectos de normalidade e anormalidade, nas quais a compreensão do sexo enquanto uma categoria biológica e o gênero enquanto categoria social contribuiu com o processo de patologização das travestilidades e transexualidades, por meio do saber-poder – legitimado pela ciência, pelas instituições e pelo Estado (LEITE JÚNIOR, 2008), pois, a partir dessa concepção teórica, as identidades trans não atendem à óptica da inteligibilidade dos sexos.

O que os estudos feministas têm a contribuir com as categorias sexo e gênero? Ora, é justamente no campo das categorias sexo e gênero que os estudos feministas têm a contribuir, a partir de um amplo debate no campo das ciências sociais, ao qual este trabalho se referencia.

Uma das primeiras construções teóricas nesse campo foi a concepção de diferença sexual de Margareth Mead em 1935. Em sua obra, *Sexo e temperamento*, a autora conclui que toda sociedade, de algum modo, determina os papéis de homens e mulheres; porém, nem sempre em termos de contraste, dominação ou submissão. A obra apresenta a perspectiva dos papéis sociais por meio da construção cultural da diferença sexual (MEAD, 2012).

Outra importante autora feminista é Simone de Beauvoir, que, em sua obra *O segundo sexo*, publicada pela primeira vez em 1949, inaugura o debate que a dominação não poderia ser explicada por aspectos inerentes ao corpo feminino, nem à natureza. Para a autora, a dominação é uma produção histórica e cultural da “fêmea humana”; ela também afirma que “ninguém nasce mulher: torna-se mulher”, pois essa é fruto dos valores civilizatórios (BEAUVOIR, 1980, p. 9).

No entanto, a difusão do conceito de gênero, no campo dos estudos feministas, ocorre com Gayle Rubin, em 1975, por meio da obra *O tráfico de mulheres: notas sobre a economia política do sexo*. Para a autora, o conceito de sexo/gênero refere-se a um sistema que é um conjunto de arranjos, por meio dos quais uma sociedade transforma a sexualidade biológica em produtos da atividade humana e que, ao fundar-se a cultura, funda-se a desigualdade e a subordinação feminina. Sua grande contribuição é pensar o gênero articulado à sexualidade como uma dimensão política. Para ela, o gênero é um sistema que não é apenas a identificação com um sexo, mas a obrigatoriedade de que o desejo sexual seja orientado para o outro sexo – o sexo oposto. No entanto, apesar da importância de sua análise, sua visão centra-se no binarismo – com a divisão entre sexo e gênero –, pautado na divisão entre natureza e cultura.

Joan Scott (1995) apresenta-nos uma compreensão ampliada de gênero. A autora propõe o gênero enquanto uma categoria útil de análise histórica, não o restringindo apenas à história das mulheres, mas caracterizando-o como um instrumento de análise das desigualdades e das hierarquias sociais, vinculado à classe e à raça.

Scott (1995) contrapõe-se à ideia de gênero enquanto sinônimo de “mulheres”, o que aponta como uma prática no campo das ciências sociais como forma de erudição e despolitização. Portanto, compreende o gênero numa relação implicada de estudos pertinentes a homens e mulheres, uma relação que busca romper com a dicotomia entre os sexos, pois o gênero é um “elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos, e uma forma primária de dar significado às relações de poder” (SCOTT, 1995, p. 86).

Scott (1995) apresenta, a partir da perspectiva foucaultiana, a definição da categoria gênero enquanto um construto social, no campo das relações, rejeitando, portanto, qualquer ideia de sua vinculação com o determinismo biológico. Os efeitos de gênero, para a autora, são frutos dos processos históricos, políticos, econômicos e da divisão sexual do trabalho, bem como das instituições, que legitimam os papéis de gênero pautados nas diferenças biológicas. O sexo está para o gênero assim como o gênero está para o sexo, não se podendo negar as incidências sociais que também permeiam o sexo, sendo, portanto, sexo e gênero categorias sociais, e não ontológicas.

As noções sociais de sexo e gênero também estão presentes em Butler, por meio de suas obras *Problemas de gênero*, lançada no ano de 1990 e aqui referenciada pela sua 8.<sup>a</sup> edição, no ano de 2015; *Bodies that matter* (1993),<sup>6</sup> sem tradução para o português; e *Diagnosticando gênero* (2009). Suas análises partem da perspectiva das obras de Foucault, bem como de autores da teoria psicanalítica, teoria feminista e teoria marxista (SALIH, 2016).

Butler (2015) questiona a distinção entre sexo e gênero construída historicamente, que contribuiu para uma normatização do que é o feminino e o masculino, inclusive com o questionamento das categorias fixas homem e mulher:

Se o gênero são os significados culturais assumidos pelo corpo sexuado, não se pode dizer que ele decorra de um sexo desta ou daquela maneira. Levada a seu limite lógico, a distinção sexo/gênero sugere uma descontinuidade radical entre corpos sexuados e gêneros culturalmente construídos. Supondo por um momento a estabilidade do sexo binário, não decorre daí que a construção de “homens” aplique-se exclusivamente a corpos masculinos, ou que o termo

---

<sup>6</sup> Esta obra está aqui referenciada pela leitura realizada pelo autor de *Preface ix Introduction*, e da *Part One: Gender is burning: questions of appropriation and subversion*.

“mulheres” interprete somente corpos femininos. Além disso, mesmo que os sexos pareçam não problematicamente binários em sua morfologia e constituição (ao que será questionado), não há razão para supor que os gêneros também devam permanecer em número dois. (BUTLER, 2015, p. 26).

Esses questionamentos estarão presentes em parte dos estudos feministas, que passam a propor novas leituras de gênero, que abarquem as identidades que resistem às classificações lineares como as de “homem” e “mulher”: (os/as) intersexuais, (as) travestis e (os/as) transexuais – que ilustram e problematizam essa fixidez presente nos estudos que se vinculam à morfologia da natureza.

Nesse sentido, os estudos feministas serão de suma importância para a compreensão das identidades que “dissonam” em termos de gênero porque embaralham as distinções entre masculino e feminino e as normas da heterossexualidade. Butler (2009), ao pensar essas identidades que questionam a coerência entre sexo, gênero e desejo, ou seja, a coerência da identidade de gênero – presentes em John Money e Robert Stoller –, parte do pressuposto societário de que os seres humanos adequados são os não incoerentes à norma; portanto, os gêneros inteligíveis.

Gêneros “inteligíveis” são aqueles que, em certo sentido, instituem e mantêm relações de coerência e continuidade entre sexo, gênero, prática sexual e desejo. Em outras palavras, os espectros de descontinuidade e incoerência, eles próprios só concebíveis em relação às normas existentes de continuidade e coerência, são constantemente proibidos e produzidos pelas próprias leis que buscam estabelecer linhas causais ou expressivas de ligação entre sexo biológico, o gênero culturalmente constituído e a “expressão” ou “efeito” de ambos na manifestação do desejo sexual por meio da prática sexual. (BUTLER, 2015, p. 43-44).

Portanto, além de compreender sexo e gênero como categorias sociais, não dicotômicas, Butler (2009, 2015) vincula a essa compreensão uma perspectiva de análise de gênero que abarque as identidades que não atendem às normas inteligíveis, propondo-se a uma perspectiva não binária de sexo e gênero. Para a autora, as categorias fundacionais de sexo, gênero e desejo são “efeitos de uma formação específica de poder, centradas no falocentrismo e na heterossexualidade compulsória, presentes em nossa cultura” (BUTLER, 2015, p. 17).

O sexo e o gênero são construídos socialmente, de forma que a noção de gênero institui o sexo, ou seja, não é o sexo-natureza, neutro de sentido, que condiciona, mas este é base material para significados socialmente variáveis de gênero, o que evidencia a sua não negação dos aspectos biológicos do sexo. Portanto, o sexo é a materialização do gênero, a natureza é um efeito da cultura, sendo o gênero compreendido como a estilização repetida do corpo, um conjunto de atos repetidos no interior de uma estrutura

reguladora altamente rígida, a qual se cristaliza no tempo para produzir a aparência de uma substância, de uma classe natural do ser.

Butler (2009) compreenderá o gênero enquanto uma performatividade, rompendo com o padrão binário-inteligibilidade, colocando-o como uma prática repetitiva e citacional de normas e regulações e proporá que a regulação binária suprime a multiplicidade subversiva de uma sexualidade que rompe as hegemonias heterossexuais, reprodutiva, médico e jurídica.

[...] O fato de o corpo gênero ser marcado pelo performativo sugere que ele não tem *status* ontológico separado dos vários atos que constituem a sua realidade. Isso também sugere que, se a realidade é fabricada como uma essência interna, essa própria interioridade é efeito de um discurso social e público, da regulação pública da fantasia pela política de superfície do corpo [...]. Em outras palavras, os atos e gestos, os desejos articulados e postos em atos, criam a ilusão de um núcleo interno e organizador do gênero, ilusão mantida discursivamente com o propósito de regular a sexualidade nos termos da estrutura obrigatória da heterossexualidade reprodutora. (BUTLER, 2005, p. 235).

Dessa forma, a autora conclui que as ações e definições de gênero são culturais com um caráter performático, não se podendo definir, assim, uma “identidade de gênero como verdadeira”. Define ainda que as “noções de masculinidade ou feminilidade”, tidas como verdadeiras ou permanentes a partir da matriz heterossexual, também são constituídas, como estratégia de ocultar o caráter performativo de gênero (BUTLER, 2015).

O conceito de performatividade de gênero, por vezes, tem sido compreendido de forma contraditória, sendo que, para sua melhor compreensão, devemos retornar a uma concepção de Foucault, no que se refere à sua compreensão de sujeito, definições que norteiam as produções de Butler.

O sujeito foucaultiano não é um sujeito preestabelecido, ou pré-discursivo, mas um sujeito discursivo, que se constitui pelos discursos, que emanam nas relações de poder (SILVA; MACHADO JÚNIOR, 2016). O sujeito de Butler também é discursivo, especificado como um sujeito em evolução – ele é efeito, e não causa: “ninguém nasce sujeito, mas torna-se sujeito” (SALIH, 2016, p. 166). Portanto, sexo e gênero são construídos no campo do discurso e estão em constante processo de evolução.

Assim, Butler faz uma distinção entre performance e performatividade: a performance configura-se com a existência de um sujeito, e a performatividade não exige a sua existência (SALIH, 2016). A performatividade de gênero, portanto, remete-se à produção de sujeitos a partir dos efeitos discursivos, submetidos à repetição da norma e dos ritos socialmente constituídos. Trata-se de um “estilo corporal, um ato (ou uma

sequência de atos), uma estratégia que tem como finalidade a sobrevivência cultural, uma vez que quem não faz o seu gênero corretamente é punido pela sociedade” (BUTLER, 1999, p. 139-140 apud SALIH, 2016, p. 94). Portanto, as identidades de gênero não são categorias fixas, mas transitórias, ou seja, não se reduzem à performatividade, binariamente, entre o feminino e o masculino.

A maioria das questões apontadas por Butler não têm respostas concretas, pois parece que sua perspectiva política tem sido a de questionar, a fim de propiciar uma desestabilização da norma, em um movimento de contínuo aperfeiçoamento de suas concepções teóricas e de impulso à subversão dos sujeitos.

Os estudos aqui apresentados são importantes para a compreensão das identidades que se desviam da norma enquanto identidades subversivas, com a ideia e a possibilidade de resignificação dos discursos, a fim de abarcar as identidades de gênero, que rompem com a perspectiva binária e a matriz heterossexual.

As ideias de Butler não são consensuais e também geram críticas por parte de setores acadêmicos, entre os quais, alguns vinculados às concepções biologicistas, tendo como exemplo a educadora estadunidense Camille Paglia, sobre gênero e sexo. Outra crítica central à autora refere-se à sua concepção de sujeito. A filósofa estadunidense Nancy Fraser aponta para a percepção de que os estudos de Butler promovem “uma libertação da identidade e não do sujeito” e defende que o feminismo precisa de “desconstrução e reconstrução” (BENHABIB et al., 1995, p. 71 apud SALIH, 2016, p. 205).

No entanto, considero as concepções aqui apresentadas, da construção social de gênero e sexo e da constituição de uma ciência que busca a definição de normal e anormal – enviesada por um direcionamento político-ideológico –, essenciais para o debate sobre a construção das categorias “travesti” e “transexual” no campo das ciências médicas e psíquicas. Tais categorias serão analisadas a partir do século XIX, conforme será apresentado no próximo tópico.

## 1.2 A CONSTRUÇÃO DAS CATEGORIAS “TRAVESTI” E “TRANSEXUAL”: O VIÉS PSICOPATOLOGIZANTE

As categorias “travesti” e “transexual” surgem, também, no contexto do saber científico, a princípio em uma perspectiva contrária à criminalização; mas que

posteriormente ganha o *status* de patologização por meio das ciências médicas e parte das ciências psi.

As concepções de sexo e gênero variam entre as ciências, como evidenciado no tópico anterior, e podem ser divididas em três vertentes: as ciências médicas e biológicas; as ciências psi; e as ciências sociais, conceituações estas que, de acordo com Guilherme Ferreira (2014), podem ser compreendidas conforme se descreve a seguir.

As ciências médicas e biológicas ainda estão muito vinculadas “a uma concepção binária e dualista de gênero e sexo”, com amplo olhar biologicista das diferenças sexuais; portanto, o gênero é demarcado como “substancialização das diferenças”, em uma perspectiva binária. Quando o indivíduo não se ajusta a essa ordem, “precisa ser reparado para entrar em harmonia com a mente, pois, do contrário, o sujeito se mantém num intenso ‘desajuste’” (FERREIRA, 2014, p. 34-35).

As ciências psi têm-se centrado na subjetividade, sendo as identidades compreendidas como uma construção subjetiva e individual, por mais que se visualizem as relações sociais. “Alguns teóricos da psicanálise vão mais longe, afirmando uma inconformidade entre corpo e mente”, com a ideia de correção, recorrendo à patologização, “para detectar nelas os traços de transtorno, desordem, psicopatia, perversão e até melancolia” (FERREIRA, 2014, p. 35). Em contrapartida, a psicologia social mantém um forte diálogo e compreensão do sexo e do gênero enquanto construções sociais.

Já as ciências sociais compreendem, conforme já apresentado no capítulo anterior, sexo e gênero como construtos sociais e “produtos da atividade humana, desde uma perspectiva histórica e como produto social” (FERREIRA, 2014, p. 36).

Ora, nesse sentido, podemos novamente perceber que, no campo científico, não há consenso sobre as concepções de sexo e gênero e que as amplas e múltiplas concepções também são campos de disputas ideológicas e de poder. Além disso, historicamente, foi no campo das ciências médicas e biológicas e de parte das ciências psi que surgiram as categorias travestis e transexuais, vinculadas a uma perspectiva psicopatológica, que se tem mantido em caráter hegemônico e norteador o acesso dessa população à saúde.

Nesse contexto histórico, “os dispositivos de saber consideravam que a sexualidade era governada por um instinto, e que se fosse desviado era indicador de alguma espécie de alienação mental, de uma degeneração” (AMARAL, 2007, p. 20).

Assim, observamos que o discurso positivista da psiquiatria e sexologia do século XIX teve uma função ideológica para além de sua função racional como um novo campo de saber (LANTERI-LAURA, *ibid.*: 28). A medicina, munida

de seu conhecimento, ocupou o lugar normativo que anteriormente pertencia à Igreja e definiu os limites da normalidade no que se refere ao sexo. Conseqüentemente demarcou a fronteira entre o lícito e o ilícito na vida sexual que, sob a ótica de um modelo binário heterossexual reprodutivo, significou que tudo aquilo que estava no registro da reprodução e era desprovido de prazer seria lícito e normal, e tudo o que desviasse do objetivo final do instinto sexual seria ilícito e anormal. (AMARAL, 2007, p. 21).

A autora pontua que, a partir de então, surge “a noção de perversão como uma denominação científica de corrupção do instinto sexual”, vinculada aos “atributos de uma alienação mental, uma degeneração” (AMARAL, 2007, p. 21), e que a definição do normal e do patológico “permitiu a construção de uma psicopatologia”, com “a organização da ideia de ‘identidade de gênero’” como um campo coerente “entre sexo biológico, gênero e comportamento sexual” (AMARAL, 2007, p. 23).

Nesse sentido, as travestilidades e transexualidades,<sup>7</sup> enquanto identidades conflitantes no campo das sexualidades por romperem com o padrão, são estudadas e classificadas, como “travestismo” e “transexualismo”, a partir do século XX. Assim, há de se referenciar a construção histórica e distinção de ambas as “identidades patológicas”, apresentadas pelo saber científico.

O “travestismo” foi inicialmente referenciado pelo médico Magnus Hirschfeld em sua obra *Die transvestiten*, publicada em 1910, com a concepção de que o “travestismo” não deveria ser apresentado como “homossexualismo” (HIRSCHFELD, 2006). Hirschfeld definia o “travestismo” como “intermediário sexual”: o estudo apresentava uma escala de variabilidade hipotética entre o “masculino puro” e o “feminino puro”. No entanto, sua perspectiva considerava as multiplicidades sexuais benignas e inatas,<sup>8</sup> sem a indicação de tratamento. Segundo Josefina Fernández (2004), a visão do autor compunha a visão de um grupo de sexólogos europeus, que caracterizavam os desvios sexuais como congênitos, em locais onde a patologização se sobrepôs à criminalização presente em muitos países europeus. Portanto, para Hirschfeld, patologizar não significava que a condição do “travestismo” estava vinculada a um transtorno mental, mas era uma forma de não criminalização.

O termo “transexualismo”, por sua vez, foi referenciado por David Cauldwell em 1949, por meio do artigo *Psychopathia transexualis*, publicado na revista *Sexology*

---

<sup>7</sup> Aqui, esse termo se referencia às concepções teóricas de reconhecimento não patológico das identidades de travesti e transexuais, em uma perspectiva de reconhecimento de indivíduos históricos e não desviantes da norma, mas oprimidos pela norma.

<sup>8</sup> Essa concepção de Magnus Hirschfeld se contrapunha à ideia do médico Kraft Ebing, que, em 1899, apresentou “homossexualismo” vinculado a uma estrutura de transtorno mental, por classificá-lo como uma variação de gênero.

(LEITE JÚNIOR, 2008). No artigo, o autor posicionava-se contra as intervenções cirúrgicas, a partir de um caso de “*transexualismo masculino*” – uma mulher biológica que desejava se masculinizar. No entanto, foi o médico endocrinologista Harry Benjamin que buscou afirmar as diferenças entre as identidades travestis e transexuais.

[...] enquanto o travestismo representa o papel da mulher, o transexual deseja ser e funcionar como mulher, aspirando a adquirir tantas características quantas forem possíveis da mulher, seja de ordem física, seja de ordem mental, e seja ainda de ordem sexual. Tanto o travestismo como o transexualismo são sintomas da mesma condição de base; trata-se, nos dois casos, de distúrbio da normal orientação do sexo e do gênero (BENJAMIN, 1953 apud LEITE JÚNIOR, 2008, p. 141).

Essas definições do autor contribuíram com as definições para a distinção entre travestis e transexuais no campo da psicopatologia, no qual, segundo Leite Júnior (2008), o “travestismo” foi relacionado às perversões, parafilias e fetichismo; e o “transexualismo”, à identificação com o sexo oposto, contrapondo-se, portanto, à ideia de Hirschfeld, de não definição enquanto um transtorno mental.

As práticas interventivas, por sua vez, variavam de acordo com uma escala classificatória, apresentada na obra *O fenômeno transexual*, publicada em 1966 por Benjamin.

[GRUPO 1:]

[Tipo 1: Pseudo-travesti:] considerando as pessoas que vestem-se como o gênero oposto apenas ocasionalmente.

[Tipo 2: Travesti-fetichista:] que veste-se com o gênero oposto para obter gratificação erótica.

[Tipo 3: Travesti-verdadeiro:] que possui esta tendência desde criança, desejando viver e se comportar como o outro gênero mas sem desejar a cirurgia, o uso de hormônios ou outras alterações permanentes; neste tipo a transexualidade pode estar latente.

[GRUPO 2:]

[Tipo 4: Transexual não indicado para a cirurgia:] pessoas que oscilam entre o travestismo ocasional e o desejo de viver como o outro gênero alterando seu corpo com pequenas intervenções estéticas e hormônios, mas tendo pouca intenção de se desfazer ou considera-se como uma mulher real.

[GRUPO 3:]

[Tipo 5: Transexual de intensidade moderada:] deseja alterar seu corpo inclusive com a cirurgia e tem pouca libido.

[Tipo 6: Transexual de intensidade alta:] pessoa transexual exemplar: vive como outro gênero, deseja alterar o seu corpo principalmente por via cirúrgica, considera-se uma mulher em corpo de homem (ou vice-versa), não possui libido e é extremamente infeliz. (BENJAMIN, 1966 apud LEITE JÚNIOR, 2008, p. 147, com interpolações nossas).

As indicações para o processo cirúrgico cabiam apenas aos tipos 5 e 6 – em especial, o último. Conforme aponta o Benjamin, “estes graus e tipos não são graduações e que, na vida concreta, encontram-se normalmente misturados”. As prescrições para a cirurgia, porém, atendiam a uma concepção da ciência médica, de que a travesti não se

apresentava “quase sempre verdadeira” – “ao contrário das/dos transexuais que já o são a princípio” (LEITE JÚNIOR, 2008, p. 148).

Essas concepções contribuirão com a classificação do “travestismo” no campo do fetichismo, enquanto o “transexualismo” será indicado por meio do processo de transformação corporal, mas desde que atenda a alguns pressupostos, pois, para Harry Benjamin, as cirurgias deveriam ser prescritas apenas para as/os transexuais que desejassem manter relações sexuais heterossexuais, ou seja, a prescrição estava condicionada a uma coerência entre o “novo sexo biológico”, gênero e comportamento sexual, em uma perspectiva de matriz heterossexual. Atendia-se, portanto, à concepção do conceito de identidade de gênero, presentes em John Money e Robert Stoller.

Contudo, a ascensão do debate sobre o diagnóstico de identidade de gênero, segundo Amaral (2007), ocorre a partir das demandas expressivas por transformações corporais após a primeira intervenção tornada pública: a cirurgia do ex-soldado do exército americano George Jorgensen, em 1952, na Dinamarca.<sup>9</sup>

No contexto da intervenção, com uma ampla demanda, houve a necessidade de controle dos corpos, com a delimitação e normatização dos procedimentos e suas formas de acesso, pois as cirurgias geravam um novo “problema médico-legal” quanto à redefinição do sexo civil (AMARAL, 2007).

A cirurgia de transgenitalização era tida como a única alternativa terapêutica possível para as pessoas transexuais, sendo que o médico endocrinologista Harry Benjamin a apontava como solução diante da inutilidade das práticas psicoterápicas – o que era contraposto, em parte, pelos profissionais da psiquiatria, psicologia e psicanálise, que eram contrários às “mutilações corporais”.

Foi no campo da psiquiatria, porém, que surgiu a fundamentação de uma nosografia psiquiátrica para as identidades transgênero, conforme aponta Berenice Bento (2008) – com a classificação das identidades trans.

Nesse campo da nosografia psiquiátrica, surge, em 1973, o termo classificatório “disforia de gênero”, fundamentado por Norman Fisk (AMARAL, 2007). A partir de então, a disforia foi fundante para a classificação dos termos “travestismo” e “transexualismo” nos manuais de condutas médicas, tais como o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* – DSM, da Associação Psiquiátrica Americana –

---

<sup>9</sup> No entanto, as técnicas de vaginoplastia e faloplastia já eram conhecidas anteriormente, e a “primeira intervenção cirúrgica desse tipo” foi realizada na Alemanha, em 1921 (AMARAL, 2007, p. 25).

APA; a Classificação Internacional de Doenças – CID, da Organização Mundial da Saúde – OMS; e os *Standards of Care for Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People* – SOC, da Fundação Harry Benjamin, hoje denominada World Professional Association for Transgender Health – WPATH.

Historicamente, no entanto, esses manuais têm identificado as identidades trans com características patológicas em todo o mundo, “independentes das variáveis culturais, sociais e econômicas” (BENTO, 2008, p. 98), e, em suas últimas versões, as alterações ocorreram sem o viés da despatologização.

### **1.2.1 Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM**

O DSM, vinculado à APA, teve sua primeira edição em 1953, com uma ampla reestruturação em sua terceira edição, nos anos de 1980. A terceira edição definia as identidades trans no capítulo “Distúrbios de identidade de gênero”; e a quarta edição, no ano de 1994, referenciava-as no termo “Transtorno de identidade de gênero”.

Em ambas as publicações, havia uma psicopatologização das identidades trans, por compreender os distúrbios/transtornos como “um estado psicológico no qual a identidade de gênero está em desacordo com o sexo biológico” (AMARAL, 2007, p. 35-37); e a especificação do “travestismo” vinculada à parafilia e ao fetichismo.

A quinta e última revisão do DSM, que ocorreu em 2012, contou, em seu processo de elaboração, com a participação de especialistas, ativistas de direitos humanos, profissionais psi (psicólogos, psiquiatras e psicanalistas) e profissionais de saúde e foi antecedida pelo debate, centralizado nos Estados Unidos, sobre a permanência ou não das identidades trans (BENTO, 2017).

Em sua análise sobre o Manual, Bento (2017) aponta que a decisão do DSM-5 foi pautada em um documento de 10 páginas, composto por 12 pesquisadores distribuídos em cinco países, com os seguintes pressupostos: o primeiro é a justificativa da necessidade de diagnóstico como forma de acesso aos serviços de saúde; e o segundo, de que o DSM-5 não se dedica a gênero, mas a um tipo de expressão de gênero, ou seja, o primeiro pressuposto é apresentado como justificativa para o acesso à saúde sob a perspectiva neoliberal estadunidense, e o segundo do que é considerado socialmente aceitável para meninas e meninos.

O DSM-5 apresenta as seguintes orientações para o diagnóstico de disforia de gênero em adolescentes e adultos: incongruência acentuada entre o gênero

experimentado/expresso e o gênero designado de uma pessoa, com duração de pelo menos seis meses, manifestada por, no mínimo, dois dos seguintes aspectos:

1. Incongruência acentuada entre o gênero experimentado/expresso e as características sexuais primárias e/ou secundárias (ou, em adolescentes jovens, as características sexuais secundárias previstas).
2. Forte desejo de livrar-se das próprias características sexuais primárias e/ou secundárias em razão de incongruência acentuada com o gênero experimentado/expresso (ou, em adolescentes jovens, desejo de impedir o desenvolvimento das características sexuais secundárias previstas).
3. Forte desejo pelas características sexuais primárias e/ou secundárias do outro gênero.
4. Forte desejo de pertencer ao outro gênero (ou a algum gênero alternativo diferente do designado).
5. Forte desejo de ser tratado como o outro gênero (ou como algum gênero alternativo diferente do designado).
6. Forte convicção de ter os sentimentos e reações típicos do outro gênero (ou de algum gênero alternativo diferente do designado). (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION [APA], 2014, p. 482-483).

Assim, o manual compreende o diagnóstico de disforia de gênero como oriundo da incoerência entre os fatores biológicos do sexo e os papéis sociais desempenhados:

Indivíduos com disforia de gênero apresentam incongruências acentuadas entre o gênero que lhes foi designado (em geral ao nascimento, conhecido como gênero de nascimento) e o gênero experimentado/expresso. Essa discrepância é o componente central do diagnóstico. Deve haver também evidências de sofrimento causado por essa incongruência. O gênero experimentado pode incluir identidades de gêneros alternativas além dos estereótipos binários. Em consequência, o sofrimento não se limita ao desejo de simplesmente pertencer ao outro gênero, podendo incluir também o desejo de ser de um gênero alternativo, desde que diferente do designado. (APA, 2014, p. 453).

A construção do diagnóstico de disforia de gênero apresentada pelo DSM-5 não se pauta em evidências clínicas, mas nas construções sociais do que é adequado a cada “sexo-gênero”, centrando-se em uma perspectiva binária homem e mulher, com plena distinção entre o sexo como um dado ontológico, no campo da biologia, e o gênero enquanto uma construção social.

### **1.2.2 Classificação Internacional de Doenças – CID**

A publicação da CID está vinculada à Organização Mundial da Saúde – OMS, a fim de padronizar a catalogação de doenças com base na nomenclatura internacional de doenças.

A CID-10 entrou em vigor no ano de 1993 e compreende o “travestismo” e o “transexualismo” como transtornos de identidade de gênero, incluídos na categoria CID F, que faz alusão aos transtornos psiquiátricos. A Classificação também referencia o

travestismo nas categorias de parafilias e fetichismo e adota a premissa de que toda pessoa transexual deseja a cirurgia de transgenitalização (BENTO, 2008).

Em maio de 2018, ocorreu a revisão para a publicação da 11.<sup>a</sup> versão. No entanto, sua validação somente ocorrerá em maio de 2019, na Assembleia Mundial de Saúde das Nações Unidas; com a adoção pelos países-membros no ano de 2022.

Durante o processo de revisão, houve forte pressão política dos movimentos sociais e de parte dos profissionais de saúde para a retirada das identidades trans. A nova versão deixa de classificar as identidades trans como “transtorno de identidade de gênero”, desvinculando-as dos transtornos psiquiátricos, mas as mantém vinculadas à categoria de diagnóstico de incongruência de gênero, no campo da saúde sexual.

### ***1.2.3 Standards of Care for Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People – SOC***

A SOC, produzida pela World Professional Association for Transgender Health– WPATH – antiga Associação Harry Benjamin – historicamente denominou as identidades trans como enfermidades e reconheceu as cirurgias de redesignação como as únicas terapias possíveis para a “correção patológica” do corpo e como forma de adequação ao sentimento psíquico, para as/os transexuais (BENTO, 2008).

Em sua nova versão, a SOC 2012 referencia que ser trans ou com variabilidade de gênero é uma questão de diversidade, e não de patologia, apresentando a seguinte distinção conceitual entre variabilidade de gênero e disforia de gênero:

A não conformidade de gênero ou variabilidade de gênero refere-se ao grau em que a identidade, o papel ou a expressão de gênero difere das normas culturais prescritas para pessoas de um determinado sexo (Institute of Medicine, 2011). A disforia de gênero refere-se ao desconforto ou mal-estar causado pela discrepância entre a identidade de gênero de uma pessoa e o sexo a ela atribuído no momento do nascimento (e o papel de gênero associado e/ou características sexuais primárias e secundárias) (FISK, 1974; KNUDSON, DE CUYPERE E BOCKTING, 2010b). Somente algumas pessoas com variabilidade de gênero experimentam disforia de gênero em algum momento das suas vidas. (WORLD PROFESSIONAL ASSOCIATION FOR TRANSGENDER HEALTH [WPATH], 2012, p. 5).

O documento define gênero enquanto uma categoria social, mas o sexo enquanto uma categoria biológica – e classifica a disforia de gênero como transtorno mental. Defende o diagnóstico das identidades trans como necessário para o acesso aos serviços de saúde e procedimentos, mas difere de seus documentos anteriores, ao reconhecer que nem toda a população de travestis e transexuais vislumbra a “alteração da expressão de

gênero ou modificações corporais”, tais como a feminilização ou masculinização do corpo por meio de terapia hormonal e/ou cirurgia (WPATH, 2012, p. 6).

#### 1.2.4 As Concepções Contemporâneas e o Diagnóstico de Gênero

Como observado nos manuais apresentados, há uma perspectiva de manutenção da necessidade do diagnóstico para o acesso aos serviços de saúde; bem como a patologização do sofrimento psíquico em decorrência da vivência trans, mantendo-se, portanto, a concepção de patologização.

Sobre esses aspectos, Butler (2009) aponta que o diagnóstico apresenta um paradoxo, pois, por um lado, ele pode representar uma autonomia às pessoas trans para acessar os serviços de saúde e realizar os procedimentos desejáveis, mas, por outro lado, reafirma a ideia de patologia, acentuando o sofrimento, além de reafirmar os discursos travestifóbicos e transfóbicos.

As noções do diagnóstico como forma de acesso aos serviços de saúde atendem a uma perspectiva e realidade da política de saúde nos Estados Unidos, conforme já referenciado por Bento (2017), onde o acesso à saúde tem uma perspectiva neoliberal de não provisão por parte do Estado, mas pelo mercado, diferenciando-se do Brasil, onde a saúde está posta como um direito constitucional, por meio do SUS.

No entanto, conforme apresentado por Tatiana Lionço (2016), a necessidade de diagnóstico, no âmbito do SUS, tem-se consolidado pela classe médica como uma exigência para a sua intervenção – e são essas noções da classe médica que têm sido fundantes para o acesso à saúde da população de travestis e transexuais, expressas na Portaria n.º 2.803, de 19 de novembro de 2013, que regula o processo transexualizador – pautada na Resolução do CFM n.º 1.955, de 2010. Outro ponto refere-se às investidas e ampliações do processo de privatização do SUS, processo por meio do qual o diagnóstico é determinante para o acesso, dado o viés mercadológico.

Há um exame clínico para a elaboração do diagnóstico das identidades trans? A resposta é não. Como afirma o DSM-5, o diagnóstico de disforia de gênero é realizado pelas definições culturais do que é adequado para cada sexo, e não pela constatação por meio de um exame clínico biológico. Portanto, aqui compartilho do questionamento de Berenice Bento e Larissa Pelúcio (2012): por que diagnosticar o gênero?

O único mapa seguro que guia o olhar do médico e dos membros da equipe são as verdades estabelecidas socialmente para os gêneros, portanto estamos no nível do discurso. Não existe um só átomo de neutralidade nesses códigos.

Estamos diante de um poderoso discurso que tem como finalidade manter os gêneros e as práticas eróticas prisioneiras à diferença sexual. (BENTO; PELÚCIO, 2012, p. 579).

Por mais que as pessoas de identidades trans apresentem sofrimento, tais como depressão e outros diagnósticos psiquiátricos, estes não são inerentes à condição transgênero, mas condizentes com os processos de adoecimento a que estão sujeitos quaisquer indivíduos – sem mencionar que, muitas vezes, esses processos de adoecimento das pessoas trans são acentuados pela imposição das normas sociais, de caráter binário e heterossexual (cis-heteronormativo), vinculando-se ao processo de autoaceitação ou de aceitação social.

Como descreve Butler (2009), esses documentos se centram em uma análise do indivíduo, colocando-o como responsável pela “incoerência de gênero”, sem uma perspectiva de denúncia das normas. Além disso, as avaliações psicológicas, indicadas como essenciais a essa população, têm-se centrado em afirmar ou não a existência da incoerência de gênero, reconhecendo-a em uma perspectiva binária e heterossexual, sem avaliar os fatores externos e sociais que produzem sofrimento. Ora, espera-se que a “adequação de gênero” atenda a uma coerência do desejo pelo “sexo/gênero” oposto.

Nesse sentido, as análises presentes neste tópico evidenciam que o viés da patologização das travestilidades e transexualidades ainda é presente mesmo na concepção de diagnóstico de disforia de gênero e/ou incongruência de gênero – e que essa óptica está presente nas concepções da política de saúde brasileira para a população de travestis e transexuais, expressas, inclusive, por meio da exigência de avaliação e validação via laudo psiquiátrico e psicológico.

A concepção de diagnóstico ainda mantém a perspectiva patológica, de opressão e abjeção da população trans, e compromete sua autonomia.

O diagnóstico reforça formas de avaliação psicológica que pressupõem que a pessoa diagnosticada é afetada por forças que ela não entende. O diagnóstico considera que as pessoas deliram ou são disfóricas. Ele aceita que certas normas de gênero não foram adequadamente assimiladas e que ocorreu algum erro ou falha. Ele assume pressupostos sobre os pais e as mães e sobre o que seja ou que deveria ter sido a vida familiar normal. Ele pressupõe a linguagem da correção, adaptação e normalização. Ele busca sustentar as normas de gênero tal como estão constituídas atualmente e tende a patologizar qualquer esforço para a produção de gênero seguindo modos que não estejam em acordo com as normas vigentes (ou que não estejam de acordo com uma certa fantasia dominante de que as normas vigentes realmente são). É o diagnóstico que tem sido imposto às pessoas contra a vontade delas e é o diagnóstico que tem eficazmente feito vacilar a vontade de muitas pessoas especialmente jovens trans e *queers*. (BUTLER, 2009, p.97).

Nesse sentido, deve-se ponderar a importância da luta pela despatologização, que tem sido um campo de disputa política entre os saberes, mas com importante e essencial

mobilização dos movimentos sociais e de algumas categorias profissionais, entre as quais os psicólogos e assistentes sociais brasileiros.<sup>10</sup>

Neste tópico, evidenciamos as categorias sexo e gênero no campo dos saberes científicos, com a predominância das concepções que separam as categorias de sexo e gênero, dando à primeira uma perspectiva biológico-ontológica e à segunda, uma perspectiva sociocultural; o que contribui com a perspectiva patologizante das identidades trans.

O processo de patologização evidencia também as categorias de biopolítica e biopoder, a partir do saber-poder desempenhado pela ciência, alinhado às estratégias disciplinares das instituições (família, hospital, escola, igreja etc.) – essenciais à propagação do que é permitido ou não no campo das sexualidades; bem como o controle por parte do Estado. Nesse contexto, a concepção de diagnóstico, como forma de acesso aos serviços e procedimentos de saúde, visa a atender ao controle da normalidade e da anormalidade.

Assim, o diagnóstico das identidades trans atende a múltiplos interesses e manutenção do *status quo*, evidenciando o caráter estrutural de hierarquização social das sexualidades e de gêneros, com a abjeção aos corpos das travestis e dos/das transexuais, que culmina na expressividade da travestifobia e da transfobia.

A luta pela despatologização deve estar vinculada a um processo de institucionalização de políticas públicas, por meio de “uma rede jurídica, assistencial e social que lhe dê suporte e permita” (BUTLER, 2009, p. 95) que a travestilidade e a transexualidade possam ser vividas, com a plena autonomia dos indivíduos sociais.

Nota-se que, por mais que existam múltiplas concepções científicas, a concepção de sexo e gênero que tem embasado as normativas no campo da saúde para a população trans está centrada no saber da medicina. Como questiona Tatiana Lionço (2016),

A questão é: que sujeitos humanos a medicina consente em produzir? Sob o manto da natureza, a medicina tem sistematicamente produzido a norma e condicionado a inteligibilidade sobre não apenas a anormalidade, mas, sobretudo, em que condições aceita converter anormais em normais. (LIONÇO, 2016, p. 3).

---

<sup>10</sup> Cabe ressaltar, que por mais que o processo de patologização das identidades trans tenha ocorrido por parte das ciências psi, no Brasil, o Conselho Federal de Psicologia tem sido um forte aliado dos movimentos sociais no processo de despatologização. No que se refere aos assistentes sociais, há a necessidade de construção de um arcabouço teórico, mas, mesmo com o caráter raso de nossas produções teóricas, há um amplo posicionamento político da categoria, expresso no posicionamento do Conselho Federal de Serviço Social, pela despatologização das identidades trans.

O olhar da ciência tem incidido historicamente no campo jurídico e das políticas públicas, tais como a exigência de laudos médicos ou psicológicos, para o acesso a serviços e a constituição de direitos, tal como explicitaremos no próximo capítulo. Portanto, despatologizar as identidades trans é essencial para seu pleno reconhecimento como sujeitos de direitos, mas “é também liberar todas as pessoas para a legitimidade de suas apropriações singulares da masculinidade e da feminilidade, sem o ônus moral e social” (LIONÇO, 2016, p. 3), para quem romper a norma.

## 2 O DEBATE BRASILEIRO SOBRE TRAVESTILIDADES E TRANSEXUALIDADES

No capítulo anterior, foram apresentados os múltiplos debates teóricos no campo do sexo e do gênero, a fim de evidenciar as contraposições das ciências médico-biológicas e das ciências sociais; o processo de patologização das identidades trans; e as concepções contemporâneas que norteiam as ações no campo da saúde destinadas a essa população.

Este capítulo abordará as travestilidades e transexualidades no Brasil. A referência a essas categorias deve-se ao seu cunho no âmbito dos movimentos sociais e das ciências sociais; que reconhecem as identidades trans como sócio-históricas e plurais. Entretanto, não há como negar os discursos patológicos da medicina brasileira.

Nesse sentido, o primeiro tópico abordará, em um momento inicial, a médico-patologização das identidades trans, abordando os estudos nacionais, que inicialmente as classificavam na categoria de “homossexuais” e, posteriormente, nas categorias de “travesti” e “transexual”; e as concepções médicas contemporâneas. Em um segundo, momento, os estudos das ciências sociais – com destaque para as etnografias antropológicas, que concebem as identidades trans como sócio-históricas, com a identificação das particularidades regionais, de classe social e, portanto, em uma perspectiva não patológica.

### 2.1 OS ESTUDOS BRASILEIROS E A MÉDICO-PATOLOGIZAÇÃO

A existência de identidades trans, no Brasil, é evidenciada na população indígena, na população negra escravizada e na população do Brasil colônia; conforme apresentam os autores Luiz Mott (1998) e João Silvério Trevisan (2000). No entanto, durante muito tempo, essas identidades foram classificadas na categoria “homossexualismo”.

A permissividade da vivência dessas identidades dava-se no contexto das religiões de matrizes africanas e nas festas populares, pois, fora desses contextos, era cabível a punição, quer fosse pela Igreja, quer fosse pelas leis do Império e da República. Entretanto, a partir dos estudos médicos que pautaram ações de criminologistas e juristas, o Código Penal de 1940 elevou ao grau de contravenção penal o ato de se “travestir”, que era caracterizado como atentado violento ao pudor. Em suma, no Brasil, as identidades trans foram criminalizadas.

O primeiro estudo brasileiro sobre o “homossexualismo” foi desenvolvido pelo médico carioca Pires de Almeida no ano de 1906, intitulado *Homossexualismo: a libertinagem no Rio de Janeiro* (LEITE JÚNIOR, 2008). Sua obra apresentava influências de Karl Heinrich Ulrichs e Richard Von Krafft-Ebing e é definida por Peter Fry (1982, p. 96), como um exemplo de invasão da medicina brasileira no campo moral, pois seu argumento central era a necessidade de restrição da “sexualidade do homem à heterossexualidade no casamento”, a fim de evitar a decadência moral e a doença.

O trabalho de Pires de Almeida foi essencial para a inter-relação entre medicina e criminologia; a exemplo da investigação criminológica desenvolvida pelo médico Leonídio Ribeiro, da Polícia Civil do Rio de Janeiro, que fundou o Laboratório de Antropologia Criminal; a fim de identificar as características fenotípicas de homossexuais e a sua correlação com práticas criminosas. No ano de 1932, Ribeiro desenvolveu técnicas em presídios, que visavam a provar a ligação entre um possível desequilíbrio hormonal e o “homossexualismo”.

Os estudos médicos assegurarão, pelo *status* de cientificidade, que o “homossexualismo” é um caráter desviante, que não deve ser tratado no campo do pecado e do castigo, mas no campo patológico.

No século passado foi que o problema do homossexualismo começou a ser estudado por médicos e psiquiatras, interessados em descobrir suas causas, a fim de que juristas e sociólogos pudessem modificar as legislações existentes, todas baseadas em noções empíricas e antigos preconceitos, e se fosse possível seu tratamento em moldes científicos.

As práticas de inversão sexual não podiam continuar a ser consideradas ao acaso, como pecado, vício ou crime desde que se demonstrou tratar-se, em grande número, de casos de indivíduos doentes ou anormais, que não deviam ser castigados, porque careciam antes de tudo de tratamento e assistência.

A medicina havia libertado os loucos das prisões. Uma vez ainda, seria ela que salvaria da humilhação esses pobres indivíduos, muitos deles vítimas de suas taras e anomalias, pelas quais não podiam ser responsáveis. (RIBEIRO, 1938, p. 27 apud FRY, 1982, p.100).

Portanto, a medicina desenvolveu práticas de conduta, a fim de reconverter a patologia das homossexualidades à normalidade heterossexual; o que envolvia técnicas violadoras, tais como eletrochoques e torturas, ou seja, transpôs-se essa população dos muros da prisão para os muros dos manicômios (GREEN, 2000).<sup>11</sup>

Apesar de os primeiros estudos médicos não referenciem as identidades trans para além da categoria “homossexualismo”, o termo “travesti”, de origem francesa, era

---

<sup>11</sup> Em sua obra, Green (2000) cita exemplos de internações em famosos manicômios, a exemplo dos sanatórios do Juqueri e do Pínel, localizados no estado de São Paulo. Parte das histórias foram publicadas em uma reportagem intitulada “O inferno da cura gay”, pelo *site* UOL de Notícias, disponível em: <https://www.uol.com.br/noticias/especiais/o-inferno-da-cura-gay.htm#o-fim-do-terror>

conhecido no Brasil desde o século XVI – mas seu uso fazia referência ao disfarce no campo teatral. Foi somente a partir da “ciência sexual”, na década de 1940, que ocorreu a referência à identidade de gênero, com amplo aproveitamento pela mídia após a década de 1950 (GREEN, 2000; LEITE JÚNIOR, 2008).

Já o termo “transexual” foi importado da medicina europeia, com a publicação do livro *O fenômeno transexual*, em 1966, do médico Harry Benjamin. Sua ampla divulgação, porém, ocorreu por meio da comunidade médico-científica, a partir da primeira cirurgia de transgenitalização realizada pelo médico cirurgião Roberto Farina, no ano de 1971 – que foi criminalizado e declarado culpado, no âmbito jurídico e ético. A apropriação e aproveitamento do termo pela mídia ocorreram na década seguinte, com a aparição da atriz, modelo e apresentadora transexual Roberta Close (LEITE JÚNIOR, 2008).

O primeiro estudo a referenciar as identidades trans é a dissertação de mestrado *Variabilidade cromossômica e dermopapilar no transexualismo*, de Luísa Campos Olazábal, vinculada ao Laboratório de Genética Médica do Instituto de Biologia, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP, no ano de 1976 (LEITE JÚNIOR, 2008).

O trabalho de Olazábal centra-se na análise de 31 casos a partir das referências de Harry Benjamin, Robert Stoller, John Money e conclui que o transexualismo é um desvio do comportamento sexual, mais evidente nas classes mais cultas; com ampla distinção do homossexualismo e do travestismo, tanto no campo psicológico (anamnóstico) como genético (cromossômico) (LEITE JÚNIOR, 2008).

Com a criminalização da conduta do médico Roberto Farina, outro artigo acadêmico que faz referência a transexualidade, aportado no saber médico, mas no campo do direito, são de seus advogados, publicado no ano de 1978. *A terapêutica cirúrgica do intersexual perante a justiça criminal: um caso de transexualismo primário ou essencial* define o “transexualismo” como congênito, com ampla distinção entre o ser homossexual e o transexual, já que o desejo do transexual seria heterossexual, enquanto o “homossexualismo” era condenado por representar a “afeminação” e “a ‘falsa’ mulher, associada a uma vida sexual degradada e imoral – que incluía as travestis” (LEITE JÚNIOR, 2008, p. 206).

No ano de 1982, o próprio médico Roberto Farina lança sua obra, *Transexualismo do homem à mulher normal através dos estados de intersexualidade e das parafilias* (LEITE JÚNIOR 2008). Farina define a transexualidade enquanto uma doença, de

nascença, e a enxerga como uma problemática relacionada ao gênero, que deveria ser identificada por meio de um rigoroso exame clínico no campo da psiquiatria. O exame deveria identificar se se tratava de transexualismo primário, essencial ou verdadeiro; ou de um transexualismo secundário e falso, conforme as definições de Harry Benjamin. Finalmente, o artigo aponta a ineficácia dos tratamentos no campo da psiquiatria, com a defesa da cirurgia enquanto único tratamento eficaz para a transexualidade.

Farina distingue o “transexualismo” do “homossexualismo” e do “travestismo” – apesar de, por vezes, abordar as duas últimas categorias na categoria “homossexualismo” (LEITE JÚNIOR, 2008). Define, porém, que diferentemente do “transexualismo”, as condições do “homossexualismo” e do “travestismo” são um desvio que se vincula aos aspectos morais, de marginalidade e do crime, pois não estavam vinculadas à heterossexualidades, mas à permissividade da vivência de um desejo.

Nota-se que, a partir da apropriação das novas categorias pela comunidade médico-científica, a identidade de travesti foi identificada no campo do desejo patológico-homossexual, enquanto a transexualidade foi definida como um problema médico-legal, cabível de salvaguarda.

Essa compreensão se deveu à ideia de que as pessoas transexuais eram “castas, tímidas, quase assexuadas e profundamente infelizes” (LEITE JÚNIOR, 2008, p. 208), com a necessidade de intervenção cirúrgica para a adequação ao padrão binário heterossexual. Enquanto isso, a travesti deveria ser apartada, por buscar a realização de um desejo anormal, que rompe com o padrão binário.

O discurso médico, portanto, reforçou a associação da travesti à marginalidade, ao crime e a prostituição, o que foi socialmente aceito pela vinculação dessa população ao teatro, espaço este associado, na época, à prostituição, dada a condenação moral de mulheres como atrizes; e também pela associação da travesti ao homem afeminado (GREEN, 2000).

No que concerne à transexualidade, reforçou-se a concepção burguesa do que é ser homem ou ser mulher; reafirmando a inteligibilidade de gênero, o que inclui as performatividades adequadas a cada gênero.

Essas concepções ainda permeiam parte das ações no campo da saúde para a população trans, contribuindo, portanto, com o processo de precariedade dessa população quanto ao acesso à garantia de direitos, suas vivências e existências.

### 2.1.1 As Concepções Contemporâneas da Medicina Brasileira

O Brasil sancionou, no dia 1.º de janeiro de 1996, as classificações médicas constantes na CID-10, que passaram a nortear as ações políticas e normativas do Ministério da Saúde – MS.<sup>12</sup> Portanto, convencionaram-se as definições da OMS sobre patologia e não patologia a partir de um forte diálogo com os discursos médicos, por meio do CFM, que regula a prática profissional.

Após a condenação da conduta médica de Roberto Farina, a autorização dos procedimentos de transexualização, no Brasil, ocorreu apenas no ano de 1997. Essa autorização se deu por meio da Resolução n.º 1.482, do CFM, que definia o processo transexualizador a título experimental e restritivo aos hospitais universitários, por meio dos seguintes procedimentos cirúrgicos: neocolpovulvoplastia; neofaloplastia; e/ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários, expressos como primordiais ao tratamento dos “casos de transexualismo”.

Essa resolução foi alterada no ano de 2002, por meio da Resolução n.º 1.652, que definia que as cirurgias para homens transexuais somente deviam ocorrer em hospitais universitários ou hospitais públicos adequados para a pesquisa, devido à funcionalidade de técnicas, tanto no aspecto ético como no funcional – mas as cirurgias para mulheres transexuais estavam autorizadas no âmbito dos hospitais públicos e privados, independentemente de estarem vinculadas ou não ao campo da pesquisa.

A Resolução atualmente em vigor é a de n.º 1.955, de 2010, que apresenta as seguintes questões: a cirurgia de neofaloplastia ainda deve continuar instituída em caráter experimental, e há a exigência de que todos os procedimentos cirúrgicos devam ser realizados somente após avaliação de equipe multidisciplinar, composta por médico psiquiatra, cirurgião, endocrinologista, psicólogo e assistente social, com a imposição da necessidade de acompanhamento multidisciplinar por um período mínimo de dois anos, para validação.

Em todas as resoluções do CFM, há um viés patologizante; referenciando mulheres transexuais e homens transexuais ao “transexualismo”. Sua definição é de uma doença, cabível de correção médica, que deve ser diagnosticada a partir dos seguintes critérios:

---

<sup>12</sup> O compromisso foi firmado pelo Brasil, na 43.ª Assembleia Mundial de Saúde, sendo a ampliação de sua utilização no âmbito do SUS realizada por meio da Portaria n.º 1.311, de 12 de setembro de 1997.

**Art. 3º** Que a definição de transexualismo obedecerá, no mínimo, aos critérios abaixo enumerados:

- 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 do sexo oposto;
- 3- Permanência desses distúrbios de forma contínua e consistente por, no mínimo, dois anos;
- 4- Ausência de outros transtornos mentais. (*Onde se lê “Ausência de outros transtornos mentais”, leia-se “Ausência de transtornos mentais”*). (RESOLUÇÃO CFM nº 1.955/2010, grifos nossos).

A análise dos documentos que norteiam o discurso médico brasileiro contemporâneo expõe as seguintes considerações: esses documentos centram-se na regulamentação do processo transexualizador destinado a mulheres transexuais e homens transexuais, com a ausência de referência às travestis; prima as condutas médicas junto às mulheres transexuais, justificada pelo caráter de pesquisa das condutas junto aos homens transexuais, o que demonstra uma problemática de gênero, em uma perspectiva conservadora, bem como o viés patologizante ao considerar o paciente transexual como “portador de desvio psicológico permanente de identidade sexual”.

No que se refere à oferta de hormonioterapia, não há nenhuma resolução do CFM. No entanto, o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – CREMESP tem a Resolução n.º 208, de 27 de outubro de 2009, que dispõe sobre o atendimento médico integral à população de travestis, transexuais e pessoas que apresentam dificuldade de integração ou dificuldade de adequação psíquico-social em relação ao sexo biológico, com a previsão do respeito ao uso do nome social e a oferta dos seguintes procedimentos:

Artigo 3º Visando garantir o atendimento integral devem ser consideradas e propostas ao (à) paciente as seguintes possibilidades de abordagem individual: atendimento psicossocial, tratamento psiquiátrico e psicoterapêutico, tratamento e acompanhamento médico-endocrinológico, intervenções cirúrgicas e outros procedimentos médicos de caráter estético ou reparador, desde que asseguradas as condutas éticas, as diretrizes clínicas e as normatizações técnicas reconhecidas pela comunidade médica. (Resolução CREMESP n.º 208/2009).

Essa resolução pautou a ação de médicos endocrinologistas para a prescrição de hormônios – e, apesar de alinhada às concepções das resoluções do CFM, apresenta um avanço ao tratar de procedimentos para travestis e transexuais e do respeito ao nome social. No âmbito do CFM, há o Parecer nº 8/2013, que trata sobre a terapia hormonal para adolescentes e travestis transexuais, com a recomendação do uso de bloqueio da puberdade do gênero de nascimento. Atualmente, encontra-se em debate a construção de uma resolução sobre a conduta médica com crianças e adolescentes travestis e transexuais, que contou com debate do CFM com os conselhos federais de Psicologia e Serviço Social.

## 2.2 TRAVESTILIDADES E TRANSEXUALIDADES NA PERSPECTIVA DAS CIÊNCIAS SOCIAIS

Após o resgate no tópico anterior, sobre os estudos médicos brasileiros e a sua concepção patológica; este tópico tem como objetivo os estudos no campo das ciências sociais, em uma perspectiva não patológica, mas de reconhecimento das identidades trans como identidades sócio-históricas, múltiplas e em processos contínuos de construção.

Conforme citado anteriormente, as ciências sociais têm-se utilizado das categorias travestilidades e transexualidades. A primeira referência deve-se ao psicólogo William Peres (2005), que as utilizou como forma de substituição ao sufixo “ismo”, que faz alusão a patologias, mas também com o viés de referenciar o caráter heterogêneo das identidades trans. Segundo Larissa Pelúcio (2009, p. 43-44), representa uma perspectiva teórica “de se ir mais além do que o senso comum tem se permitido”, que aponta que as identidades trans devem ser compreendidas a partir de uma “necessária flexibilidade para enfrentar o que acontece no espaço do empírico”, devendo, portanto, serem compreendidas enquanto categorias em processo contínuo de construção.

Entretanto, é importante ressaltar que as produções acadêmicas aqui analisadas carregam valores e *ethos* de determinados momentos históricos, que estão em constante processo de transformação, dada a própria dialética da história e a constituição dos seres sociais. Portanto, visualizaremos múltiplas concepções teóricas sobre as travestilidades e transexualidades.

### 2.2.1 Travestilidades

No campo dos estudos sobre travestis, a pesquisa de Hélio Silva (1993) representa um marco no campo das ciências sociais, a partir de uma etnografia durante o ano de 1991, no bairro da Lapa, na cidade do Rio de Janeiro. Silva (1993) conclui que ser travesti é ter uma “dupla pele: a de purpurina e a da humilhação”, bem como uma ampla dualidade que perpassa pela feminilidade e pela masculinidade, sendo a primeira vinculada ao *glamour* e a segunda, para se defender das ameaças (SILVA, 1993).

Outro importante estudo é a etnografia com as travestis profissionais do sexo, de Don Kulick (2008), na cidade de Salvador, entre os anos de 1996 e 1997. Kulick (2008) identifica que, para elas, a transformação corporal é essencial na construção de suas identidades femininas, mas que não há conflito algum com sua genitália masculina.

A despeito de todas essas transformações, muitas das quais irreversíveis, as travestis não se definem como mulheres. Isto é, apesar de viverem o tempo todo vestidas como mulher, referindo-se umas às outras por nomes femininos, e sofrendo dores atrozes para adquirir formas femininas, as travestis não desejam extrair o pênis e não pensam em ser mulher. Elas não são transexuais. Ao contrário, afirmam elas, são homossexuais – homens que desejam outros homens ardentemente e que se modelam e se completam como objeto de desejo desses homens. (KULICK, 2008, p.21-22).

Portanto, o autor aponta que, apesar de as travestis se referenciarem ao feminino – e que, nesse processo, a construção corpórea é essencial; não reivindicam elas a cirurgia de redesignação sexual nem se identificam como mulheres ou transexuais; ao contrário, reafirmam-se na categoria de homossexuais.

Marcos Benedetti (2005) aponta-nos a dificuldade de conceituar o que é ser travesti frente às inúmeras possibilidades de experiências e vivências, mas apresenta, como certa convergência, a partir de seu grupo pesquisado, que

Seguindo a lógica do grupo estudado, travestis são aquelas que promovem modificações nas formas do seu corpo visando a deixá-lo o mais parecido possível com o das mulheres; vestem e vivem cotidianamente como pessoas pertencentes ao gênero feminino sem, no entanto, desejar explicitamente recorrer à cirurgia de transgenitalização para retirar o pênis e construir uma vagina. Em contraste, a principal característica que define as transexuais nesse meio é a cirurgia de mudança de sexo como condição *sine qua non* da sua transformação, sem a qual permaneceriam em sofrimento e desajuste subjetivo e social. (BENEDETTI, 2005, p. 18).

A partir da análise do autor, percebemos, entre as concepções das entrevistadas, que a condição do processo cirúrgico é substancial para a distinção entre o que é ser travesti e o que é ser transexual; o que não se diferencia dos discursos médicos. Entretanto, o Benedetti (2005) contrapõe-se a Kulick (2008), ao afirmar a necessidade de uma distinção clara entre o que é ser homossexual e o que é ser travesti.

Essa concepção deve-se ao fato de que as características das identidades das travestis estariam relacionadas a gênero, e não a sexualidade, o que se contrapõe à homossexualidade. Portanto, identificar travestis como homossexuais seria uma “operação típica do olhar institucional e do senso comum sobre esse grupo” (BENEDETTI, 2005, p. 112). No entanto, também não há como separar o gênero da sexualidade em estudos com travestis brasileiras, já que o fato de serem “viados” é um dos elementos de sua subjetividade, pois são marcadas por um processo de transição, dadas as dimensões cultural e de classe social. Isso representa uma das inúmeras possibilidades de transformações de gênero.

Acredito que as travestis brasileiras são apenas um exemplo dos muitos processos possíveis de transformação de gênero que existem na humanidade. Na cultura ocidental, e também na sociedade brasileira, convivemos com diferentes grupos e pessoas que realizam vários processos de transformação de gênero. Isso não significa que todos experimentem as mesmas emoções e

sentimentos, tenham os mesmos valores e pontos de vista, convivam em ambientes socioculturais semelhantes ou mesmo que tenham práticas sociais análogas. Pelo contrário, essas diferentes possibilidades de viver e construir gênero são entrecortadas e influenciadas por inúmeros fatores e condições sociais e culturais – por exemplo, a classe social –, aos quais se associam. (BENEDETTI, 2005, p. 112).

Aqui, fica evidente que as ciências sociais, a partir de suas pesquisas empíricas, passam a evidenciar uma pluralidade das identidades de gênero, considerando que os fatores culturais, regionais e de classe social são essenciais para a compreensão dessas identidades como sócio-históricas.

Outra importante pesquisa é a etnografia de Larissa Pelúcio (2009) sobre o modelo de abordagem da política de DST/HIV/AIDS com as travestis profissionais do sexo na cidade de São Paulo. Sua pesquisa reafirma a importância da transformação corpórea para a construção da identidade das travestis.

Nesse sentido, a autora define que as transformações corpóreas, para as travestis, são uma forma de “materialização de um gênero, a partir da reiteração de normas que prescrevem o que é ser feminina”, inter-relacionando-se, portanto, ao conceito de performatividade de Butler. Para isso, é requerido o acesso às tecnologias de transformações corpóreas, mas sem a perspectiva da cirurgia de redesignação sexual. Além disso, essas identidades são múltiplas:

[...] creio que posso afirmar que as travestis são pessoas que se entendem como homens que gostam de se relacionar sexual e afetivamente com outros homens, mas que para tanto procuram inserir em seus corpos símbolos do que é socialmente tido como feminino. Não desejam, porém, extirpar suas genitálias, com a qual, geralmente convivem sem grandes conflitos. (PELÚCIO, 2009, p. 38).

Nesse processo de reconhecimento da multiplicidade do que é ser travesti, a autora depara-se com pessoas que se identificam como travestis, mas que quebram o padrão normativo da travestilidade, quer seja pela não feminilização por meio de hormônios, ou a não existência de próteses de silicone.

Em minha pesquisa conheci travestis que não tomavam hormônios nem tinham silicone no corpo, mas que se auto-reconheciam como travestis, usavam nomes femininos, mantinham intensa sociabilidade no meio, adotando termos do *bajubá* (a linguagem tributária do *ioruba-nagô* usada pelas travestis). (PELÚCIO, 2009, p. 42).

É justamente nesses processos empíricos que a autora adota a categoria travestilidades, ao reconhecer as multiplicidades “dessas vivências ligadas à construção e desconstrução dos corpos” (PELÚCIO, 2009, p. 27). Pelúcio (2009) também aponta duas importantes figuras de apoio social às travestis nos processos de transformações

corpóreas: a bombadeira<sup>13</sup> e a cafetina,<sup>14</sup> o que evidencia a precariedade desses processos, dada a ausência de políticas públicas.

Ora, as percepções aqui apresentadas apontam-nos que a realidade não dialoga com as concepções médicas, dado o caráter sócio-histórico das identidades travestis. Os estudos etnográficos têm dialogado com as concepções dos movimentos sociais, sobre o caráter múltiplo das identidades, com o reconhecimento da categoria travestilidades, distinta da categoria homossexualidades.

O ser travesti é *a-universal* e independe das transformações corpóreas, tais como a construção de seios de silicone ou o uso de hormônios femininos – por mais que a maioria delas assim deseje –; mas trata-se da reivindicação de uma identidade de gênero feminina sem o desejo da cirurgia de redesignação sexual. Quanto ao desejo-afetividade; podem ser heterossexuais, homossexuais, bissexuais, pansexuais ou assexuados, com pessoas cisgêneras ou transgêneras; que devem ser compreendidas a partir da identidade de gênero.

## 2.2.2 Transexualidades

No campo das ciências sociais, a pesquisa de Benedetti (2005) é a pioneira na busca por identificar as distinções entre as identidades travestis e as identidades transexuais. O autor aponta que o emergir desse debate no âmbito dos movimentos sociais e, conseqüentemente, no campo das ciências sociais, referem-se a dois pontos fundantes: a primeira resolução do CFM; e a realização da primeira cirurgia legal, realizada no ano de 1998, que foi amplamente divulgada pela mídia e cercada de muito sensacionalismo.<sup>15</sup>

Relata Benedetti (2005) que, nesse período, ele foi questionado por muitas travestis sobre as verdadeiras diferenças entre elas e as transexuais; pois havia um amplo questionamento sobre o porquê de a resolução do CFM autorizar somente o acesso das transexuais ao processo transexualizador. Segundo o autor,

---

<sup>13</sup> A bombadeira é uma personagem central na vida das travestis. Ela detém o conhecimento do corpo, as técnicas para aplicar o silicone líquido e os cuidados necessários para evitar efeitos colaterais. A bombadeira e a cafetina, figuras que, por vezes, se confundem na mesma pessoa, ocupam uma ascendência na estrutura das relações internas às travestis. Ela é a mãe, a que cuida, protege, castiga. A família construída, deslocada de referências biológicas, tem as suas regras (PELÚCIO, 2009, p. 22).

<sup>14</sup> Conforme evidencia a autora, a cafetina é a personagem central no agenciamento e cuidado, com o estabelecimento de regras, no território onde travestis profissionais do sexo transitam – e que, por vezes, pode ser a mesma pessoa que a bombadeira (PELÚCIO, 2009, p. 22).

<sup>15</sup> A primeira cirurgia “legal” foi realizada no Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, no estado de São Paulo.

[...] é possível traçar algumas diferenças importantes entre as transexuais e as travestis. As transexuais dominam uma linguagem médico-psicológica refinada, apoiam-se em escritos científicos dessas disciplinas [...], creem-se doentes e deduzem que o tratamento e a cirurgia podem ser o instrumento de correção ou ajustamento de seu corpo à sua personalidade. Essas concepções estão relacionadas à origem de classe. As informantes que se auto-identificam como transexuais possuem, via de regra, maior escolaridade; têm, portanto, acesso as bibliografias técnicas sobre o assunto com mais facilidade e situam-se mais próximas socialmente das explicações institucionais e científicas sobre a questão [...]. Não aceitam a sua genitália e negam ter nascido homens, enquanto que as travestis fazem uso ativo dos seus órgãos genitais. As transexuais definem-se pela negação das travestis, isto é, as primeiras não querem aquilo do qual as segundas usufruem. (BENEDETTI, 2005, p. 113-114).

Ora, a sua definição está vinculada à perspectiva de classe social, mas também é perceptível que, nesse período, as distinções conceituais apropriadas pelos movimentos sociais foram marcadas pela influência do discurso médico; concebidas sob a óptica da homogeneidade – e que devem, portanto, ser compreendidas como um processo histórico, dado o *ethos* de cada período. Nesse contexto, o discurso médico foi historicamente apropriado e legitimado pelo discurso popular, tal como aponta Fernández (2004), o que contribuiu como a vinculação de um determinado capital social para as transexuais; ao romperem com a marginalidade e a vivência das ruas das travestis (PELÚCIO, 2009).

Márcia Arán, Daniela Amaral e Tatiana Lionço (2009) identificam a correlação entre o processo cirúrgico e as identidades transexuais como problemática, tanto do ponto de vista teórico como do científico. Afirmam as autoras que as construções das identidades transexuais não se reduzem apenas a um processo cirúrgico, e, portanto, aqui, estamos diante da impossibilidade de conceituar a transexualidade “de forma universal, unívoca e a partir de uma classificação estritamente médico-psiquiátrica”, conforme indica Almeida (2012, p. 517).

Esses aspectos foram apontados na primeira pesquisa, exclusiva, com transexuais, no campo das ciências; de Berenice Bento (2006): *A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual*. Em seu trabalho, a autora busca a definição da categoria transexualidade, de forma ampla, com a perspectiva de desconstrução do ideário médico.

[...] transexualidade é uma experiência identitária, caracterizada pelo conflito com as normas de gênero. Essa definição confronta-se à aceita pela medicina e pelas ciências psi que a qualificam como uma “doença mental” e a relaciona ao campo da sexualidade e não ao gênero (BENTO, 2008, p.18-19).

Bento (2006, 2008) evidencia empiricamente, portanto, que a construção identitária da transexualidade não ocorre de forma universal: há transexuais que de fato se vinculam à ideia da necessidade da cirurgia, mas há outras e outros que convivem bem

com as suas genitálias, requerendo apenas transformações corpóreas, ou parte delas, e a mudança de nome civil. Quanto ao desejo e afetividade, podem ser heterossexuais, homossexuais, bissexuais, pansexuais ou assexuados, com pessoas cisgêneras ou transgêneras, que devem ser compreendidas a partir da identidade de gênero.

Essas multiplicidades foram empiricamente constatadas por Bento (2006, 2008) quanto às mulheres transexuais, pois algumas das pesquisadas, que haviam realizado o processo cirúrgico, relataram uma “satisfação plena” e, por vezes, legitimaram o discurso médico sobre a completude da identidade. Outras, porém, não condicionaram o processo cirúrgico à real e efetiva vivência e constituição de sua identidade, e esses fatores também podem ser evidenciados na pesquisa de Grazielle Tagliamento (2012).

No que se refere aos homens transexuais, também se evidenciam essas pluralidades, tal como apresenta Almeida (2012), com variadas possibilidades de masculinidades e de categorias identitárias. Essas vão desde as performatividades do masculino a processos de transformações corpóreas por meio de hormonização de testosterona e intervenções cirúrgicas.

Esses se diferenciam da identidade lésbica, já que possuem como marca a contestação à atribuição ao sexo do nascimento (mesmo que de forma variável), sem, contudo, se afirmarem “homens de forma constante”, pois se constituem menos em função do diagnóstico psiquiátrico e mais na suposição de uma completa adesão aos signos corporais e aos comportamentos sociais que constituem as masculinidades, apesar de certa predominância do “modelo convencional” (ALMEIDA, 2012).

No entanto, há de se pontuar, novamente, a invisibilidade dos homens transexuais no campo da ciência, conforme referenciado na introdução deste trabalho. Essa invisibilidade é evidenciada também nos movimentos sociais e no acesso à saúde, conforme será abordado adiante.

Portanto, a constituição das identidades transexuais também é sócio-histórica, plural e *a-universal*, e não vinculada aos processos cirúrgicos, mas à contestação à atribuição ao sexo do nascimento, o que se contrapõe ao discurso médico. Essas identidades devem ser compreendidas em um viés não patológico, conforme indicam os estudos no campo das ciências sociais. Quanto ao desejo-afetividade, podem ser heterossexuais, homossexuais, bissexuais, pansexuais ou assexuados, com pessoas cisgêneras ou transgêneras, que devem ser compreendidas a partir da identidade de gênero.

### **3 MOVIMENTOS SOCIAIS E A CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS PARA A POPULAÇÃO TRANS NO BRASIL**

As conquistas e direitos sociais não são construtos dados, mas frutos de muita luta política e articulação dos movimentos sociais, que resistem e avançam nas conjunturas históricas e sociais. Nesse sentido, o movimento trans tem-se caracterizado como um importante meio de resistência e de desconstrução das opressões impostas pelos valores da cis-heteronormatividade, que tem avançado na conjuntura neoliberal conservadora.

As precariedades vivenciadas pela população trans têm sido legitimadas historicamente pelo Estado, dada a ausência de políticas públicas, que impacta as condições de vida da população trans, marcadas pelas travestifobia e transfobia, que, por seu turno, incidem nas condições e existências de suas vidas. Assim, o primeiro tópico abordará o processo de precariedades que tem definido a existência das identidades trans, expressas por meio da travestifobia e transfobia; que incidem nas condições de vida dessa população, tais como acessos e garantia de direitos e de existência – e que implicam diretamente nos aspectos da saúde.

O segundo tópico abordará o processo histórico de luta e resistência das identidades trans por meio dos movimentos sociais. Essa trajetória tem sido marcada por uma ampla resistência a favor da desconstrução do padrão cis-heteronormativo, com a defesa da livre expressão da orientação sexual e identidade de gênero, bem como a luta pela construção de direitos e de cidadania, por meio de políticas públicas e legislações; e a luta pela despatologização.

O terceiro tópico apresentará a trajetória histórica de construção das políticas públicas no Brasil para a população trans, perpassada pelo processo transexualizador e a construção da Política Nacional de Saúde Integral LGBT. Por fim, o quarto tópico apresentará os desafios à saúde integral da população de travestis e transexuais.

#### **3.1 PRECARIIDADES: TRAVESTIFOBIA E TRANSFOBIA, A NEGAÇÃO DO DIREITO DE EXISTIR**

As precariedades estão presentes no cotidiano das identidades trans, expressas pela travestifobia e transfobia, legitimadas pelo discurso popular com base nos discursos científicos, que perpassam pelas condições de acesso e garantia de direitos e também de existência.

Esse conceito tem sido utilizado por Judith Butler (2006) e referencia o processo de humanização e desumanização dado pelas condições políticas, ao qual determinadas populações são assimetricamente expostas em contextos de violência, pobreza, condições de saúde, morte etc.

O Brasil apresenta-se no cenário mundial como o país mais violento para a população LGBTQ+. Segundo relatório da Associação Nacional de Travestis e Transexuais – ANTRA, no ano de 2017, foram registrados 179 assassinatos de pessoas de identidade trans: 169 de travestis e mulheres transexuais e 10 de homens transexuais, sendo que, na maioria dos casos, os óbitos foram antecidos por torturas.

Esses dados podem ser ainda maiores, já que, no Brasil, não há uma política de Estado na construção de dados estatísticos dessa população – e, muitas das vezes, não há, por parte das autoridades policiais, a sensibilidade de reconhecer o crime como travestifobia ou transfobia, já que essa tipificação não é estabelecida no Código Penal.

Com base nos dados de 2017, notam-se as particularidades dos aspectos geracionais, de classe social e de raça, pois 69,9% das vítimas tinham entre 15 e 29 anos; 70% delas eram profissionais do sexo; e 80% foram identificadas como negras ou pardas. Além disso, 80% dos assassinos não tinham nenhum tipo de vínculo com as vítimas, o que se contrapõe ao discurso conservador de que essas mortes são de cunho passional.

O mesmo relatório chama a atenção para o suicídio da população trans em decorrência da desaprovação social à sua identidade de gênero, visto que, segundo a OMS, o Brasil é o oitavo país com maiores índices de suicídios no mundo, o que constitui um grave problema de saúde pública. Além disso, segundo dados da organização não governamental – ONG International Gay and Lesbian Task Force, nos Estados Unidos, cerca de 41% das pessoas transexuais já tentaram suicídio.

Os dados da ANTRA no ano de 2017 apontam sete casos de suicídio. Esses dados podem contribuir com a reflexão sobre a importância da abordagem da questão pelo Estado brasileiro, por meio de políticas de saúde, mas não indica uma leitura da realidade, considerando-se a dificuldade de coleta de dados. Nesse caso, a coleta ocorreu junto a publicações em meios de comunicação, que geralmente invisibilizam os suicídios. Compreende-se, portanto, que esses dados são bem maiores.

Outras questões que incidem na precariedade das identidades trans referem-se ao acesso e à garantia de direitos, tais como educação, renda e trabalho, que são antecidos, muitas vezes, pelas rupturas dos vínculos familiares, com a fuga ou a expulsão, devido à

não compreensão do processo de transformação corporal devido à condição da identidade de gênero e orientação sexual.

Assim, as identidades trans vivenciam um amplo enfrentamento ao preconceito e à discriminação familiar e a sobrevivência ao contexto excludente do ambiente escolar, dada a ausência de políticas públicas que visem ao respeito à liberdade de orientação sexual e identidade de gênero – e, conseqüentemente, o não acesso ao mercado de trabalho.

Em sua dissertação, Tibério Lima Oliveira (2016) aponta que 70% das travestis no Rio Grande do Norte não foram alfabetizadas (p. 136). Ademais, a pesquisa *Projeto Muriel: vulnerabilidades, demandas de saúde e acesso a serviços da população de travestis do Estado de São Paulo* (VERAS, 2016), da Santa Casa de São Paulo, aponta que mais de 50% das entrevistadas não tinham o Ensino Médio completo.

A baixa escolaridade vinculada à falta de oportunidades, devido à transfobia e à travestifobia, acaba por deixar como opção restante a prostituição: segundo dados da ANTRA, 90% da população de travestis e transexuais tem a prostituição como fonte renda e subsistência.

Essas condições sociais têm implicações nas condições de saúde da população trans, tais como o não acesso aos procedimentos e às tecnologias transexualizadores, a exemplo da aplicação do silicone industrial realizada pela figura da bombadeira, conforme apresentado anteriormente na pesquisa de Pelúcio (2009).

Esses procedimentos caseiros visam à aplicação de injeções de silicone industrial para substituir as desejadas próteses mamárias ou arredondar as nádegas e os quadris. No entanto, essas aplicações irregulares podem resultar em diversos problemas para a saúde, entre os quais: infecções, migração do produto para outras áreas do corpo, deformidades, necroses teciduais, embolia pulmonar e até a morte. As pesquisas apontam que, nesse contexto, as mais vulneráveis são as travestis (PINTO et al., 2017).

Essas práticas decorrem dos obstáculos estruturais da oferta e do acesso insuficiente pelo SUS, seja em quantidade, seja em variedade de procedimentos, mas também pela rigidez de critérios estabelecidos, que não contemplam as necessidades diversas. Esses critérios estão presentes nas resoluções do CFM, conforme apresentado anteriormente, bem como nas diretrizes do processo transexualizador, que têm um caráter restritivo e compreendem que a colocação de próteses de silicone nas mamas somente está prevista como etapa complementar à cirurgia de transgenitalização; portanto, as travestis são mais vulnerabilizadas e expostas aos procedimentos irregulares.

Outra questão a ser pontuada refere-se à vinculação histórica da população LGBT, em especial a população trans, à epidemia de aids, denominada, sobretudo nos anos 1980, “peste gay”. A tomada de responsabilidade do Estado brasileiro, por meio da política de DST/HIV/Aids, foi essencial para a qualidade de vida das pessoas que convivem com a doença, dada a cobertura universal pelo SUS – mas há de se ponderar que essa política apresenta um caráter moralizador e marginalizador no que se refere às travestis e mulheres transexuais profissionais do sexo, pois invisibiliza os homens/clientes que as procuram, desresponsabilizando-os dos cuidados e do contágio. Esse viés aponta que a política não tem um direcionamento aos “corpos normalizados”, mas aos corpos “desviantes” (PELÚCIO, 2009).

Também há de se pontuar a violência estatal, por meio das forças de segurança pública, às quais as identidades trans estão expostas historicamente quanto ao não respeito à identidade de gênero e quanto à criminalização nos espaços de prostituição. Os exemplos recentes nesse aspecto podem ser o de tortura e violação da identidade de gênero, como ocorreu com a travesti Verônica Bolina,<sup>16</sup> e na prisão de nove travestis na Praça da República, na cidade de São Paulo, tradicional ponto de prostituição, sob a alegação de atentado ao pudor.<sup>17</sup> Há, ainda, situações de violações nos presídios, conforme apresenta Ferreira (2014), como também das que vivem em situação de rua.

Portanto, evidencia-se, que a população trans sofre um contínuo processo de marginalização e exclusão social, que impacta diretamente as condições de saúde. Esses processos demonstram a necessidade de uma política de saúde que prime por ações de prevenção e pelo acesso às tecnologias transexualizadoras, em um caráter universal e intersetorial com as demais políticas públicas, sem um viés marginalizador e com o respeito à identidade de gênero e orientação sexual.

---

<sup>16</sup> Verônica Bolina foi presa no ano de 2015, após a denúncia de agressão a uma idosa, mas, na delegacia, foi torturada a ponto de ficar desfigurada e ter a sua identidade de gênero descaracterizada (<http://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/2015/04/travesti-fica-desfigurada-apos-prisao-defensoria-diz-haver-indicio-de-tortura.html>).

<sup>17</sup> Na ocasião, não houve a vinculação a nenhum crime. As travestis tiveram a identidade de gênero desrespeitada e foram conduzidas à delegacia sob a alegação de atentado ao pudor, dada a prática da prostituição, que não se caracteriza como crime (<https://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/travestis-sao-detidas-e-acusam-pms-de-abuso-de-autoridade-no-centro-de-sp.ghtml>).

### 3.2 A TRAJETÓRIA HISTÓRICA DOS MOVIMENTOS SOCIAIS: RESISTÊNCIA E LUTA DAS IDENTIDADES TRANS

As primeiras associações de homossexuais datam da década de 1950 e centravam-se nas grandes cidades, com a participação de pessoas trans. Esses grupos eram dedicados à sociabilidade e à diversão e foram formados essencialmente por homens que promoviam eventos como desfiles de *miss*, shows de travestis e desfiles de fantasias (SIMÕES; FACCHINI, 2009). Entretanto, as ações de resistência das identidades trans datam de períodos anteriores, no enfrentamento à ciência da sexualidade e da criminologia, conforme aponta Green (2000).

Nos anos 1960, os movimentos sociais expandiram-se a partir da popularidade do ideário da liberação sexual e das iniciativas que buscavam liberar os desejos reprimidos. Isso resultou em mudanças na produção científica sobre as sexualidades, trazendo a homossexualidade, ao menos em parte, à condição de relativa normalidade (não doença) (ALMEIDA, 2005). Nesse período, havia pequenos jornais artesanais, como *O Snob*, que circulou no Rio de Janeiro entre 1963 e 1969, dando voz a uma contracultura LGBT, com a perspectiva da construção de uma identidade do movimento e de visibilidade (SIMÕES; FACCHINI, 2009).

No contexto da ditadura militar, vislumbrou-se a contestação e resistência dos valores impostos pelo regime, já que esse período, conforme aponta Renan Quinalha (2017), não se restringia apenas aos projetos políticos e econômicos da ditadura, mas também a um projeto moral e sexual, vinculado à manutenção da família, no padrão heteronormativo.

O golpe de 1964 condenou as homossexualidades e classificou-as como manifestação de subversão, comparando os desejos homossexuais a uma tática de guerra revolucionária (COWAN, 2014). Nesse momento, as pessoas de identidades trans precisaram esquivar-se da repressão e da censura, devido à forte perseguição, inclusive aos *shows* e performances, conforme narra o documentário *Divinas Divas*.<sup>18</sup> O dribble ao regime caracterizou-se como uma forma de resistência.

---

<sup>18</sup> Documentário produzido e dirigido por Leandra Leal que narra as experiências das transformistas, travestis e transexuais que se apresentavam no teatro Rival, no Rio de Janeiro, a partir da década de 1960.

No ano de 1976, a Polícia Civil do Estado de São Paulo decide realizar um estudo de criminologia sobre a prostituição, tanto de michês quanto das identidades trans. Esse processo realizou ações policiais truculentas, a fim de exercer um controle coibitivo em saunas, boates, bares etc., que eram tidos como espaços de socialização LGBT (COWAN, 2014).

A Portaria n.º 360/1976, da Delegacia Seccional do Centro, autorizava a prisão de todas as travestis da região central da cidade de São Paulo para averiguações, com a criação de um cadastro policial, com fotos, a fim de a Justiça avaliar o grau de periculosidade.

Na década de 1980, São Paulo vivencia a Operação Tarântula, de caráter higienista, que visava à retirada em especial das travestis das ruas da cidade, promovendo prisões. A operação foi iniciada no dia 27 de fevereiro de 1987 e declarada encerrada no dia 10 de março do mesmo ano. Era noticiada pela imprensa como uma ação de combate à aids. Entretanto, após o fim da operação, várias travestis apareceram assassinadas.

Nesse contexto, em meados de 1976, houve a tentativa de realização do I Congresso Homossexual Brasileiro, nos jardins do Museu de Arte Moderna – MAM, no Rio de Janeiro, reprimido pela ação da polícia. Entretanto, na década de 1970, surgem vários grupos homossexuais, o que culminou na realização do I Encontro Brasileiro de Homossexuais em São Paulo, realizado no dia 4 de abril de 1980, com a participação dos grupos: SOMOS – SP; Ação Lésbico-Feminista – SP; EROS – SP; Libertos – Guarulhos; AUÊ – RJ; SOMOS – Sorocaba; e Beija Livre – Brasília, além de representantes de Belo Horizonte, Vitória, Goiânia e Curitiba (QUINALHA, 2017, p. 252).

Em abril de 1978, foi lançado o primeiro número do jornal *Lampião da esquina*, citado por diversos segmentos do movimento LGBT como ponto de encontro, de convergência de assuntos e ativismo gay durante sua circulação. Ainda naquele ano, foi criado o grupo Somos – SP, interessado em discutir a homossexualidade e a possibilidade de formação de um movimento político em aliança com grupos feministas e outras minorias. Em 1981, foi fundado o *Chanacomchana*, jornal lésbico, que sofreu forte resistência inicial à sua comercialização.

Contra a repressão policial, houve a organização unificada de atos por parte dos movimentos sociais, articulada ao movimento negro e de prostitutas. Nesse contexto, as identidades trans tiveram de sensibilizar o movimento homossexual, ao qual estavam vinculadas, sobre a importância de organização de atos e da luta política, dada a maior representatividade, no movimento, de homens gays cisgêneros. Essas ações culminaram

em manifestações e ações por parte da Ordem dos Advogados do Brasil – OAB e da Comissão de Direitos Humanos da Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo – ALESP (QUINALHA, 2017).

Durante a década de 1980, o movimento vivencia uma ampla defesa do apartidarismo e desvinculação da causa LGBT das lutas societárias. Em meio a esse processo, surge uma nova rearticulação dos movimentos sociais, com a emergência do HIV e a necessidade de luta política para a construção de programas de prevenção, controle e tratamento da epidemia, que vulnerabilizou e estigmatizou a população LGBT.

No ano de 1992, é criada a Associação de Travestis e Liberados – ASTRAL, que deu voz à organização do I Encontro Nacional de Travestis e Liberados que Atuam na Prevenção da Aids – ENTLAIDS, realizado em 1993, com o tema “Cidadania não tem roupa certa” (CARVALHO; CARRARA, 2013).

Essas organizações se dão em um contexto em que o movimento LGBT, na década de 1990, em parte, passa a estruturar-se por meio de ONGs, em um momento de articulação de ações de prevenção e apoio ao tratamento do HIV/Aids (SIMÕES; FACCHINI, 2009).

A partir do I ENTLAIDS, surgem outras organizações, como o Grupo Esperança de Curitiba, em 1994; a Associação das Travestis de Salvador – ATRAS; o grupo Filadélfia de Santos, em 1995; o grupo Igualdade, de Porto Alegre; e a Associação das Travestis na Luta pela Cidadania de Aracaju, em 1999 (CARVALHO; CARRARA, 2013, p. 18).

Durante a realização do III ENTLAIDS, discute-se a criação de uma rede que contemplasse as pautas e lutas da população trans, o que culminou, em 1997, na adesão do nome da Rede Nacional de Travestis e Liberados – RENTRAL, que posteriormente se chamou Rede Nacional de Travestis – RENATA (CARVALHO; CARRARA, 2013).

Em 1995, é fundada a Associação Brasileira e Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexos – ABGLT, que representa uma importante ponte de interlocução com o Estado e hoje é presidida pela travesti Symmy Larrat. No ano 2000, após a realização de um amplo debate entre as ONGs em território nacional, na cidade de Curitiba, decide-se pela organização de uma rede nacional de travestis e transexuais: criou-se, então, a Associação Nacional de Transgêneros – ANTRA. Essa nomenclatura se deveu à leitura do movimento quanto ao caráter pejorativo do termo “travesti”. No entanto, em 2002, após inúmeros debates sobre as categorias transgênero, travesti e transexual, o movimento decide por ressignificar o caráter pejorativo, e a ONG passa a chamar-se

Associação Nacional de Travestis e Transexuais – ANTRA (PASTERNOSTRO, 1999). No dia 29 de janeiro, é comemorado o Dia Nacional da Visibilidade Trans, em referência ao ato realizado por ativistas trans no Congresso Nacional para o lançamento da campanha “Travesti e respeito: já está na hora dos dois serem vistos juntos. Em casa. Na boate. Na escola. No trabalho. Na vida”, em 2004. Finalmente, em 2012, é fundada a Associação Nacional dos Homens Trans, que busca a visibilidade, o debate e a luta por suas especificidades.

As primeiras organizações das identidades trans tinham como pauta a luta contra a violência policial e contra a prisão indiscriminada; a regulamentação da prostituição; e a tomada de responsabilidade pelo Estado na prevenção e tratamento do HIV/Aids.

As principais pautas de luta do movimento trans, historicamente, são: o fim da violência policial; a regulamentação da prostituição; a tomada de responsabilidade pelo Estado na prevenção e tratamento do HIV/Aids; o direito à livre expressão e o respeito à identidade de gênero e orientação sexual; o direito ao nome social; a defesa pela mudança do nome civil sem a necessidade de realização de processos cirúrgicos; o uso do banheiro adequado à identidade de gênero; a construção de políticas públicas que visem ao acesso e à cidadania da população trans, tais como: saúde, educação, trabalho, assistência social etc.; a oferta de hormonioterapia e das tecnologias transexualizadoras, no âmbito do SUS; a despatologização das identidades trans; e as bandeiras em comum com gays, lésbicas e bissexuais, referentes a união civil, direito a adoção de crianças e adolescentes, combate e criminalização da homolesbotransfobia; direito à doação de sangue; e o Projeto de Lei de Identidade de Gênero João W. Nery, que visa à mudança do nome civil para maiores de 18 anos por meio de ato declaratório e ao acesso aos procedimentos cirúrgicos por meio de um Termo de Livre Consentimento.

Durante o I Encontro de Saúde Trans, realizado em São Paulo, na Unifesp, entre os dias 1 a 4 de novembro de 2017, foi fundada a Associação Brasileira de Saúde Transgênero – BRPATH, com a defesa das seguintes bandeiras: a despatologização das identidades trans, a defesa do Estado laico e a garantia do SUS como política pública gratuita e universal.

### 3.3 A CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A POPULAÇÃO TRANS NO BRASIL

A partir dos tópicos anteriores, evidencia-se que a opção do Estado brasileiro, historicamente, foi a de repressão e punição às identidades trans, caracterizando-as como caso de polícia, inclusive quando deviam ser consideradas casos de políticas públicas. Este tópico tem como objetivo apresentar a trajetória histórica dessas políticas.

No final da década de 1980, após pressão dos movimentos sociais, é que surgem políticas públicas, no campo da saúde, com ações de prevenção e tratamento ao HIV. Entretanto, essas políticas foram normatizadas por um caráter moralizador e marginalizador, que perdura até os dias atuais. Esses aspectos já foram apresentados neste trabalho, a partir da pesquisa de Pelúcio (2009), que aponta que a política de DST/HIV/Aids, na abordagem às travestis e transexuais profissionais do sexo, foca nos corpos que “fogem à norma”, deixando de lado os corpos que “atendem à norma”, os homens clientes.

A construção de políticas voltadas à prevenção e combate à LGBTfobia, em uma perspectiva de garantia de direitos – compreendendo a livre orientação sexual e a livre identidade de gênero enquanto direito humano –, remete-se ao lançamento do Programa Brasil Sem Homofobia – BSH, durante o governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, no ano de 2004.

O BSH constitui-se como um marco do Estado brasileiro enquanto política pública voltada à garantia de defesa da população LGBT e foi construído com a participação massiva dos movimentos sociais, por meio da abertura do Estado brasileiro para o diálogo. Apesar de seu caráter “homocêntrico”, o BSH caracterizou-se como um programa de vanguarda, por se antecipar frente aos dispositivos internacionais de direitos humanos e pelo seu caráter transversal às inúmeras políticas públicas, tais como: segurança pública, educação, saúde, cultura e trabalho, conforme apresenta Bruna Irineu (2016).

No entanto, a autora aponta uma ingerência do Estado brasileiro ao atender parte das reivindicações dos movimentos sociais LGBT frente ao seu ato de se desresponsabilizar, mediante a transferência de parte das ações para a sociedade civil, tais como a gestão dos Centros de Referência de Prevenção e Combate à Homofobia (IRINEU, 2016). Essas ações impactaram na efetividade do BSH enquanto política pública e o marcaram em um caráter tímido e deficitário, por atender à perspectiva

neoliberal de transferência de parte das ações para o terceiro setor militante, sem a devida institucionalização do programa por parte do Estado.

Contudo, mesmo dentro desse contexto, foi estruturado um comitê técnico por meio da Portaria n.º 880/GM, de 13 de maio de 2004, para a formulação de proposta da política nacional da população de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais. Desde então, houve várias articulações ante o poder público e os movimentos sociais, que favoreceram o debate e a viabilização de atender às demandas dessa população.

Assim, no ano de 2008, foi instituído, por meio da Portaria GM n.º 1.707, de 18 de agosto de 2008, o processo transexualizador no âmbito do SUS, destinado às mulheres transexuais, centrando o atendimento na rede pública – especificamente, nos hospitais universitários – e priorizando o atendimento em equipe multidisciplinar. Essa portaria foi ampliada pela Portaria n.º 2.803, de 19 de novembro de 2013, que redefine o processo transexualizador no SUS e prevê a estruturação de serviços no âmbito da atenção básica, especial e de alta complexidade, estendendo o uso de hormonioterapia às travestis e transexuais sem indicação de cirurgia e aos homens transexuais.

No ano de 2009, foi aprovada, pelo Conselho Nacional de Saúde, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, instituída por meio da Portaria n.º 2.836, de 1.º de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde, caracterizando-se enquanto um direito social e tendo como objetivo a “promoção da saúde, eliminar a discriminação e o preconceito institucional, redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo” (BRASIL, 2013, p. 20), com o “reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença da população LGBT” (BRASIL, 2013, p. 8).

A conjuntura do governo do presidente Lula favoreceu parte do processo de construção de políticas públicas para a população LGBT, por meio da Secretaria de Direitos Humanos – SDH; com o fortalecimento do Conselho Nacional de Combate à Discriminação – CNCD; bem com a realização da I Conferência Nacional LGBT, em 2008.

O governo de Dilma Rousseff apresentou-se de forma controversa, dadas as alianças conservadoras que impediram a veiculação da cartilha *Escola sem homofobia*, de viés educativo à crianças e adolescentes, sobre o respeito à diversidade sexual e de gênero, bem como a não publicação dos anais com as deliberações da II Conferência LGBT, realizada em 2011.

Na atual conjuntura, após a destituição do governo Dilma com o golpe de 2016, acirrou-se o processo neoliberal e o avanço do conservadorismo, com uma ameaça constante às construções das últimas décadas e com um aumento do discurso travestifóbico e transfóbico, o que contribui com a inviabilização da criminalização da homolesbotransfobia, que tem sido discutida por anos e constitui uma ameaça às existências das vidas trans.

Nesses contextos, paradoxalmente, o campo dos direitos tem-se dado via decisões no âmbito do Poder Judiciário, tais como a união civil e o direito à mudança de nome civil sem a necessidade de cirurgia. Não há, porém, como negar que houve decisões elementares no âmbito do Executivo Federal que favoreceram o acesso e a garantia de direitos, principalmente no que concerne à identidade de gênero, tais como o uso do nome social no âmbito do SUS, escolas e administração pública; e o uso dos banheiros de acordo com a identidade de gênero.<sup>19</sup>

Portanto, a construção de uma política de saúde para a população LGBT atende aos princípios do projeto da reforma sanitária, que culminaram na construção do SUS e na materialização dos princípios da integralidade, equidade e universalidade.

### **3.3.1 Os Desafios à Atenção Integral à Saúde da População Trans**

A primeira cirurgia transgenitalizadora, em caráter legal, no Brasil, foi realizada em 1998, no Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas – Unicamp, em São Paulo, em Bianca Magro. Esse processo ocorreu após a autorização do Conselho Federal de Medicina – CFM, por meio da Resolução n.º 1.482, que o definia como procedimento a título experimental. Subordinada à Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS n.º 196/1996, sobre pesquisa em seres humanos, a resolução restringia o procedimento aos hospitais universitários. Posteriormente, a Resolução do CFM n.º 1652/2002 estenderia o atendimento às mulheres transexuais para a rede privada de saúde.

Nesse sentido, a institucionalização da assistência a transexuais estava vinculada estritamente ao modelo biomédico, de diagnosticar o transtorno de identidade de gênero e propor o tratamento da cirurgia de transgenitalização. Essa perspectiva é expressa na exigência do acompanhamento obrigatório, por um período de dois anos, para a validação

---

<sup>19</sup> A Resolução n.º 12, de janeiro de 2005, do Conselho Nacional Contra à Discriminação LGBT – CND/LGBT, favoreceu a reivindicação e o uso nos espaços públicos, mas a questão foi matéria do Supremo Tribunal Federal – STF.

da identidade de gênero e acesso ao procedimento, por meio de laudo psiquiátrico e psicológico (ARÁN, 2008).

Nesse contexto, os hospitais universitários, reconhecidos como centros de formação de recursos humanos, desenvolvimento tecnológico e pesquisa para a política de saúde, consolidaram-se como serviços de referência a essa população – e assim permaneceram, mesmo com a publicação da nova resolução, pois a extensão do atendimento às mulheres transexuais para a rede privada não diminuiu a demanda, dados os custos dos procedimentos, a detenção das tecnologias e a ausência de cobertura pelos planos de saúde (ARÁN; AMARAL, 2009).

A discussão sobre a atenção integral à saúde da população trans inicia-se com a criação do BSH, em 2004, que institui o Comitê Técnico de Saúde da População de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais do Ministério da Saúde – MS, por meio da Portaria/GM n.º 2.227, de 14 de outubro de 2004. Esse espaço torna-se importante para o debate sobre a assistência em saúde a transexuais e também a travestis, atendendo aos debates e recomendações da XII Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 2003.

O debate também esteve presente na Jornada “Transexualidade e Saúde: A Assistência Pública no Brasil”, promovida pelo Instituto de Medicina Social – IMS da UERJ e pela Coordenação de Saúde Mental do MS, em 2005, que apresentou as seguintes observações sobre os serviços existentes:

[...] pôde-se observar que estes Serviços são bem distintos. Embora todos tenham se constituído através de equipes multidisciplinares, a implantação dos programas foi bastante lenta e sofreu muitas resistências institucionais, as quais vão desde a dificuldade de construção de um espaço de acolhimento e de cuidado para esta clientela (devido a preconceitos por parte de outros pacientes e funcionários), passam por conflitos a propósito da equidade do acesso ao tratamento público (já que a maioria dos hospitais estabelece outras prioridades de assistência), até problemas éticos e jurídicos das mais diversas ordens. O contato inicial com os principais Hospitais Universitários que prestam assistência a pacientes transexuais confirmou a diversidade de experiências assistenciais. Embora sigam a resolução do CFM, os Serviços desenvolvem práticas clínicas e cirúrgicas distintas. É importante destacar que alguns desses Serviços já se constituíram como Programas consolidados, atendendo um grande número de pacientes com vasta experiência na área de assistência e pesquisa tornando-se referência, como é o caso do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (LOBATO et al., 2001) e Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (SAADEH, 2005). (ARÁN, 2008, p. 2).

Nota-se, que apesar da excelência dos hospitais universitários, o atendimento da população de transexuais estava desvinculado do SUS, a depender dos interesses e das possibilidades institucionais, sem o caráter de política pública. Esse direcionamento

implicava no acesso da população trans aos serviços com a ausência da perspectiva de atenção integral.

O avanço do debate ocorre em 2007, a partir da realização do Seminário Nacional de Saúde da População LGBT, que contou com uma ampla participação da sociedade civil e aprovou as seguintes deliberações para a população trans: (a) a inclusão do processo transexualizador entre os procedimentos rotineiros do SUS, mantendo-se a visão crítica sobre a medicalização das identidades trans; (b) a inclusão da identidade de gênero na carta dos Direitos dos Usuários do SUS, com direito ao uso do nome social em seus cadastros; (c) mudanças nos formulários, prontuários e sistemas de informação do SUS a fim de contemplar a orientação sexual e identidade de gênero; e (d) formação continuada aos profissionais da saúde.

Essas deliberações ampliaram o debate e a urgência da atenção integral à orientação sexual e identidade de gênero que esteve presente na XIII Conferência Nacional de Saúde, realizada no mesmo ano, com o efetivo reconhecimento da orientação sexual e identidade de gênero como determinações sociais da saúde. Nesse contexto, houve a importante normatização do MS na garantia do direito ao uso do nome social à população de travestis e transexuais.

A institucionalização do processo transexualizador no âmbito do SUS ocorreu no ano de 2008, por meio da Portaria GM n.º 1.707, de 18 de agosto. Entretanto, essa portaria era restritiva aos procedimentos voltados às mulheres transexuais, vinculada às perspectivas constantes na resolução do CFM em vigor, e que, apesar de referenciar a atenção integral a transexuais, tinha como centralidade os processos cirúrgicos.

A concepção da atenção integral à saúde da população trans consolida-se nas diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, aprovada em 2009 pelo Conselho Nacional de Saúde e instituída por meio da Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, do MS, que reconhece os efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença da população LGBT. Pela primeira vez, são também incluídas as travestis, a partir da concepção da saúde como um direito social, que tem por objetivo:

Promover a saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuindo para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo. (BRASIL, 2013, p 18).

Além disso, definem-se os principais objetivos específicos voltados à população trans:

- [...] VI - garantir acesso ao processo transexualizador na rede do SUS, nos moldes regulamentados;
- VII - promover iniciativas voltadas à redução de riscos e oferecer atenção aos problemas decorrentes do uso prolongado de hormônios femininos e masculinos para travestis e transexuais;
- VIII - reduzir danos à saúde da população LGBT no que diz respeito ao uso excessivo de medicamentos, drogas e fármacos, especialmente para travestis e transexuais;
- IX - definir estratégias setoriais e intersetoriais que visem reduzir a morbidade e a mortalidade de travestis; [...]
- XVII - garantir o uso do nome social de travestis e transexuais, de acordo com a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde; [...]
- XX - reduzir os problemas relacionados à saúde mental, drogadição, alcoolismo, depressão e suicídio entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, atuando na prevenção, promoção e recuperação da saúde; [...]
- XXIII - promover o aperfeiçoamento das tecnologias usadas no processo transexualizador, para mulheres e homens. (BRASIL, 2013, p 23)

Os objetivos referenciam-se de forma ampla à atenção à saúde da população trans enquanto política de Estado, com a provisão de serviços no âmbito da atenção básica e da atenção especializada de média e alta complexidade às mulheres transexuais, aos homens transexuais e às travestis.

Assim, caberia ao MS redefinir e ampliar o processo transexualizador, o que ocorreu em 19 de novembro de 2013, com a publicação da Portaria nº 2.803. A sua ampliação e redefinição instituiu-se com atendimento integral à saúde e à extensão da hormonioterapia às travestis, mulheres transexuais e homens transexuais, sem indicação de cirurgia.

A referida portaria, porém, mantém o viés patológico presente na Resolução n.º 1.955/2010, do CFM, em vigor, com a manutenção do pré-requisito da avaliação e validação psiquiátrica e psicológica. Avança, no entanto, ao romper com a centralidade no processo cirúrgico e ao reconhecer a pluralidade das identidades trans, pois o CFM havia emitido, em 22 de fevereiro de 2013, o Parecer Técnico n.º 8/2013, que versava sobre terapia hormonal, com base na Resolução n.º 208, de 27 de outubro de 2009, do CREMESP, que dispunha sobre o atendimento médico integral à população de travestis e transexuais.

No que se refere à estruturação da rede assistencial, a sua organização tem como premissa as bases legais da descentralização e gestão compartilhada entre a União, estados e municípios. Portanto, a atenção básica é referenciada como a porta de entrada do SUS, por meio de ações de prevenção e cuidados à saúde da população trans, no âmbito das Unidades Básicas de Saúde – UBS; das Equipes de Estratégia em Saúde da Família – ESF; e dos Núcleos de Apoio às Equipes de Saúde da Família – NASF, conforme as normativas do SUS.

As gestões dos municípios, por sua vez, devem elaborar e implantar políticas municipais de saúde LGBT, de acordo com as necessidades apontadas em diagnóstico, a fim de prover os cuidados e a assistência da população trans no âmbito dos serviços da atenção básica e demais serviços existentes na atenção especializada (DST/HIV/Aids, Saúde Mental, Urgência-Emergência); e a criação de programas de hormonioterapia, cuidados com silicone e o atendimento às especificidades da saúde das mulheres transexuais, dos homens transexuais e das travestis, por meio do atendimento ginecológico e urológico. No processo de formulação e implantação de uma política em nível municipal, a cidade de São Paulo é pioneira, seguida pela cidade do Recife.

Quadro 1 – Procedimentos ofertados na atenção especializada de média e alta complexidade

<b>Serviços da Atenção Especializada de Média Complexidade: Ambulatórios</b>	
<b>Procedimentos</b>	<b>Descrição</b>
Acompanhamento do usuário(a) no Processo Transsexualizador exclusivo nas etapas do pré e pós-operatório	Consiste no acompanhamento mensal de usuário(a) no Processo Transsexualizador, no máximo dois atendimentos mensais, durante o mínimo de 2 (dois) anos no pré-operatório e por até 1 ano no pós-operatório.
Tratamento hormonal no Processo Transsexualizador	Consiste na utilização de terapia medicamentosa hormonal disponibilizada mensalmente para ser iniciada após o diagnóstico no Processo Transsexualizador (estrógeno ou testosterona).
Acompanhamento de usuário(a) no Processo Transsexualizador exclusivamente para atendimento clínico.	Consiste no acompanhamento de usuário(a) no Processo Transsexualizador com atendimento mensal por equipe multiprofissional, diferente do acompanhamento exclusivo das etapas no pré ou pós-operatório no Processo Transsexualizador.
Tratamento hormonal preparatório para cirurgia de redesignação sexual no processo transsexualizador	Consiste na terapia medicamentosa hormonal a ser disponibilizada mensalmente no período de 2 anos que antecede a cirurgia de redesignação sexual no Processo Transsexualizador (ciproterona).
<b>Serviços da Atenção Especializada: Hospitais</b>	
<b>Procedimentos</b>	<b>Descrição</b>
Redesignação sexual no sexo masculino	Consiste na orquiectomia bilateral com amputação do pênis e neocoloplastia (construção de neovagina).
Tireoplastia	Consiste na cirurgia de redução do pomo-de-adão com vistas à feminilização da voz e/ou alongamento das cordas vocais no Processo Transsexualizador.
Mastectomia simples bilateral em usuária sob Processo Transsexualizador	Procedimento cirúrgico que consiste na ressecção de ambas as mamas com reposicionamento do complexo aréolo-mamilar.
Histerectomia com anexectomia bilateral e colpectomia em usuárias sob Processo Transsexualizador.	Procedimento cirúrgico de ressecção do útero e ovários, com colpectomia.
Cirurgias complementares de redesignação sexual	Consiste em cirurgias complementares, tais como: reconstrução da neovagina realizada, meatotomia, meatoplastia, cirurgia estética para correções complementares dos grandes lábios, pequenos lábios e clitóris e tratamento de deiscências e fistulectomia.
Plástica mamária reconstrutiva bilateral, incluindo prótese mamária de silicone bilateral no Processo Transsexualizador	Consiste em cirurgia plástica mamária reconstrutiva bilateral complementar ao processo de redesignação sexual no sexo masculino no Processo Transsexualizador, incluindo implante de prótese mamária de silicone bilateral.

Fonte: Portaria n.º 2.803, de 19 de novembro de 2013.

No âmbito da atenção especializada do processo transexualizador, são ofertados os serviços na modalidade ambulatorial e na modalidade hospitalar, conforme definido pela portaria vigente:

**Modalidade Ambulatorial:** consiste nas ações de âmbito ambulatorial, quais sejam acompanhamento clínico, acompanhamento pré e pós-operatório e hormonioterapia [...]. **Modalidade Hospitalar:** consiste nas ações de âmbito hospitalar, quais sejam realização de cirurgias e acompanhamento pré e pós-operatório [...]. (PORTARIA Nº 2.803/2013, grifos nossos).

Essa estrutura atende à tipificação do SUS, de acordo com o nível de complexidade dos procedimentos ofertados, separados em média e alta complexidade.

Verifica-se, a partir da estrutura apresentada, que a Política de Saúde Integral LGBT se propõe a atender aos princípios do SUS em suas diretrizes, não se centrando apenas no processo transexualizador, mas na atenção integral às demandas da população trans e que os serviços da atenção especializada devem ser habilitados pela Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade, do MS. Atualmente, a rede assistencial especializada é composta pelos seguintes serviços:

Quadro 2 – Serviços habilitados pelo MS

Serviço	Modalidade	Estado	Regiões
Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Universidade Federal do Rio Grande do Sul	Ambulatorial / Hospitalar	RS	Sul
Centro de Pesquisa e Atendimento para Travestis e Transexuais (CPATT) do Centro Regional de Especialidades (CRE) Metropolitano	Ambulatorial	PR	
Universidade Estadual do Rio de Janeiro - Hospital Universitário Pedro Ernesto	Ambulatorial / Hospitalar	RJ	Sudeste
Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da USP- FMUSP	Ambulatorial / Hospitalar	SP	
Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia- IEDE	Ambulatorial	RJ	
Ambulatório do Hospital das Clínicas de Uberlândia	Ambulatorial	MG	
Centro de Referência e Treinamento (CRT) DST/AIDS – São Paulo/SP	Ambulatorial	SP	
Hospital universitário Cassiano Antônio de Moraes da UFES	Ambulatorial	ES	
Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás	Ambulatorial / Hospitalar	GO	Centro-oeste
Hospital Universitário Professor Edgar dos Santos da UFBA	Ambulatorial	BA	Nordeste
Hospital das Clínicas/Universidade Federal de Pernambuco	Ambulatorial / Hospitalar	PE	

Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES, pesquisado em 16/08/2018.

No Quadro 2, verifica-se a existência de cinco serviços hospitalares e 11 serviços ambulatoriais. Esses dados dão a dimensão da precariedade da rede habilitada de assistência especializada à saúde da população trans, bem como as desigualdades regionais de acesso, além da vinculação de um ambulatório a um serviço de referência em DST/ HIV/Aids.

Há também serviços de atenção especializada, de iniciativas locais, que ainda não foram habilitados pelo MS. Esta pesquisa identificou 14 serviços na modalidade ambulatorial e quatro na modalidade hospitalar:

Quadro 3 – Serviços identificados e não habilitados pelo MS

Serviços	Modalidade	Estado	Regiões
Ambulatório para pessoas travestis, transexuais e transgêneros do Centro de Saúde da Lagoa	Ambulatorial	SC	Sul
Ambulatório de Saúde Trans do Centro de Testagem e Aconselhamento Ubiratan Marcelino dos Santos, de Guarulhos	Ambulatorial	SP	Sudeste
Ambulatório AMTIGOS do Hospital das Clínicas de São Paulo	Ambulatorial	SP	
Ambulatório do Núcleo de Estudos, Pesquisa, Extensão e Assistência à Pessoa Trans Professor Roberto Farina, da Unifesp	Ambulatorial	SP	
Hospital Estadual Mário Covas, de Santo André	Hospitalar	SP	
Hospital Estadual Geral de Pedreira, em São Paulo	Hospitalar	SP	
Hospital Guilherme Álvaro, em Santos	Hospitalar/ Ambulatorial	SP	
Hospital Estadual de Diadema	Hospitalar	SP	
Ambulatório de Estudos em Sexualidade Humana do HC da Universidade de São Paulo / Campus Ribeirão Preto	Ambulatorial	SP	
Ambulatório Municipal de Saúde Integral de Travestis e Transexuais de São José do Rio Preto	Ambulatorial	SP	
Ambulatório de Assistência Especializada à População Trans, do Hospital Eduardo de Menezes - HEM	Ambulatorial	MG	
Ambulatório de Saúde Trans do Distrito Federal	Ambulatorial	DF	
Ambulatório do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP)	Ambulatorial	MS	
Ambulatório de Transexualidade do Hospital Alberto Rassi (HGG)	Ambulatorial	GO	Nordeste
Ambulatório de Saúde Integral Trans do Hospital Universitário da Federal de Sergipe	Ambulatorial	SE	
Ambulatório do Centro Estadual Especializado em Diagnóstico, Assistência e Pesquisa (CEDAP)	Ambulatorial	BA	
Ambulatório para travestis e transexuais do Hospital Clementino Fraga, de João Pessoa	Ambulatorial	PB	
Ambulatório de Saúde Trans do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes	Ambulatorial	CE	
Ambulatório de Saúde de Homens Trans do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM) da Universidade de Pernambuco (UPE)	Ambulatorial	PE	
Ambulatório para travestis e transexuais do Hospital Clementino Fraga	Ambulatorial	PB	
Ambulatório Transexualizador da Unidade de Referência Especializada em Doenças Infecto-Parasitárias Especiais – UREDIPE	Ambulatorial	PA	

Fonte: dados deste autor, por meio de consulta junto às secretarias de Saúde e ao MS.

O levantamento desta pesquisa levou em consideração os serviços que atendem às disposições da portaria vigente, com atendimento regionalizado. Excluem-se, portanto, os ambulatorios municipais, serviços que prestam apenas apoio psicológico ou psicossocial, e as iniciativas privadas ou do terceiro setor, que são pouquíssimas. No Quadro 3, verificam-se também as desigualdades regionais: o estado de São Paulo aparece com a maior rede de atendimento (o que não significa garantia do acesso à saúde, conforme será apresentado no próximo capítulo); e há a vinculação de dois ambulatorios aos serviços de referência em DST/ HIV/Aids. Ademais, segundo o MS, o Ambulatório para Travestis e Transexuais do Hospital Clementino Fraga, na Paraíba, aguarda a liberação financeira e orçamentária para a sua habilitação.<sup>20</sup>

Para acessar os procedimentos ofertados pelo SUS, referentes ao processo transexualizador, a população trans necessita atender aos seguintes critérios estabelecidos na portaria em vigor:

Ter o diagnóstico do “CID- 10 F64. 0 - transexualismo” ou; “CID- 10 F64.1 - travestismo”; ou “CID-10 F64.9 - transtorno não especificado da identidade sexual”;  
 Possuir a idade mínima de 18 anos para o acesso a hormonioterapia, sem indicação de cirurgia;  
 Possuir a idade mínima de 21 e o máximo de 75 anos para a indicação aos procedimentos cirúrgicos;  
 E para o acesso aos procedimentos cirúrgicos deve-se ter a indicação específica e acompanhamento prévio de dois anos pela equipe multiprofissional que acompanha o usuário (a) no Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador. (PORTARIA n.º 2.803/2013).

Esses critérios dialogam com as perspectivas e normativas médicas, estabelecidas pelos manuais internacionais e pelas resoluções do CFM, sendo que atualmente há um debate quanto à alteração da idade mínima para os procedimentos cirúrgicos, de 21 para 18 anos, o que poderá implicar novas redefinições por parte do MS. Também há debates e propostas de construção de uma resolução do CFM quanto à assistência e hormonioterapia em crianças e adolescentes trans, em diálogo com o Conselho Federal de Psicologia – CFP e com o Conselho Federal de Serviço Social – CFESS.

É importante pontuar que a portaria vigente do MS não exige a avaliação e elaboração de diagnóstico para o acesso à hormonioterapia, sem indicação de cirurgia. Entretanto, a maioria dos serviços tem adotado a avaliação e o diagnóstico. Para a

---

<sup>20</sup> Informação prestada pelo MS, nos *slides* da oficina “Processo Transexualizador no SUS: Avanços e desafios”, formação temática para gestores e profissionais de saúde realizada em Brasília, em julho de 2017.

realização do processo cirúrgico, é expressa a necessidade de avaliação e elaboração de diagnóstico, após o acompanhamento sistemático, por um período de dois anos.

A portaria vigente também define a composição das equipes multidisciplinares dos serviços ambulatoriais e hospitalares, como se vê no Quadro 4.

Quadro 4 – Equipe multidisciplinar do processo transexualizador

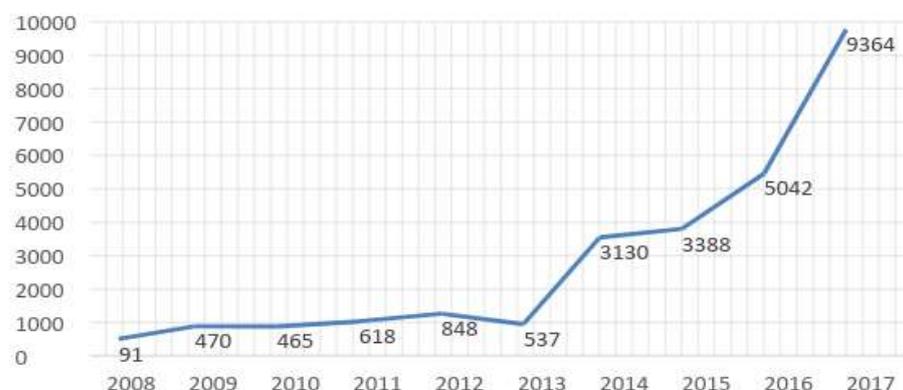
<b>Acompanhamento Clínico, pré e pós-operatório e hormonioterapia</b>	Médico psiquiatra; Médico Endocrinologista; Médico Clínico; Enfermeiro; Psicólogo e Assistente Social.
<b>Cirurgia e Acompanhamento pré e pós-operatório</b>	<b>Médico ginecologista obstetra; Médico Cirurgião Plástico; Enfermeiro; Médico psiquiatra; Médico Endocrinologista; Médico Urologista; Psicólogo e Assistente Social.</b>

Fonte: grifos nossos, com base na Portaria n.º 2.803, de 19 de novembro de 2013.

Observa-se que as disposições da política não se centram apenas no olhar médico, reconhecendo a concepção da reforma sanitária, de que a política de saúde requer a composição de múltiplos saberes, e que, portanto, a saúde está vinculada às suas determinações sociais. Por sua vez, a composição das equipes multidisciplinares da atenção básica é definida pela NOB-RH SUS, de acordo com a tipificação de cada serviço, e podem ser acrescidas pelas normas constantes nas políticas municipais de saúde.

Sobre os dados do número de procedimentos ambulatoriais realizados no âmbito SUS, o MS aponta que, de 2008 a julho de 2017, foram realizados 24.983 procedimentos ambulatoriais:

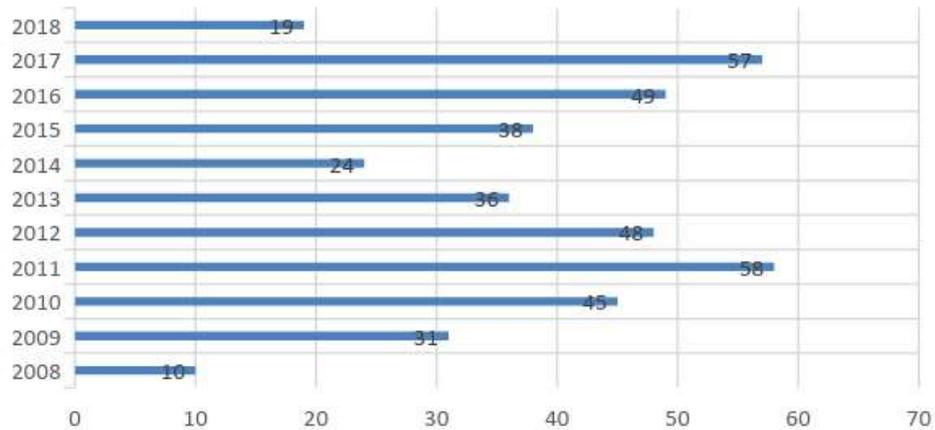
Gráfico 2 – Dados de atendimentos ambulatoriais de agosto/2008 a dezembro/2017



Fonte: os dados de 2008 a 2017 foram obtidos nos *slides* da Oficina “Processo Transexualizador no SUS: Avanços e Desafios”, formação temática de gestores e profissionais de saúde realizada em Brasília em julho de 2017. Os dados de 2018, em: <http://www.brasil.gov.br/editoria/saude/2018/06/hospital-do-espirito-santo-esta-habilitado-a-realizar-procedimentos-de-mudanca-de-sexo>, acessado em 16/08/2018, às 17h13.

Segundo dados publicados pelo portal G1, de 2008 a 2018, foram realizados, no total, 474 procedimentos cirúrgicos, conforme a disposição anual apresentada.

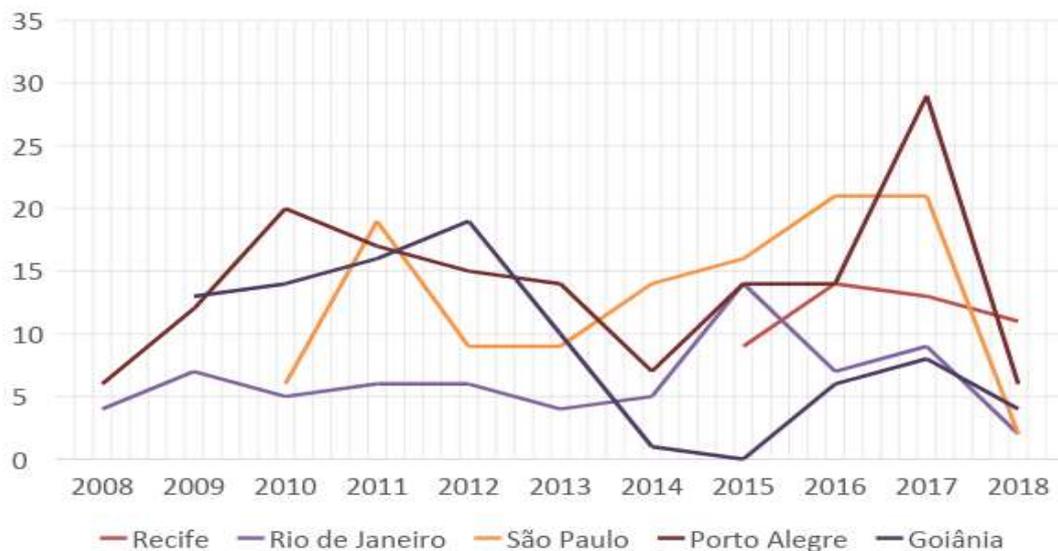
Gráfico 3 – Dados de cirurgias por ano, após a publicação da Portaria em 2008



Fonte: portal de notícias G1, publicado no dia 19/08/2018, em: <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2018/08/19/quase-300-transgeneros-esperam-cirurgia-na-rede-publica-10-anos-apos-portaria-do-sus.ghtml>.

Os dados revelam que o maior número de procedimentos foi realizado no ano de 2011, seguido pelo ano de 2017. Além disso, o número de procedimentos cirúrgicos por unidade hospitalar habilitada apresenta a seguinte divisão:

Gráfico 4 – Dados de cirurgias, por unidade hospitalar habilitada pelo MS



Fonte: portal de notícias G1, publicado no dia 19/08/2018, em: <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2018/08/19/quase-300-transgeneros-esperam-cirurgia-na-rede-publica-10-anos-apos-portaria-do-sus.ghtml>.

O Gráfico 4 demonstra que os cinco hospitais habilitados realizaram 474 procedimentos cirúrgicos após a institucionalização do processo transexualizador, na seguinte proporção: 153 procedimentos foram realizados no Hospital das Clínicas de Porto Alegre, da UFRGS; 118 no Hospital das Clínicas da FMUSP; 88 no Hospital das Clínicas da UFG; 68 no Hospital Universitário Pedro Ernesto, da UERJ; e 47 no Hospital das Clínicas da UFPE. Ademais, as cirurgias de redesignação sexual masculina (construção de neovagina) e a plástica mamária reconstrutiva bilateral, incluindo prótese mamária de silicone, representam 92,5% dos procedimentos, o que demonstra uma disparidade no acesso das mulheres transexuais em relação aos homens transexuais.

Sobre o tempo de espera para a realização dos procedimentos cirúrgicos, o MS não possui dados, dada a inexistência de uma lista única, já que cada unidade hospitalar tem a sua própria. Entretanto, segundo dados de pesquisa realizada pelo IMS-UERJ, no ano de 2008, a média de espera era de dois a quatro anos, e atualmente se estima que o tempo de espera pode ser de até 15 anos. Segundo levantamento realizado pelo G1, atualmente 288 pessoas encontram-se na lista de espera, na seguinte ordem: 80 no HCFMUSP; 70 no HCUFE; 70 no Hospital Pedro Ernesto, da UERJ; 50 no HCUFRGS; e 18 no HCUFG, devido aos pouquíssimos procedimentos realizados anualmente e devido ao conservadorismo de parte dos profissionais de saúde, que não se envolvem com processo transexualizador devido a valores pessoais, religiosos e culturais, conforme relatou o ginecologista José Carlos de Lima, do HCUFPE, ao portal de notícias.

Neste tópico, foram apresentados os aspectos estruturantes da Política de Saúde LGBT. Há de se considerar que sua construção se deve à conjuntura política pós-2004, que favoreceu o diálogo e a viabilização de parte das reivindicações dos movimentos sociais de transexuais e travestis, com a oferta de serviços e procedimentos em ascensão. Entretanto, a noção de saúde integral deve ser compreendida em uma perspectiva não patologizante, demonstrando, portanto, o caráter contraditório presente na política.

A atual cobertura da Política de Saúde Integral LGBT à população trans apresenta os seguintes desafios: a ausência e a falta de vontade política por parte dos estados e municípios, na elaboração de políticas locais no âmbito da atenção primária e especializada; insuficiência de recursos; a continuidade da centralidade nos hospitais universitários; a falta de acesso aos cuidados com a saúde devido à inexistência de serviços especializados em boa parte do território nacional; a inadequação de serviços da atenção básica e especializada quanto ao atendimento às demandas em saúde existentes; e as listas de espera, que prolongam o sofrimento de quem necessita acessar os

procedimentos cirúrgicos. Essas questões contribuem com o aumento das precariedades da população trans, com destaque para os cuidados decorrentes do uso de hormônios e silicone industrial, e contradizem, para além do princípio da integralidade, os princípios da equidade e da universalidade quanto ao direito e acesso da população trans ao SUS.

## **4 A ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA POPULAÇÃO DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS EM SÃO PAULO**

Este capítulo tem como objetivo apresentar uma análise do objeto de estudo desta dissertação: a Política Municipal de Saúde Integral LGBT quanto à atenção integral à saúde da população trans no município de São Paulo entre 2013 a 2018, conforme a metodologia anteriormente apresentada.

Para fundamentar a análise da política em estudo, consideram-se importantes: (a) uma ampla descrição socioeconômica do estado e do município de São Paulo e suas organizações administrativas; (b) um breve resgate histórico da construção dos SUS no município de São Paulo; e (c) o processo organizativo que define o acesso da população aos serviços de saúde, a partir dos critérios de regionalização e hierarquização, que serão abordados no primeiro tópico.

O segundo tópico apresentará a construção do SUS no município de São Paulo, seus desafios e a sua atual estrutura.

O terceiro tópico apresentará a construção das políticas municipais para a população LGBT, com recorte na população trans.

O quarto tópico apresentará o processo de construção da Política Municipal de Saúde Integral LGBT.

O quinto tópico apresentará o processo de implementação e a estrutura atual da política municipal; e o fluxo para o acesso aos serviços especializados do estado e da rede universitária.

Por fim, o sexto tópico analisará os desafios atuais para atenção integral à saúde da população trans no município de São Paulo.

### **4.1 CONTEXTUALIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA DA CIDADE DE SÃO PAULO**

A população do estado de São Paulo, segundo o censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas – IBGE, é de 44.396.484 habitantes, composta por 30,9% de pretos (as) e pardos (as). Segundo dados do Atlas de Desenvolvimento do Brasil – IDH (2013), cerca 57,3 % da população não tem o Ensino Médio completo. O rendimento médio do trabalhador é de R\$ 1.084,46, o que o coloca o estado na segunda posição no *ranking* do Índice de Desenvolvimento Humano – IDH, entre os estados da

federação. De acordo com dados da ANTRA, São Paulo ocupa a terceira posição no número de mortes de travestis e transexuais, ao lado do Ceará (ANTRA, 2018, p. 14).

O município de São Paulo é a capital, e, com base no censo do IBGE de 2010, sua população é de 11.253.503 habitantes, composta por 37% de pretos (as) e pardos (as). Segundo dados do IDH (2013), cerca de 52,1% da população não tem o Ensino Médio completo, e o rendimento médio do trabalhador é de R\$1.516,21, o que classifica o município na 28.<sup>a</sup> posição no *ranking* do IDH, entre os demais municípios da federação.

Quanto à população trans, não há dados oficiais, o que dificulta o conhecimento sobre o perfil dessa população, inclusive para a formulação de políticas públicas. Entretanto, não se pode deixar de levar em consideração os estudos acadêmicos, que se têm apresentado como importantes referências para identificação do perfil socioeconômico dessa população, mesmo que com dados fragmentados.

Uma dessas amostragens é a pesquisa *Projeto Muriel: vulnerabilidades, demandas de saúde e acesso a serviços da população de travestis do Estado de São Paulo* (VERAS, 2016), realizada pelo Projeto Muriel, da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – FCMSCSP,<sup>21</sup> que realizou entrevistas com 673 pessoas, entre as quais 58,54% se declararam pretas ou pardas; e 50,52% informaram não ter o Ensino Médio completo. Entre os 75% que afirmaram exercer atividade remunerada, cerca de 62,9% exerciam atividades informais.

Referente à população trans, no âmbito do município, a pesquisa *Barreiras de acesso na atenção primária à saúde de travestis e transexuais na região central de São Paulo*, de Luiza Magalhães (2018), entrevistou 20 pessoas: 50% declararam-se pretas ou pardas; 40% não tinham o Ensino Médio completo, com uma maior prevalência no grupo das mulheres transexuais (87,5%); e apenas 30% dos entrevistados exerciam atividade remunerada com vínculo empregatício formal.

Os dados do Programa Transcidadania, destinado às travestis e transexuais em situação de vulnerabilidade social,<sup>22</sup> apontam que das(os) 226 usuárias(os) atendidas(os) até o final de 2016, 61% se declaram pretas(os) ou pardas(os), e nenhuma (nenhum) tinha o Ensino Médio completo.

---

<sup>21</sup> A pesquisa entrevistou 673 pessoas de identidade trans (91% composta por travestis ou mulheres transexuais) em sete municípios do estado de São Paulo, assim divididas: 363 em São Paulo; 109 em Campinas; 40 em Piracicaba; 24 em Santo André; 55 em Santos; 22 em São Bernardo do Campo; e 60 em São José do Rio Preto.

<sup>22</sup> Verificar o tópico 4.3, que aborda a construção das políticas municipais à população trans.

O estado de São Paulo é dividido em regiões administrativas, sendo que o município de São Paulo pertence a uma região metropolitana que integra 39 municípios,<sup>23</sup> com uma população estimada de 21,2 milhões de habitantes.<sup>24</sup> A gestão da política de saúde está a cargo da Secretaria Estadual de Saúde – SES, que divide os serviços em 17 Departamentos Regionais de Saúde – DRS. Os municípios da Região Metropolitana de São Paulo pertencem ao Departamento Regional de Saúde I – DRS I Grande São Paulo.

A Prefeitura Municipal de São Paulo – PMSP adota como modelo de administração a divisão por subprefeituras: atualmente, há 32 prefeituras regionais.<sup>25</sup> Isso se justifica pela dimensão territorial e populacional do município. As prefeituras regionais administram, por sua vez, 96 distritos, que podem ter um ou mais bairros. Os distritos e as prefeituras regionais estão divididos por cinco regiões (zonas): centro, leste, norte, sul e oeste; conforme o Mapa 1.

---

<sup>23</sup> Conforme definido pela Lei Complementar n.º 1.139, de 16 de junho de 2011.

<sup>24</sup> Segundo dados do IBGE em 2014.

<sup>25</sup> Com base em:

<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/regionais/subprefeituras/subprefeitos/index.php?p=21778>, acessado em 27/08/2018, às 15h38.

Mapa 1 – Regiões, prefeituras regionais e distritos do município de São Paulo



Fonte:

<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/subprefeituras/mapa/index.php?p=148>

94

Com base nos dados da PMSP (2010), as regiões (zonas) mais populosas, por ordem, são: sul, leste, norte, oeste e centro.<sup>26</sup> Os distritos com o menor IDH estão localizados nos extremos das regiões (zonas) sul, leste e oeste. Finalmente, segundo dados do Censo da População em Situação de Rua (2015), da Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social – SMADS, o município tem 15.905 pessoas em situação de rua, com a maior concentração na região central.

<sup>26</sup> Dados disponíveis em:

[https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/subprefeituras/dados\\_demograficos/index.php?p=12758](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/subprefeituras/dados_demograficos/index.php?p=12758)

A gestão da política municipal de saúde está a cargo da Secretaria Municipal de Saúde – SMS, dividida em seis Coordenadorias Regionais de Saúde – CRS: Centro, Oeste, Leste, Norte, Sudeste e Sul; e 26 Supervisões Técnicas de Saúde – STS, conforme será apresentado no próximo tópico.

A oferta de serviços para a população trans no município de São Paulo iniciou-se no ano de 2001, mas foi a adesão ao BSH, no ano de 2005, que possibilitou a estruturação de serviços públicos a fim de promover a cidadania, com a criação posterior de políticas públicas específicas.

No âmbito do estado, a formulação de políticas públicas LGBT deu-se a partir de 2009, com a criação do Ambulatório de Saúde Integral de Travestis e Transexuais – ASITT, em 2009; e, posteriormente, com a oferta de procedimentos cirúrgicos transexualizadores em três hospitais estaduais. Contudo, no âmbito da rede universitária, o HCFMUSP oferta procedimentos cirúrgicos transexualizadores desde 1998 – e, atualmente, além desse serviço, há o atendimento ambulatorial às crianças e adolescentes trans, pelo IPQHCFMUSP, criado em 2010; e a recente instalação do Núcleo Roberto Farina, da FCM-Unifesp.

#### 4.2 O SUS NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

As primeiras ações em saúde realizadas no município de São Paulo datam do período da velha República, conforme aponta Aldaíza Sposati (1985). A autora informa que as ações do Estado eram de controle higienista, com a instituição da Diretoria de Higiene e Saúde, em 1913, que posteriormente se constituiu no Departamento de Higiene e Saúde, em 1935; e na Secretaria de Higiene e Saúde, em 1945. A oferta e gestão das unidades de atendimento eram divididas em duas áreas: a urgência e emergência hospitalar, coordenada pela Superintendência Médico-Hospitalar de Urgência; e o atendimento médico em postos, coordenado pelo Departamento de Saúde da Comunidade.

A construção do SUS em São Paulo iniciou-se com o governo da prefeita Luiza Erundina (1989-1992), conforme apresenta José Palma (2013). Segundo o autor, o advento de um novo sistema único, municipalizado, unificou mais o sistema e o organizou por meio das Administrações Regionais de Saúde – ARS e Distritos Regionais de Saúde – DRS, sendo que as ARS eram dotadas de autonomia política e orçamentária.

A partir dessa concepção, houve uma intensa ampliação da rede de serviços e de recursos humanos; e a formulação de programas em áreas específicas, tais como: saúde mental, saúde do trabalhador, saúde bucal, saúde da criança e do adolescente, saúde da mulher e de HIV/Aids. A participação social se deu por meio da criação dos conselhos gestores das unidades de saúde, dos conselhos distritais e regionais; e do Conselho Municipal de Saúde – CMS, com a realização da primeira Conferência Municipal de Saúde, em 1990.

Na gestão do prefeito Paulo Maluf (1993-1996), foi elaborado o Plano de Atenção à Saúde – PAS, que tinha como base o convênio com cooperativas (entidades privadas) para o gerenciamento dos serviços de saúde. No entanto, a tentativa de implementação via decreto municipal sofreu forte resistência dos movimentos sociais, por priorizar o modelo médico-individual, com ações focalizadas e com centralização político-administrativa.

Nesse contexto, a gestão municipal, a fim de desmobilizar a participação social, não permitiu o funcionamento do CMS nas dependências da SMS e se negou a reconhecer seu caráter deliberativo e paritário. Essas ações, porém, favoreceram a resistência popular, que manteve o funcionamento do CMS, com a aprovação de deliberações contrárias à implementação do PAS e com a convocação para as conferências municipais de saúde, realizadas sem o aval da gestão municipal.

A implantação do PAS ocorreu após articulação entre o Poder Executivo e o Poder Legislativo, por meio da Lei n.º 11.866, de 13 de setembro de 1995, com sua efetiva implantação em 1996, havendo continuidade na gestão do prefeito Celso Pitta (1997-2000). Na nova estrutura da gestão Pitta, os serviços foram organizados por módulos de saúde, e o plano propiciou a realização de reformas e melhorias das unidades e a compra de suprimentos e equipamentos, a fim de cumprir as metas de atendimento rápido à população.

Essas ações contribuíram para uma melhora inicial dos serviços que tinham sido sucateados por três anos na gestão Maluf, mas, em um curto período, fracassaram. A dificuldade de acesso da população e a ausência de investimentos sucatearam novamente a rede de atendimento e precarizaram as condições de trabalho dos profissionais, provocando um caos na saúde. Uma auditoria realizada pelo Departamento de Auditoria Nacional do SUS – DENASUS constatou que 82% dos recursos enviados pela União não eram investidos, mas aplicados no mercado financeiro, o que levou ao fim dos repasses de recursos federais.

Nesse contexto, a gestão municipal buscou atender às exigências legais, com a “institucionalização” do CMS, por meio da Lei nº 12.546, de 7 de janeiro de 1998 – mas sem a previsão da participação social, que seria regulada por decretos e portarias. Essa ação novamente fortaleceu a resistência popular, com a realização de um ato na Avenida Paulista, em 1999, que reivindicava as seguintes pautas: o fim do PAS, a (re) implantação do SUS, a retomada da municipalização, a democratização do CMS e a realização da X Conferência Municipal de Saúde, com participação do poder público e respeito à legislação do SUS (PALMA, 2013, p. 111). Esses atos fizeram a gestão recuar, restabelecer a participação social e convocar a X Conferência.

A retomada do SUS ocorre na gestão da prefeita Marta Suplicy (2001-2004), ao atender à deliberação da XI Conferência Municipal de Saúde, realizada em 2000. O processo de (re) implantação deu-se por meio da descentralização e ampliação dos serviços às periferias, com a criação de 41 distritos de saúde; a contratação de 15 mil profissionais via concurso público; a ampliação do PSF; a municipalização das UBS; e a criação dos conselhos de unidade de saúde e dos conselhos distritais, que fortaleceram a participação social (PALMA, 2013).

Com essas ações, o município foi habilitado à gestão plena, no ano de 2003, conforme aponta Paulo Capucci (2003); porém, a expansão do PSF ocorreu por meio da gestão das organizações sociais – OSs, desvinculadas das estruturas das UBS e com viés privatista. Esse modelo foi questionado pela sociedade civil devido aos altos custos e posteriormente remodelado, com a inclusão do PSF na estrutura das UBS.

A gestão do prefeito José Serra (2005-2006) reestruturou os serviços em cinco Coordenadorias Regionais de Saúde – CRS: Sudeste, Leste, Centro-Oeste, Sul e Norte; e priorizou a implantação da Assistência Médica Ambulatorial – AMA (unidades de pronto-atendimento), mesmo com a contrariedade da sociedade civil, que defendia a expansão da atenção básica em contraposição à implantação de serviços hospitalocêntricos sob gestão privada.

O sucessor de Serra, o prefeito Gilberto Kassab (2006-2012), propôs a construção de hospitais e a expansão do PSF, com a adesão ao modelo de parceria público-privada – PPP na construção de hospitais. Em troca, concedeu a exploração de determinados serviços pela iniciativa privada. Esse processo viabilizou a ampliação da rede hospitalar, mas, em contrapartida, precarizou as condições de trabalho, com a ausência de concursos públicos. Nesse contexto, ambas as gestões não reconheceram a participação social, tendo como exemplo o veto à lei que institucionalizava o Conselho do Orçamento Participativo.

A gestão do prefeito Fernando Haddad (2013-2016) apresentou como principais propostas à saúde: (a) o reforço da atenção básica e a construção de 43 UBS; (b) a construção de três hospitais; (c) a criação da Rede Hora Certa, com a construção de 32 unidades; (d) a contratação de profissionais; (e) o fortalecimento da participação social e dos conselhos gestores das unidades de saúde; e (f) o atendimento à saúde da população LGBT (PLANO DE GOVERNO..., 2012).

Ao final, a gestão Haddad entregou: 12 UBS; um hospital; 32 unidades da Rede Hora Certa,<sup>27</sup> mas sem zerar a fila; a ampliação do horário dos serviços de saúde; a realização de concursos públicos para a saúde, mas com a postergação da nomeação, a fim de não ultrapassar o teto de pagamento de pessoal; o fortalecimento da participação social, por meio da construção da política de participação social e do fortalecimento dos conselhos gestores das unidades de saúde; e a elaboração da Política Municipal de Saúde Integral da População LGBT. A sua gestão, porém, manteve o modelo privatista, com a ampliação dos serviços por meio da gestão privada das OSs, mesmo sob forte pressão popular contrária, expressas na XVII Conferência Municipal de Saúde, realizada em 2013.

A campanha de governo de João Dória (2017-2018) apresentou como principal proposta o Programa Corujão da Saúde, a fim de contribuir com a redução do tempo de espera e facilitação do acesso. O programa foi implementado no primeiro mês de gestão, por meio da parceria com hospitais privados, com a clara meta de zerar a fila de espera de exames. Em contrapartida, a gestão congelou cerca de R\$ 1,17 bilhão dos recursos da saúde;<sup>28</sup> reduziu o horário de alguns serviços de saúde que haviam sido ampliados na gestão anterior; e contra-atacou a participação social, por meio do Decreto n.º 57.829, de 15 de agosto de 2017, que reduziu o número de conselheiros participativos. Ademais, o Programa Corujão da Saúde, a curto prazo, mostrou-se ineficaz, com alto índice de absenteísmo, devido à falta de planejamento e demora quanto ao retorno às consultas, além de irregularidades nos contratos, conforme apontou o relatório do Tribunal de Contas do Município – TCM.<sup>29</sup>

---

<sup>27</sup> Informações obtidas em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/12/1844359-haddad-encerra-mandato-com-so-metade-das-promessas-cumpridas.shtml>

<sup>28</sup> Sobre ação da gestão municipal: <https://exame.abril.com.br/brasil/doria-congela-r-26-bilhoes-da-saude-e-educacao/>

<sup>29</sup> Informações coletadas sobre o Programa Corujão da Saúde, por meio do relatório que consta no processo TC nº 72-002.042.17-24, disponível em: <https://portal.tcm.sp.gov.br/Publicacoes/index/61>

O sucessor de Dória, o atual prefeito Bruno Covas, apresentou um projeto de reestruturação da rede assistencial com o fechamento de 114 AMAS, que, segundo o secretário municipal de Saúde, Wilson Pollara, seriam reorganizadas em: 63 UBS, 19 Unidades de Pronto-Atendimento – UPAs e 26 Ambulatórios de Especialidades – AMB ESP.<sup>30</sup> O projeto foi questionado pela sociedade civil e pelo Ministério Público do Estado de São Paulo – MPESP devido às suas fragilidades; e pela instalação de um caos no acesso aos serviços de saúde, após a demissão de profissionais das OSs, o que fez a gestão municipal recuar.

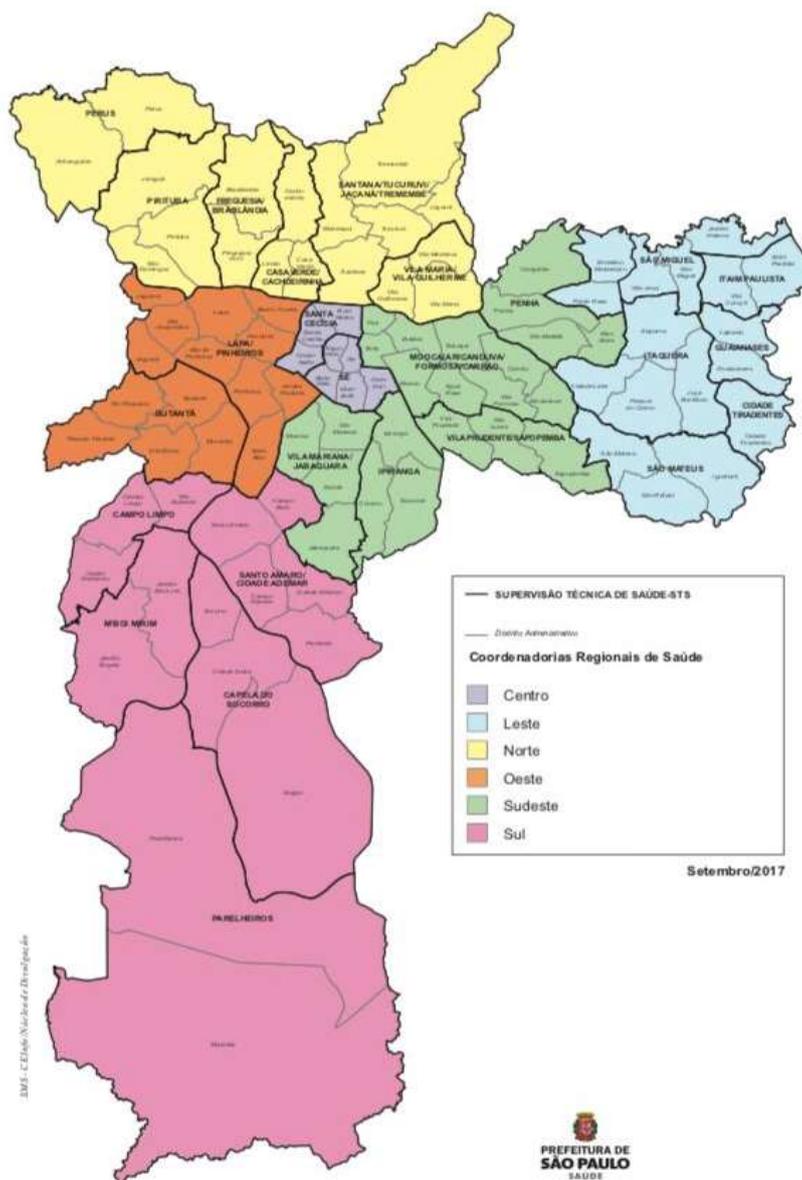
A estrutura atual da SMS conta com seis Coordenadorias Regionais de Saúde – CRS e 26 Supervisões Técnicas de Saúde – STS, responsáveis pela gestão das unidades, nos territórios e divididas conforme a disposição dos distritos. Segundo dados da própria SMS, as CRS apresentam o seguinte contingente populacional: CRS Sul, com 2.731.822; CRS Sudeste, 2.695.921; CRS Leste, 2.467.749; CRS Norte, 2.283.752; CRS Oeste, 1.063.709; e a CRS Centro, com 453.135 (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, 2017, p. 8).

A atual rede de serviços é composta pela vigilância em saúde, a atenção básica e atenção especializada. Atualmente, a atenção básica é composta pelas UBS, as Unidades Básicas de Saúde, integradas com as Unidades de Assistência Médica Ambulatorial – UBSAMA; e pelas equipes do PSF e do NASF, que se encontram alocadas nas UBS. Já a atenção especializada é composta: pelas unidades de atendimento ambulatorial; unidades de urgência-emergência; hospitais; e unidades específicas nas áreas de: saúde mental, DST/Aids, saúde bucal, reabilitação, atenção domiciliar, saúde do idoso, saúde do trabalhador, diagnóstico e terapia, saúde reprodutiva e saúde nutricional, conforme apresentado no Mapa 2 e na Tabela 1.

---

<sup>30</sup> Dados obtidos segundo as informações do secretário municipal de Saúde, Wilson Pollara, em audiência pública realizada no dia 27/03/2018, no Ministério Público de São Paulo, conforme: [http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/noticias/noticia?id\\_noticia=18402919&id\\_grupo=118](http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/noticias/noticia?id_noticia=18402919&id_grupo=118)

Mapa 2 – Coordenadorias Regionais de Saúde e Supervisões Técnicas de Saúde



Fonte: relação dos Estabelecimentos/Serviços da Secretaria Municipal da Saúde por Coordenadoria Regional de Saúde e Supervisão Técnica de Saúde.

Tabela 1 – Estabelecimentos/serviços de saúde da SMS

Estabelecimentos/Serviços		Centro	Leste	Norte	Oeste	Sudeste	Sul	Total de Estabelecimentos/Serviços
UBS (Total: 458 unidades)	UBS - Unidade Básica de Saúde	8	90	70	24	72	108	372
	UBS/AMA	-	24	19	5	22	16	86
AMA - Assistência Médica Ambulatorial (12h)		2	1	1	1	3	2	10
Rede de Atenção Especializada Ambulatorial (Total: 47 unidades)	Hospital/Dia	-	3	2	2	4	5	16
	Hospital/Dia - Hospitalar	2	1	2	-	1	1	7
	AMB ESPEC - Ambulatório de Especialidades	-	2	4	-	3	3	12
	AMA E - Assistência Médica Ambulatorial de Especialidades	1	2	3	-	2	4	12
Atenção a Urgência/Emergência (Total: 39 unidades)	PSM e PA - Pronto-Socorro Municipal e Pronto-Atendimento	1	4	4	2	1	3	15
	UPA - Unidade de Pronto-Atendimento	-	1	-	-	2	5	8
	AMA - Assistência Médica Ambulatorial (24h)	1	3	2	1	6	3	16
HM - Hospital Municipal		2	4	4	1	6	3	20
Saúde Mental (Total: 175) (83 CAPS)	CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas	2	6	4	2	7	4	25
	CAPS ADULTO - Centro de Atenção Psicossocial Adulto	1	7	6	4	6	7	31
	CAPS IJ - Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil	1	6	5	2	7	6	27
	CEC CO - Centro de Convivência e Cooperativa	-	5	7	2	5	5	24
	Residência Terapêutica e Unidade de Acolhimento	3	14	14	7	15	13	66
	Unidade de Apoio à Saúde Mental	1	-	-	1	-	-	2
DST/Aids (Total: 26 unidades)	CR - Centro de Referência	-	-	1	-	1	1	3
	CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento	1	5	1	-	1	2	10
	SAE - Serviço de Atendimento Especializado	1	2	1	2	4	3	13
Saúde Bucal (Total: 34 unidades)	CEO e CL Odonto - Centro de Especialização Odontológico e CI Odontológico	1	7	5	2	9	7	31
	Unidade Odontológica Móvel	1	-	1	-	1	-	3
Reabilitação (Total: 38 unidades)	CER - Centro Especializado em Reabilitação	1	5	3	2	6	4	21
	NIR - Núcleo Integrado de Reabilitação	-	3	4	-	2	2	11
	NISA - Núcleo Integrado de Saúde Auditiva	-	2	2	-	1	1	6
SAD - Serviço de Atenção Domiciliar		1	15	6	3	11	9	45
URSI - Unidade de Referência Saúde do Idoso		1	2	2	-	2	3	10
CRST - Centro de Referência Saúde do trabalhador		1	1	1	1	1	1	6
PICS - Práticas Integrativas e Complementares em Saúde		1	4	-	-	1	-	6
Unidade de Apoio Diagnóstico e Terapia		1	1	2	1	2	1	8
Outros Estabelecimentos/Serviços Especializados		-	2	-	-	3	-	5
Vigilância em Saúde		1	7	8	2	5	5	28
<b>Total Estabelecimentos/Serviços por CRS</b>		<b>36</b>	<b>229</b>	<b>184</b>	<b>67</b>	<b>212</b>	<b>227</b>	<b>955</b>

Fonte: Relação dos Estabelecimentos/Serviços da Secretaria Municipal da Saúde por Coordenadoria Regional de Saúde e Supervisão Técnica de Saúde (maio/2018).

De acordo com a Tabela 1, verifica-se que a concentração dos serviços de saúde atende à seguinte disposição, pela ordem: CRS Leste, CRS Sul, CRS Sudeste, CRS Norte e CRS Centro. Com base no relatório de produção das organizações sociais,<sup>31</sup> há 412 serviços sob a gestão privada ou com a prestação de serviços, vinculados a 12 OSs, que receberam, em 2017, o valor de mais de R\$ 4,147 bilhões por contratos de gestão. A execução orçamentária em 2017 foi de mais de R\$ 10,6 bilhões, com a inclusão dos repasses às OSs (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, 2017).

Neste tópico, portanto, evidencia-se que a construção e consolidação do SUS em São Paulo têm sido historicamente complexas, marcadas pela disputa entre o modelo sanitarista e o modelo privatista. Nesses processos de disputa, evidencia-se que o avanço do modelo sanitarista ocorreu em gestões que viabilizaram e fortaleceram a participação social.

#### 4.3 A CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS MUNICIPAIS À POPULAÇÃO TRANS

As primeiras ações em saúde com a população trans no município de São Paulo foram realizadas por ONGs e sem um compromisso direto do Estado, que podia financiar ou não, apesar da existência dos serviços do Programa de DST/Aids, conforme aponta Larissa Pelúcio (2009).

A autora informa, ainda, que a percepção dos profissionais de saúde das unidades municipais vinculadas ao Programa DST/Aids sobre a necessidade de intervenção junto a essa população ocorre na década de 1990, durante o PAS. As primeiras ações eram de iniciativas voluntárias, a partir de um compromisso ético profissional e de militância, na criação de mecanismos de aproximação junto à população de travestis e transexuais, a fim de promover seu acesso frente ao processo histórico de discriminação e exclusão (PELÚCIO, 2009).

Considerando o contexto, essas percepções surgem em meio às mobilizações dos movimentos sociais, que têm um forte histórico de articulação social e política na cidade, desde os primórdios do movimento LGBT, com forte resistência às ações higienistas. Durante a década de 1990, tal movimento foi importante interlocutor para a ampliação das políticas de DST/Aids nos âmbitos nacional, estadual e municipal.

---

<sup>31</sup> Conforme:

[https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/acesso\\_a\\_informacao/index.php?p=178347](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/acesso_a_informacao/index.php?p=178347)

A institucionalização de um projeto municipal, porém, ocorreu apenas em 2001, durante a gestão da prefeita Marta Suplicy, com a criação do Projeto Tudo de Bom, que tinha como proposta a prevenção e humanização junto aos serviços de DST/Aids para profissionais do sexo, o que incluía as travestis e mulheres transexuais que exerciam a profissão. Entretanto, as ações e intervenções não fugiram à biopolítica do controle, com a não abrangência aos clientes nessas ações e sem propiciar o acesso aos demais serviços, como as UBS.

No ano de 1997, a cidade sediou o IX Encontro Brasileiro de Gays, Lésbicas e Transgêneros – EBGLT, que realizou a I Parada do Orgulho LGBT, com uma ampla participação da população trans. A partir de 2000, durante a gestão do prefeito Celso Pitta, a Parada passou a contar com o apoio e repasse financeiro da prefeitura. Em 2001, foi instituída a Lei Estadual nº 10.948, que dispõe sobre as penalidades em decorrência de discriminação por orientação sexual e identidade de gênero.

No ano de 2005, houve a articulação social dos movimentos sociais para a criação da Coordenadoria de Assuntos da Diversidade Sexual – CADS, instituída pela gestão municipal do prefeito José Serra, a fim de propor, promover e implementar políticas e ações de combate à discriminação e violência LGBTfóbicas. A recém-criada coordenadoria realizou, no mesmo ano, o I Fórum de Direito e Diversidade Sexual, que contou com a participação da sociedade civil, da Ordem dos Advogados do Brasil – OAB, da Comissão Municipal de Direitos Humanos – CMDH e da SMS (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, 2008).

A participação social LGBT foi instituída por meio do Decreto n.º 46.037, de 4 de julho de 2005; que criou o Conselho Municipal de Atenção à Diversidade Sexual – CMADS, com composição paritária e caráter consultivo. Em 2006, na gestão do prefeito Gilberto Kassab; a partir de convênio com a Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República – SEDH, houve a instalação do Centro de Referência em Direitos Humanos e Combate à Homofobia – CCH.

Ao CCH, competia o apoio psicossocial e a orientação jurídica às vítimas de preconceito, discriminação e violência em decorrência da orientação sexual e identidade de gênero. A iniciativa teve suma importância na sensibilização dos gestores e técnicos das políticas públicas quanto ao acesso da população trans. Essas ações o referenciaram junto a essa população para o acesso, em especial, às políticas de saúde e assistência social e aos órgãos de responsabilização.

No ano de 2008, foi criado o Centro de Referência da Diversidade – CRD, por meio de uma cooperação técnica da Prefeitura com a União Europeia, sob a gestão da ONG Grupo pela Vida, a fim de ofertar inicialmente o atendimento psicossocial à população LGBT que atua como profissionais do sexo.

No mesmo ano, é realizada a I Conferência Municipal LGBT, como preparatória para a primeira conferência nacional; que contou com a participação do poder público e da população de travestis e transexuais, por meio da sociedade civil. As deliberações na área da saúde fizeram referência ao acesso da população trans ao SUS sem o viés patologizante, conforme debatido anteriormente, no Seminário Nacional de Saúde da População LGBT, realizado em 2007. O seminário apresentou como principais deliberações quanto à saúde:

A sensibilização dos gestores sobre os condicionantes de orientação sexual e identidade de gênero, que geram obstáculos ao acesso e à promoção da equidade; a participação nos Conselhos e Conferências Municipais de Saúde; a formação e educação permanente dos profissionais da saúde sobre orientação sexual e identidade de gênero; a promoção da equidade e do atendimento humanizado nos serviços de saúde; a fomentação de pesquisas e produção de conhecimento sobre a saúde da população LGBT; atenção à saúde mental, com a prevenção dos agravos decorrentes da discriminação e exclusão por identidade de gênero e orientação sexual, uso de álcool e drogas; ações de vigilância, prevenção e atenção à violência contra a população LGBT; a criação de marcos legais de registro da violência em decorrência de orientação sexual e identidade de gênero, atendidas nas unidades de saúde municipal; a criação e aplicação pela SMS de um protocolo de acompanhamento para travestis e transexuais no processo de hormonização, que envolva a UBS e os serviços de endocrinologia; a promoção da atenção integral à saúde de travestis e transexuais na rede pública de saúde. (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, 2008, p. 38).

Nota-se que os (as) participantes da conferência deliberaram a necessidade de ações e políticas públicas municipais, a fim de contribuírem com o respeito à orientação sexual e identidade de gênero por meio do acesso à saúde, em uma perspectiva de promoção à saúde integral da população trans, com a oferta de hormonioterapia no âmbito da atenção básica e a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde, o que revela as barreiras de acesso históricas da população trans aos serviços de saúde, em especial na atenção básica.

Em 2009, foi criado Programa Operação Trabalho LGBT – POT LGBT, com foco na preparação para o mercado de trabalho. Em 2010, o Decreto Municipal n.º 51.180 instituiu a inclusão e obrigatoriedade do respeito ao nome social de pessoas travestis e transexuais nos registros municipais relativos aos serviços públicos prestados no âmbito da administração direta e indireta.

Finalmente, em 2011, foi realizada a II Conferência Municipal LGBT, com as seguintes deliberações:

Implantar um Centro de Referência Municipal para a Atenção Integral a Saúde de Travestis e Transexuais, inicialmente na região central da cidade, com perspectivas de expansão para as cinco coordenadorias de saúde; ampliação das políticas de saúde para população LGBT, inclusive a população idosa e suas especificidades, na cidade de São Paulo, para além do PM-DST/AIDS, garantindo acesso a partir do princípio da integralidade; desenvolver campanhas de saúde integral que incentivem LGBT a cuidar de sua saúde, não somente em relação à DST/AIDS; sensibilizar e capacitar profissionais da área da saúde, inclusive os gerentes das unidades, para atender adequadamente a população LGBT, lembrando-se da importância de ter representantes LGBT nos conselhos gestores das unidades de saúde; implementação dos quesitos “orientação sexual e identidade de gênero”, por auto-definição, nos prontuários e ficha de atendimento nos serviços municipais de saúde; realizar pesquisas e produção de conhecimento, por parte da Secretaria Municipal de Saúde, sobre saúde da população LGBT com dotação orçamentária específica e incentivar a contratação de Travestis e Transexuais para atuar como agentes comunitários de saúde na SMS e parceiros (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, 2011, p. 3).

Novamente, as deliberações indicam a inviabilidade de acesso da população aos serviços de saúde, com a emergência de uma política que rompa com o caráter da SIDAnização, a fim de promover a atenção integral em uma perspectiva universal a toda a população trans da cidade de São Paulo. No ano de 2012, conforme consta na ata 12/2012/CMADS, é pleiteada, na reunião do Conselho Municipal o envio de uma carta ao prefeito Fernando Haddad, recém-eleito, sugerindo que a nova coordenadora da CADS, fosse uma travesti ou transexual, o que não foi atendido.

A gestão de Haddad reestrutura a CADS e a redefine na Coordenação de Políticas para LGBT, vinculada à Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania – SMDHC, que estabelece o diálogo com a SMS quanto à elaboração da Política Municipal de Saúde Integral LGBT, com a instituição, em 10 de maio de 2013, de um Grupo de Trabalho – GT, criado pela Portaria n.º 820/SMS.G, a fim de definir as diretrizes da política municipal em consonância com as diretrizes da política nacional.

No ano de 2015, o CMADS é reformulado, por meio do Decreto nº 56.096, e passa a ser denominado Conselho Municipal de Políticas LGBT – CMLGBT, com caráter consultivo, deliberativo, propositivo e de composição paritária. A participação da sociedade civil é prevista com a presença de: dois representantes titulares e dois suplentes de conselhos de classe com atuação na promoção da cidadania LGBT; um representante titular e um suplente de coletivos ou organizações LGBT sem personalidade jurídica; um representante titular e um suplente de cada um dos segmentos de lésbicas, gays, bissexuais e travestis; um representante titular e um suplente de homens transexuais; uma

representante titular e uma suplente de mulheres transexuais; e um representante titular e um suplente de entidades da sociedade civil com personalidade jurídica, desde que sem fins lucrativos e com atuação na promoção da cidadania LGBT.

O Decreto n.º 55.874, de 28 de janeiro de 2015, criou o Programa Transcidadania, que tem como foco o atendimento à população de travestis e transexuais, a fim de fortalecer a cidadania e a inserção profissional por meio do acesso à educação (Ensino de Jovens e Adultos – EJA) e formação profissional e cidadã, com a oferta de um auxílio mensal, no valor de um salário mínimo. O programa prevê, ainda, que a rede municipal de saúde do SUS ofereça, nos equipamentos referenciados, a terapia hormonal.

Em 2016, foi realizada a III Conferência Municipal LGBT, que delibera: (a) a articulação com o Conselho Federal de Psicologia – CFP e com o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – CREMESP para a despatologização das identidades trans; e a adesão de todas as unidades de saúde do município à atenção integral da população LGBT.

No mesmo ano, o prefeito Fernando Haddad incluiu travestis e transexuais por meio do Decreto n.º 57.399, de 20 de outubro, na Lei n.º 16.490, que prevê o desembarque, no transporte público fora do ponto, no horário das 22h às 5h, para mulheres, a fim de contribuir com a redução da violência de gênero. Em 2018, o prefeito Bruno Covas alterou o Programa Transcidadania, por meio do Decreto n.º 58.227, de 16 de maio, com a inclusão do Mês da Visibilidade Trans no calendário do município.

Atualmente, a gestão de políticas públicas LGBTI, no município de São Paulo, é realizada pela Coordenadoria de Políticas Públicas LGBTI, vinculada à SMDHC; conforme define o Decreto n.º 58.123, de 8 de março de 2018, do prefeito João Dória. A gestão do Programa Transcidadania é atualmente descentralizada e vinculada a quatro Centros de Cidadania LGBTI,<sup>32</sup> responsáveis pelo apoio e orientação psicossocial e jurídica às vítimas de violência em decorrência de orientação sexual e identidade de gênero. Por fim, há o Centro de Referência e Defesa da Diversidade – CRD, vinculado à Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social – SMADS, que atende a população LGBT em situação de vulnerabilidade e risco social. O CMLGBT encontra-se em dificuldade de funcionamento desde 2017, e, até o final desta pesquisa, encontrava-se

---

<sup>32</sup> Centro de Cidadania LGBTI Laura Vermont – zona leste; Centro de Cidadania LGBTI Luana Barbosa dos Reis – zona norte; Centro de Cidadania LGBTI Edson Neris – zona sul; e Centro de Cidadania LGBTI Luiz Carlos Ruas – região central.

em discussão com a sociedade civil, por meio de audiências públicas, para a sua reestruturação e eleição.

#### 4.4 A POLÍTICA MUNICIPAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO LGBT

Até 2014, as ações de saúde destinadas à população LGBT, previstas nos planos municipais de saúde do município de São Paulo, eram restritas às atividades de prevenção do Programa de DST/Aids, realizadas principalmente junto à Parada do Orgulho LGBT e à abordagem à população de travestis e transexuais por meio do Projeto Tudo de Bom.

A meta de implantação da Política Municipal de Atenção à Saúde LGBT é prevista na Programação Anual de Saúde de 2014. Seu processo de implantação inicia-se em maio de 2013, com a publicação da Portaria n.º 820/13 da SMS; que instituiu um Grupo de Trabalho – GT, com a atribuição de elaborar as diretrizes e o plano operativo de metas para as estratégias de atenção integral.

O GT contou com a composição intersetorial de dois técnicos da SMDHC, que representaram a CADS, e oito técnicos da SMS, das seguintes áreas: atenção básica; saúde mental; saúde adulto; Programa DST/Aids; e Escola Municipal de Saúde, que estabeleceram como ações do processo de elaboração a aplicação de uma pesquisa com usuários (as) e profissionais de nove UBS da CRS Centro<sup>33</sup> e análise das deliberações da II Conferência Municipal LGBT.

A pesquisa denominada *A investigação sobre saúde integral da população LGBT na atenção básica* (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, 2014) teve por objetivo a identificação de dados quanto:

- (a) À necessidade de ações educativas destinadas aos profissionais de saúde sobre orientação sexual e identidade de gênero;
- (b) À existência de necessidades específicas;
- (c) À identificação de dificuldades quanto ao atendimento das necessidades específicas;
- (d) À estimativa de atendimentos à população de travestis e transexuais;
- (e) Ao respeito ao uso do nome social; entre outras questões.

---

<sup>33</sup> UBS Sé; UBS Centro Escola Barra Funda; UBS Boraceia; UBS Bom Retiro; UBS Cambuci; UBS República; UBS Nossa Senhora do Brasil; UBS Dr. Humberto Pascalli – Santa Cecília; e UBS Humaitá, que, na época, pertenciam à STS Sé e À CRS Centro-Oeste e hoje estão divididas entre a STS Sé e a STS Santa Cecília, da CRS Centro.

Além disso, apresentou os seguintes dados:

- 50% dos usuários (as) afirmaram a necessidade de ações educativas;
- 50% dos profissionais afirmaram a necessidade de ações educativas;
- 55,6% dos profissionais afirmaram a identificação de demandas específicas; e
- 37,5% afirmaram a dificuldade no atendimento às necessidades da população LGBT.

A pesquisa constatou a presença da população de travestis e transexuais nos serviços durante todo o período de funcionamento das unidades e a real necessidade de efetivação do direito ao uso do nome social. Além disso, pontuou as seguintes dificuldades:

- (a) O desconhecimento sobre orientação sexual e identidade de gênero;
- (b) A necessidade de orientação quanto ao acolhimento e o diálogo;
- (c) Questões relacionadas à hormonioterapia e ao uso do silicone; e
- (d) A falta de adesão ao acompanhamento junto à unidade, além das necessidades “comuns” em saúde.

O processo de análise das demandas da sociedade civil é apresentado no relatório do processo de implantação, conforme apresenta o Quadro 5.

Quadro 5 – Análise das deliberações da II Conferência Municipal LGBT

Item	Deliberações	Adesão à política municipal	Item	Deliberações	Adesão à política municipal
1	Maior controle social sobre a internação compulsória aos usuários de drogas em situação de rua proposto pela PMSP, com a participação de entidades do movimento LGBT	Contemplada no Plano Operativo: Eixo 01	8	Incluir, dentro da grade de capacitação da Escola Municipal de Saúde, para profissionais da saúde e conselheiros gestores a temática da diversidade sexual na perspectiva da atenção/assistência humanizada da população LGBT	Contemplada no Plano Operativo: Eixo 03
2	Garantir o acesso de LGBT e seus familiares à saúde mental, com atendimento psicológico e psiquiátrico qualificado, capacitando os profissionais para uma abordagem que não patologize as orientações sexuais e as identidades de gênero	Contemplada no Plano Operativo: Eixo 01	8	Sensibilizar e capacitar profissionais da área da saúde, inclusive os gerentes das unidades, para atender adequadamente a população LGBT	Contemplada no Plano Operativo: Eixo 03; com a supressão pelo GT, de parte do texto, referente a: <b>lembrando-se da importância de ter representantes LGBT nos conselhos gestores das unidades de saúde</b>
3	Manter e ampliar política de combate à discriminação em decorrência da orientação sexual e identidade de gênero no serviço público municipal, promovendo um ambiente de respeito à diversidade sexual	Estrutura da Política	9	Incentivar a contratação de Travestis e Transexuais para atuar como agentes comunitários de saúde na SMS e parceiros	Não Contemplada
4	Produzir e estimular a confecção e a divulgação de materiais didáticos e de materiais específicos para a formação de profissionais da educação, com a finalidade de promover o reconhecimento da diversidade de orientação sexual e identidade de gênero, inclusive em linguagens e tecnologias que contemplem as necessidades das pessoas com deficiência	Contemplada no Plano Operativo: Eixo 03	10	Investir na produção e divulgação de materiais de prevenção, diagnóstico precoce e profilaxia pós-exposição às DST/HIV/Aids específicos para LGBT, e contemple a necessidade de realização de exame anual de anuscopia e papanicolau	Contemplada no Plano Operativo: Eixo 01
5	Realizar pesquisas e produção de conhecimento, por parte da Secretaria Municipal de Saúde, sobre saúde da população LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais)	Contemplada no Plano Operativo: Eixo 03; com a supressão pelo GT, de parte do texto, referente a dotação orçamentária específica (verificar tópico anterior)	11	Desenvolver campanhas de saúde integral que incentivem LGBT a cuidar de sua saúde, não somente em relação às DST/Aids	Contemplada no Plano Operativo: Eixo 01
6	Ampliação das políticas de saúde para população LGBT, inclusive a população idosa e suas especificidades, na cidade de São Paulo, para além do PM-DST/Aids, garantindo acesso a partir do princípio da integralidade	Estrutura da Política	12	Implantar um Centro de Referência Municipal para a Atenção Integral à Saúde de Travestis e Transexuais, inicialmente na região central da cidade, com perspectivas de expansão para as cinco coordenadorias de saúde	Contemplada no Plano Operativo: Eixo 01, sub-eixo 1.4; com a adequação de dois Ambulatórios de Especialidades ou duas Unidades Básicas de Saúde; para o acompanhamento hormonal. <b>Não consta no quadro de análise do Relatório de Implantação, mas consta no Plano Operativo 2014-2015</b>

Fonte: Relatório do Processo de Implantação (2014). Contém grifos e adaptações a partir da análise deste autor

A partir da pesquisa e da análise das deliberações, o GT concluiu que a marca dessa população junto aos serviços de saúde e aos bancos de dados do município é a invisibilidade, atribuída ao preconceito e à discriminação por orientação sexual e identidade de gênero, decorrentes dos fatores históricos, e que, para sua superação, é necessária uma política de saúde integral vinculada ao princípio da universalidade, com a oferta de ações de prevenção e cuidado em todos os níveis, e com profissionais capacitados. Para isso, há a necessidade de investimento técnico-político e financeiro e ações intersetoriais com as demais políticas públicas (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, 2014).

Nesse processo, nota-se a contemplação das deliberações da sociedade civil. Essas traduzem as dificuldades vivenciadas e dialogam com os dados da pesquisa. Conforme consta no Quadro 5, a única deliberação não contemplada é o item 9, quanto ao incentivo da contratação de travestis e transexuais para atuar como agentes comunitários de saúde na SMS e parceiros.

Após esse processo, as diretrizes e metas do Plano Operativo (2014-2015) foram apresentadas e debatidas com a sociedade civil em três etapas: seminário, consulta pública e audiência pública, e também junto ao CMADS e CMS, para aprovação.

O Seminário Municipal de Saúde LGBT foi realizado no dia 8 de novembro de 2013 e contou com a participação de usuários, profissionais de saúde, do secretário de Direitos Humanos e do secretário-adjunto de Saúde. Nesse evento, houve a apresentação e o debate sobre o Plano Operativo (2014-2015), que previa a implantação inicial da política apenas na região central, junto aos serviços da CRS Centro. A sociedade civil apresentou proposições, às quais esta pesquisa não obteve acesso.

Após o seminário, foi realizada uma consulta pública que tornava público o projeto de instituição da política municipal. Esse processo ocorreu no período de 16 de dezembro de 2013 a 16 de janeiro de 2014, com a participação da sociedade civil por meio do envio de sugestões para um endereço eletrônico.

O edital faz referência à necessidade de implementação da política em decorrência do processo histórico de discriminação ao qual a população LGBT está submetida e reconhece a orientação sexual e a identidade de gênero enquanto determinações sociais da saúde, que contribuem no processo saúde-doença. No entanto, apresenta um amplo enfoque na epidemiologia:

A discriminação em função de identidade de gênero e orientações sexuais, tais como a homofobia, transfobia, lesbofobia, associadas a outros determinantes sociais vem historicamente gerando violências e impacto na saúde das pessoas.

A epidemiologia registra um alto índice de doenças vivenciadas por pessoas em alta situação de vulnerabilidade, o que implica em resposta eficaz, no âmbito da gestão das políticas públicas, inclusive no que diz respeito à ascensão de determinadas epidemias, a persistência de doenças que se encontravam sob controle e o aumento dos agravos crônicos não transmissíveis e transmissíveis, nos colocam frente a frente com o desafio de pensar novas estratégias para o SUS. (EDITAL DE CONSULTA PÚBLICA..., 2013, p. 1).

Nota-se a ampla referência aos riscos epidemiológicos, tais como as hepatites virais e DST/Aids. Naquele momento, o plano foi apresentado em cinco eixos:

Eixo 01: Acesso da população de lésbicas, gays, travestis e transexuais à atenção integral à saúde

São estratégias necessárias para garantia do direito a saúde mental e o enfrentamento ao uso de álcool e outras drogas, considerando as especificidades desta população, por meio do: Atendimento efetivo da população em questão nas Unidades de Saúde Mental; atendimento direcionado, com recursos humanos qualificados, nas unidades básicas de saúde; educação permanente e sensibilização dos funcionários das Unidades; Inclusão da temática na agenda em andamento e ampliação de aprimoramento da rede temática específica (Saúde Mental).

Eixo 02: Promoção da Saúde e Prevenção às DST/AIDS

No que diz respeito às questões relacionadas à promoção da saúde e prevenção às DST/AIDS, as ações estratégicas devem ser: ampliar as Unidades da rede de saúde da região centro-oeste que são referência em atender pessoas LGBT; ampliar o acesso ao diagnóstico de HIV, principalmente pela metodologia do Teste Rápido, em todos os equipamentos de saúde; facilitar o acesso e ofertar a vacinação da hepatite B; disponibilização de insumos de prevenção, considerando que os preservativos devem estar em "displays" em qualquer Unidade de Saúde, para facilitar o acesso, sem quantidade pré-determinada, desvincular a entrega de insumos de prevenção (preservativos masculino, feminino e gel) das ações educativas não demandadas pelos usuários. Fortalecer e estimular a utilização do nome social nas unidades de saúde. Disponibilizar os insumos de prevenção durante todo o período de funcionamento da Unidade de Saúde; disponibilizar insumos de prevenção por demanda espontânea; trabalhar com prevenção dialogada, sem fixação de cotas, inclusive com profissionais do sexo; ampliar o leque de ofertas no que diz respeito às estratégias de prevenção, considerando a importância de novas tecnologias já disponíveis na Rede SUS.

Eixo 03: Promoção e Vigilância em Saúde da população de LGBT

No que diz respeito à integração da população LGBT na rede básica e as diferentes redes de especialidades no SUS, de forma a atender as demandas específicas de LGBT que não estão contempladas na atual linha de cuidado, propõe-se: Organização da rede local para a oferta do serviço conjuntamente com a respectiva Supervisão Técnica; criação de Comitê Técnico destinado a definição dos processos relacionados à oferta de terapia hormonal. Organização da rede de atenção para a oferta de terapia hormonal.

Eixo 04: Educação Permanente e Educação Popular em Saúde com foco na população LGBT

No que diz respeito à relação usuários-profissionais de saúde, é essencial para a qualidade do atendimento, especialmente nos serviços de Atenção Básica, onde a abordagem da sexualidade deve ser objeto de constante sensibilização dos profissionais: Aprimoramento da inserção de temáticas referentes à saúde integral da população LGBT nos processos de educação continuada da RME; aprimoramento das ações de campanhas educativas e informativas voltadas para a população LGBT; promover e estimular a participação dos profissionais da RME em atividades que promovam o bem estar da população LGBT; promoção de ações sobre a visibilidade e defesa dos direitos de pessoas travestis e transgêneros no cotidiano dos serviços da RME; capacitar

multiplicadores que farão a capacitação para outros funcionários nas Unidades Regionalizadas da Escola Municipal de Saúde.

Diante da necessidade de minimizar os problemas de acesso e acolhida qualificada da população de LGBT nas Unidades de Saúde, propõe-se: Inserir a temática da Saúde Mental da População LGBT nos temas a serem trabalhados com os profissionais de saúde; a exibição de programas na grade específicos e direcionados a cidadãos que estão na sala de espera das Unidades de Saúde; Organização de programas em ambiente externo; elaboração de material instrucional (cartilhas).

Eixo 05: Monitoramento e Avaliação das ações de Saúde para a População LGBT

Diante da necessidade de articulação constante entre as Organizações Governamentais e a sociedade civil organizada, de forma a atender as necessidades em saúde da população LGBT, conforme o estabelecido na política local e o contexto em que vive tal população propõem-se: Aprimoramento de instrumentos de monitoramento e avaliação na rede de saúde em relação à população LGBT; ampliação do debate sobre saúde integral da população de LGBT envolvendo o Conselho Municipal de Saúde/SMS, com vistas ao Plano Municipal de Saúde e, ao Conselho Municipal de Atenção à Diversidade Sexual/ Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania, com vistas ao Plano Municipal de Combate à Homofobia; ampliação do debate acerca da temática por meio de seminário específico; Criação a partir da Assessoria de Gestão Estratégica e Participativa – SMS.G o Comitê Técnico destinado a assessoria, o monitoramento e a avaliação da Política de Atenção à Saúde Integral da População LGBT, envolvendo diferentes atores (gestores, profissionais de saúde, sociedade civil organizada, pessoas de notório saber), das áreas de saúde e de direitos humanos; estabelecimento de parceria com instituições de ensino e pesquisa para que as ações sejam objeto de estudo científico para aprimoramento dos processos de avaliação e monitoramento através da implantação de indicadores, protocolos e diretrizes visando aprimorar as ações voltadas para a população LGBT; apoio e divulgação em todas as ações de promoção da saúde e estímulo à participação da população LGBT nas instâncias de controle social, com o objetivo de ampliar a participação destes, na definição das políticas de prevenção ao HIV e DST; ampla divulgação da Política Municipal de Atenção à Saúde Integral da População LGBT (EDITAL DE CONSULTA PÚBLICA..., 2013, p. 3-4).

Observa-se, a partir do edital de consulta pública, que as propostas presentes no plano operativo, naquele momento, tinham ampla referência: ao Programa DST/Aids; ao controle de epidemias; ao acesso à saúde mental; ao controle do uso de álcool e drogas; e à necessidade de capacitação dos profissionais de saúde. Referente às necessidades específicas da população de travestis e transexuais, previa a promoção da visibilidade, a garantia do direito ao nome social e a oferta de hormonioterapia – e, para a oferta de hormonioterapia, havia a previsão da criação de um Comitê Técnico para definir os processos; que foi instituído em 28 de março de 2014, por meio da Portaria n.º 705/2014 da SMS.

Após a consulta, houve novamente a apresentação do plano, em uma audiência pública realizada no dia 31 de março de 2014. Na ocasião, estavam presentes o secretário-adjunto da SMS, o secretário da SMDHC, a coordenação do Programa de DST/AIDS do Estado de São Paulo e a Defensoria Pública do Estado de São Paulo, além de técnicos da

SMDCH e da SMS, representante do CREMESP e do Conselho Regional de Psicologia do Estado de São Paulo – CRPSP e membros da sociedade civil. Na ocasião, o secretário-adjunto da SMS, Paulo Puccini, ressaltou que:

A prefeitura não vai trabalhar o preconceito às avessas, ou seja, criar serviços de saúde específicos para a população LGBT. Já tivemos esses equívocos no passado com tuberculosos e hansenianos, não vamos repetir. Não podemos seguir para uma ideia controlista da vida humana e a higienização da vida social. Por isso, entendemos que o conjunto de ações para a saúde da população LGBT tem de estar presente junto dos nossos serviços, com especificidades e especialidades necessárias. (PUCCINI, 2014).

A partir da análise da relatoria da audiência pública, observa-se que a SMS afirma o compromisso com a atenção integral à saúde da população LGBT junto aos serviços existentes em todos os níveis de atenção, sem um processo de segregação, compromisso este que deve ser construído em parceria com a sociedade civil. Essas ações são reafirmadas como forma de atender ao princípio da equidade no SUS; com o anúncio de adequação do *software* então utilizado para viabilizar o cadastro do nome social e a emissão do cartão, de acordo com as normativas do MS e a oferta inicial da hormonioterapia junto às UBS da Sé e República.

Na ocasião a sociedade civil, apresentou as seguintes divergências com a gestão municipal, definidas aqui em seis blocos:

- (a) *Validade do debate*: houve o questionamento quanto à não divulgação, pela PMSP, do documento com as contribuições da consulta pública, e se o número de participantes e a centralidade do debate na região central eram suficientes para a discussão do plano enquanto implementação de uma política municipal;
- (b) *A não contemplação*: de temas relacionados ao suicídio; reprodução; e segurança alimentar e silicone industrial, com o enfoque das ações à prevenção de doenças, saúde mental e DST/Aids;
- (c) *Oferta de hormonioterapia*: foram questionadas as escolhas das UBS Sé e República como as primeiras unidades a ofertarem, pois ficam localizadas na região central, o que favoreceria o acesso apenas das travestis e transexuais que moram e trabalham nessa região – e o questionamento de que a atenção integral às travestis era compreendida apenas no acesso à hormonioterapia;
- (d) *Oferta de procedimentos cirúrgicos*: houve o questionamento quanto ao acesso à procedimentos cirúrgicos, devido à demora e a inviabilidade de acesso aos hospitais habilitados;

- (e) *Acesso*: o acesso da população das outras regiões é questionado, dada a divisão territorial das UBS, sem uma integração devida da população aos serviços existentes;
- (f) *Capacitação e formação*: foi questionada a inviabilidade no processo de capacitação dos profissionais vinculados às organizações sociais.

Assim, a sociedade civil compreendeu que o plano não prevê a atenção integral à saúde, por se centrar no controle epidemiológico com enfoque em DST/Aids, e aponta que o atendimento à travestis e transexuais é restrito à hormonioterapia. Houve a sugestão de rediscussão do plano, com a presença de outros conselhos de classe, a presença de representantes dos conselhos gestores das unidades de saúde e dos movimentos sociais e o encaminhamento do plano ao CMS, que não havia ocorrido até aquele momento, além do debate junto a Conferência Municipal de Saúde.

Os representantes da SMS e da SMDH argumentaram que a implantação devia partir de alguma região e que as UBS Sé e República seriam as primeiras a ofertar a hormonioterapia por estarem localizadas em regiões de ampla concentração da população de travestis e transexuais e por terem uma ampla estrutura de recursos humanos (médicos endocrinologistas); que a questão do silicone industrial havia sido incorporada ao plano, mas não constava no documento apresentado; que, de fato, o plano não continha ações de prevenção ao suicídio; e que a construção do banco de dados devia ser parte do processo de implementação da política.

No âmbito do CMADS, houve apresentação e debate em reunião realizada no dia 23 de abril de 2014. Conforme consta em ata, os membros do conselho solicitaram que o plano fosse discutido novamente com a sociedade civil, com devolutivas sobre a audiência pública, antes da apreciação do CMS. Entretanto, não há registros de novos diálogos com a sociedade civil. A política foi aprovada pelo CMADS em julho de 2014.

A apresentação do plano, junto ao CMS, ocorreu no dia 15 de maio de 2014, conforme consta em ata. Na ocasião, os técnicos da SMS o apresentaram como um processo inconcluso e informaram que as UBS que ofertariam a hormonioterapia não seriam mais Sé e República, mas Sé e Santa Cecília. Por decisão do pleito presente, o plano foi submetido à análise para votação na reunião seguinte.

Na reunião do dia 14 de agosto de 2014, a comissão do CMS que avaliou o plano emitiu parecer favorável, e, na ocasião, o plenário requereu a inclusão nas diretrizes quanto ao atendimento fonoaudiológico para modulação vocal e o atendimento às

crianças e adolescentes transexuais, por meio de médicos pediatras e hebiatras – e aprovou o plano.

Assim, a política apresenta as seguintes diretrizes de cuidados:

1. Por meio da educação permanente deve-se oferecer treinamentos aos profissionais de saúde que prestarão acompanhamento específico a esta população.
2. As unidades básicas deverão promover atenção assistencial integral a população LGBT incluindo medidas preventivas e mais prevalentes ao envelhecimento, tais como: hipertensão, diabetes e cânceres, além de prover vacinação incluída no calendário vacinal, adotado nacionalmente.
3. As Unidades deverão também promover iniciativas de redução de risco com aconselhamento e oferecimento dos testes sorológicos HIV, sífilis, hepatites, após a integração desta população na Unidade.
4. Os usuários LGBT requerem algumas intervenções e ações de outras especialidades médicas que devem ser contempladas pelo SUS. As lésbicas deverão ser estimuladas a realizar exames preventivos de cânceres de colo de útero e de mama. O acesso à mamografia e densitometria óssea deve ser universal.
5. A atenção em saúde e cuidados decorrentes do uso prolongado de hormônios femininos e masculinos para travestis e transexuais deve ser contemplada nas Unidades especializadas da região, isto é, treinadas para este fim e com medicação hormonal a disposição na Unidade. O serviço ambulatorial mais especializado da rede SUS, do território, que conta com especialistas como endocrinologistas e clínicos deverá oferecer hormonioterapia.
6. Estas Unidades poderão prestar acompanhamento pré e pós-operatório oferecido pela Rede Hora Certa ou serviços que desenvolvam a mesma função, o que inclui pequenas cirurgias proctológicas e ginecológicas.
7. A promoção da saúde mental, psicológica/psiquiátrica será primordial na detecção e na prevenção de distúrbios psicológicos que possam levar ao suicídio. É preciso, por exemplo, atenção sobre questões de identidade de gênero e sexualidade, que devem ser abordadas e compartilhadas para compreensão e da identificação da maturidade psíquica para mudanças corporais pretendidas. Os candidatos deverão ser acompanhados por dois anos ou mais para autorização de troca de sexo.
8. A Atenção Básica, enquanto ordenadora do cuidado e fundamentada na prática de efetivação de política de qualidade, com humanização e integralidade, deve empenhar esforços para mitigar as iniquidades na prestação de serviços, trabalhando para que todos os cidadãos, independente de matizes de cor, gênero e orientação sexual, tenham garantido o pleno direito de acesso aos serviços sem qualquer tipo de discriminação ou prejuízo na utilização da oferta de serviços.
9. Dessa forma, processos envolvendo sensibilização dos funcionários e distintos atores sociais envolvidos na rede de atenção, definição de planos de intervenção com foco em resultados e mudanças de comportamento, oferta das melhores práticas terapêuticas com abordagem multicausal, são condições imprescindíveis para o sucesso dessa empreitada. Enfim, este é o papel maior da Atenção Básica neste processo, qual seja aglutinar e fomentar a reflexão sobre equidade em saúde pública, da quebra de paradigmas, das inovações em prol de mudanças positivas no modus operandi para que consigamos resultados mais justos e compatíveis com a diversidade humana.
10. Na implantação da Política de Atenção à Saúde Integral da População LGBT a Coordenação da Atenção Básica será, por fim, responsável pela coordenação do cuidado e pela realização da atenção contínua da população LGBT, oferecendo atendimento às patologias comuns e, acompanhamento clínico, incluindo as DST.

11. Os indivíduos com HIV/Aids serão atendidos e acompanhados nos Serviços de Atenção Especializada em DST/AIDS que darão suporte e apoio a esta Rede.

12. As condutas clínicas e cirúrgicas direcionadas a esta população devem ter como referência protocolos já aprovados ou reconhecidos na literatura internacional, baseados em evidências científicas para a prática específica.

13. As Unidades deverão prover a integralidade do cuidado assistencial, relacionado às ações do Processo Transexualizador na atenção especializada e com o suporte do Centro de Combate a Homofobia sob condução da Coordenação de Políticas para LGBT – SMDHC, que promoverá ações jurídicas, além do apoio técnico do Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES), com seu Ambulatório de Saúde Integral às Travestis e Transexuais e da rede hospitalar do Estado, pois, há hospitais de alta complexidade.

14. É necessário ainda, que esta linha de cuidado contemple, em Unidades Hospitalares, o oferecimento de cirurgias plásticas como: enxerto e retirada de silicone, mastectomia, colocação de próteses, que são demandas frequentes desta população.

15. Os serviços de atendimento especializado em DST/Aids da SMS-SP serão referência ao tratamento de pessoas LGBT com HIV e hepatites que requerem suporte multiprofissional.

16. Outros procedimentos e profissionais também deverão compor os processos de atenção, como os fonoaudiólogos para modulação vocal da população de TT, assim como os pediatras ou hebiatras, em função da transexualidade infantil. (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, 2014, p. 31-32).

Portanto, a partir de suas diretrizes, conclui-se que a oferta de saúde integral à população trans é prevista com ações de cuidado e prevenção em questões inerentes a todos os cidadãos, tais como: vacinação, hipertensão, diabetes, prevenção de cânceres saúde mental, saúde bucal e a prevenção e controle de DST/AIDS. Quanto às especificidades do processo transexualizador: a oferta de hormonioterapia; o acompanhamento do processo pré e pós-operatório; o apoio psicológico e a emissão de laudo e parecer para a realização do processo cirúrgico; a oferta de fonoaudiólogos para a modulação vocal; o atendimento às crianças e adolescentes transexuais; o acesso à rede, para a realização de enxerto e retirada de silicone, mastectomia e colocação de próteses; o atendimento ginecológico às mulheres transexuais; e o atendimento urológico aos homens trans.

O Plano Operativo (2014-2015), aprovado junto ao CMADS e CMS contém metas de implementação da política, com a divisão em quatro eixos, que contém subeixos:

- (1) Acesso da população LGBT à atenção integral à saúde, dividido em quatro subeixos:
  - (1.1) Promoção da saúde e universalidade do acesso;
  - (1.2) Atenção à saúde mental;
  - (1.3) Prevenção de agravos prevalentes;
  - (1.4) Atenção integral à saúde de travestis e transexuais.

- (2) Promoção e vigilância em saúde para a população LGBT;
- (3) Educação permanente e educação popular em saúde com foco na população LGBT, dividido em três subeixos:
  - (3.1) Formação e capacitação dos profissionais de saúde;
  - (3.2) Ensino à distância;
  - (3.3) Elaboração de material educativo.
- (4) Monitoramento e avaliação das ações da saúde para a população LGBT.

A implementação e execução das ações previstas iniciaram-se em 2015, com sua inclusão no Plano Anual de Saúde de 2015, e foram incluídas no Plano Municipal de Saúde (2014-2017). No entanto, não houve a publicação de portaria ou qualquer outro dispositivo legal com a institucionalização da política municipal, apesar da minuta redigida que consta no Relatório do Processo de Implantação.

#### 4.5 O PROCESSO DE ESTRUTURAÇÃO DA OFERTA DE SERVIÇOS E PROCEDIMENTOS

Este tópico tem por objetivo analisar o processo de estruturação da oferta de serviços e procedimentos por meio dos Programas Anuais de Saúde referentes aos anos de 2015, 2016, 2017; e os Relatórios Anuais de Gestão de 2015, 2016 e 2017, além de dados obtidos por meio da Lei n.º 12.527/2011 – LAI, conforme apresentado anteriormente neste trabalho.

O processo de implantação do atendimento à população LGBT conforme previsto no Plano Operativo (2014-2015) foi incluído no Plano Anual de Saúde de 2015 e prevê a estruturação de serviços e ações na região central de São Paulo, pertencente à CRS Centro e sob a gestão da Coordenadoria da Atenção Básica.

As metas e ações referentes a 2015 constam no Quadro 6, definidas em quatro eixos, conforme aprovado no CMS e CMADS.

Quadro 6 – Metas e ações para saúde da população LGBT – Plano e Relatório Anual de 2015

EIXO	METAS	AÇÕES	CONCLUÍDAS 2015	EIXO	METAS	AÇÕES	CONCLUÍDAS 2015
<b>1 - ACESSO DA POPULAÇÃO LGBT À ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE</b>				<b>2 - PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE PARA A POPULAÇÃO LGBT</b>			
1.1- Promoção da saúde e universalidade do acesso	Ampliar em 30% a presença de população LGBT nas 9 (nove) UBS da CRS Centro, participantes do projeto	Implementar acolhimento nas 09 (nove) UBS, capacitar as equipes das UBS quanto a esta temática, proporcionar espaços de discussão e agendar visitas da equipe de saúde em campo à população LGTBTT	Implementado acolhimento nas 9 UBS programadas e definida a UBS Santa Cecília como unidade de referência para o tratamento transexualizador quando necessário		Adequar os sistemas de informação em saúde para incluído nome social da população LGBT, visando caracterizar esta população quanto à orientação sexual e identidade de gênero	Acordar junto a ATTI a inclusão de nome social desta população no SIGA-Saúde	Campo para inclusão da variável "Nome social" inserido no SIGA-Saúde
1.2 - Atenção à saúde mental	Assegurar em 09 (nove) UBS da região central trabalhadores qualificados em saúde mental para atendimento da população LGBT	- Elaborar e desenvolver Projeto de Capacitação	Projeto elaborado e sendo desenvolvido continuamente	<b>3 - EDUCAÇÃO PERMANENTE E EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE COM FOCO NA POPULAÇÃO LGBT</b>			
		- Produzir material de apoio pedagógico	Produziu material pedagógico para a capacitação	<b>3.1- Formação e capacitação dos profissionais de saúde</b>	Concretizar a inclusão da temática da diversidade sexual nas ações de Educação Permanente (conforme o previsto na grade de programação)	Incluir em todas as atividades de educação permanente o tema da diversidade sexual	Adequação gradual dos conteúdos frente a essa temática (Não concluída integralmente)
		- Capacitar os profissionais em saúde mental para atuarem em UBS com esta população específica	Desenvolveu ações de capacitação contínuas junto a equipe multiprofissional, incorporando os profissionais das unidades da CRS Centro (Não concluída integralmente)				Produzir os referidos programas, em conjunto com a CESCO e E.M.S.
1.3- Prevenção de agravos prevalentes	Ampliar em 30% a realização de testagem rápida para HIV, sífilis e hepatite no intervalo de 12 meses	- Assegurar insumos necessários para realização de teste rápido,	Insumos disponibilizados para a realização do teste rápido	<b>3.2- Ensino à distância</b>	Inserir a temática da diversidade sexual nos programas veiculados pela Rede TV SP Saudável (Canal Profissional e Canal Cidadão) (04 - quatro - ações no período de um ano).	- Realizar gravação e edição	Realizada gravação e edição.
		Implantar rotina orientada para realização de teste rápido sem necessidade de agendamento e com horários flexíveis nas UBS	Rotina implantada para realização de teste rápido sem necessidade de agendamento e com horários flexíveis nas UBS				
		Estabelecer, em conjunto com o Programa de DST/aids, rotina de realização de exames para além dos limites físicos das UBS em áreas de maior vulnerabilidade	Rotina implantada para realização de exames para além dos limites físicos das UBS em áreas de maior vulnerabilidade	<b>3.3- Elaboração de material educativo</b>	Elaborar, produzir, imprimir e utilizar como material educativo em processos de EP (2.000 cartilhas)	Organizar, selecionar dentro da temática os principais assuntos a serem abordados, publicar e divulgar material educativo.	Publicado e divulgado materiais educativos no link: <a href="https://issuu.com/pm.dst aids.sp">https://issuu.com/pm.dst aids.sp</a>
1.4 Atenção integral à saúde transvestis e transexuais.	Adequar duas UBS (República e Santa Cecília) para prescrever e acompanhar as travestis e transexuais que desejam fazer uso de terapia hormonal, na região central de S. Paulo.	Capacitar dois profissionais médicos quanto a hormonioterapia,	Capacitado 1 profissional médico na UBS Santa Cecília. (Não concluída integralmente)	<b>4 - MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DA SAÚDE PARA A POPULAÇÃO LGBT</b>			
		- Orientar o processo de aquisição de hormônios mediante protocolo estabelecido	Orientação técnica realizada para instruir processo de aquisição de hormônios	Realizar ações para mobilização pré-saúde da população LGBT, por meio do envolvimento do CMS/SMS, Conselho Municipal de Atenção à Diversidade Sexual/SMDHC, entre outros, com vistas ao monitoramento e avaliação conjunta da Política de Atenção à Saúde Integral da População LGBT no MSP	- Designar representação da SMS no Comitê de Diversidade Sexual	Mantida duas representações no Conselho Municipal de Políticas para População LGBT.	
		- Assegurar a orientação e acompanhamento dos profissionais da saúde mental (psicólogos e psiquiatras) para acompanhamento dos casos	Orientação técnica realizada acompanhamento dos profissionais da saúde mental para acompanhamento dos casos		Incentivar espaços de discussão sobre esta temática no CMS e em outras instâncias.	Dada a complexidade da estrutura da SMS não foi possível difundir a discussão sobre esta Política em todos os espaços desegados, o que se pretende fazer gradualmente. No entanto, obtivemos aprovação para o desenvolvimento das ações referentes a esta temática no CMS. Média (Não concluída integralmente)	

Fonte: Plano Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão de 2015. Contém grifos e adaptações a partir da análise do autor, sendo que as ações concluídas que se encontram em negrito não foram concluídas em sua integralidade.

Assim, a partir da análise do Plano Anual de Saúde de 2015, observa-se que as ações preveem: a implementação do acolhimento em todas as UBS da CRS Centro; a qualificação dos profissionais da saúde mental; ações de prevenção e controle de HIV, sífilis e hepatite; a capacitação de dois médicos endocrinologistas para a implementação do programa de hormonioterapia em duas UBS (UBS República e UBS Santa Cecília); a adequação de sistemas de *software* para efetivação do direito ao uso do nome social; inclusão da temática nas atividades de capacitação e educação permanente; elaboração de material educativo; e o monitoramento das ações em conjunto com a sociedade civil.

Com base no Relatório Anual de Gestão de 2015, que apresenta o cumprimento das metas e ações, verifica-se que:

- (a) Houve a viabilização à promoção do acesso à saúde em todas as UBS, existentes naquele período no território da CRS Centro, por meio do acolhimento e respeito à orientação sexual e identidade de gênero;
- (b) Foram realizadas ações de sensibilização e capacitação com os profissionais da saúde mental e a produção de material pedagógico, mas sem a conclusão efetiva do processo de capacitação;
- (c) As ações de prevenção e controle de HIV, sífilis e hepatite priorizaram a flexibilidade da realização de testes rápidos de DST/Aids sem a necessidade de agendamento e ações extramuros, com foco em áreas de vulnerabilidade;
- (d) As ações do eixo de atenção integral à saúde de travestis e transexuais foi parcialmente contemplada, com a estruturação do serviço apenas na UBS Dr. Humberto Pascalli – Santa Cecília, pois houve a capacitação apenas de uma médica endocrinologista;<sup>1</sup>
- (e) Foi realizada a adequação do *software*, do Sistema Integrado de Gestão da Assistência à Saúde – SIGA, a fim de atender os requisitos legais do direito ao nome social;
- (f) Houve a inclusão parcial da temática em processos de capacitação e educação permanente de profissionais;
- (g) Houve a produção e veiculação de programas educativos na Rede de TV SP Saudável, destinada a profissionais de saúde e usuários;

---

<sup>1</sup> Dados obtidos por meio da Lei de Acesso à Informação, fornecidos pela SMS em 29/06/2017, às 14h05, por meio de correio eletrônico.

- (h) Foi realizada a publicação de cartilha educativa; e
- (i) Houve a manutenção da representação da SMS junto ao CMADS, a fim de propiciar as ações de monitoramento da política junto à sociedade civil.

Nota-se, portanto, que apesar da viabilização do acesso em todas as UBS e da promoção de ações de capacitação e de educação permanente, houve ampla centralidade no conjunto de ações referentes ao Programa de DST/Aids, sendo que as ações destinadas às especificidades da população de travestis e transexuais mantiveram a perspectiva apresentada no edital de consulta pública, com a oferta de assistência psicológica e hormonioterapia. A oferta de hormonioterapia iniciou-se em outubro de 2015, mas sem o cumprimento efetivo da meta proposta. As demais UBS da CRS Centro deveriam acolher essa população e encaminhar para a UBS referenciada, conforme definido pelo fluxo de encaminhamentos:

- (a) O primeiro acesso deve ocorrer junto à UBS de referência, com o acolhimento e respeito à identidade de gênero, a fim de emitir o cartão do SUS com o nome social;
- (b) A equipe de saúde deve acolher e avaliar as demandas em saúde e promover sua atenção;
- (c) O médico clínico geral deve realizar consulta para os cuidados e solicitar os exames, estabelecidos pelo protocolo de hormonioterapia;
- (d) Os profissionais de saúde mental devem acolher as demandas e prestar a assistência necessária, com a emissão de parecer psicológico para a retificação do nome (caso solicitado pelo (a) usuário (a)) e favorável à hormonioterapia;
- (e) O encaminhamento médico deve ocorrer para a especialidade de endocrinologia da UBS referenciada, e deve constar o CID F 64; e
- (f) Deve-se realizar a orientação ao usuário(a) sobre os efeitos dos hormônios, com a assinatura do Termo de Esclarecimento e Responsabilidade sobre Terapia Hormonal.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Dados obtidos por meio da Lei de Acesso à Informação, fornecidos pela SMS em 29/06/2017, às 14h05, por meio de correio eletrônico. Os exames definidos no protocolo são os seguintes: glicemia; colesterol total e frações; Na; K; ureia; creatinina; CPK; proteína C ativada e proteína S; TGO; TGP; hemograma; LH/FSH; testosterona (total e livre); estradiol; prolactina; e coagulograma, além dos seguintes exames específicos para mulheres transexuais e travestis: PSA (para as acima de 50 anos de idade); USG de mama; e densitometria óssea. Para os homens transexuais, USG de mama; densitometria óssea; e USG pélvico ou transvaginal.

O fluxo de encaminhamentos foi definido a partir do protocolo de hormonioterapia, elaborado pelo Comitê Técnico que foi instituído pela Portaria n.º 705/2014, conforme apresentado no tópico anterior. Segundo a gestora da política na CRS Centro, Salete Amador (2016), a oferta no ano de 2015 centrou-se na população beneficiária do Programa Transcidadania, sem respeitar, nesse momento, o princípio da territorialização.

A partir dos critérios definidos, nota-se que a promoção do acesso à população de travestis e transexuais visa ao respeito à identidade de gênero e orientação sexual, por meio da assistência às demandas em saúde, que não envolvem o processo transexualizador, a serem ofertados na UBS, incluindo atenção aos cuidados da saúde mental.

Além da assistência psicológica, há a promoção, caso solicitada pelo usuário(a), do acesso à mudança de nome civil, pois essa demanda era presente nos serviços de saúde antes da decisão do STF,<sup>3</sup> que reconheceu o direito à mudança do nome civil a partir da autodeclaração.<sup>4</sup> Por sua vez, a oferta de hormonioterapia está condicionada a validação da identidade de gênero, por meio da emissão de parecer psicológico, o que atende ao viés das concepções médicas e da política nacional.

A partir de 2015, a compra e a oferta do hormônio masculino testosterona undecanoato 250 mg/ml solução injetável; e dos hormônios femininos ciproterona 50 mg comprimido e estradiol valerato 2 mg comprimido foram regulamentadas pela Portaria n.º 2.190/2015 da SMS, que regula a política de dispensa de medicamentos a ser ofertada pela assistência farmacêutica – e foi disponibilizada junto à farmácia da UBS Santa Cecília.

O Relatório Anual de Gestão de 2015 foi aprovado pelo CMS por meio da Resolução n.º 18, de 15 de dezembro de 2016, sem ressalvas quanto às metas e ações da política de saúde LGBT. Já o Plano Anual de Saúde, com planejamento das metas e ações previstas para 2016, foi aprovado por meio da Resolução n.º 001/2016, de 18 de fevereiro de 2016. Ele prevê as seguintes ações, que constam do Quadro 7.

---

<sup>3</sup> Sobre essas demandas, verificar o segundo capítulo desta dissertação e a tese de doutorado *Vidas que desafiam corpos e sonhos: uma etnografia do construir-se outro no gênero e na sexualidade*, de Flávia Teixeira (2009).

<sup>4</sup> Em 1.º de março de 2018, o STF reconheceu a Ação Direta de Inconstitucionalidade n.º 4.275, vinculando o direito à mudança do nome civil a partir da autodeclaração.

Quadro 7 – Metas e ações para saúde da população LGBT – Plano e Relatório Anual de 2016

	Metas	Ações	Concluídas 2016
<b>Eixo 1 - ACESSO DA POPULAÇÃO LGBT À ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE</b>			
<b>1.1- Promoção da saúde e universalidade do acesso</b>	Ampliar em 30% a presença de população LGBT nas 9 (nove) UBS da CRS Centro, participantes do projeto	Realizar encontros com grupos organizados da população LGBT, existentes na região, para captação deste segmento para as UBS de referência. Locais possíveis de concentração: “Centro de Referência de Diversidade”, SAE DST/Aids, etc.	Realizado pela CRS Centro encontros com grupos organizados da população LGBT e em especial com lideranças do segmento de travestis e transexuais participantes do Programa Transcidadãnia
<b>1.2 - Atenção à saúde mental</b>	Assegurar em 09 (nove) UBS da região central trabalhadores qualificados em saúde mental para atendimento da população LGBT	Identificar profissionais com perfil para atuar com o segmento LGBT nas UBS da região central	Identificado e inserido nos processos de trabalho profissionais com perfil para atuar junto a população LGBT, incluindo três trabalhadores transexuais que hoje atuam nas unidades da região Centro
		Realizar encontros com as equipes NASF e psicólogos para organizar os serviços nas demais CRS	Encontros com equipes de NASF em especial psicólogos são realizados mensalmente em parceria com o CRT de DST/AIDS da SES
		- Capacitar os profissionais em saúde mental para atuarem em UBS com esta população específica	Realizada capacitação de profissionais das UBS junto ao Centro de Cidadania LGBT Arouche em substituição a Escola Municipal de Saúde, devido a especificidade do assunto e expertise dos capacitadores que atuam no Centro de Cidadania
<b>1.3- Prevenção de agravos prevalentes</b>	Ampliar em 30% a realização de testagem rápida para HIV, sífilis e hepatite no intervalo Conforme informado pela de 12 meses	Manter a disponibilização de insumos em quantidade necessária para realização de teste rápido	Insumos estão disponibilizados para a realização do teste rápido, bem como implantada rotina para realização da checagem sem necessidade de agendamento e com horários flexíveis nas UBS
		Elaborar relatórios analíticos sobre a efetividade das ações propostas de realização de teste rápido, sem necessidade de agendamento e com horários flexíveis nas UBS, a partir do monitoramento e avaliação destas ações	Relatórios e monitoramento são elaborados pela Coordenação de DST/AIDS
		Manter, em conjunto com o Programa de DST/aids, rotina de realização de exames para além dos limites físicos das UBS em áreas de maior vulnerabilidade	Rotina implantada para realização de exames em unidades móveis para além dos limites físicos das UBS em áreas de maior vulnerabilidade

continua

conclusão

1.4 Atenção integral à saúde travestis e transexuais.	Adequar duas UBS (República e Santa Cecília) para prescrever e acompanhar as travestis e transexuais que desejam fazer uso de terapia hormonal, na região central de S. Paulo.	Monitorar as ações desenvolvidas, de acordo com o protocolo estabelecido e desenvolver ações de intervenção se necessário	As ações desenvolvidas são monitoradas por equipe multidisciplinar de interlocutores da região central
		Identificar novos profissionais médicos para atender usuários que desejam iniciar ou dar continuidade ao uso da terapia hormonal.	Realizado encontros e identificado profissionais médicos que demonstraram interesse em atuar no tratamento hormonal de travestis e transexuais sendo capacitados em parceria com o CRT de DST/AIDS da SES. Foi incorporado ao processo médicos de outras regiões de saúde.
		- Assegurar a orientação e acompanhamento dos profissionais da saúde mental (psicólogos e psiquiatras) para acompanhamento dos casos	Orientação técnica realizada acompanhamento dos profissionais da saúde mental para acompanhamento dos casos
<b>2-PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE PARA A POPULAÇÃO LGBT</b>			
Adequar os sistemas de informação em saúde para inclusão do nome social da população LGBT, visando caracterizar esta população quanto à orientação sexual e identidade de gênero		Incluir no SINAN, o campo “nome social”, em parceria com a COVISA/MS	<b>Enviado ofício a esfera estadual do SUS solicitando a criação do campo “nome social” junto a esfera federal.</b> <b>Ação Abandonada devido a impossibilidade de execução por ultrapassar os limites técnicos da gestão municipal</b>
		Disponibilizar placas nas unidades de saúde com a informação sobre a necessidade de respeitar o nome social, em parceria com a CESCO	A CESCO informa que placas foram confeccionadas, serão distribuídas nas Coordenadorias de Saúde e instaladas nas Unidades até o final de 2016
<b>3. EDUCAÇÃO PERMANENTE E EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE COM FOCO NA POPULAÇÃO LGBT</b>			
3.1- Formação e capacitação dos profissionais de saúde	Concretizar a inclusão da temática da diversidade sexual nas ações de Educação Permanente (conforme o previsto na grade de programação	Dar continuidade a inclusão do tema da diversidade sexual nas atividades de educação permanente (rodas de conversa, fóruns de discussão, entre outros).	Estimulada a inclusão do tema diversidade, identidade de gênero e orientação sexual nos espaços de discussão, rodas de conversas e capacitação dos profissionais.
3.2- Ensino à distância	Inserir a temática da diversidade sexual nos programas veiculados pela Rede TV SP Saudável (Canal Profissional e Canal Cidadão) (04 - quatro - ações no período de um ano).	Avaliar a receptividade dos programas junto à população-alvo, a partir questionário previamente elaborado para este fim	<b>A ação necessita de uma possível parceria junto a instituições acadêmicas, não foi possível realizar este contato e viabilizar a pesquisa</b> <b>Ação abandonada</b>
		Realizar gravação e edição de novos programas;	Programas produzidos e divulgados. Realizada gravação e edição e veiculação na Rede São Paulo Saudável.
		Manter a veiculação de programas sobre o tema da diversidade sexual, em conjunto com a CESCO	Programação mantida e veiculada nos canais de comunicação da SMS
3.3- Elaboração de material educativo	Elaborar, produzir, imprimir e utilizar como material educativo em processos de EP (2.000 cartilhas)	<b>Meta atingida em 2015</b>	
<b>2-PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE PARA A POPULAÇÃO LGBT</b>			
Realizar ações para mobilização pró-saúde da população LGBT, por meio do envolvimento do CMS/SMS, Conselho Municipal de Atenção à Diversidade Sexual/SMDHC, entre outros, com vistas ao monitoramento e avaliação conjunta da Política de Atenção à Saúde Integral da População LGBT no MSP		<b>Ação abandonada</b>	

Fonte: Plano Anual de Saúde de 2016. Contém grifos e adaptações a partir da análise deste autor.

Com base no Plano Anual de Gestão de 2016, observa-se a manutenção das metas anteriores; mas com a readequação de algumas ações, que preveem: a divulgação à população LGBT da UBS referenciada no território; a continuidade de capacitação com os profissionais da saúde mental e a identificação de novos profissionais, para atuar com a população-alvo da política; a manutenção das ações do Programa DST/Aids; as ações de monitoramento e avaliação; a capacitação de novos médicos para a prescrição de hormonioterapia; a previsão de inclusão do nome social no Sistema de Agravos e Notificação – SINAN; a confecção de placas sobre o respeito ao uso do nome social; e a continuidade de ações de capacitação e educação permanente e produção e veiculação de vídeos na Rede de TV São Paulo Saudável, com a inclusão da ação de avaliação sob a receptividade dos programas. Como não houve nova redefinição da meta de elaboração de material educativo, foi a mesma dada como “meta atingida”. Ações de monitoramento e avaliação conjuntas à sociedade civil foram, por seu turno, abandonadas.

Com base no Relatório Anual de Gestão de 2016, que apresenta as ações realizadas e o cumprimento das metas, verifica-se que:

- (a) O processo de referenciação das UBS na promoção à saúde contou com ações que visaram à divulgação dos serviços junto às lideranças sociais;
- (b) No campo da atenção à saúde mental, deu-se continuidade às ações de capacitação e orientação técnica aos profissionais de saúde mental; e identificação de profissionais afins com a temática; além disso, houve a promoção mensal do Encontro Técnico de Psicólogos, que conta com a participação dos profissionais da SMS; de todas as CRS; e da SMDHC;
- (c) Houve a continuidade das ações de testes rápidos de DST/Aids, com enfoque em ações externas;
- (d) Houve a capacitação de alguns médicos sobre a prescrição de hormonioterapia, pertencentes a várias CRS;<sup>5</sup>
- (e) Houve a efetivação do direito ao uso do nome social, que ocorreu com a adequação do *software*, acrescida de ações de divulgação;
- (f) Houve a estimulação de abordagem da temática junto aos espaços de discussão, rodas de conversas e capacitação dos profissionais; a continuidade de veiculação dos programas na Rede de TV São Paulo

---

<sup>5</sup> Dados obtidos por meio da Lei de Acesso à Informação, fornecidos pela SMS em 29/06/2017, às 14h05, por meio de correio eletrônico.

Saudável voltados à profissionais e usuários; e o abandono da ação de avaliação sobre a receptividade dos programas junto à população-alvo;

- (g) Houve a participação social dos usuários junto aos serviços, com ações junto aos Conselhos Gestores das UBS, mas com o abandono da meta de participação social LGBT junto ao CMS.

Nesse período, a oferta de hormonioterapia, apesar da capacitação de novos médicos, ficou centralizada na UBS Dr. Humberto Pascalli – Santa Cecília, sendo o atendimento realizado apenas por uma médica endocrinologista.

O Relatório Anual de Gestão de 2016 ainda aguardava aprovação pelo CMS até a conclusão desta dissertação, e o Plano Anual de Saúde, com planejamento das metas e ações previstas para 2017, havia sido reelaborado pela gestão do prefeito João Dória, ainda sem aprovação junto ao CMS. O Plano prevê as metas e ações que constam no Quadro 8.

Quadro 8 – Metas e ações para saúde da população LGBT – Plano e Relatório Anual de 2017

	Metas	Ações	Concluídas 2017
<b>1 - ACESSO DA POPULAÇÃO LGBT À ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE</b>			
<b>1.1- Promoção da saúde e universalidade do acesso</b>	Ampliar em 30% a presença de população LGBT nas 9 (nove) UBS da CRS Centro, participantes do projeto		Atendimento da população LGBT mantido nas 9 UBS da CRS Centro. Todas as unidades básicas da CRS Centro atendem a população LGBT. Todas foram sensibilizadas para o atendimento a esta população, desde 2016. Atualmente, estamos atualizando estas sensibilizações. Uma importante estratégia tem sido realizar as sensibilizações no horário das reuniões de equipe para não impactar o cotidiano das unidades de saúde. O parceiro, que realiza as sensibilizações, é a Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania por meio dos técnicos do Centro de Cidadania LGBT da região central.
<b>1.2 - Atenção à saúde mental</b>	Assegurar em 9 (nove) UBS da região central trabalhadores qualificados em saúde mental para atendimento da população LGBT		Projetos foram desenvolvidos com ações educativas voltados aos profissionais de saúde mental para atuarem em UBS com esta população
<b>1.3- Prevenção de agravos prevalentes</b>	Ampliar em 30% a realização de testagem rápida para HIV, sífilis e hepatite no intervalo de 12 meses	<b>Meta atingida em 2015</b>	
<b>1.4 Atenção integral à saúde travestis e transexuais.</b>	Adequar duas UBS (República e Santa Cecília) para prescrever e acompanhar as travestis e transexuais que desejam fazer uso de terapia hormonal, na região central de S. Paulo.	Readequada a: Capacitar equipe de saúde do ambulatório de especialidade da Freguesia do Ó quanto aos procedimentos para a realização de hormonioterapia, bem como sensibilizar UBS do território	O Ambulatório de hormonização para população transexual foi implantado no AE Freguesia do Ó, com fluxo compartilhado com as UBS da CRS Norte em outubro de 2017
		Capacitar médicos interessados na realização de hormonioterapia, para a ampliação do acesso à população trans e das referências neste procedimento	<b>Não realizada</b>

continua

conclusão

2 - PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE PARA A POPULAÇÃO LGBT			
Adequar os sistemas de informação em saúde para inclusão do nome social da população LGBT, visando caracterizar esta população quanto à orientação sexual e identidade de gênero	Disponibilizar placas nas unidades de saúde com a informação sobre a necessidade de respeitar o nome social, em parceria com a CESCO	Foram produzidos cartazes de orientação quanto ao respeito do nome social pela Coordenação de DST/Aids – Gabinete	
3 - EDUCAÇÃO PERMANENTE E EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE COM FOCO NA POPULAÇÃO LGBT			
<b>3.1-Formação e capacitação dos profissionais de saúde</b>	Concretizar a inclusão da temática da diversidade sexual nas ações de Educação Permanente (conforme o previsto na grade de programação)	Incluir em todas as atividades de educação permanente o tema da diversidade sexual	Estão sendo discutidas a temática LGBT com a Saúde do Idoso, Saúde da Mulher, Saúde da População de Rua para integração das ações de formação e assistência.
<b>3.2- Ensino à distância</b>	Inserir a temática da diversidade sexual nos programas veiculados pela Rede TV SP Saudável (Canal Profissional e Canal Cidadão) (04 - quatro - ações no período de um ano).	<p>Meta atingida em 2015</p> <p>Devido a contenções orçamentárias, não foi renovado o contrato da empresa de produção multimídia, inviabilizando a produção e divulgação do material programado</p>	
<b>3.3- Elaboração de material educativo</b>	Elaborar, produzir, imprimir e utilizar como material educativo em processos de EP (2.000 cartilhas)	<p>Meta atingida em 2015</p>	
4 - MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DA SAÚDE PARA A POPULAÇÃO LGBT			
Realizar ações para mobilização pró-saúde da população LGBT, por meio do envolvimento do CMS/SMS, Conselho Municipal de Atenção à Diversidade Sexual/SMDHC, entre outros, com vistas ao monitoramento e avaliação conjunta da Política de Atenção à Saúde Integral da População LGBT no MSP		Criado comitê Técnico da Política Municipal LGBT	

Fonte: Plano Anual de Saúde de 2017. Contém grifos e adaptações a partir da análise deste autor.

Com base no Plano Anual de Saúde 2017, houve a reprogramação das ações que previam a implantação de hormonioterapia no Ambulatório de Especialidades da Freguesia do Ó (AMB E Freguesia do Ó), pertencente à CRS Norte; a produção de cartazes informativos sobre o direito ao uso do nome social e a manutenção de inclusão da temática em todas as atividades de capacitação e educação permanente; e o processo de implementação da oferta de hormonioterapia no AMB E da Freguesia do Ó, o que incluiu: ações de capacitação com equipe de saúde; e a sensibilização das UBS do território. Para as demais metas, não houve reprogramação de ações ou foram dadas como metas atingidas.

Com base no Relatório Anual de Gestão de 2017, que apresenta as ações realizadas e o cumprimento das metas, verifica-se que:

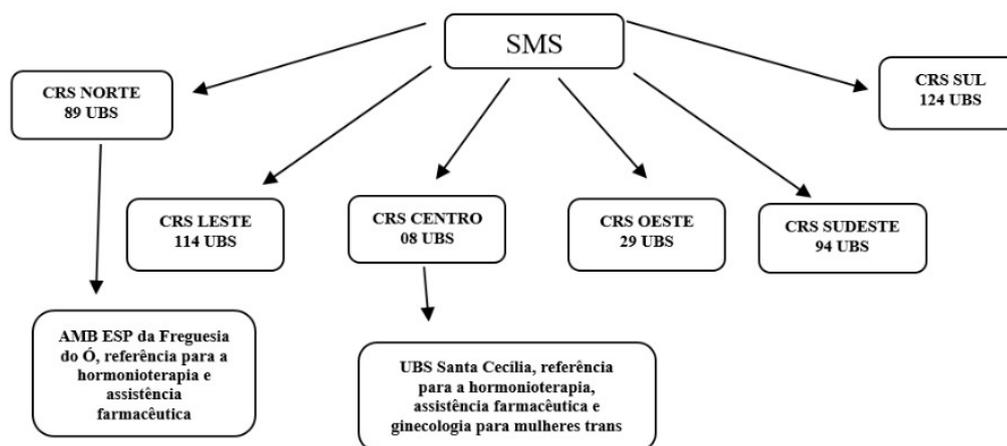
- (a) Houve a manutenção do atendimento à população nas nove UBS da CRS Centro, com a previsão de reatualização das ações de sensibilização;
- (b) Referente à atuação em saúde mental, foram concluídos os projetos de sensibilização e capacitação para os profissionais da saúde mental, das nove UBS;
- (c) Houve a instalação do AMB E Freguesia do Ó, em outubro de 2017;

- (d) As ações de capacitação e educação permanente deram-se por meio das interfaces com a saúde do idoso, saúde da mulher e da população em situação de rua, com manutenção Encontro Técnico de Psicólogos – mas com o fim da veiculação dos programas na Rede de TV São Paulo Saudável, devido a contenções orçamentárias; e
- (e) No âmbito da participação social, a fim de fortalecer o monitoramento e avaliação da política municipal, foi criado o Comitê Técnico da Política Municipal LGBT.

A implantação do AMB E Freguesia do Ó, segundo Ciccone et al. (2018), contou com a parceria do Centro de Cidadania LGBT Luana Barbosa dos Reis, da região norte, que realizou a capacitação dos profissionais da STS para serem multiplicadores. Houve a sensibilização dos gerentes e de um multiplicador, de cada UBS da região, para aplicar a capacitação em sua UBS e a manutenção do fluxo, a partir do protocolo de hormonioterapia, mantendo o acesso via UBS de referência “com a disponibilidade de 01 vaga semanal específica para o atendimento inicial de usuários (as) do programa de acompanhamento em terapia hormonal”, com uma médica endocrinologista (p. 4) e com a dispensa dos hormônios pela farmácia do próprio serviço referenciado.

Portanto, até setembro de 2018, esta pesquisa constatou a seguinte rede de oferta de atendimento à população de travestis e transexuais, no âmbito da política municipal:

Figura 1 – Organograma da cobertura municipal – Referência: setembro de 2018



Fonte: o próprio autor.

Portanto, a oferta de atendimento à população trans, no município de São Paulo, a partir da construção e pactuação da Política Municipal de Saúde Integral LGBT, até setembro de 2018, tem-se centrado em ações de sensibilização, capacitação e educação

permanente, a fim de prover a promoção da saúde por meio do acesso às UBS, o que inclui a oferta de atenção à saúde mental e a emissão de pareceres e laudos, como forma de acesso ao processo transexualizador. Ademais, a oferta de procedimentos e serviços no âmbito do processo transexualizador tem-se centrado na oferta de hormonioterapia.

Com base nos dados obtidos por meio da Lei de Acesso à Informação, os números de usuários atendidos na oferta de hormonioterapia foram:

Tabela 2 – Número de atendimentos na UBS Santa Cecília – CRS Centro

	2015 (após outubro)	2016	2017	2018 (até abril)
Mulheres transexuais e travestis	16	94	95	37
Homens transexuais	21	113	120	45
Totais	37	207	215	82
			Total geral:	541

Fonte: Lei de Acesso à Informação.

Dessa maneira, a oferta de hormônio tem sido restrita atualmente à CRS Centro e à CRS Norte, contemplando apenas 98 UBS das 361 existentes no município de São Paulo.

A CRS Centro, de 2015 a 2018, ofertou hormonioterapia 541 pessoas trans, sendo, na maioria, homens transexuais, e a CRS Norte ainda não possuía os dados de atendimento.

Na UBS Cecília, o atendimento é realizado por uma equipe multidisciplinar, composta por: enfermeiro, endocrinologista, psicólogo, ginecologista (para o atendimento às mulheres transexuais com neovagina), nutricionista e farmacêutica. No AMB E Freguesia do Ó, por enfermeiro, endocrinologista, psicólogo e farmacêutica.

#### 4.6 OS DESAFIOS AO ATENDIMENTO MUNICIPAL À SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO TRANS

A construção da política municipal configura-se um marco no atendimento à população trans no município de São Paulo, que ocorreu em um contexto histórico favorável, com a incorporação de militantes ao quadro de técnicos da CADS; e pela gestão

do prefeito Fernando Haddad. No processo de construção, verificou-se a preocupação do GT em atender às deliberações da Conferência Municipal de 2011, bem como em conhecer as demandas da população no território da CRS Centro, onde a política foi implantada inicialmente.

Nesse contexto, o GT apresenta, no Relatório de Implantação, a concepção de saúde integral condizente com os princípios do SUS, a fim de propiciar o atendimento à atenção integral de travestis e transexuais, o que inclui serviços e ações de caráter universal em todos os níveis de atenção, que visem ao atendimento às demandas cotidianas em saúde e às demandas específicas do processo transexualizador.

Entretanto, no diálogo com a sociedade civil, foi notável que o plano não atendia às necessidades reais da população, com ampla centralização nas ações de DST/Aids e exclusividade da oferta de hormonioterapia no âmbito do processo transexualizador, além da centralidade das ações apenas na região central do município. Nesse contexto, a PMSP, por meio da SMS e SMDHC, não atendeu às reivindicações da sociedade civil.

No que se refere às metas e ações período de 2015-2017, período de estruturação da política, nota-se que:

- (a) Houve a busca por efetivar o acesso dessa população junto às UBS de referência, no território da CRS Centro;
- (b) As ações de atenção à saúde mental visaram à assistência psicológica, a fim de promover os cuidados com a saúde mental, mas também a promoção do acesso ao nome civil e ao processo transexualizador;
- (c) Houve a reconfiguração das ações do Programa de DST/Aids, apresentadas inicialmente como um eixo próprio no edital de audiência pública. As ações foram redefinidas no subeixo de “Prevenção de agravos prevalentes”, em caráter exclusivo;
- (d) A oferta de hormonioterapia na CRS Centro centrou-se apenas na UBS Santa Cecília, sem a implantação prevista do serviço na UBS República;
- (e) Houve a descentralização da oferta de hormonioterapia, com a implantação do serviço na AMB E da Freguesia do Ó, no âmbito da CRS Norte;
- (f) Houve adequações, ações e sensibilização para a efetivação do direito ao uso do nome social;
- (g) Houve a realização e ações de capacitação e educação permanente, que têm buscado a interface com outras políticas de saúde;

- (h) Houve ações com a intencionalidade de fortalecer a participação social;
- (i) Foi criado o Comitê Técnico da Política Municipal LGBT.

Atualmente, para além dos serviços de saúde do município, há também um centro de referência para população trans em relação a serviços especializados sob gestão estadual, centro este que é referência para a população de todo o estado. Trata-se do Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais – ASITT, do Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids – CRT-DST/Aids.

O serviço foi criado em 2009 como serviço de referência no acompanhamento na oferta de hormonioterapia; modulação vocal; e acompanhamento pré e pós-cirúrgico, com cobertura a todos os municípios do estado de São Paulo.

Segundo dados publicados por Maria Clara Gianna (2015), em seus primeiros cinco anos de funcionamento, o ASITT matriculou e acompanhou mais de 3 mil usuárias (os), sendo que cerca de 45% por cento desses foram oriundos de outras cidades do estado de São Paulo ou mesmo de outros estados. As ações envolvem: acolhimento, aconselhamento (adoção de medidas de autocuidado, redução de danos de hormonioterapia e ao uso do silicone industrial), além das especialidades de: clínico geral, endocrinologia, ginecologia, proctologia, urologia, psiquiatria, psicologia, serviço social e fonoaudiologia.

As principais demandas identificadas até 2015 no ASITT foram: terapia hormonal, cirurgia de redesignação sexual, colocação de prótese de mamas, feminilização da face, redução do pomo-de-adão, mastectomia masculinizadora, histerectomia e depilação a *laser* (GIANNA, 2015). O serviço identificou, ainda, complicações decorrentes do uso de silicone industrial, com o encaminhamento até aquele ano de cerca de 300 usuárias ao Hospital Estadual de Diadema. Segundo dados entre 2015 a 2018, foram acolhidas (os) os números de usuárias (os) constantes na Tabela 3.

Tabela 3 – Número de Atendimentos no ASITT – CRT-DST/Aids

Procedimentos: acompanhamento hormonal, atendimento clínico, atendimento pré e pós-operatório						
	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Mulheres transexuais	S/I	S/I	S/I	13	978	976
Travestis	S/I	S/I	S/I	69	69	0
Homens transexuais	S/I	S/I	S/I	251	566	0

Fonte: Lei de Acesso à Informação.

Observa-se, portanto, uma maior procura ao serviço, pela ordem: de mulheres transexuais, homens transexuais e travestis. Esses fatores podem estar interligados ao fato de o ASITT ser referência aos procedimentos cirúrgicos ofertados na rede de hospitais estaduais: Hospital Estadual Mário Covas, que realiza o procedimento cirúrgico de redesignação sexual a mulheres transexuais desde 2015; Hospital Estadual Geral da Pedreira, que realiza o procedimento cirúrgico de mamoplastia masculinizadora desde 2017; e o Hospital Estadual de Diadema, que realiza o acompanhamento a complicações em decorrência de prótese de silicone industrial em mulheres transexuais e travestis, procedimentos cirúrgicos referentes a complicações com o silicone industrial em travestis e transexuais e à mamoplastia masculinizadora em homens transexuais desde 2017, com dados apresentados na Tabela 4.

Tabela 4 – Número de procedimentos cirúrgicos nos hospitais sob a gestão estadual do governo de SP

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total	Lista de Espera
Hospital Estadual Mário Covas – construção de neoavagina a mulheres transexuais	*	*	8	12	12	16	48	365 <sup>1</sup>
Hospital Estadual Geral da Pedreira – cirurgias de mamoplastia masculinizadora a homens transexuais	*	*	*	*	34	18	48	S/I
Hospital Estadual de Diadema – cirurgias de mamoplastia masculinizadora a homens transexuais	*	*	*	2	12	11	25	S/I
Hospital Estadual de Diadema – cirurgias de próteses mamárias de silicone	6	7	8	15	23	22	81	S/I
Hospital Estadual de Diadema – consultas e acompanhamentos prótese de silicone	0	3	14	6	39	49	111	S/I

Fonte: Lei de Acesso à Informação; \* = o serviço não existia no período; <sup>1</sup> = informação concedida pelo ASITT.

A partir da Tabela 4, pode-se observar que o maior acesso aos procedimentos cirúrgicos é dos homens transexuais, com a realização de 73 procedimentos cirúrgicos de mamoplastia masculinizadora; seguidos pelas mulheres transexuais, com 48 procedimentos de redesignação sexual. Há também 192 procedimentos em decorrência do uso de silicone industrial.

O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP – HCFMUSP realiza, pelo Projeto Sexualidade – PROSEX, os procedimentos cirúrgicos de mamoplastia em homens transexuais; e de prótese de silicone industrial e de redesignação sexual a mulheres transexuais desde 1998. Segundo dados apresentados no I Encontro Brasileiro de Saúde Trans, em 2017:

- (a) Foram avaliados cerca de 400 pacientes autodeterminados transexuais;
- (b) Foram realizadas 112 cirurgias de transgenitalização em mulheres e homens transexuais, sem informação por gênero;
- (c) Foram realizados 326 outros procedimentos cirúrgicos;
- (d) Naquele período, havia 180 pacientes em acompanhamento hormonal e psicológico, para realizarem procedimentos cirúrgicos;
- (e) Havia 72 pacientes em psicoterapia e hormonioterapia agendados para procedimentos cirúrgicos até 2021;
- (f) Havia 140 pacientes aguardando triagem, pois os agendamentos para os processos cirúrgicos estão fechados desde 2015.

Há também o Ambulatório Transdisciplinar de Identidade de Gênero e Orientação Sexual – AMTIGOS, vinculado ao Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP – IPQHCFMUSP, que, até 2015, ofertava o atendimento ambulatorial a travestis e transexuais adultos. Após essa data, porém, apenas oferta o atendimento às crianças e adolescentes travestis e transexuais por meio de assistência psicológica e social, bloqueio hormonal e hormonioterapia a maiores de 16 anos. Os dados apresentados no I Encontro de Saúde Trans, em 2017, são demonstrados na Tabela 5.

Tabela 5 – Número de atendimentos – AMTIGOS

Atendidos pelo AMTIGOS com base em novembro/2017		
Crianças	60	Sendo que, naquele período, 4 estavam em bloqueio hormonal e 4 aguardavam avaliação.
Adolescentes	93	Sendo, que naquele período, 13 estavam em hormonioterapia e 4 aguardavam avaliação. Havia 1 indicação para a cirurgia.
Adultos	39	Ainda acompanhados pelo serviço, por terem se inserido antes de 2015: 22 usuárias (os) estavam operados e 90 aguardavam a cirurgia.

Fonte: I Encontro Brasileiro de Saúde Trans, de 1 a 4 de novembro, 2017.

Pela apresentação durante o evento, observou-se que a maioria da população adulta era composta por mulheres transexuais. Entre os adolescentes, havia paridade entre as identidades; e, entre as crianças, havia predominância de mulheres transexuais. Quanto a travestis, não houve identificação.

A pesquisa solicitou dados atualizados ao PROSEX e ao AMTIGOS, mas as informações repassadas eram de número de atendimentos, e não de usuários, pois, segundo o HCFMUSP, “a captura de dados em sistemas eletrônicos de registros de informações ainda não procedem por critérios relativos aos dados do indivíduo e sim pelo código de atendimento” (SPDOC HCFMUSP n.º 1263117/2018, p. 1). Isso demonstra a dificuldade de construção de dados sobre a população trans, em especial quanto às filas de espera para atendimentos e procedimentos, também verificada junto ao ASITT.

Há também o Núcleo de Estudos, Pesquisa, Extensão e Assistência à Pessoa Trans Professor Roberto Farina, vinculado à Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo – Unifesp, que oferta assistência psicológica desde 2017, mas que informou que não há prontuários eletrônicos, sendo impossível identificar o quantitativo de usuários (as), e informar via LAI.

Magalhães (2018), que entrevistou 20 pessoas trans, aponta que, mesmo após a implantação da política municipal, identificou-se que 70% dos entrevistados não fazem uso da atenção primária, com prevalência do acesso para as situações emergenciais, devido às principais questões: ter convênio, não ter residência fixa, não se identificar no serviço, não se ver como prioridade no serviço, não ter o que a pessoa trans necessita, não saber onde é a UBS, fazer tratamento integral no serviço especializado, sofrer transfobia, desconhecimento da rede por parte dos profissionais e demora para os agendamentos (p.

69). É possível identificar o desconhecimento sobre a oferta de atendimento psicológico e hormonioterapia em uma de suas entrevistadas:

Fui lá para trocar meu nome (nome social) no prontuário e eles me trataram bem. Perguntei na recepção se tinham endócrino e psicólogo e eles disseram que não [...]. Só vou quando passo mal, tenho gastrite [...]. Minha mãe faz tratamento lá na UBS, é diabética, vive lá, eu só vou se preciso fazer triagem quando passo mal. Não tem endócrino, não tem psicólogo [...] (T7, 21 anos). (MAGALHÃES, 2018, p. 68).

A partir do estudo da autora, é possível identificar o desconhecimento da rede e dos profissionais sobre o fluxo e encaminhamento da população trans, bem como questões relacionadas à orientação e promoção do acesso ao cartão do SUS, com o nome social. Há ainda a resistência de alguns profissionais em chamar os (as) usuários (as) pelo nome social, além das concepções cis-heteronormativas que implicam violações e desrespeito à identidade de gênero.

A XIX Conferência Municipal de saúde, realizada em março de 2018, apresenta as seguintes deliberações quanto à Política Municipal de Saúde Integral LGBT, no que concerne às demandas da população de travestis e transexuais (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, 2018, p. 30):

- (a) Ampliar, divulgar e fortalecer os protocolos de atendimento e rede de atenção para o público LGBT para a reposição hormonal, cirurgia para troca de gênero e próteses, bem como a linha de cuidado integral dessa população;
- (b) Qualificar a coleta do quesito raça/cor, identidade de gênero e orientação sexual nos sistemas de informação em saúde do SUS;
- (c) Prever e executar ações de combate ao machismo, patriarcado, LGBTfobia e racismo nos serviços de saúde;
- (d) Garantir que todos os profissionais do serviço de saúde de todas as regiões do município de São Paulo tenham equipe completa capacitada e sensibilizada ao acolhimento das diferenças;
- (e) Implantar grupos voltados para a população LGBT como política pública na atenção básica;
- (f) Descentralizar e ampliar os serviços de atendimento de saúde da população de transgêneros, incluindo tratamento hormonal, preferencialmente vinculado à Atenção Básica, bem como capacitar equipes multiprofissionais dos serviços de saúde para receber esta população.

Nesse sentido, considera-se que a atenção integral à população trans requer a vinculação dos princípios da integralidade, equidade e universalização, com a indicação das seguintes considerações:

- (a) A construção de dados sobre a população de travestis e transexuais no município de São Paulo, pois atualmente o *Saúde em dados*, que é produzido pela Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo), não apresenta dados referentes a identidade de gênero e orientação sexual, sendo necessária a identificação dessa população por territórios, uma vez que, segundo o Programa Transcidadania, o local de moradia dessa população em situação de vulnerabilidade está para além da região central e norte;
- (b) Promover o debate e a participação popular, no processo de expansão dos serviços, bem como propiciar o monitoramento e avaliação das ações, com a presença de representação popular LGBT no CMS e por meio da estruturação do Comitê Integral de Saúde LGBT;
- (c) A implementação da política em todas as 458 UBS do município, a fim de promover a acolhida, ações de prevenção e cuidado e o acesso aos demais serviços especializados a serem ofertados por territórios e com o acesso dessa população a qualquer médico endocrinologista, para a prescrição de hormônios, bem como acesso à farmácia;
- (d) A promoção de capacitações efetivas a todos os servidores e prestadores de serviços da SMS, a fim de reconhecer a identidade de gênero e a orientação sexual como determinações sociais da saúde;
- (e) A promoção do acesso com a orientação do direito ao uso do nome social, bem como sobre o acesso aos serviços que ofertam os procedimentos específicos do processo transexualizador;
- (f) A oferta dos procedimentos do processo transexualizador, para além da hormonioterapia e emissão de pareceres, tais como: o acompanhamento do processo pré e pós operatório; a oferta de fonoaudiólogos para a modulação vocal; o atendimento às crianças e adolescentes transexuais; o acesso à rede, para a realização de: enxerto e retirada de silicone, mastectomia e colocação de próteses; o atendimento ginecológico às mulheres transexuais e homens transexuais e o atendimento urológico aos homens trans;

- (g) Ampliação das ações de capacitação, sensibilização e educação permanente com os profissionais de saúde, a fim de efetivar a oferta dos procedimentos mencionados no item anterior;
- (h) A inclusão da prevenção e dos cuidados com a saúde mental, a fim de diminuir as incidências de suicídio em decorrência do sofrimento psíquico, por conta do preconceito e discriminação contra a identidade de gênero e orientação sexual;
- (i) A inclusão de ações de prevenção e cuidados, a fim de contribuir com a diminuição dos agravos prevalentes do uso de silicone industrial;
- (j) A regulamentação da política e do Comitê de Saúde LGBT, por meio de legislação municipal;
- (k) A destinação orçamentária específica para a política.

Portanto, a partir do debate apresentado nesta dissertação, a integralidade deve ser compreendida como ações de prevenção e recuperação da saúde, em uma perspectiva interdisciplinar que reconheça as necessidades dos sujeitos em sua totalidade, para além do caráter biomédico (ALMEIDA; WESTPHAL, 2001). Além disso, o princípio da integralidade deve dialogar em conjunto com o da equidade, por meio do combate às desigualdades (CECÍLIO, 2001). A equidade, por sua vez, dialoga com o princípio da universalidade, preconizado no artigo 197 da Constituição Federal, que prevê a “oferta desses serviços e ações de saúde a todos que dele necessitem, todavia, enfatizando as ações preventivas e reduzindo o tratamento de agravos”; de acordo com as especificidades.

Assim, a configuração da atual política municipal de São Paulo ainda se apresenta em processo de implementação com a oferta de ações e procedimentos fragmentados, que não atendem às reais necessidades da população trans nem a real dimensão da universalidade do acesso.

Para a sua universalidade, há necessidade de real efetivação a todos os serviços de saúde, com respeito à identidade de gênero e orientação sexual, o que inclui o efetivo acesso à atenção básica e o encaminhamento para o atendimento às necessidades/demandas específicas nos serviços referenciados no próprio território. Essas ações devem ser articuladas ao processo de participação social por meio dos conselhos gestores nas unidades dos serviços, e integradas ao CMADS e CMS, com a articulação intersetorial as demais políticas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do debate e análise desta dissertação, conclui-se que o debate sobre sexo, gênero e identidade de gênero é um campo de disputa político-ideológica nas ciências, sendo que o olhar das ciências médico-biológicas e de parte das ciências psi os definem em um campo psicopatológico, dada a distinção entre o sexo e o gênero, sendo o primeiro vinculado ao campo da biologia e o segundo, ao campo da construção social. Por outro lado, as ciências sociais e a psicologia social, por meio dos estudos focaultianos e parte dos estudos feministas, não renegam o caráter biológico do sexo, mas compreendem que, assim como o gênero, ele também é dotado de cultura.

Essas disputas político-ideológicas no campo da saúde têm implicações diretas na existência e no acesso à saúde da população de travestis e transexuais, que historicamente têm sido psicopatologizadas devido à soberania médico-biológica no campo da saúde e nas formulações das políticas públicas de saúde, além dos manuais de condutas médicas: *Manual de Diagnóstico e Estatísticos de Transtornos Mentais – DSM*, *Classificação Internacional de Doenças – CID*; e *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People – SOC*. Esses manuais, apesar de terem adotado, nos últimos anos, as perspectivas de *diagnóstico* como um viés de despatologização, têm o debate em torno de si centrado na perspectiva neoliberal estadunidense, que não tem caracterizado, de fato, a despatologização das identidades trans, mas apenas sua desvinculação dos transtornos mentais.

No Brasil, as concepções médico-biológicas sobre as transexualidades pautam-se nas concepções internacionais desde os primeiros estudos patológicos, com a adoção dos manuais de condutas médicas, que inspiraram as normatizações do CFM e, posteriormente, da política de saúde, por meio do processo transexualizador. A perspectiva médico-brasileira e a política de saúde excluíram a população de travestis até a sua redefinição e ampliação por meio da Portaria n.º 2.803, de 19 de novembro de 2013.

Em meio a esse contexto, os estudos etnográficos no campo das ciências sociais aproximaram-se das realidades múltiplas das travestis e transexuais brasileiras, compreendendo-as como identidades sócio-históricas, com particularidades de classe, raça, etnia e aspectos culturais distintos do modelo euro-americano. Essas concepções se aproximam das concepções dos movimentos sociais, que se fortaleceram após a década de 1980/1990 na conjuntura do HIV/Aids e passaram a organizar-se politicamente, tendo como principais pautas a visibilidade, as políticas públicas e a despatologização.

Nesse contexto de articulação política e social, a criação do BSH durante o governo Lula favoreceu parte das pautas do movimento, com a instituição da Política de Saúde Integral LGBT e do Processo Transexualizador. Entretanto, a perspectiva de atenção integral é incondizente com o viés patológico que requer a avaliação multidisciplinar de profissionais da saúde e a validação da identidade de gênero, para posteriormente validar o acesso aos procedimentos do processo transexualizador. Além disso, o acesso não tem sido equitativo e universal, dadas as disparidades de acesso aos serviços e procedimentos em território nacional.

Referente à Política Municipal de Saúde Integral LGBT, no município de São Paulo, sua concepção foi pioneira e contou, em partes, com a participação social. No processo de elaboração, houve a preocupação de atender às deliberações da Conferência Municipal LGBT de 2011. No entanto, a política não tem provido a atenção integral, dadas as características já apresentadas no tópico anterior, de que o acesso se tem centrado nas UBS da CRS Centro e CRS Norte, com a oferta única e exclusivamente da hormonioterapia.

A partir deste estudo, observaram-se seguintes necessidades para a Política de Saúde Integral LGBT no município de São Paulo, visando ao fortalecimento e ampliação da atenção integral à saúde da população de travestis e transexuais:

- (a) A necessidade de ampliar a política de capacitação permanente com os profissionais de saúde, a fim de promover o acesso à saúde integral em todas as UBS;
- (b) A necessidade de ampliar os serviços e o sistema de referência e contrarreferência entre distintos níveis de complexidade e procedimentos;
- (c) A necessidade de ampliação de serviços e recursos para atendimento da população das CRS Leste, CRS Sudeste, CRS Oeste;
- (d) A necessidade de garantir os princípios da integralidade, equidade e universalidade, prejudicados devido ao caráter focalizado da atual da política;
- (e) Considerar que o princípio da integralidade não dialoga com a o viés da patologização. Portanto, este trabalho se vincula politicamente à defesa do Projeto de Lei de Identidade de Gênero João W. Nery, com a mudança do nome civil a partir da autoidentidade e a realização dos procedimentos de transgenitalização a partir da assinatura de um Termo de Livre Consentimento;

- (f) A necessidade de ampliar o atendimento às travestis, já que a estrutura da saúde integral à população trans, no âmbito do processo transexualizador, está centrada nas mulheres transexuais e homens transexuais, com a exclusão das travestis de boa parte dos procedimentos.

Havemos também de pontuar a necessidade de resistências frente aos avanços da conjuntura neoliberal conservadora, que ameaça a manutenção das normativas construídas e se impõe como violadora às existências das vidas da comunidade LGBTQ+.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUILAR, M.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de serviços e programas sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.
- ALBUQUERQUE, P. C. **A educação popular em saúde no município de Recife-PE: em busca da integralidade**. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.
- ALMEIDA, E. S.; WESTPHAL, M. F. (Org). **Gestão de serviços de saúde: descentralização/municipalização do SUS**. São Paulo: EDUSP, 2001.
- ALMEIDA, G. Homens trans: novos matizes na aquarela das masculinidades? **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 513-523, 2012.
- \_\_\_\_\_. **Da invisibilidade à vulnerabilidade: percursos do “corpo lésbico” na cena brasileira face à possibilidade de infecção por DST e Aids**. Tese (Doutorado). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.
- AMADOR, S. M. **A implantação da hormonioterapia para a população das travestis e transexuais da região central de São Paulo**. In: XXIII Congresso de Gestores Municipais da Saúde do Estado de São Paulo, São Paulo, 2016.
- AMARAL, D. M. **A psiquiatrização da transexualidade: análise dos efeitos do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero nas práticas de saúde**. Dissertação (Mestrado). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ARÁN, M. **Transexualidade e políticas de saúde pública no Brasil**. In: Fazendo Gênero 8 – Corpo, Violência e Poder. Florianópolis, 25-28 ago. 2008.
- ARÁN, M.; AMARAL, D. **Relatório preliminar dos serviços que prestam assistência a transexuais na rede de saúde pública do Brasil**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2009.
- ARÁN, M.; AMARAL, D.; LIONÇO, T. Transexualidade e saúde pública no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1141-1149, 2009.
- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS [ANTRA]. **Mapa dos assassinatos de travestis e transexuais no Brasil em 2017**. [S.l.: s.n.], 2018.
- BEAVOUIR, S. **O segundo sexo: fatos e mitos**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.
- BENEDETTI, M. **Toda feita: o corpo e o gênero das travestis**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- BENTO, B. A. M. **O que é transexualidade?** São Paulo: Brasiliense, 2008.

BENTO, B. A. M. **Transviad@s**: gênero, sexualidade e direitos humanos. Salvador: EDUFBA, 2017.

\_\_\_\_\_. **A reinvenção do corpo**: sexualidade e gênero na experiência transexual. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

\_\_\_\_\_. PELÚCIO, L. Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 256, maio-ago. 2012.

BOSCHETTI, I. Avaliação de políticas, programas e projetos sociais. In: CFESS/ ABEPSS. **Serviço social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ ABEPSS, 2009. p. 575-593.

BUTLER, J. **Problemas de gênero**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

\_\_\_\_\_. Desdiagnosticando gênero. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 95-126, 2009.

\_\_\_\_\_. **Bodies that matter**: on the discursive limits of “sex”. New York: Roudedge, 1993.

\_\_\_\_\_. **Vida precaria**: el poder del duelo y la violencia. 306. Buenos Aires: Paidós, 2006.

BRASIL. Constituição (1988).

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Emenda Constitucional n.º 95. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. Lei n.º 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.

\_\_\_\_\_. Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. Lei n.º 12.527, de 18 de novembro de 2011 (Lei de Acesso à Informação). Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei n.º 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei n.º 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei n.º 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. Portaria n.º 880/GM, de 13 de maio de 2004. Dispõe sobre a criação do Comitê Técnico para a formulação de proposta da Política Nacional de Saúde da População de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais – GLTB.

\_\_\_\_\_. Portaria n.º 2.803, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Portaria n.º 2.836, de 1.º 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).

\_\_\_\_\_. Portaria GM n.º 1.707, de 18 de agosto de 2008. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transsexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

\_\_\_\_\_. Portaria GM n.º 2.227, de 14 de outubro de 2004. Dispõe sobre a criação do Comitê Técnico para a formulação de proposta da política nacional de saúde da população de gays, lésbicas, transgêneros e bissexuais - GLTB.

\_\_\_\_\_. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei João W. Nery – Lei de Identidade de Gênero. Dispõe sobre o direito à identidade de gênero e altera o artigo 58 da Lei 6.015 de 1973.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Saúde Integral de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: 2013.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 3. ed. (2. reimpr.). Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 510, de 7 de abril de 2016, que dispõe sobre pesquisa em saúde em ciências sociais.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde [SUS]: princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRAVO, M. I. S. **Política de saúde no Brasil**. In: FÓRUM NACIONAL DE EDUCAÇÃO DAS PROFISSÕES NA ÁREA DE SAÚDE. **Capacitação para conselheiros de saúde: textos de apoio**. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001. Disponível em: <[http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto1-5.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf)>

\_\_\_\_\_. CORREIA, M. V. C. Desafios do controle social na atualidade. **Serviço Social & Sociedade**, n. 109, p. 126-150, 2012.

\_\_\_\_\_. MENEZES, J. A política de saúde na atual conjuntura: algumas reflexões sobre os governos Lula e Dilma. In: SILVA, L.; RAMOS, A. **Serviço social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional**. Campinas: Papel Social, 2014.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J.; PINHEIRO, W. N. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. *Argumentum*, Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. 2018.

CAPUCCI, P. A gestão plena do SUS em São Paulo. In: SOUZA, M. F.; MENDES, A. **Tempos radicais da saúde em São Paulo: a construção do SUS na maior cidade do país.** São Paulo: Hucitec, 2003.

CARVALHO, M.; CARRARA, S. Em direção a um futuro trans? Contribuição para a história do movimento de travestis e transexuais no Brasil. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*, n. 14, p. 319-351, 2013.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade: na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ; ABRASCO, 2001.

CICCONE, F. H.; ANDRADE, R. T.; RAMOS, K. G. R.; OLIVEIRA, D. S.; ZAINÉ NETTO, A.; RIBEIRO, A. C. **A implementação de terapia hormonal para pessoas transexuais e travestis.** Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2018.

CONCILLO, I. L.; SILVEIRA, P. M. (Orgs.). **Transcidadania: práticas e trajetórias de um programa transformador.** São Paulo: Prefeitura de São Paulo; Koinomia, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA [CFM]. Parecer n.º 8/13, sobre terapia hormonal para adolescentes travestis e transexuais.

\_\_\_\_\_. Resolução n.º 1.482, de 1997, que autoriza título experimental, a realização de cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia, neofaloplastia e ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários como tratamento dos casos de transexualismo.

\_\_\_\_\_. Resolução n.º 1.955, de 2010, que dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM n.º 1.652/02.

\_\_\_\_\_. Resolução n.º 1.652, de 2002, que dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM n.º 1.482/97.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução 01/1999, que estabelece normas de atuação para os psicólogos em relação à questão da orientação sexual.

\_\_\_\_\_. Resolução 01/2018, que estabelece normas de atuação para as psicólogas e os psicólogos em relação às pessoas transexuais e travestis.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Resolução 489/2006, que estabelece normas vedando condutas discriminatórias ou preconceituosas, por orientação e expressão sexual por pessoas do mesmo sexo, no exercício profissional do assistente social, regulamentando princípio inscrito no Código de Ética Profissional.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Resolução 845/2018, que dispõe sobre atuação profissional do/a assistente social em relação ao processo transexualizador.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução n.º 196/1996, regulamenta pesquisa com seres humanos.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO [CREMESP]. Resolução n.º 208, de 27 de outubro de 2009, que dispõe sobre o atendimento médico integral à população de travestis, transexuais e pessoas que apresentam dificuldade de integração ou dificuldade de adequação psíquica e social em relação ao sexo biológico.

COWAN, B. Homossexualidade, ideologia e “subversão” no regime militar. In: QUINALHA, R.; GREEN, J. (Orgs.). **Ditadura e homossexualidades: repressão, resistência e a busca da verdade**. São Carlos, SP: EdUFScar, 2014.

FAÉ, R. A genealogia em Foucault. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 3, p. 409-416, set./dez. 2004.

FERNÁNDEZ, J. **Cuerpos desobedientes: travestismo e identidad de género**. Buenos Aires: Edhasa, 2004.

FERREIRA, G. **Travestis e prisões: a experiência social e a materialidade do sexo sob o lusco-fusco do cárcere**. Dissertação (Mestrado). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

FRY, P. **Para inglês ver: identidade e política na cultura brasileira**. Rio de Janeiro; Zahar, 1982.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. Curso ministrado no College de France, em 1975-1976. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

\_\_\_\_\_. **História da sexualidade: a vontade de saber**. São Paulo: Graal, 2009.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2000. p. 69-78.

\_\_\_\_\_. **O nascimento da biopolítica**. Curso ministrado no College de France, em 1975-1976. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

\_\_\_\_\_. **A ordem do discurso**. 1996, Loyola.

\_\_\_\_\_. **Segurança, território e população**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

GREEN, J. N. **Além do carnaval: a homossexualidade masculina no Brasil do século XX**. São Paulo: Editora UNESP, 2000.

GIANNA, M. C. Ambulatório de saúde integral para travestis e transexuais: cinco anos de desafios e realizações. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Estratégia e Participativa. **Transexualidade e travestilidade na Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

HARAWAY, D. Gênero para um dicionário marxista: a política sexual de uma palavra. **Cadernos Pagu**, n. 22, p. 201-246, 2004.

HIRSCHFELD, M. Selections from “The transvestites: the erotic drive to cross-dress” [1910]. In: STRIKER, S.; WITLLE, S. (Orgs). **The transgender studies reader**. New York: Routledge, 2006.

IRINEU, B. A. **A política pública LGBT no Brasil (2003-2014): homofobia cordial e homonacionalismo nas tramas da participação social**. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

KULICK, D. **Travesti: sexo, gênero e cultura no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008

LAQUEUR, T. **Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2001.

LEITE JÚNIOR, J. **Nossos corpos também mudam: sexo gênero e a invenção das categorias “travesti” e “transexual” no discurso médico científico**. Tese (Doutorado em Ciências Sociais). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008.

LIONÇO, T. **Tatiana Lionço: entrevista** [21 jul. 2016]. Concedida ao Instituto Humanitas Unisinos. São Leopoldo, RS: Instituto Humanitas Unisinos, 2016. Disponível em: <<http://www.ihu.unisinos.br/entrevistas/557955-o-ideal-de-corpo-sexuado-e-a-normatizacao-da-vida-binarismo-de-genero-x-despatologizacao-das-identidades-trans-e-travestis-entrevista-especial-com-tatiana-lioncot>>. Acesso em: 31 maio 2018.

LÖWY, M. **Ideologias e ciência social: elementos para uma análise marxista**. São Paulo: Cortez, 2008.

LUCHESE, G. Discurso de abertura no VI SIMBRAVISA, Porto Alegre. In: FIRPO, M.; MACIEL, J.; COELHO, L.; CARNEIRO, F. Para defender o SUS e sua integralidade: desafios para a vigilância e a Promoção da Saúde. **Revista Ensaios e Diálogos**, 1, p. 24-33, 2013.

MACIEL, E. C. **A inclusão social pelo trabalho de jovens pobres: um estudo a partir dos estagiários do Projeto Primeiro Passo**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.

MAGALHÃES, L. G. **Barreiras de acesso na atenção primária à saúde a travestis e transexuais na região central de São Paulo**. Dissertação (Mestrado). Departamento de Enfermagem de Saúde Coletiva, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados**. São Paulo: Atlas, 2002.

MEAD, M. **Sexo e temperamento**. Editora Perspectiva, 2012.

MELLO, L.; PERILO, M.; BRAZ, C. A.; PEDROSA, C. Política de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. **Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana**, n. 9, p. 7-28, dec. 2011.

MOTT, L. **Escravidão, homossexualidade e demonologia**. São Paulo: Ícone, 1998.

OLIVEIRA, M. F. **Metodologia científica**: um manual para a realização de pesquisas em administração. Catalão: UFG, 2011.

OLIVEIRA, T. L. **Meu corpo, um campo de batalha**: a inserção precária das travestis no mundo do trabalho em tempos de crise capital. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-35, jan.-mar. 2014.

PALMA, José João Lanceiro. **Lutas sociais e construção do SUS**: o movimento de saúde da zona leste da cidade de São Paulo e a conquista da participação popular na saúde. Tese de Doutorado apresentada para o título de Doutor em Ciências da UNIFESP, 2013.

PASTERNOSTRO, Silvana. **Na terra de Deus e do homem**: uma visão crítica da nossa cultura sexual. Tradução: Ana Deiró. Rio de Janeiro: Objetiva, 1999.

PEREIRA, P. **Política social**: temas e questões. São Paulo: Cortez, 2011.

PEREIRA, C. P. **Proteção social no capitalismo**: contribuições à crítica de matrizes teóricas e ideológicas conflitantes. Tese (Doutorado). Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

PELÚCIO, L. **Abjeção e desejo**: uma etnografia travesti sobre o modelo preventivo de aids. São Paulo: Annablume; Fapesp, 2009.

PERES, W. **Subjetividade das travestis brasileiras**: da vulnerabilidade da estigmatização à construção da cidadania. Tese (Doutorado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

PIOLA, S. F.; FRANÇA, J. R. M.; NUNES, A. Os efeitos da Emenda Constitucional 29 na alocação regional dos gastos públicos no Sistema Único de Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 411-422, 2016.

PINTO, T. P.; TEIXEIRA, F. B.; BARROS, C. R. S.; MARTINS, R. B.; SAGGEZZE, G. S.; BARROS, D. D.; VERAS, M. A. S. M. Silicone líquido industrial para transformar o corpo: prevalência e fatores associados ao seu uso entre travestis e mulheres transexuais em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 33, 2017.

PLANO de governo – Haddad prefeito: um novo tempo para São Paulo. [S.l.: s.n.], 2012.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Decreto n.º 55.874, de 28 de janeiro de 2015, que instituiu o Programa Transcidadania.

\_\_\_\_\_. Decreto n.º 57.399, de 20 de outubro de 2016, que inclui o desembarque à travestis e mulheres transexuais.

\_\_\_\_\_. Edital de Consulta pública: Objetivo: Implantação da Política Municipal de Atenção à Saúde Integral da População de LGBT - Período: Início: 16/Dez/2013 – Término:16/Jan/2014.

\_\_\_\_\_. **Plano Municipal de Saúde de São Paulo: 2014-2017.**

\_\_\_\_\_. Conselho Municipal de Políticas Públicas para LGBT. **Propostas da I Conferência Municipal LGBT: direitos humanos e políticas públicas: o caminho para garantir a cidadania de gays, lésbicas, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros.** São Paulo: PMSP, 2008.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Propostas da II Conferência Municipal LGBT.** São Paulo: PMSP, 2011.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria n.º 2190/2015, que regula a política de dispensa de medicamentos.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Programação Anual de Saúde: 2015.**

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Programação Anual de Saúde: 2016.**

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Programação Anual de Saúde: 2017.**

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Relatório de Acompanhamento Orçamentário e Financeiro da Secretaria Municipal de Saúde: 3º quadrimestre de 2017 (janeiro a dezembro).**

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Relatório Anual de Gestão: 2015.**

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Relatório Anual de Gestão: 2016.**

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Relatório Anual de Gestão: 2017.**

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania. **Política Municipal de Atenção à Saúde Integral da População LGBT: Relatório do Processo de Implantação.** São Paulo: PMSP, 2014.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Audiência Pública – Relatoria da Política Municipal de Atenção à Saúde Integral da População LGBT – Apresentação do Plano operativo 2014/2015.**

PUCCINI, P. **Paulo Puccini:** depoimento. Entrevista concedida à Agência Aids. [S.l.]: Agência Aids, 2014. Disponível em: <[http://agenciaaids.com.br/home/noticias/volta\\_item/22108](http://agenciaaids.com.br/home/noticias/volta_item/22108)>. Acesso em: 22 ago. 2017

QUINALHA, R. H. **Contra a moral e os bons costumes: a política sexual da ditadura brasileira (1964-1988)**. Tese (Doutorado). Instituto de Relações Internacionais, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

REVISTA RADIS, Rio de Janeiro, n. 45, maio 2006.

RUBIN, G. **O tráfico de mulheres: notas sobre a “economia a política do sexo”**. Recife: S.O.S Corpo, 1993.

RUIZ, J. A. **Metodologia científica: guia para eficiência nos estudos**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

SALIH, S. **Judith Butler e a teoria queer**. São Paulo: Autêntica, 2016.

SCOTT, J. W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, jul./dez. 1995.

SILVA, G.; MACHADO JÚNIOR, S. S. O discurso em Michel Foucault. **Revista Eletrônica História em Reflexão**, Dourados, v. 8, n. 16, jul./dez. 2014.

SILVA, H. **Travesti: a invenção do feminino**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; ISER, 1993.

SILVA, M. O. O. S. Avaliação de políticas e programas sociais: aspectos conceituais e metodológicos. In: SILVA, M. (Org.). **Avaliação de políticas e programas sociais: teoria e prática**. São Paulo: Veras Editora, 2001. p. 37-96.

SIMÕES; J. A.; FACCHINI; R. **Do movimento homossexual ao LGBT**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2009.

SPOSATI, A. (Coord.) **A Secretaria de Higiene e Saúde da cidade de São Paulo: história e memórias**. São Paulo: PMSP-DPH, 1985.

TAGLIAMENTO, G. **(In) visibilidades caleidoscópicas: a perspectiva das mulheres trans sobre o seu acesso à saúde integral**. Tese (Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

TREVISAN, J. S. **Devassos no paraíso**. Rio de Janeiro: Record, 2000.

VERAS, M. A. S. M. (Coord.). **Projeto Muriel: vulnerabilidades, demandas de saúde e acesso a serviços da população de travestis do Estado de São Paulo. (Relatório Técnico Final)**. Abril, 2016.

WORLD PROFESSIONAL ASSOCIATION FOR TRANSGENDER HEALTH. **Standards of Care for Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People**. East Dundee, IL: WPATH, 2012.