

## OBSTÁCULOS NA OFERTA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE PESSOAS TRANS NO RIO DE JANEIRO

### **Marcia Cristina Brasil Santos**

*Doutora em Serviço Social – UERJ. Assistente Social e Coordenadora Ambulatorial do Processo Transexualizador do HUPE/UERJ. Contato: mcristinabrasil@hotmail.com*

### **Daniela Murta Amaral**

*Doutora em Saúde Coletiva Instituto de Medicina Social / UERJ. Professora UNESA e Assessora técnica da Coordenaria Executiva da Diversidade Sexual/CEDS-Rio Contato: murtadaniela@gmail.com*

### **Zélia Lima Gebrath**

*Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Desenvolvimento Regional de Serviço Social/UFF. Contato: zeliagebrath@hotmail.com*

### **Elisa Teruszkin Prestes**

*Mestre em Serviço/ UFF. Contato: elisaprestes.as@gmail.com*

### **Guilherme Silva de Almeida**

*Doutor em saúde Coletiva/IMS/UERJ. Professor da Escola de Serviço Social/UFRJ. Orientador do trabalho. Contato:gsdealmeida@gmail.com*

## **Resumo**

Esse artigo, fundamentado no referencial teórico metodológico crítico dialético vinculado tradição marxista, tem como objetivo discutir os impasses relacionados a implementação e capilarização do Processo Transexualizador no estado do Rio de Janeiro. Esse programa é regulado pela Portaria 2803/13, que ancorada nos princípios e diretrizes do SUS elenca uma série de ações que irão demandar o comprometimento da gestão da saúde estadual

na coordenação da organização da assistência à saúde às pessoas trans no âmbito de seu território. Há, assim, a necessidade de se discutir as carências assistenciais e as ações de gestão voltadas para o atendimento dessas necessidades nos planos estaduais de saúde, envolvendo as gestões municipais nesse processo. O que se percebeu durante a pesquisa de campo para realização que investigou esse tema, da qual esse artigo é um dos frutos, é que no caso do Rio de Janeiro, há uma sistemática falha e omissão na estruturação planejamento e regulação da assistência à saúde de pessoas trans no estado, havendo insuficiência na articulação entre os gestores estadual e municipais para o enfrentamento da ausência e precariedade da assistência nesse campo.

**Palavras-chave:** Processo Transexualizador, Gestão Estadual, Rede Assistencial, Regulação em Saúde, Saúde Trans.

## Introdução/marco teórico

O presente artigo, fundamentado no referencial teórico metodológico crítico dialético vinculado à tradição marxista, tem como tema central a reflexão sobre os impasses envolvidos na gestão do Processo Transexualizador no âmbito do estado do Rio de Janeiro. Apesar da Programa existir de maneira institucionalizada desde 2008, até o presente momento a Secretaria Estadual de Saúde não conseguiu organizar, em parceria com os municípios, uma política de atendimento que contemple a estruturação de uma rede assistencial envolvendo atenção ambulatorial e cirúrgica que atenda às necessidades dos/das usuários/as.

Ao longo da pesquisa de campo que originou esse artigo foram realizadas pesquisa documental, levantamento bibliográfico, além observação participante e entrevistas envolvendo o MS e os cinco estados onde há unidades hospitalares/ambulatoriais habilitadas no processo transexualizador entre os anos de 2008/2014.

Particularmente, no que tange ao Estado do Rio de Janeiro, se constatou que são poucos os municípios que organizaram alguma modalidade de assistência no campo da saúde para as pessoas trans. Quando se observou alguma modalidade de intervenção, em geral isto se deu no âmbito das políticas de direitos humanos.

O atendimento em saúde aos homens e mulheres trans e travestis se mostrou precário e insuficiente tanto nas unidades de atenção primária em saúde quanto nos demais níveis hierárquicos do SUS, não havendo planejamento e estruturação de fluxos de atendimentos e linhas de cuidados que atendam as necessidades dessas pessoas, que seguem tendo sua saúde negligenciada pela maioria dos gestores da saúde do Estado.

Assim, ao final desse estudo, foi possível observar que poucos dos 92 municípios do estado oferecem alguma modalidade de atenção à saúde LGBTQI+, situação que se agrava quando se trata da oferta de ações voltadas para as demandas específicas das pessoas trans, sendo possível contar nos dedos de uma mão quais municípios contam, em seu planejamento de gestão, com ações planejadas voltadas para a saúde LGBTQI+.

No que se refere à gestão estadual, sabemos que não é de sua responsabilidade a organização e a disponibilização de ações

caracterizadas como de atenção primária, uma vez que estas competem aos municípios. Todavia, é papel dos estados desempenhar o que lhes cabe no âmbito da política de regionalização da saúde, a partir da definição das ações do Plano Estadual de Saúde, a definição das metas e do orçamento das ações que serão desenvolvidas no Plano Plurianual, a pactuação junto aos municípios de como será garantida a oferta dos serviços. Ou seja, cabe aos estados o compromisso em assegurar o que lhes determina a Lei orgânica da Saúde, bem como desempenhar o que consta como seu papel na PNSILGBT, como por exemplo, a condução dos processos de pactuação sobre a temática LGBT na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e a coordenação monitoramento e avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, na esfera estadual, garantindo apoio técnico aos Municípios, dentre outras competências previstas na legislação.

Sabe-se do histórico descompromisso com as políticas sociais que tem sido a marca dos sucessivos governos no contexto da ofensiva capitalista. Um dos desdobramentos disso tem sido o desfinanciamento das políticas de seguridade social. Com isso, as conquistas sociais que se consolidaram como patrimônios públicos, como é o SUS, tem cada vez mais se esvaziado de sentido e se tornado um invólucro de um sonho chamado Reforma Sanitária.

Nesta direção, sabe-se que o perfil dos gastos em saúde não atende as necessidades e anseios almejados pelo projeto da Reforma Sanitária em função, sobretudo, da tendência de estagnação ou queda da participação do governo federal nos gastos com saúde que além de ter sido mantida ao longo dos últimos governos se acentuou no ano de 2016 para cá<sup>1</sup>, com os sucessivos cortes e contingenciamentos nas verbas destinadas ao setor da saúde.

O desdobramento concreto desse processo é o esfacelamento das condições de saúde da população, sobretudo porque o desfinanciamento federal do SUS prejudica fundamentalmente a sustentação das ações desenvolvidas pela rede de saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Nesse sentido, as questões envolvendo o

---

1 O subfinanciamento do SUS foi intensificado a partir de 2016 com a alteração da base de cálculo de aplicação de recursos do governo federal na saúde para um índice menor do que o percentual alcançado em 2015, correspondendo à uma perda R\$ 9,2 bilhões para o orçamento do MS já neste ano, o que configura um processo de desfinanciamento. Mendes & Carnut, 2020).

descomprometimento das gestões governamentais com a implementação de políticas públicas, notadamente para LGBTQI+, que já eram recorrentes e históricas, acentuaram-se ainda mais.

Mello (2013) ao analisar os programas e ações do governo federal voltados para as necessidades específicas dessa população, já apontava que estes se deram de forma marcadamente problemática, sobretudo pela baixa previsão orçamentária para a sustentação dos mesmos seguida da falta de integração entre as esferas do governo e o baixo envolvimento dos demais entes federativos (MELLO, 2013). Com o passar do tempo e com o agravamento da crise capitalista e sua repercussão sobre a estrutura estatal, isso só se agravou, como se verá mais adiante ao analisarmos a situação do Rio de Janeiro em relação a assistência a pessoas trans.

## Metodologia

Esse artigo é fruto de uma dupla experiência de pesquisa. Talvez pudéssemos qualificá-lo como fruto de uma experiência de pesquisa-envolvendo 10 anos de trabalho em equipe no processo transexualizador do Hospital Universitário Pedro Ernesto, no Rio de Janeiro e, atravessando essa experiência de trabalho, também se deu a realização do doutoramento da coordenadora da equipe de assistentes sociais do programa.

Assim, a pesquisa de campo de onde se originou essas reflexões são oriundas tanto do trabalho interventivo realizado em conjunto com residentes, estagiários de serviço social e profissionais de diversas outras áreas e instâncias, inclusive da gestão, como também advém do campo de pesquisa para a produção da tese de doutorado da coordenadora ambulatorial do programa. É essa hibridez que justifica a coautoria neste estudo.

Considerando esses apontamentos, para a consecução dessas reflexões partiu-se tanto das observações e intervenções junto aos profissionais e gestores da política estadual/municipais de saúde do estado do Rio de Janeiro, quanto de um caminho mais sistematizado de pesquisa de campo em função das exigências da tese.

No que tange a realização da pesquisa de campo mais sistematizada em função da tese de doutorado, foi realizado de um amplo levantamento bibliográfico acerca do marco regulatório e teórico do processo transexualizador e também foram realizadas leituras

relacionadas ao campo da saúde coletiva e das ciências sociais, que se detiveram sobre os processos de reforma sanitária, contrarreforma do Estado, neoliberalismo, formação social brasileira, gênero e diversidade de gênero.

Tal levantamento se deu por meio de pesquisa bibliográfica de livros, artigos em periódicos, monografias de conclusão de curso, dissertações e teses tendo ocorrido por meio da busca em bibliotecas e também por acesso eletrônico, sobretudo nas bases bibliográficas SCIELO e CAPES Periódicos.

A pesquisa empírica da tese foi realizada em cinco estados onde há unidades de atenção especializada do processo Transexualizador, além de Brasília, em função da visita ao Ministério da Saúde. A aproximação se inspirou na abordagem etnográfica<sup>2</sup> e foi realizada através de visitas a esses serviços, realização de entrevistas semiestruturadas exploratórias, observação e registro em diário de campo, bem como de pesquisa documental e de registros de dados sobre a trajetória desses serviços. Na condução desses procedimentos, tomei por base as orientações de GIL (2008) e TOBAR & YALOUR (2001).

A sistematização e análise de todo o material coletado foi orientada pela preocupação em dialogar com autores/as das ciências sociais, saúde coletiva e serviço social que tem incidência crítica nas áreas de estudos de gênero, direitos sexuais e política de saúde. Após a coleta de dados, as informações foram avaliadas e sistematizadas de acordo com os objetivos do estudo, as categorias empíricas e as peculiaridades trazidas pela experiência constituída com os/as participantes à luz do referencial teórico já reivindicado.

Para fins desse artigo, nos detivemos apenas na experiência de pesquisa circunscrita ao Estado do Rio de Janeiro. Cabe acrescentar que a pesquisa foi submetida e aprovada ao Comitê de Ética e pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto, da UERJ.

## Resultados e discussão

Ainda que o Rio de Janeiro tenha contado por um determinado período com três instituições que ofertassem assistência em saúde

2 Cf.: Carmem Lúcia Guimarães de Mattos, 2011.

para pessoas trans<sup>3</sup> e que conhecessem a grande demanda por atendimentos, inclusive em função da judicialização que provocou o início do programa no HUPE/UERJ, o estado não se responsabilizou pela estruturação de uma linha de cuidados em saúde voltados para as pessoas trans. Essa situação não mudou mesmo após o Ministério da Saúde ter institucionalizado o processo transexualizador em 2008.

Além disso, mesmo que a Política Nacional de Saúde Integral LGBT (PNSILGBT) tenha sido institucionalizada em 2011, até o presente momento, 10 anos depois, o estado do Rio de Janeiro ainda não estruturou um Plano de Saúde LGBTIQ+, bem como são raras as iniciativas dos municípios do RJ na organização dessa política em seus territórios.

Assim, são poucos os municípios que organizam alguma modalidade de assistência no campo da saúde para as pessoas trans. Quando há alguma intervenção, em geral elas se dão no âmbito das políticas de direitos humanos. No caso do Rio de Janeiro, por exemplo, a única iniciativa voltada para essa questão é CEDS Rio (Coordenadoria Executiva da Diversidade Sexual), vinculada por muito tempo ao Gabinete do Prefeito, tendo como meta a transversalização das ações LGBTIQ+ para todas as Secretarias do Governo Municipal.

Os outros equipamentos existentes no estado são ínfimos e podem ser contados nos dedos de uma mão. Excetuando-se o HUPE/UERJ, o IEDE e o Ambulatório João Nery, em Niterói (RJ), temos conhecimento da existência apenas do Programa Rio Sem Homofobia (RSH) e de alguns poucos e precarizados Centros de Cidadania LGBT, vinculados a Superintendência de Direitos Individuais Coletivos e Difusos da Secretaria Estadual de Assistência Social e Direitos Humanos (SUPERDIR/SEASDH), bem como o Núcleo de Defesa dos Direitos Homoafetivos e Diversidade Sexual (NUDIVERSIS) vinculado à Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, além de algumas ONG's voltadas a esse tema.

Desde 2009, o estado do RJ conta com um Conselho Estadual dos Direitos da População LGBT (CELGBT) e a partir de 2014, a SES/RJ instituiu um Comitê Técnico Estadual de Saúde LGBT, que anteriormente já funcionava com a denominação de Câmara Técnica de Saúde

---

3 O Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia, o Hospital Universitário Pedro Ernesto da UERJ e o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, da UFRJ realizam atendimento à pessoas trans desde a década de 70 e 90, respectivamente.

LGBT, tendo como principal atribuição a elaboração e implementação da PNSILGBT no âmbito do estado.

Desde 2011, representantes da Secretaria Estadual de Saúde, de Atenção Penitenciária, de Educação, da área de Direitos Humanos, de movimentos sociais, de universidades, do HUPE/UERJ, bem como dos Centros de Cidadania Saúde LGBT do estado, entre outras instituições, tem se reunido mensalmente, objetivando a formulação de políticas e a definição de protocolos básicos de ação, conforme a Lei Orgânica da Saúde, a Carta dos Direitos dos/as usuários/as da Saúde, a PNSILGBT e a Portaria MS n. 2837 de 01 de dezembro de 2011, que instituiu o Comitê Nacional de Saúde LGBT (SANTOS *et al*, 2017).

No entanto, tais instrumentos, apesar de importantes, não foram capazes de dinamizar as instâncias organizacionais da gestão estadual para a estruturação/institucionalização de políticas efetivas para esse público, especialmente, no campo da saúde. Em rápida pesquisa nos Planos Estaduais de Saúde e Planos Plurianuais do estado do RJ entre 2012 e 2019 não se encontra qualquer indício de comprometimento da gestão com a saúde da população LGBTIQ+ de uma maneira geral e, muito menos, com a população trans, pois não há menção a metas de cuidados à saúde e/ou destinação de dotação orçamentária para essa população em tais instrumentos de gestão.

Como se sabe, a forma como o SUS se organiza não é impositiva, os estados têm autonomia para aderirem ou não às políticas propostas nacionalmente pelo MS<sup>4</sup>. Na maioria das vezes, o que estimula essa adesão é a indução financeira por destinação de verbas federais para os estados/municípios que aderirem à política. Todavia, o processo transexualizador não dispõe de nenhuma verba de incentivo para a sua implantação e desenvolvimento, para além do pagamento dos procedimentos realizados num valor acima da média paga para os procedimentos que não são da alta complexidade.

---

4 É importante lembrar que a Lei Orgânica da Saúde (n. 8080/90) é que regula a descentralização político-administrativa do SUS, enfatizando seus aspectos de gestão e financiamento, e fundamentando as condições para sua promoção, proteção e funcionamento. Ela determina que os recursos destinados ao SUS seriam provenientes do Orçamento da Seguridade Social ao mesmo tempo que, também, estabeleceu a forma de repasse desses recursos financeiros aos estados e municípios. Ela deve ser baseada em critérios como perfil demográfico e perfil epidemiológico, levando em conta a rede de serviços, entre outros critérios.



O problema é que os procedimentos realizados no âmbito do processo transexualizador não são muito volumosos e não tem servido como estímulo para os/as gestores/as do estado organizarem essa modalidade assistencial. Soma-se a esse fato, a desorganização institucional da gestão da saúde, a precariedade, a fragmentação, a burocratização, os escândalos de corrupção e o desconhecimento que atravessa as estruturas da Secretaria de Saúde, além da omissão dos/as gestores/as e parte dos/as técnicos/as no enfrentamento de questões trabalhosas e dispendiosas do ponto de vista, sobretudo, político<sup>5</sup>, envolvidas nessa questão.

Além disso, as ações do movimento social não têm conseguido penetrar as instâncias da gestão da Secretaria de Saúde, de forma propositiva e assertiva nas cobranças em relação a saúde LGBTQ+, notadamente a saúde Trans. Ao que parece, há um despreparo e desconhecimento do movimento social na sua relação com as instâncias da gestão e dos espaços deliberativos de modo que a ocupação desses locais seja inexistente ou muito precária do ponto de vista do conhecimento que o movimento social tem sobre o funcionamento do SUS. Assim, instâncias que deveriam ter a incidência do movimento social LGBTQ+ de forma atuante, como os conselhos de saúde, raramente são ocupados ou inquiridos por suas pautas e demandas<sup>6</sup>.

A burocratização dessas instâncias e do próprio SUS, sua privatização/precarização, bem como a perda do seu potencial crítico,

---

5 Além de todas as dificuldades estruturais envolvendo a organização dessa política, há o agravante relacionado às questões de cunho moral e religioso que, num contexto de adensamento do conservadorismo societário, torna-se um elemento a mais a ser considerado no rol de escolhas políticas de prefeitos, governadores, deputados e vereadores, que de um modo geral, não enfrentam essa e outras questões da chamada “pauta dos costumes”, possivelmente em função do receio de perderem apoio político de seus eleitores mais conservadores nos processos eleitorais. No âmbito institucional, uma série de problemas envolvendo a transfobia deixa de ser enfrentada em função de pactos corporativos, da necessidade de “proteção das equipes”, de valores religiosos que se imiscuem no cotidiano dos serviços e nem sempre os/as gestores/as querem “se desgastar” com essa questão.

6 Durante a pesquisa de campo, ao indagar informalmente a alguns/algumas conselheiros/as sobre o assento e a defesa de pautas Pró-LGBTQ+, especialmente sobre a saúde trans, nas reuniões do Conselho Estadual de Saúde, foi-me respondido que esses assuntos são pouco discutidos nessas reuniões. Foi informado ainda que tem sido uma tendência que algumas pautas sejam pactuadas direto nas reuniões da CIB, entre secretários municipais e estadual de saúde, sem ter sido deliberadas no Conselho.

associada ao baixo acesso à renda, à educação e à moradia, tem também restringido a participação social dos sujeitos trans do *lócus* da construção da política. Desta forma, os/as gestores/as ficam muito à vontade para seguirem suas pautas, em geral privatizantes e cisheteronormativas<sup>7</sup>, que atravessam toda a estrutura do SUS.

As cobranças do movimento social, quando feitas, em geral se direcionam mais aos profissionais dos serviços do que à gestão da política, de modo que, parece haver um desconhecimento sobre como se estrutura a política de saúde. Dessa maneira, a atuação política do movimento trans tem se caracterizado localmente pela dispersão e fragilidade nas pautas referentes às cobranças de comprometimento do gestor com a oferta de políticas públicas, particularmente no que se refere ao campo da saúde<sup>8</sup>.

Nessa direção, cabe ainda assinalar, por exemplo, que a precariedade e o desfinanciamento das políticas de saúde são um fato, mas não tem se constituído em pautas do movimento LGBTQI+, o que

7 Cisnormatividade deriva de cisgênero ou cissexual (-cis, na forma abreviada, prefixo que significa “deste lado”, “em paralelo”, “que margeia”), indicando concordância entre o gênero e o sexo de um indivíduo, além do comportamento considerado socialmente aceito para tal. Diz respeito a uma postura que desconsidera a existência de pessoas transexuais (-trans, na forma abreviada, que significa “do outro lado”, “que atravessa”) na sociedade, exigindo a legitimação do discurso médico para que existam, reproduzindo uma série de ações discriminatórias em que pessoas trans são compreendidas como inferiores às cis de maneira individual e institucional. Já o conceito de heteronormatividade é usado para descrever situações em que orientações diferentes da heterossexual são marginalizadas por práticas sociais, crenças ou políticas, a partir da noção de que existem duas categorias distintas e complementares (homem/macho e mulher/fêmea) e que relações sexuais e maritais “normais” se dão entre pessoas de sexos diferentes, cada qual com determinadas funções “naturais”. Assim, sexo físico e papel social de gênero deveriam nos enquadrar em normas integralmente masculinas ou femininas, sendo a heterossexualidade considerada a única orientação sexual normal. Cf.: Cabral, 2017: 104.

8 Obviamente, há questões relacionadas ao mau atendimento, à transfobia e à desorganização institucional que precisam ser enfrentadas e cobradas pelo movimento trans e travesti. No entanto, ações de controle social, cobranças e monitoramento sobre a gestão da política, a ocupação de espaços como os conselhos de saúde, os comitês de saúde LGBT, o Conselho Estadual de Direitos da População LGBT constituem aspectos sensíveis e frágeis, na medida em que o movimento social atualmente se apropria muito pouco desses espaços, sobretudo, dos conselhos de saúde e, quando se apropria, em geral, são sempre as mesmas pessoas que estão na luta há muitos anos, o que pode redundar numa burocratização da participação política também nessas instâncias.

adensaria e potencializaria suas lutas para além dos particularismos. O fato é que a situação do estado do Rio de Janeiro em relação à oferta de políticas públicas de saúde parece se agravar ainda mais ao se tratar de temas negligenciados e estigmatizados em função de discriminações e preconceitos, como é o caso da população LGBTQI+, uma vez que este segmento não costuma ter suas necessidades priorizadas pelos/as gestores/as dos estados e municípios, especialmente quando se trata de travestis e transexuais.

É necessário lembrar que as administrações locais no RJ tendem a construir seus redutos políticos eleitorais sobre pautas conservadoras, moralizantes e, geralmente, conduzidas por ideários religiosos de cunho neopentecostal. A forte concentração de posturas ultraconservadoras nos domicílios eleitorais mais populosos do estado, tendem a dificultar a penetração desse tema no horizonte político desses gestores/as e futuros/as gestores/as, talvez por representar um risco de que percam capital eleitoral entre suas bases de apoio<sup>9</sup>.

Nesse cenário, tem sido bastante comum que as necessidades de saúde dessas pessoas, especialmente as relacionadas à orientação sexual e a diversidade de gênero sejam compreendidas como temas malditos e imediatamente repelidas e associadas como pautas da chamada ideologia de gênero<sup>10</sup>.

É preciso lembrar, ainda, que nem todo o conservadorismo é de base exclusivamente religiosa, por vezes, ele também pode se apresentar como uma construção fortemente presente em territórios dominados pelo narcotráfico ou pelas milícias, notadamente

---

9 Sobre o neopentecostalismo e organização política ver: Cunha, 2017; ver também Copelli, 2014.

10 A origem desse termo e desse movimento se relaciona à uma ofensiva da igreja católica que emergiu por meio do Pontifício Conselho para a Família e de conferências episcopais, entre meados dos anos de 1990 e início dos 2000, sob o papado de João Paulo II e mantido por Bento XVI. Em abril de 1998, o termo “ideologia de gênero” apareceu pela primeira vez em um documento eclesiástico. Desqualificando os estudos científicos e acadêmicos, essa ofensiva funciona como um slogan catalisador de manifestações contrárias a políticas sociais, reformas jurídicas e ações pedagógicas de promoção dos direitos sexuais e punição de suas violações, de enfrentamento de preconceitos, prevenção de violências e combate a discriminações (hetero)sexistas. Cf.: Junqueira, 2017.

em territórios conflagrados e de baixos Índices de Desenvolvimento Humano, o que vai repercutir na assistência prestada<sup>11</sup>.

Assim, a partir da experiência de trabalho no estado do RJ, foi possível observar que poucos dos 92 municípios do estado oferecem alguma modalidade de atenção à saúde LGBTIQ+ e, como já sinalizado, a situação se agrava quando se trata de travestis e transexuais, pois tanto as ações gerais quanto as específicas nesse campo são ofertadas de forma bastante precária para esse público, isto quando são disponibilizadas.

Quando se trata de demandas mais específicas, em geral, os municípios não sabem como fazer para regular a assistência demandada, conforme atestam os inúmeros contatos telefônicos e de *e-mail* feitos por profissionais que atendem nesses municípios e endereçados ao HUPE/UERJ, solicitando informações sobre como e onde buscar atendimento para essas pessoas. Há ainda situações nas quais determinados municípios relutam em formalizar a regulação para o IEDE, único serviço ambulatorial especializado habilitado para esse fim no Estado, porque isso implica em organização interna e repasse financeiro para o município que prestou a assistência.

Tais considerações apontam para a ausência de providências entre os/as gestores/as para a estruturação de rede de atenção, seja em relação a assistência de modo geral, seja em relação aos atendimentos específicos, apesar das normativas legais apontarem a atenção primária como porta de entrada para a assistência e coordenadora do cuidado às pessoas trans. Assim, há falhas e negligências no cuidado a essa população na atenção primária, além de ausência de organização de fluxos de atendimentos voltados para a atenção especializada, conforme preconizou o Pacto pela Saúde<sup>12</sup>.

---

11 Essas reflexões foram originadas a partir dos relatos acerca das negligências político-institucionais e dificuldades dos gestores locais no reconhecimento das demandas de saúde das pessoas LGBTIQ+ e estruturação de ações que beneficiem essa população, sobretudo em regiões abandonadas pelo poder público, tendo sido revelados pelos/as próprios/as usuários/as a partir dos atendimentos sociais realizados durante em suas passagens pelo programa.

12 Em 2006 o Governo Lula institucionalizou por meio da Portaria Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 o Pacto pela Saúde, um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com o objetivo expresso de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do SUS. Ao mesmo tempo, o Pacto

No que cabe diretamente à Secretaria Estadual de Saúde, notadamente, a discussão, organização e coordenação da assistência junto aos municípios do RJ no que toca à regionalização, a estruturação de redes compartilhadas, a definição de ofertas assistenciais, especialmente, ao se tratar da assistência hospitalar de pessoas trans no âmbito do processo transexualizador, isto nunca foi feito.

## Considerações finais

Ao fim da presente reflexão é preciso apontar que parte dos impasses para efetivação dessa política pública precisam ser compreendidos a partir da lógica do desfinanciamento do patrimônio público em função da orientação do Estado para os interesses privatistas associados ao capitalismo financeiro, que se expressa, na realidade concreta, por meio da desestruturação e privatização das políticas sociais em favor da acumulação capitalista.

É preciso lembrar que o processo transexualizador não está fora do SUS, e, portanto, é alvo das mesmas ações de desestruturação, desfinanciamento e deslegitimação porque passa a política de saúde desde as suas origens, sendo a expressão da crise estrutural capitalista, que desde os anos 70/80 vem orientando as respostas do Estado em sua busca por pavimentar as formas e estratégias de extração de mais valor em favor do capital.

Assim, a afirmação do processo transexualizador a partir do empenho para a sua implementação, incluindo aí a viabilização financeira e política para o seu espraiamento nos estados e municípios, não era algo que se pudesse esperar no contexto em que essa institucionalização se deu, no bojo do governo petista, que foi marcado por muitos paradoxos. Afirmar essa política, seria negar o processo de desmonte do patrimônio público, que não só estava em curso, como havia sido acentuado por meio das ações implementadas também pela gestão do PT no governo e continuadas posteriormente.

---

pela Saúde redefiniu as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social. A implementação do Pacto pela Saúde se dá pela adesão de Municípios, Estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG, que estabelece metas e compromissos para cada ente da federação, sendo renovado anualmente. Ver: Brasil, CNS, 2006; Brasil, Portaria n 399/2006.

Vale lembrar que esse processo de desfinanciamento e enxugamento no protagonismo do Estado na sustentação das políticas de proteção social, foram acompanhadas, paradoxalmente, por um discurso de defesa dos direitos, de inclusão social, de valorização da participação social. Isso pode ajudar na compreensão das incongruências do percurso de construção do processo transexualizador.

Assim, pode-se dizer que os desafios do processo transexualizador são os desafios do SUS, sobretudo na perspectiva do reconhecimento de que o conjunto de normativas, princípios e diretrizes, apesar de importantes, não são suficientes para a efetivação dessa política, havendo necessidade de construção coletiva de espaços de luta em defesa do SUS, para além das normativas.

## Referências

ALMEIDA, G. S.; SANTOS, M. C. B. **De baixo para cima: questões e perspectivas sobre a expansão do processo transexualizador no Brasil.** 3ª RAS: saúde, movimentos sociais e direitos. No Prelo. BRASIL. LEI ORGÂNICA DA SAÚDE n.8.080 de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA N.2.836 DE 01 DE DEZEMBRO DE 2011.** Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, DF, 02 dez. 2011. Seção 1 n.231, p.37. Institui, no âmbito do SUS (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836\\_01\\_12\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html)

BRASIL. **PORTARIA Nº 2.803, DE 19 DE NOVEMBRO DE 2013.** Redefine e amplia o processo transexualizador no SUS. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803\\_19\\_11\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html)

CABRAL, Jacqueline. Arquivos da repressão: fontes de informação sobre diversidade sexual e de gênero na ditadura militar. **Archeion Online**, João Pessoa, v.5, Número Especial, p.103-121, jul. / dez. 2017 <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/archeion>. ISSN 2318-6186.

COPELLI, Giancarlo M. Neopentecostalismo e Democracia no Brasil: entre os eleitos de Deus, há espaço para os iguais da democracia? **Revista Jurídica Direito, Sociedade e Justiça**, 2014.

CUNHA, Vanessa C. O Discurso Neopentecostal na Formação da Identidade Política: um estudo etnográfico das redes sociais online e seus desdobramentos nas eleições municipais de 2016. In: **ANAIS do Congresso da Associação Brasileira de Pesquisadores em Comunicação e Política (VII COMPOLÍTICA)**, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), 2017.

FERTONANI, Hosana. P.; Pires, Denise. E. P. de.; Biff, Daiana.; Scherer, Magda. D. dos A. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Temas Livres. Ciência & Saúde Coletiva**, 20(6):1869-1878, 2015.

JUNQUEIRA, R. D. “Ideologia de gênero”: a invenção de uma categoria polêmica contra os direitos sexuais. In: Marcelo M. Ramos; Pedro A. G. Nicoli; Gabriela C. Alkmin (orgs.). **Gênero, sexualidade e direitos humanos: perspectivas multidisciplinares**. Belo Horizonte: Initia Via, 2017. Disp.: [goo.gl/JgyPzN](http://goo.gl/JgyPzN).

MATTOS, Carmem L. G. A abordagem etnográfica na investigação científica. In MATTOS, CLG., and CASTRO, PA., orgs. **Etnografia e educação: conceitos e usos** [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2011. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/8fcfr/pdf/mattos-9788578791902-03.pdf>

SANTOS, Marcia. C. B; ALMEIDA, Guilherme. S; GEBRATH, Zélia. L; PRESTES, Elisa. T. Processo Transexualizador no SUS: um campo político e de práticas em construção. In: UZIEL, Ana Paula; GUILHON, Flávio (org). In: **Transdiversidades: práticas e diálogos em trânsito**. EdUERJ, Rio de Janeiro, 2017.