

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA

LAUREANI PAZZINI SILVEIRA

**ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA PESSOAS TRANS:
PROPOSIÇÃO PARA A ELABORAÇÃO DE UM AMBULATÓRIO T NO
MUNICÍPIO DE SÃO BORJA**

**São Borja
2025**

LAUREANI PAZZINI SILVEIRA

**ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA PESSOAS TRANS:
PROPOSIÇÃO PARA A ELABORAÇÃO DE UM AMBULATÓRIO T NO
MUNICÍPIO DE SÃO BORJA-RS**

Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas – Mestrado Profissional da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Políticas Públicas.

Orientador: Dr. Muriel Pinto

**São Borja
2025**

Ficha catalográfica elaborada automaticamente com os dados fornecidos
pelo(a) autor(a) através do Módulo de Biblioteca do
Sistema GURI (Gestão Unificada de Recursos Institucionais) .

S587a SILVEIRA, LAUREANI PAZZINI

ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA PESSOAS TRANS:
PROPOSIÇÃO PARA A ELABORAÇÃO DE UM AMBULATÓRIO T NO MUNÍCIPIO
DE SÃO BORJA-RS / LAUREANI PAZZINI SILVEIRA.

192 p.

Dissertação(Mestrado)-- Universidade Federal do Pampa,
MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS, 2025.

"Orientação: MURIEL PINTO".

1. Direitos Humanos. 2. Equidade. 3. Transexuais. 4.
Ambulatório. 5. Políticas Públicas. I. Título.

LAUREANI PAZZINI SILVEIRA

**ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE PARA PESSOAS
TRANS: PROPOSIÇÃO PARA A OPERACIONALIZAÇÃO DO AMBULATÓRIO T NO
MUNICÍPIO DE SÃO BORJA-RS**

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Políticas
Públicas, da Universidade Federal do
Pampa, como requisito parcial para
obtenção do Título de Mestra em
Políticas Públicas

Dissertação defendida e aprovada em: 16 de abril de 2025

Banca examinadora:

Prof. Dr. Muriel Pinto

Orientador

UNIPAMPA - PPGPP

Prof. Dr. Fernando Hoffmann

UFSM

Profa. Dra. Ana Lucia Paula da Conceição

IFRS

Profa. Dra. Fernanda Cristina Foss de Zorzi
UNIPAMPA - PPGPP

Me. Lins Robalo
Prefeitura Municipal de Itaqui-RS



Assinado eletronicamente por **MURIEL PINTO, PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR**, em 19/05/2025, às 10:46, conforme horário oficial de Brasília, de acordo com as normativas legais aplicáveis.



Assinado eletronicamente por **Fernanda Cristina Foss De Zorzi, Usuário Externo**, em 19/05/2025, às 13:19, conforme horário oficial de Brasília, de acordo com as normativas legais aplicáveis.



Assinado eletronicamente por **Fernando Hoffmam, Usuário Externo**, em 20/05/2025, às 10:50, conforme horário oficial de Brasília, de acordo com as normativas legais aplicáveis.



Assinado eletronicamente por **Ana Lúcia Paula da Conceição, Usuário Externo**, em 21/05/2025, às 01:04, conforme horário oficial de Brasília, de acordo com as normativas legais aplicáveis.



Assinado eletronicamente por **Lins Robalo, Usuário Externo**, em 26/05/2025, às 11:48, conforme horário oficial de Brasília, de acordo com as normativas legais aplicáveis.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.unipampa.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1739336** e o código CRC **F17818F2**.

Dedico este trabalho aos meus pais, Lauro e Joana, que me deram a vida e me ensinaram a vivê-la com toda intensidade e dignidade. Também, a minha Irmã Érica, que me ensinou o sentido de nunca estar sozinha. E por fim, para a minha sobrinha Cecília, que ao nascer, me fez renascer. A vocês, todo o meu amor!

AGRADECIMENTOS

Obrigada Deus que me permitiu conhecer a minha Psicóloga Natália, se eu consegui entregar este trabalho, mesmo com tanto atraso, foi porque a Natália me abriu os olhos e me fez entender que não existe pesquisa perfeita, e que eu sou um ser humano passível de erros, e que eu tinha que entregar este belo trabalho para que a sociedade pudesse ver a necessidade de melhorar uma política pública já existente.

Não foi nada fácil, ousou dizer que foi a parte mais difícil da minha jornada. Superei o que eu mesma acreditei ser impossível de superar. Cheguei na minha sonhada aprovação, que almejei desde antes da graduação, mas, como tudo na vida, a estrada até me tornar mestre foi difícil. Estar no mestrado era algo tão planejado na minha história, que cada passo que me trouxe até aqui, tornou este trabalho o mais importante da minha vida. Ter aprovado em uma instituição pública de qualidade, ainda durante o período de pandemia do COVID-19, foi realmente um desafio. Conciliar aulas com o trabalho, foi algo muito difícil. Alguém acelerada como eu, que sempre quer entregar o melhor em tudo que se dispõe a fazer, sofre demais em ter que conciliar tantas demandas cotidianas. O que eu posso dizer é: Graças a mão de Deus, nós conseguimos. Deus abriu essa porta, me capacitou, me conduziu, segurou minha mão e não me permitiu desistir, se não fosse Deus, eu nada seria.

Ao escrever esses agradecimentos, me dei conta que o maior defensor das políticas públicas que eu conheço é o meu pai. Se sou quem sou, é porque uso tudo que aprendi com ele para ser um ser humano, totalmente humano. Meu pai de fato, é o melhor homem que já conheci. E isso não significa que não tenhamos divergências em ideias, mas, ele me ensinou a beleza que existe no divergir, e o poder que temos em conseguir demonstrar a beleza da nossa verdade. Deus não poderia ter escolhido uma pessoa melhor para me conduzir na terra. Ao meu herói, meu amigo, meu mestre, meu guia, todo o amor desse mundo. E que ainda tenhamos muitos trabalhos, estudos e opiniões divergentes para compartilhar nesta nossa jornada na terra.

Minha mãe. A minha mãe é a pessoa mais forte que eu conheço. Se a minha mãe não tivesse a fé que ela tem na vida e no poder de Deus em transformar causas impossíveis em possíveis, talvez eu não estivesse aqui escrevendo estes agradecimentos. A cada lugar que vou, a cada processo que decido trabalhar, a

cada trabalho que decidi escrever desde que comecei minha vida de estudos, lá estava a minha mãe, orando por mim. A oração dela me tornou um ser humano humilde, disposto a ouvir e auxiliar quem precisa. Estar aqui escrevendo uma sugestão de política pública de saúde para os transexuais, me mostrou que a humilde em me compadecer com a dor dos outros veio da minha mãe. Vi minha mãe inúmeras vezes guardar o choro dela e a própria dor para apoiar os meus sonhos. Vi minha mãe enfrentar a saudade da distância, pois, eu tomei a decisão de trabalhar em 3 municípios diferentes. Depois de 28 anos juntas, compreendi e enxerguei a beleza de cada ensinamento desta mulher sábia. Ser mãe, não é e nunca será fácil, mas que bom que na minha jornada, Deus me permitiu estar ao teu lado. Obrigada por me amar, mesmo quando eu não merecia este amor.

Com todo o amor que tenho, agradeço a minha irmã que está comigo em todas as horas da minha vida, e que deu sentido para a palavra cumplicidade. Mas a Érica ainda superou toda a cumplicidade existente, pois, ela trouxe ao mundo a nossa Cecília, que completa o ciclo infinito de amor e cumplicidade entre irmãs. Hoje, meus agradecimentos a ti mudaram totalmente. Tu me deste o maior e o melhor presente de toda vida. Olhar para a Cecília, é o mesmo que eu voltar no tempo e olhar para ti quando tu ainda eras uma menina curiosa de 3 anos. Tu tens toda a minha admiração, todo o meu amor e dedicação. Tu és o meu exemplo, mesmo que tu não vejas isso. Quebrar ciclos, barreiras, vencer dores, dizer não, te tornaram uma mulher forte e com garra para conquistar tudo que tu almejas. Escrevendo os meus agradecimentos, agradeço a Deus pela oportunidade que tu também tens de estar concluindo a graduação e já ter sido aprovada no mestrado da UFSM. Ter um irmão, é ter a certeza de que nunca se estará sozinho, não importa onde eu esteja, sei que sempre terei meu coração batendo em outra pessoa. A ti, toda a minha lealdade e agradecimento.

Para minha amada Cecília, apenas amor. Falar desta criança e da importância dela na minha vida, é impossível. O amor que sinto pela Cecília é inexplicável. Quando a Cecília nasceu, eu de fato renasci! Todos os dias com ela tornam a minha vida mais bonita e cheia de amor. Deus tinha o controle de tudo, e sabia exatamente quando a Cecília chegaria para completar a nossa família. Quase três anos ao lado dela me fizeram repensar na vida antes dela. A vida antes de Cecília não era tão colorida e feliz. A Cecília será sempre o meu maior amor, e a

minha maior alegria, porque ela é o elo entre mim e a minha irmã. Nós trasbordamos.

Minha querida vozinha Ilva, com seus 86 anos de puro amor e cabelos brancos, merece todos os agradecimentos possíveis. Dedicou-me amor e orações. Obrigada por estar presente na minha sempre e comemorar cada conquista minha. Ao te agradecer e reconhecer teu amor por mim agradeço aos meus outros avós que hoje não se fazem mais presentes na minha vida (*in memoriam*), vózinha Cleci, vózinho Érico e vózinho Jandir, sei que onde vocês estiverem estão vibrando com as minhas vitórias e me protegendo. Obrigada a vocês quatro por me proporcionarem os melhores pais que eu poderia ter.

Importante falar nestes agradecimentos sobre Darlei. Darlei chegou e atentamente me ouviu, e após ouvir, decidiu ficar e encarar a jornada que é viver e dividir comigo cada uma das batalhas que surgiriam. Darlei está aqui, ao meu lado, dividindo comigo a alegria de me ver mestre, sabendo o quanto isso é importante para mim. Darlei é amor. Darlei é paz. Darlei de fato é a paciência que não tenho. Darlei conduz a vida com muita leveza, e provavelmente é por isso que me apaixonei por ele. Nem no pior dia de Darlei, eu o vejo mal, pelo contrário, vejo ele ainda mais forte me dizendo: vai dar certo, apenas confia. Essa frase dele tem me feito acreditar que temos que confiar no processo. Jamais imaginaria que dividir a jornada da vida contigo, tornaria o processo ainda mais bonito e divertido, mesmo com altos e baixos do cotidiano. Obrigada por decidir ficar, mesmo quando todas as opções conduziam para que você partisse. Ao nos escolher, escolhi o amor incondicional e a alegria de viver essa nada mole vida ao teu lado.

Acredito que todos já ouviram falar da história de quatro amigas e um jeans viajante. Quando cada uma das amigas decidiu seguir seu caminho, não importava o local onde elas estavam elas tinham uma calça jeans que servia nas quatro e mostrava o forte vínculo entre elas. Lembrar-se dessa história, me faz lembrar como sou grata pelas minhas amigas: Aline e Daiene. Já dividimos tantas histórias ao longo dos últimos anos. Cada uma chegou à minha vida de uma maneira, inclusive, a Aline é um presente carinhoso que o mestrado me trouxe. Já a minha amiga Daiene é um presente que outra pessoa me trouxe. No auge dos meus 28 anos, cheios de aprendizado e crescimento, só têm a agradecer a existência de vocês na minha vida. Nossa amizade sobrevive a distância, a demora, a política, a divergências, a crenças diferenças. Somos amigas na alegria e na tristeza, na saúde

e na doença, na riqueza e na pobreza. E vocês nem conseguem imaginar o quanto eu sou rica em ter vocês aqui. Que os próximos, 10, 20, 30 anos, permitam que tenhamos a mesma leveza na nossa amizade. Todo o fardo da vida adulta é leve com vocês. Vocês nem imaginam o quanto amo vocês e a nossa amizade.

Depois de todos esses agradecimentos, não poderia deixar de parabenizar meus mestres que contribuíram na minha formação acadêmica, profissional e pessoal. Ser professor não é uma tarefa fácil, ensinar é muito mais difícil do que parece, e quando encontramos mestres dispostos a dar o melhor de si para que aprendamos, a nossa satisfação é nítida. Ao decorrer da minha caminhada, além de professores fiz amigos e amigas, que levarei como exemplo sempre!

Meu querido amigo, professor e eterno orientador Fernando Hoffmam, que esteve ao lado em todas as situações (boas e ruins). O Fernando nem sabe, mas ele despertou em mim, um amor por estudar matérias difíceis e que não tem a atenção que mereciam. O desenvolvimento desta política pública tem origem em todo o estudo que desenvolvi com o Fernando durante a graduação. Te conhecer e aprender contigo, sem a menor dúvida foi o melhor presente do universo. Tu será sempre meu mestre e a pessoa que levo como exemplo a seguir na docência e na vida pessoal. Tu és o cara, e eu sempre te disse isso.

Aos mestres da Universidade Federal do Pampa que estiveram ao lado nessa jornada, qualquer agradecimento será pouco. O compartilhamento de conhecimento com vocês, possibilitou a construção deste trabalho com toda a qualidade possível. Ao meu orientador Dr. Muriel, que aceitou embarcar na minha ideia de política pública, quase no final da caminhada, mas, manteve a essência do que eu queria entregar, minha eterna gratidão. Obrigada ao Dr. Muriel por dividir todo o conhecimento técnico, profissional e pessoal comigo, pois, toda a tua trajetória acadêmica me permitiu concluir este trabalho com maestria, espero que tenhamos ainda a oportunidade de expandir nossa pesquisa em um possível doutorado.

Por fim, a todos que me acompanharam e torceram por mim de alguma forma, meu sincero agradecimento. Espero que nunca desistam dos seus sonhos, por mais difícil que pareça a caminhada, o seu fardo nunca será maior do que podes carregar. Tudo tem sua hora e seu momento, e agora é a minha hora de comemorar tamanha alegria que é a de conseguir concluir o mestrado. Essa pesquisa é somente um até breve, pois quanto mais pesquisamos, mas crescemos profissionalmente e pessoalmente.

“Fazer alguma coisa em nossas vidas simplesmente para não ser rejeitado por uma pequena minoria que tem uma concepção diferente da vida, pode causar uma destruição irreparável. Viva como seu coração mandar, afinal o mundo precisa de diferentes tipos de pessoas.”

(Rafael Coelho dos Santos)

RESUMO

A presente dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas – PPGPP tem como escopo realizar estudo das políticas públicas para transexuais com enfoque nas políticas públicas na área da saúde, contribuindo pra a proposição de um Ambulatório T como política pública de saúde para os transexuais que possa ser aplicada no município de São Borja, e na Rede de Atenção à saúde que este se insere. A pesquisa parte da premissa de que a efetivação dos direitos dessa população enfrenta desafios estruturais e sociais, apesar da existência de legislações e normativas que busquem a proteger os transexuais. Por fim, este estudo reforça que políticas públicas inclusivas são fundamentais para a promoção da cidadania e dos direitos humanos. O Ambulatório T pode representar um modelo de assistência que, se implementado de forma eficiente, poderá servir de referência para outras cidades que enfrentam desafios semelhantes. Espera-se que esta pesquisa contribua para futuras discussões e aprimoramentos das políticas voltadas para a população trans, promovendo maior equidade e dignidade a todos os cidadãos. Com relação à metodologia, empregou-se o método dedutivo, uma vez que serão analisados os conceitos doutrinários, legislações, jurisprudências pertinentes ao direito das pessoas transexuais. Ainda, a pesquisa caracteriza-se como um estudo qualitativo e exploratório, pois, buscou aprofundar a compreensão sobre a temática das políticas públicas de saúde voltadas para a população transexual e sua efetividade na promoção da equidade e dos direitos humanos. Os resultados desta pesquisa reforçam a importância da implementação de políticas públicas que garantam o acesso à saúde de maneira equitativa, promovendo a cidadania e a dignidade para uma população transexual. Conclui-se que a criação do Ambulatório T em São Borja pode representar um avanço significativo no atendimento à saúde dessa comunidade, além de contribuir para a construção.

Palavras-chave: Direitos Humanos. Equidade. Transexuais. Ambulatório T. Políticas Públicas. Saúde.

ABSTRACT

This dissertation, presented to the Postgraduate Program in Public Policies – PPGPP, aims to conduct a study of public policies for transsexuals, with a focus on public policies in the health area, contributing to the proposal of an Ambulatory T as a public health policy for transsexuals that can be applied in the municipality of São Borja and in the Health Care Network in which it is inserted. The research is based on the premise that the realization of the rights of this population faces structural and social challenges, despite the existence of laws and regulations that seek to protect transsexuals. Finally, this study reinforces that inclusive public policies are fundamental to the promotion of citizenship and human rights. The Ambulatory T can represent a model of care that, if implemented efficiently, can serve as a reference for other cities that face similar challenges. It is expected that this research will contribute to future discussions and improvements in policies aimed at the trans population, promoting greater equity and dignity for all citizens. Regarding the methodology, the deductive method was used, since the doctrinal concepts, legislation, and case law pertinent to the rights of transgender individuals will be analyzed. Furthermore, the research is characterized as a qualitative and exploratory study, since it sought to deepen the understanding of the theme of public health policies aimed at the transgender population and their effectiveness in promoting equity and human rights. The results of this research reinforce the importance of implementing public policies that guarantee access to health in an equitable manner, promoting citizenship and dignity for a transgender population. It is concluded that the creation of the T Outpatient Clinic in São Borja can represent a significant advance in the health care of this community, in addition to contributing to the construction.

Keywords: Human Rights. Equity. Transsexuals. Outpatient T. Public Policies. Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – O Direito a Saúde e suas características iniciais.....	23
Figura 2 – Os Direitos Fundamentais e suas dimensões.....	24
Figura 3 – A Saúde Pública no Brasil.....	31
Figura 4 – A Saúde Pública no Brasil	36
Figura 5 – A Reforma Sanitária e a CRFB/88.....	38
Figura 6 - Cartilha do Ministério da Saúde: Políticas de Promoção da Equidade em Saúde.....	67
Figura 7 - Divisão da Secretaria de gestão Estratégica e Participativa (SGEP).....	69
Figura 8 - O Direito a Saúde no Brasil e as Políticas Públicas de Saúde.....	82
Figura 9 - Equidade na saúde e equilíbrio em comparação com o conceito de minúscula pessoa do ponto de vista da igualdade médica.....	89
Figura 10: As várias fases de Ivana com a descoberta da transexualidade e seu sexo psicossocial.....	96
Figura 11: 12 pessoas trans em destaque no Brasil.....	105
Figura 12: Significado da sigla LGBTQIA+.....	116
Figura 13: Os 115 procedimentos realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.....	125
Figura 14: Os 15 Ambulatórios T para atendimento especializado da população transexual e LGBTQIA+ no estado do Rio Grande do Sul.....	145
Figura 15: ONG Girassol Amigos da Diversidade atua de forma articulada com diversas ações para o público.....	148

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 – Tempo e instâncias percorridas pelas diferentes políticas de equidade até a sua promulgação.....	86
Quadro 2 - Linha do tempo dos acontecimentos relacionados aos transexuais e a população LGBTQIA+ de 1990 até 2016.....	122
Quadro 3. – Características dos participantes do estudo - homens trans e pessoas transmasculinas.....	138
Quadro 4. Discurso do Sujeito Coletivo da experiência de estigmatização e estratégias de proteção da identidade de homens trans e pessoas transmasculinas.....	139
Quadro 5. Discurso do Sujeito Coletivo das barreiras da transfobia para o autocuidado e acesso ao cuidado profissional vivenciadas por homens trans e pessoas transmasculinas.....	139
Tabela 1. Evolução da criação de Comitês Técnicos para os grupos vulneráveis nos estados da federação - período 2012/2015 – Brasil	87
Tabela 2. Fila de espera ativa de solicitações cadastradas no sistema GERCON na especialidade Saúde Mental -Transexualidade, RS, 2016-2019	126

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01: Índice de Ghini 1991-2000-2010.....	154
Gráfico 02: Relação de Índices de Desenvolvimento Humano 2010.....	154
Gráfico 03: Relação de Índices de Desenvolvimento Humano 2010.....	156

LISTA DE SIGLAS

PPGPP - Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas

LGBTQIA+ - lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, queer, intersexo, assexuais, + se refere as outras orientações sexuais e identidades de gênero que não se encaixam no padrão cis-heteronormativo (Sigla total referenciada na p. 72).

SUS - Sistema Único de Saúde

RAS - Rede de Atenção à Saúde

CRFB - Constituição da República Federativa do Brasil

CAPs - Caixas de Aposentadorias e Pensões

IOC - Instituto Oswaldo Cruz

DNSP - Departamento Nacional de Saúde Pública

IAPs - Institutos de Aposentadoria e Pensões

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

CNS- Conferência Nacional de Saúde

NOBs - Normas Operacionais Básicas

PACS - Programa de Agentes Comunitários

RCFM - Resolução do Conselho Federal de Medicina

APS - Atenção Primária à Saúde

NMS - Novos Movimentos Sociais

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PNUDH- Plano Nacional de Direitos Humanos

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

PACS - Programa de Saúde da Família

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Estado de Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

ABGLT - Associação Brasileira de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais

ANTRA - Articulação Nacional de Travestis, Transexuais e Transgêneros

CRDHCH - Centros de Referência em Direitos Humanos e Cidadania Homossexual

BSH - Brasil sem Homofobia

CNCD - Conselho Nacional de Combate à Discriminação

STJ - Superior Tribunal de Justiça

STF - Supremo Tribunal Federal

PES - Plano Estadual de Saúde

GTPMA - Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação

CES - Conselho Estadual de Saúde

GERCON - Sistema de Gerenciamento de Consultas

PIB - Produto Interno Bruto

OP - Orçamento Participativo

PPA - Plano Plurianual

LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias

LOA - Lei Orçamentária Anual

SBMFC - Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis

OMS - Organização Mundial da Saúde

IVS - Índice de Vulnerabilidade Social (IVS)

UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	15
2. A PROIBIÇÃO AO RETROCESSO NO BRASIL: UMA ANÁLISE AO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE EM UM CENÁRIO GERAL	21
2.1. O direito à saúde e as políticas públicas de saúde no Brasil: uma reconstrução histórica através de um olhar atual.....	22
2.2. Os direitos fundamentais como direitos sociais: o princípio da dignidade da pessoa humana, o direito a saúde e o mínimo existencial no Brasil.....	39
3. DA PRECARIEDADE DO ACESSO À SAÚDE E AS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA OS TRANSEXUAIS: DESAFIOS, IMPASSES E (IN)EFICÁCIA.....	64
3.1. A trajetória da saúde pública no Brasil e o Sistema Único de Saúde (SUS) como política pública sanitária: desafios, impasses e (in)eficácia na trajetória de assistência aos transexuais.....	71
4. DA PROPOSTA A IMPLEMENTAÇÃO: UMA ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS IMPLEMENTADAS PARA OS TRANSEXUAIS NO BRASIL.....	89
4.1. A construção da identidade na contemporaneidade e a transexualidade: o direito a identidade sexual dos transexuais.....	89
4.2. As políticas públicas implementadas para os transexuais no Brasil.....	109
5. A SAÚDE E OS DIREITOS DA POPULAÇÃO TRASEXUAL: A SUGESTÃO DE CRIAÇÃO DE UM AMBULATÓRIO T PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA POPULAÇÃO TRANSEXUAL DE SÃO BORJA.....	128
5.1. A transfobia nos espaços de saúde: da necessidade de criação de uma política pública primária voltada aos transexuais.....	129
5.2. O Ambulatório T no município de São Borja: da necessidade de (re) estruturação de uma política pública eficaz.....	141
6. METODOLOGIA.....	163
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	168
REFERENCIAS.....	171

1. INTRODUÇÃO

A presente dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas – PPGPP tem como escopo realizar estudo das políticas públicas para transexuais com enfoque nas políticas públicas na área da saúde, contribuindo pra a proposição de um Ambulatório T como política pública de saúde para os transexuais que possa ser aplicada no município de São Borja, e na Rede de Atenção à saúde que este se insere.

Cada vez mais se encontram paradigmas em nosso ordenamento jurídico, que exigem firmeza na direção à proteção dos direitos dos indivíduos, sendo necessário repensar sobre o conteúdo das normas que estão sendo oferecidas à sociedade, buscando sempre contemplar a todos os indivíduos.

A gestão das políticas sociais públicas e a sua formulação sempre foram um grande desafio para o Poder Público/Administração Pública. Em um Estado Constitucional, o Estado social de direitos foi encarregado através das normas constitucionais de ofertar os serviços públicos aos cidadãos como forma de garantir o gozo dos direitos fundamentais. (LIBERATI, 2013).

Assim, as políticas públicas exercem um papel fundamental dentro da manutenção/superação das opressões de gênero e sexuais. Sendo assim, a omissão em criar ações que satisfaçam as necessidades dos indivíduos representa uma afronta aos mandamentos constitucionais e causa sérios prejuízos ao exercício dos direitos fundamentais. Quando o Estado se omite na garantia de exercício dos direitos fundamentais, ele caminha para à sua própria negação. E é por isso que Administração Pública é chamada para administrar as políticas públicas com dedicação e zelo dos atores profissionais capacitados. (LIBERATI, 2013).

Os primeiros anos do século XXI no Brasil foram os que mais discutiram as questões de multiplicidade de expressões da sexualidade e identidades de gênero, mas, não se discutia a função do Estado como promotor de bem-estar coletivo. Para satisfazer o bem estar social é que surgem as políticas públicas, pois, estas são as ações desenvolvidas pela Administração Pública em nome do Estado, para satisfazer as necessidades essenciais de cada cidadão. (LIBERATI, 2013).

Nessa perspectiva, apenas no ano de 2004, através da receptividade do governo Lula, é que começaram a serem criadas iniciativas para garantir direitos diversos dos cidadãos LGBTPQIA+. O primeiro a ser criado foi o Programa de

Combate à Violência e à Discriminação contra GLBT e de Promoção da Cidadania Homossexual - Brasil Sem Homofobia (BSH), com o objetivo de:

A expectativa é que essa integração interministerial, em parceria com o movimento homossexual, prospere e avance na implementação de novos parâmetros para definição de políticas públicas, incorporando de maneira ampla e digna milhões de brasileiros. As políticas públicas traduzidas no Programa serão exitosas porque é uma decisão de todos, elaboradas pelo consenso. Entretanto, a participação de cada um de nós como cidadão é importante para a consolidação dos direitos humanos como direito de todos. (BRASIL, 2004, p. 7)

Em 2008, foi criada a regulamentação do processo transexualizador no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), através da portaria n.º 457/2008. (BRASIL, 2008). Ainda no ano de 2008, seguindo a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.652/2002, o Ministério da Saúde editou a portaria que torna o Processo Transexualizador um serviço oferecido pela rede pública de saúde, no Sistema Único de Saúde (SUS). O procedimento inclui o tratamento hormonal pré-operatório, o acompanhamento terapêutico, cirurgia de transgenitalização ou redefinição de sexo, dispondo ainda sobre o cadastro e a habilitação de centros de saúde e hospitais para realizarem os procedimentos. (BRASIL, 2008).

Já em 2009 foi lançado o 1º Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. (BRASIL, 2009). E em 2013, houve a redefinição do Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS), através da Portaria n.º 2.803/2013. (BRASIL, 2013).

Um dos enfoques principais deste estudo, dar-se-á na portaria nº 2.803/2013 do Ministério da Saúde que coloca novos parâmetros para o atendimento de pessoas transexuais e travestis pela rede pública de saúde, ampliando seu espectro e definindo novas diretrizes. O objetivo é garantir o atendimento integral de saúde a pessoas trans, com respeito e sem discriminação, observando o uso do nome social. O Processo Transexualizador é estruturado na Atenção Básica (Rede de Atenção à Saúde – RAS) e na Atenção Especializada, que contempla a modalidade ambulatorial, de acompanhamento clínico pré e pós-operatório e hormonioterapia, e a modalidade hospitalar, de realização da cirurgia de adequação do corpo biológico à identidade de gênero e social e o acompanhamento. (BRASIL, 2013).

Ainda, será importante discorrer profundamente neste estudo a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

(LGBT), que foi instituída pela Portaria n.º 2.836, de 1º de Dezembro de 2011, pactuada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), consonante a Resolução n.º 2, do dia 06 de Dezembro de 2011, que tem como escopo orientar o Plano Operativo de Saúde Integral LGBT. (BRASIL, 2011).

Outro marco crucial na legislação brasileira surgiu em 2016, quando entrou em vigor o Decreto n.º 8.727/2016, que dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. (BRASIL, 2016).

Cada vez mais encontram-se paradigmas em nosso ordenamento jurídico, que exigem firmeza na direção à proteção dos direitos de indivíduos, sendo necessário repensar sobre o conteúdo das normas oferecidas à sociedade. A elaboração de políticas públicas também precisa ser repensada, pois, ainda hoje, vereadores, deputados, senadores e governos elaboram políticas públicas de maneira improvisada, com uma visão em curto prazo, pautadas em interesses particulares ou corporativistas. As políticas públicas servem para gestão de problemas e demandas coletivas, identificando as prioridades e utilizando o planejamento como forma de atingir os objetivos que estejam predefinidos. (SECCHI, 2016).

Assim, uma política pública tem o dever de mudar o cenário, onde há entendimento de que seja necessário ocorrer uma mudança, para o bem público, e jamais para o bem particular, garantindo o bem estar a curto ou longo prazo para os cidadãos que a rodeiam. (SECCHI, 2016).

A transexualidade é conflitiva, difícil e angustiante para o indivíduo, pois, o mesmo sempre se encontra em um desequilíbrio emocional pelo fato de não se identificar com o gênero sexual que nasceu e que se encontra em seus documentos, ou seja, não é correspondente com a sua realidade social e sexual, possuindo uma convicção inalterável de que pertence ao sexo oposto, reprovando os órgãos sexuais que possui. Assim, o indivíduo transexual não se identifica com o seu sexo biológico, sofrendo transtornos psicológicos, ou seja, uma psicopatologia que gera transtornos como: depressão, ansiedade, angústia e, principalmente, uma repulsa muito grande em relação ao seu corpo. O ser humano tem como direito garantido, a individualidade e a autonomia de vontade, possibilitando ao transexual alterar o registro civil, para a adequação dos documentos ao gênero que o mesmo se

identifica desde seus primeiros discernimentos, tendo como principal intuito, garantir que este se livre de todas as espécies de preconceito e humilhações que ainda existem no âmbito familiar, mas principalmente, no âmbito social. (HOFFMAM; SILVEIRA, 2020).

Em 1980, os Tribunais consagravam a tese da imutabilidade do prenome incluindo o estado sexual no registro, tendo em vista, que somente eram aceitas as retificações da Lei de Registros Públicos. Quanto ao entendimento em relação à mudança de sexo não era uma escolha, já que o entendimento estava pautado pela determinação do sexo biológico, e assim, nem a cirurgia suscitava de maneira verdadeira para alteração do sexo. (HOFFMAM; SILVEIRA, 2020).

Dessa forma, após inúmeras discussões nos tribunais e na sociedade em geral, foi criada a Lei nº 8.727 de 2016, que dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. Essa regulamentação era imprescindível, já que, é mais que necessário que se faça uma análise aos princípios que são normas jurídicas de observância obrigatória, pois, o transexual tem a sua dignidade ferida todos os dias, tendo sua trajetória de vida marcada por diversas manifestações de rejeição por parte da sociedade em que vive. (HOFFMAM; SILVEIRA, 2020).

Os transexuais encontram dificuldades para manter um convívio em sociedade, e isto, faz com que não sejam alcançados os objetivos fundamentais elencados na Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB/88). O artigo 3º, da CRFB/88 diz que o Estado deve promover o bem de todos, sem preconceito quanto a cor, raça, sexo, idade e qualquer outro requisito que possa ser considerado como fator discriminatório. Os transexuais são sujeitos de direitos e deveres dentro da esfera jurídica brasileira, da mesma forma que os demais indivíduos são. O artigo 5º da Constituição Federal de 1988 diz:

Artigo 5º: Todos são iguais perante a Lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à igualdade, à segurança e à propriedade nos termos seguintes: [...]

III - ninguém será submetido à tortura nem a tratamento desumano ou degradante. [...]

X - são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação. (BRASIL, 1988).

Nesse viés, é necessário que os municípios consigam oferecer suporte para os cidadãos transexuais e disponibilizem medidas que os incluam na sociedade, e assim, eles passem a ser respeitados dentro de suas diferenças.

A União vem desde 2008 criando políticas públicas que visem incluir todos os cidadãos da comunidade LGBTPQIA+, mas, é responsabilidade dos municípios que tais políticas públicas sejam aplicadas dentro da sociedade. Em geral, os agentes definidores das políticas públicas representam os interesses das classes dominantes, e não levam em consideração o caráter desigual da sociedade e consideram que a igualdade se resume na conquista de interesses específicos dos grupos e indivíduos através das instâncias jurídicas, como se a possibilidade de acesso aos direitos sociais fosse igual para todos os indivíduos. Esses fatores interferem no caráter e nos meios de operacionalização das políticas públicas. O fato de não se levar em consideração as desigualdades sociais inerentes ao acesso dos direitos sociais, acaba fazendo com que as políticas públicas beneficiam sempre mais as classes dominantes. (BONETI, 2007).

Ao criar a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) e o Plano Operativo de saúde Integral LGBT, tem-se um divisor de águas no desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil, sendo este, um dos marcos históricos de reconhecimento para a população LGBTQIAP+. Assim, a visibilidade das questões relacionadas a saúde da população LGBTQIAP+ começaram a ser discutidas a partir de 1980, pois, houve a necessidade de o Ministério da Saúde criar estratégias para enfrentar a epidemia do HIV/AIDS em conjunto com os movimentos sociais que possuíam vínculo com a defesa dos direitos de grupos gays. (BRASIL, 2004).

Os problemas enfrentados neste século relacionados a proteção dos direitos humanos, demonstra que é mais difícil proteger tais direitos do que os justificar. Dessa forma, mesmo que o direito à saúde seja expressamente fundamental, ligado a preservação da vida e da dignidade da pessoa humana, e as normas constitucionais estejam ligadas e em concordância com as normas internacionais, o Estado tem falhado na proteção e na promoção de meios para cumprir a efetividade

de tal direito, tanto em âmbito individual quanto em âmbito coletivo. (FUHRMANN, 2017).

Dessa forma, o referido estudo possui como problemática a seguinte indagação: Nesse sentido, questionam-se como a legislação, as políticas públicas e a literatura vêm discutindo a implementação das políticas públicas de saúde para os transexuais no Brasil?

Objetiva-se, de modo geral, analisar como a legislação, as políticas públicas e a literatura vêm refletindo e implementando políticas públicas na área da saúde para a população transexual no Brasil.

Este estudo está composto por quatro capítulos, com o intuito de levantar e investigar as legislações vigentes no Brasil para a saúde dos transexuais. Seguindo, buscou-se identificar e analisar os programas, projetos e ações desenvolvidas na área da saúde para os transexuais. Ainda, tem-se a sugestão de elaboração e implementação de um ambulatório T como política pública de saúde no município de São Borja, como produto técnico complementando a presente dissertação.

Por fim, é apresentada a conclusão com uma análise geral dos dados gerados em relação aos objetivos que se pretendia alcançar com este estudo.

Nessa perspectiva, o tema aqui proposto está relacionado à linha de pesquisa Configurações institucionais e dinâmicas sociais em áreas de fronteira, pois, a ideia de projeto e desenvolvimento de dissertação está diretamente relacionada com as dinâmicas sociais promovidas na área de saúde para os transexuais, buscando sugerir a Administração Pública, a implementação de uma política pública que reflita diretamente na vida da população transexual, servindo de exemplo para os demais territórios, como exemplo na fronteira oeste.

2. A PROIBIÇÃO AO RETROCESSO NO BRASIL: UMA ANÁLISE AO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE EM UM CENÁRIO GERAL

Quando se estuda o direito à saúde este se manifesta de forma abrangente e vinculada ao seu respectivo objeto (no caso da dimensão positiva, tem-se a prestação de materiais na esfera da assistência hospitalar, médica, dentre outras) estando lado a lado com o direito à vida e o princípio da dignidade da pessoa humana. O direito a vida, e no que se verifica a sua conexão com o direito à saúde, assume a condição de verdadeiro direito a ter direitos, constituindo ainda, pré-condição da própria dignidade da pessoa humana. Assim, além da vinculação com o direito à vida, o direito à saúde, em um sentido mais amplo, encontra-se ligado umbilicalmente à proteção da integridade física, corporal e psíquica do ser humano, estando em posições jurídicas de fundamentalidade indiscutível. (SARLET; MARINONI, MITIDIERO, 2020).

Os problemas enfrentados neste século relacionados a proteção dos direitos humanos, demonstra que é mais difícil proteger tais direitos do que os justificar. Dessa forma, mesmo que o direito à saúde seja expressamente fundamental, ligado a preservação da vida e da dignidade da pessoa humana, e as normas constitucionais estejam ligadas e em concordância com as normas internacionais, o Estado tem falhado na proteção e na promoção de meios para cumprir a efetividade de tal direito, tanto em âmbito individual quanto em âmbito coletivo. (FUHRMANN, 2017).

As políticas públicas são definidas no âmbito social como o “conjunto de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulamentam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público”. (LUCCHESE, 2004, p. 41). No que tange as políticas públicas em saúde, estas são responsáveis por constituírem um campo de ação social do Estado, com o intuito de melhorar as condições de saúde oferecidas para a população. As políticas públicas sanitárias buscam organizar as funções públicas para a promoção, recuperação e proteção da saúde dos indivíduos e da coletividade. (LUCCHESE, 2004).

Dessa forma, a sociedade brasileira começou a conhecer a promoção para as políticas públicas de saúde com a promulgação da Constituição da República

federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88), via princípios da universalidade de equidade no acesso às ações e serviços pelas diretrizes de descentralização da gestão, de integralidade do atendimento e de participação da comunidade, na organização de um Sistema Único de Saúde (SUS) no território nacional. Importante mencionar que, a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, conforme os moldes adotados pela Constituição da República federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88), para que todos tenham os seus direitos assegurados quando o assunto é previdência, saúde e assistência social. (LUCCHESE, 2004).

Buscando a efetivação do direito à saúde e a aplicação das políticas públicas sanitárias previstas pela ordem constitucional, foi criado o Sistema único de Saúde (SUS), um dos maiores sistemas públicos de saúde mundial, responsável pelos mais diversos tipos de atendimentos, partindo de uma simples avaliação de uma pressão arterial até um transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Contudo, antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o sistema público de saúde existente, apenas atendia aos trabalhadores que estavam ligados diretamente a Previdência Social, com apenas 30 (trinta) milhões de pessoas com acesso aos serviços hospitalares. (LUCCHESE, 2004).

2.1. O direito à saúde e as políticas públicas de saúde no Brasil: uma reconstrução histórica através de um olhar atual

Estudar o direito à saúde e o planejamento de políticas públicas sanitárias, é estudar a constituição em uma perspectiva histórico-evolutiva. Embora a noção de constituição que se conhece na sociedade esteja compreendida em seu sentido material, que significa dizer que está relacionada com o modo de organização da sociedade política (mesmo que seja mais antiga), a ideia de constituição formal (em sentido jurídico ou normativo) encontrou sua afirmação (teórica e prática) apenas no final do século XVIII. A constituição, assim como o direito em geral, não é auto evidente, mas ela quer e precisa ser compreendida. Ainda, a interpretação das normas constitucionais está no contexto amplo da interpretação das normas jurídicas. (SARLET; MARINONI, MITIDIERO, 2020).

Figura 1: O Direito a Saúde e suas características iniciais:



Organograma elaborado pela autora.

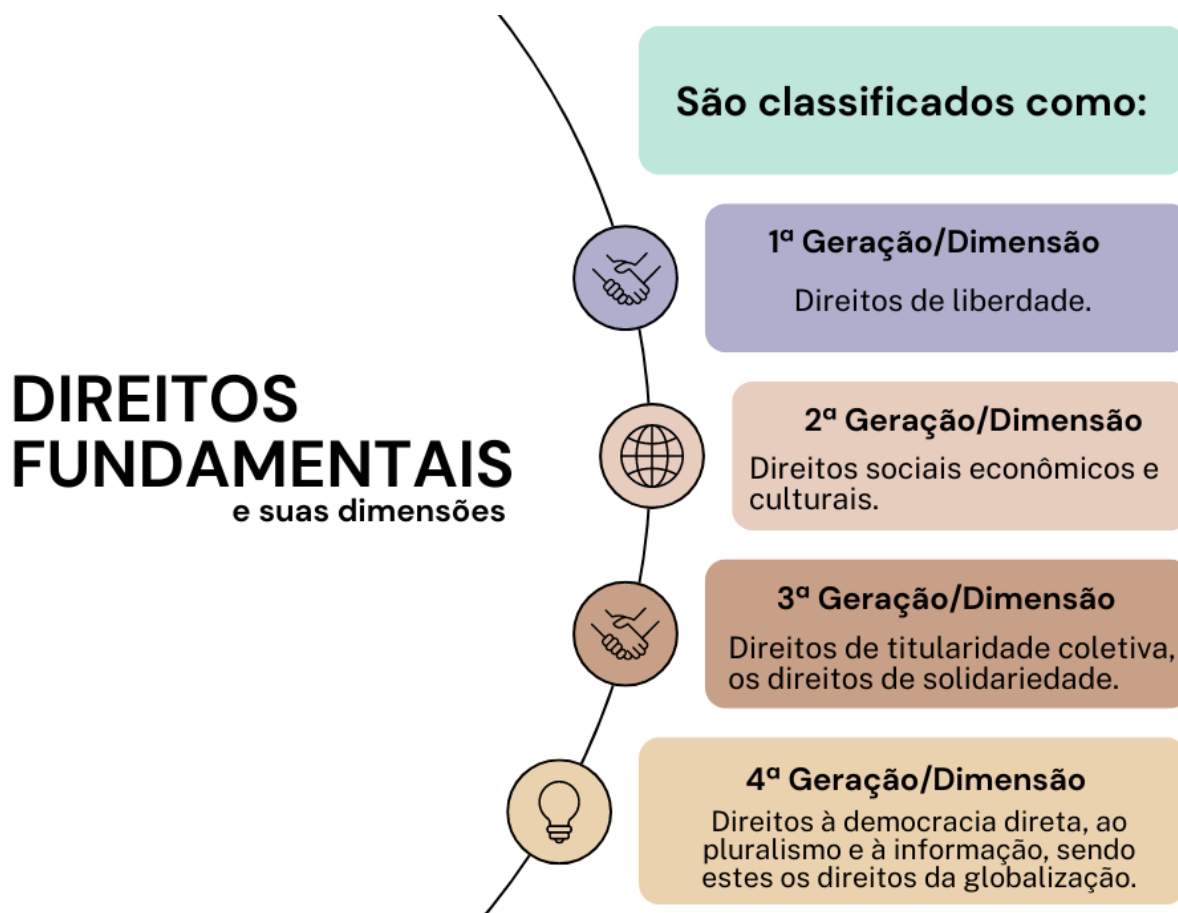
Fonte: SARLET; MARINONI, MITIDIERO, 2020.

A sociedade tem enfrentado nos últimos anos um problema muito sério que é relacionado aos direitos fundamentais sociais. O direito à saúde é um direito fundamental, ligado a outros direitos fundamentais como a vida e a dignidade da pessoa humana, e mesmo estando em concordância com as normas internacionais, existem inúmeras demandas judiciais relacionadas à saúde, tendo em vista que o Estado é o principal responsável por promover a efetividade jurídica na esfera individual e coletiva. Nesse viés, avaliando determinadas questões cotidianas, a vida (relaciona-se ao extinto de sobrevivência) é o bem mais caro para o ser humano dentro do contexto social, político e jurídico. A proteção da vida e da integridade física do ser humano é considerada um dos fins essenciais do Estado e razão de sua existência, conforme já explanava Thomas Hobbes (1588-1679). (SARLET; MARINONI, MITIDIERO, 2020).

Assim, os direitos fundamentais ao longo dos tempos, passaram por inúmeras transformações que viabilizaram um acesso maior aos direitos que são protegidos pelo Estado. Conforme os direitos foram surgindo, houve a necessidade de classificá-los como Direitos Fundamentais de acordo com os momentos em que

foram se originando. Os direitos fundamentais, conforme a doutrina¹, podem ser classificados por gerações ou dimensões. (OLIVEIRA, 2011). Quando se refere a dimensões, tem-se a primeira, a segunda, a terceira e a quarta.

Figura 2: Os Direitos Fundamentais e suas dimensões:



Organograma elaborado pela autora.
Fonte: OLIVEIRA, 2011.

A primeira dimensão é responsável por constituir a herança liberal, ou seja, os direitos de liberdade. Os direitos de segunda dimensão são os direitos sociais econômicos e culturais, assim sendo conhecidos como os direitos de igualdade. Já os direitos e terceira dimensão são os direitos de titularidade coletiva, os direitos de solidariedade. E por fim, os direitos da quarta dimensão compreendem os direitos à

¹ A doutrina, de uma forma geral, quando classifica os Direitos Fundamentais utiliza ou o termo geração ou o termo dimensão. O primeiro deixou de ser utilizado pela doutrina contemporânea (Ingo Wolfgang Sarlet, Luiz Alberto David de Araújo, Vidal Serrano, dentre outros) porque pressupõe a sobreposição de uma geração sobre a outra e, por essa razão, o termo dimensão é que está sendo utilizado, pois pressupõe a coexistência entre os Direitos surgidos no decorrer da história da sociedade. (OLIVEIRA, 2011, p. 79).

democracia direta, ao pluralismo e à informação, sendo estes os direitos da globalização. (OLIVEIRA, 2011).

Na percepção de Paulo Bonavides, os direitos fundamentais são divididos da seguinte forma:

Os Direitos de primeira geração são os Direitos de Liberdade, os primeiros a constarem do instrumento normativo constitucional, saber, os Direitos Cíveis e Políticos, que em grande parte correspondem, por um prisma histórico, àquela fase inaugural do constitucionalismo do Ocidente. Os Direitos da segunda geração são os Direitos Sociais, Culturais e Econômicos bem como os Coletivos ou de Coletividade. Os Direitos da terceira geração: Direito ao Desenvolvimento, à Paz, ao Meio Ambiente, Propriedade sobre o Patrimônio Comum da Humanidade. (BONAVIDES, 2006, p. 30).

Com a expressiva influência da Igreja Católica, dos movimentos operários e a expansão do socialismo, no final do século XVIII, surgiu a necessidade de que fossem criados meios para assegurar os direitos para a população, proibindo as opressões peculiares do período anterior, principalmente as revoluções francesa e americana. (OLIVEIRA, 2011).

Ao surgir o estado liberal, eclodiram cartas que eram garantidoras dos direitos fundamentais com o fim de viabilizar o mínimo acesso das pessoas aos direitos que estavam surgindo a partir daquele momento. Dessa forma, existiu transformações no conteúdo garantista das cartas constitucionais, sendo marcada pelo constitucionalismo, movimento responsável por proporcionar a transformação de um Estado que tinha como característica a não viabilização do acesso aos direitos para um Estado garantista. (OLIVEIRA, 2011).

Nesse primeiro momento percebe-se que a linha cronológica de fatos históricos abrange o cenário mundial. Nesse início de Estado garantista, os direitos que foram surgindo eram decorrentes da ideia de estado liberal, isso significa dizer que, estes direitos não necessitam de uma intervenção direta do Estado para que a sociedade e o indivíduo final que será atingido usufruam deles. (OLIVEIRA, 2011).

Nesse viés, após o surgimento de inúmeros direitos decorrentes das revoluções americana e francesa, iniciou-se em caráter mundial, transformações que foram marcadas pela exploração da atividade laborativa em busca de capital. Assim, o marco dessas alterações sociais está diretamente relacionado a Revolução Industrial no final do século XVIII, onde as consequências vieram um século depois, com o reconhecimento dos direitos dos trabalhadores. (OLIVEIRA, 2011).

Antes da chegada dos portugueses ao Brasil, os povos indígenas já habitavam esta terra a centena de anos, e já possuíam suas enfermidades específicas. Contudo, com a colonização portuguesa tudo acabou piorando, pois, surgiram as “doenças de branco”, ou seja, doenças que eram comuns na Europa, e que não existiam no Brasil, acabaram sendo trazidas para o solo brasileiro. Nesse viés, é importante lembrar que, naquela época, os indígenas não tinham imunidade para as novas doenças, e as consequências para o ocorrido, foi a morte de milhares de indígenas. Existem relatos registrados ao longo da história do Brasil que apontam o uso proposital de doenças como armas biológicas para dizimar grande parte das tribos que eram originárias do país. (OLIVEIRA, 2011).

Os povos indígenas foram massacrados pelo contágio de doenças infecciosas antes desconhecidas. Doenças como varíola, sarampo, febre amarela e gripe, estão entre as razões para o declínio das populações indígenas. Conforme dados obtidos através da Fundação Nacional do Índio – Funai. Durante a colonização em 1500, existiam cerca de 3 (três) milhões de índios no Brasil, e conforme o censo realizado em 2010, existem 900 (novecentos) mil indígenas em todo o território brasileiro, representando menos de 0,5% da população total. (OLIVEIRA, 2011).

No Brasil durante os períodos Colonial e Imperial, a população brasileira e a maioria dos problemas de saúde presentes na sociedade, não recebiam o tratamento necessário da medicina formal. Existiam poucos médicos, cirurgiões e boticários² de formação europeia que atendiam apenas as camadas da alta sociedade. Nessa perspectiva, a população mais pobre dependia da solidariedade dos curandeiros e dos cuidados oferecidos por grupos religiosos. (SCOREL; TEIXEIRA, 2012, p. 20 apud RAMOS; NETTO, 2017, p. 45).

² O boticário no Brasil surgiu no período colonial, quando medicamentos e outros produtos com fins terapêuticos podiam ser comprados nas boticas. Geralmente, o boticário manipulava e produzia o medicamento na frente do paciente, de acordo com a farmacopéia e a prescrição médica. O primeiro boticário no Brasil foi de Diogo de Castro, trazido de Portugal pelo governador geral, Thomé de Souza. Isso só aconteceu após a coroa portuguesa decretar que, no Brasil, o acesso ao medicamento só aconteceria se nas expedições portuguesas, francesas ou espanholas houvesse um cirurgião barbeiro ou algum tripulante com uma botica portátil cheia de drogas e medicamentos. (CRF/MG, 2022).

Durante o período do Império e da República Velha (1889-1930)³, a saúde era apresentada pelo Estado como ato caridoso, demonstrando que as relações caracterizavam um mero favor do poder público para com os cidadãos, e isso fica claro quando se vê a submissão dos indivíduos à autoridade estatal através das políticas e higienização. As políticas sanitárias naquela época não eram criadas e elaboradas em viés democrático, elas estavam relacionadas inclusive a mudanças arquitetônicas na estrutura urbana, como por exemplo, a Reforma de Passos⁴, que aconteceu na cidade do Rio de Janeiro entre 1902 e 1906. (SCOREL; TEIXEIRA, 2012, p. 20 apud RAMOS; NETTO, 2017, p. 45).

Até a chegada da família real portuguesa no Brasil, não se discutia com frequência questões relacionadas à saúde pública. As criações das primeiras instâncias de saúde pública no Brasil começaram a acontecer apenas em 1808, na Cidade do Rio de Janeiro, pois, a falta de um sistema de políticas de saúde voltado para combater as enfermidades que assolavam a população brasileira naquela época, era evidente, e a degradação da saúde colocava em risco a família real. Assim, buscando uma forma da família real ser protegida, foi criado o poder central, onde os poderes locais tinham a responsabilidade de alocar recursos e executar as ações de saúde. (SCOREL; TEIXEIRA, 2012, p. 20 apud RAMOS; NETTO, 2017, p. 46).

O governo central buscou implementar um sistema sanitário eficaz, e assim, criou o Instituto Vacínico do Império, da Junta Central de Higiene Pública, responsável por estabelecer atividades de polícia sanitária; Inspetoria de Saúde dos Portos, responsável pela fiscalização sanitária dos portos marítimos e fluviais brasileiros; Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, que tinha o intuito de reunir

³ “República Velha” é o nome que se deu ao período da História do Brasil iniciado em 15 de novembro de 1889, com o golpe que pôs fim ao Império, e finalizado em 24 de outubro de 1930, quando outro golpe depôs o então presidente Washington Luís. Esse período foi marcado pela reorganização da estrutura política do país e costuma ser dividido em duas fases: a “República da Espada”, de 1889 a 1894, e a “República Oligárquica”, de 1894 a 1930. (FAUSTO, 2013, p. 227).

⁴ A Reforma Urbana Pereira Passos foi uma tentativa de europeização e aburguesamento da cultura por meio de arquitetura, ideais e costumes. A Europa, especialmente as cidades de Paris e Londres, era tida como um modelo de civilização, progresso e modernidade a ser seguido. O progresso era sinal de desenvolvimento material; a civilização de comportamento pautado em um ideal burguês europeu; a modernidade no embelezamento e no saneamento relacionada a sair de um passado colonial e se adequar a um novo presente, certamente europeu. Dessa forma, as mudanças na capital tiveram um caráter urbanístico, sanitário e também comportamental, e a transformação da cidade se deu em um nível simbólico-espacial. Uma frase muito usual na época era “o Rio civiliza-se”, que demonstra todo esse imaginário. (SILVA, 2019, p. 02).

médicos para debater sobre assuntos específicos de doenças humana, saúde e seu papel diante das questões de saúde pública (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012, p. 20 apud RAMOS; NETTO, 2017, p. 46), sendo que, 192 (cento e noventa e dois) anos depois, a sociedade ainda existe só que agora ela chama-se Academia Nacional de Medicina (ANM), com responsabilidade de registrar os maiores eventos e acontecimentos relacionados à medicina. (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012, p. 20 apud RAMOS; NETTO, 2017, p. 46).

Toda essa abordagem sobre o sistema central demonstra a fragilidade do sistema sanitário elaborado pelo governo durante o período do Império, que acabava não tendo preocupação nenhuma em melhorar o nível de saúde da população brasileira no todo. Os objetivos do governo na época eram única e exclusivamente os de proteger a família real e os nobres portugueses que vieram habitar o Brasil, pois, o intuito era evitar grandes perdas financeiras passíveis de ocorrer devido as enfermidades e epidemias existentes em solo brasileiro. Através disso, a família real buscou desenvolver o Brasil e aproximar o país da realidade vivida em Portugal, sendo responsável por criar os cursos universitários de medicina, cirurgia e química, sendo os pioneiros nesta criação, a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro e o Colégio Médico-Cirúrgico no Real Hospital Militar de Salvador. Tal medida possibilitou que os médicos estrangeiros fossem substituídos pelos médicos brasileiros ou pelos formados no Brasil. (RAMOS; NETTO, 2017).

O Brasil após Proclamação da República em 1889, passou por algumas epidemias muito graves, como por exemplo, a febre amarela, a peste bubônica, dentre outras, matando a população devido à falta de políticas sanitárias que protegessem toda a população e não apenas uma parte desta. (RAMOS; NETTO, 2017). Dom Pedro II criou órgãos para vistoriar a higiene pública, principalmente na capital brasileira, que na época era o Rio de Janeiro. Essa higienização sanitária era necessária devido as recorrentes endemias⁵ de febre amarela, peste bubônica, malária e varíola, doenças associadas à falta de saneamento básico e de higiene. (RAMOS; NETTO, 2017).

⁵ Endemia é o nome dado a um fator que interfere negativamente na saúde de uma população, como uma doença que pode ser ou não contagiosa ou até mesmo violências que já se tornaram comuns em determinadas regiões. Dentro da área da saúde, esse termo não leva em consideração a quantidade de pessoas que possuem certa doença, mas sim a frequência com que ela ocorre naquele local específico. A doença não precisa estar presente ao longo de todo o ano, podendo aparecer de tempos em tempos em determinada região, sendo considerada sazonal. (RAMOS; NETTO, 2017, p. 50).

Contudo, o cenário de transição do final do século XIX para o século XX foi o marco em torno das discussões sobre a saúde, se tornando um debate político. Naquela época, os esgotos corriam a céu aberto e o lixo era colocado em valas, então durante o século XIX a campanha pela saúde pública era a estruturação do saneamento básico. Com a crescente organização dos trabalhadores relacionados aos movimentos sindicais, estes passaram a não aceitar mais um sistema de saúde excludente como era o vigente no país. (BRAVO, 2008).

Durante a Primeira República⁶, as questões relacionadas a saúde pública e a sua expansão para o resto da população, passa a possuir relevância nos discursos políticos e de poder. Através disto surgiu a Lei Eloy Chaves de 1923⁷, considerada o início do direito previdenciário no Brasil, sendo responsável por criar as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), financiadas pela União, empresas e empregados. (BRAVO, 2008).

Nessa perspectiva, iniciou-se o período de formação de um modelo de proteção social parecido com um seguro social. Assim, as questões relacionadas ao sistema de saúde, eram financiadas pelas contribuições realizadas pelos empregados e empregadores, existindo de maneira inicial uma divisão entre as categorias funcionais dos trabalhadores. (GIOVANELLA; LOBATO; CARVALHO, 2012).

Durante o início do século XX, foi criado o modelo intervencionista de políticas de saúde, conhecido como sanitarismo campanhista, caracterizado pela atuação do governo central no sentido de garantir a expansão da agricultura cafeeira. Assim, Polignano fez algumas considerações pertinentes acerca do sanitarismo campanhista:

Naturalmente, a falta de um modelo sanitário para o país, deixavam as cidades brasileiras a mercê das epidemias. No início desse século, a cidade do Rio de Janeiro apresentava um quadro sanitário caótico caracterizado pela presença de diversas doenças graves que acometiam à população,

⁶ Primeira República é o período da história no Brasil compreendido com o fim da monarquia em 15 de novembro de 1889 até a Revolução de 1930. Também foi denominada pelos historiadores de República Oligárquica, República dos Coronéis e República do Café com Leite. Com a vitória da Revolução de 30 e a fim de reforçar a ideia que começava um novo tempo, passou a ser chamada pejorativamente de República Velha. (BEZERRA, 2019, [s.p.]).

⁷ A Lei Eloy Chaves obrigou cada companhia ferroviária do país a criar uma caixa de aposentadorias e pensões (CAP), departamento incumbido de recolher a contribuição do patrão e a dos funcionários e pagar o benefício aos aposentados e pensionistas. No decorrer de 1923, 27 empresas instituíram suas respectivas CAPs. (AGÊNCIA SENADO, 2019, [s.p.]).

como a varíola, a malária, a febre amarela, e posteriormente a peste, o que acabou gerando sérias consequências tanto para saúde coletiva quanto para outros setores como o do comércio exterior, visto que os navios estrangeiros não mais queriam atracar no porto do Rio de Janeiro em

função da situação sanitária existente na cidade. [...] Este modelo de intervenção ficou conhecido como campanhista, e foi concebido dentro de uma visão militar em que os fins justificam os meios, e no qual o uso da força e da autoridade eram considerados os instrumentos preferenciais de ação. (POLIGNANO, 2001, p.04/05).

As questões de saúde pública até a primeira metade do século XX eram voltadas para as grandes cidades, sendo uma resposta aos problemas advindos do desenvolvimento de determinadas regiões, como São Paulo e Rio de Janeiro. A luta pela saúde e pelo saneamento básico só se intensificou a partir da criação e da atuação do Instituto Oswaldo Cruz (IOC) e de profissionais da área da saúde que eram preocupados com a população em geral, dando origem ao movimento pelo saneamento rural. Em 1919, foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), representando a mudança do sistema de saúde, onde o governo federal passou a dar uma maior amplitude aos serviços sanitários. (SANTOS, 1998, p. 615 apud RAMOS; NETTO, 2017, p. 48).

Na década de 1930, com todo o processo de industrialização, criou-se o sistema de políticas sociais de âmbito nacional, dando voz às reivindicações dos trabalhadores. Durante a Era Vargas, houve uma melhora na oferta de serviços médicos aos trabalhadores urbanos, fortalecendo a previdência social (Lei Eloy Chaves) via Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). O Presidente Getúlio Vargas, para fortalecer os movimentos, criou Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), com o intuito de congrega trabalhadores por categorias profissionais, e não mais por empresas, formando um sistema de previdência social gerido pelo Estado. Todavia, mesmo com toda a melhora ofertada aos indivíduos, as conquistas alcançadas abrangem apenas os trabalhadores do mercado formal, os desempregados, subempregados e trabalhadores rurais ficam de fora do sistema previdenciário. (SCOREL; TEIXEIRA, 2012, p. 20 apud RAMOS; NETTO, 2017, p. 49).

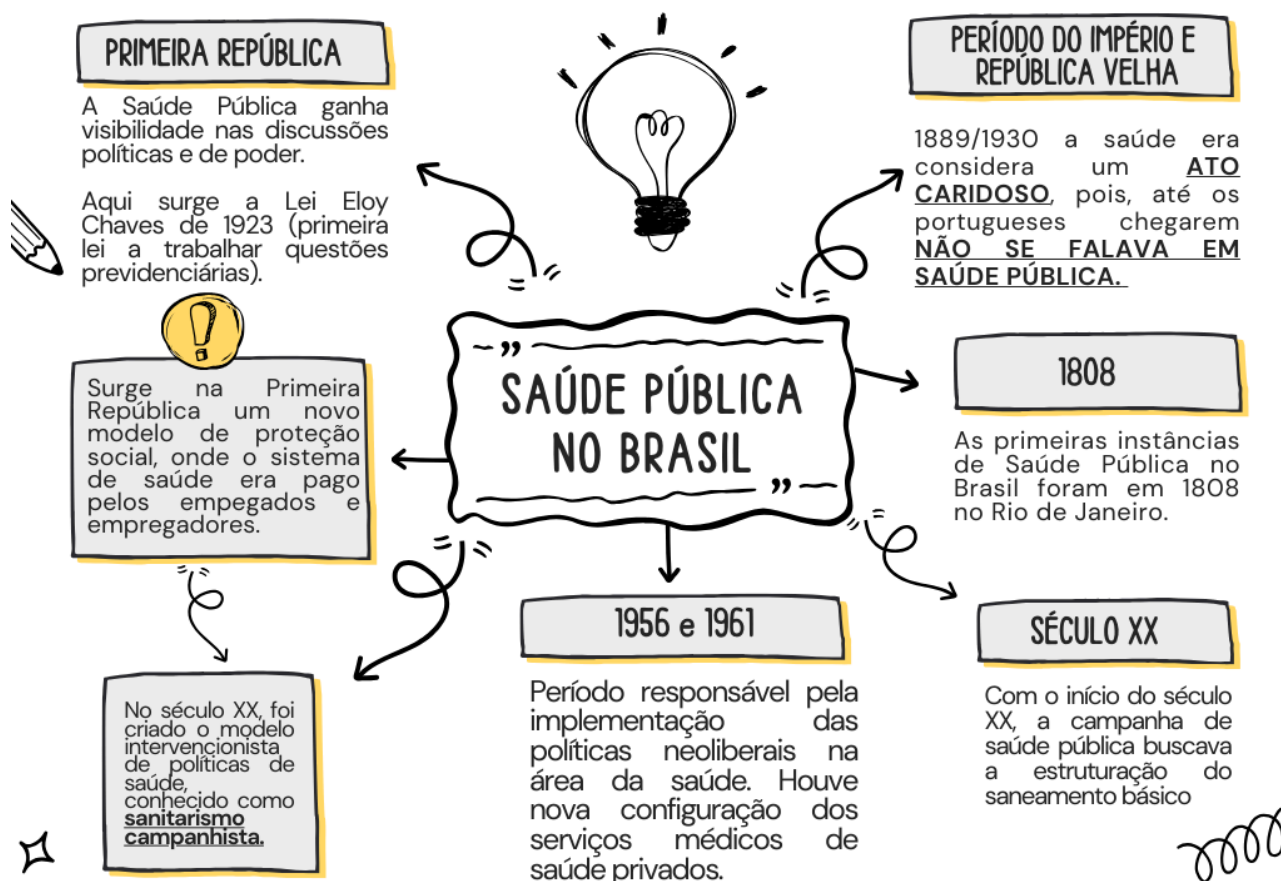
Asensi (2013) vai destacar que, baseando-se em 3 (três) concepções de saúde encontradas ao longo da história brasileira, estava superado o sentido de que saúde era um favor ou caridade, passando a ser visto como um serviço que seria

decorrente de um direito trabalhista ou a um serviço privado, mas que ainda estava distante do atual sentido de saúde enquanto direito. (ASENSI, 2013).

O modelo de intervenção estatal adotado em 1930 era o campanhista voltado para o enfrentamento de doenças epidêmicas. O Presidente Rodrigues Alves nomeou Oswaldo Cruz para comandar a Diretoria Nacional de Saúde Pública, que era vinculada ao Ministério da Justiça. Nessa perspectiva, Oswaldo Cruz buscou, incrementar a saúde pública no Brasil, e através disto, incorporou elementos à gestão sanitária, como por exemplo: a realização de registros demográficos (o que permitiu conhecer as características da população), a utilização de exames laboratoriais para amparar as atividades de diagnóstico etiológico e a fabricação de produtos profiláticos para que estes fossem utilizados em grande escala. (PIVETTA, 2013).

Abaixo, organograma para melhor compreensão acerca da Saúde Pública e suas fases no Brasil:

Figura 3: A Saúde Pública no Brasil:



Organograma elaborado pela autora.
Fonte: PIVETTA, 2013.

Já nos períodos compreendidos entre 1956 e 1961, a coligação denominada Nacional-Desenvolvimento, pertencente ao governo do Presidente Juscelino Kubitschek de Oliveira, foi responsável por criar o Congresso de Hospitais, respondendo as demandas estrangeiras, instituindo os serviços médicos próprios das empresas. Deste período nasceu a nova configuração dos serviços médicos de saúde privados, através do crescimento da medicina de grupo, sendo um dos pilares para a implementação das políticas neoliberais na área da saúde. (BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p. 386 apud RAMOS; NETTO, 2017, p. 49).

Durante os governos de Jânio Quadros e João Goulart (antes do golpe militar), Bertolozzi e Greco (1996, p. 386 apud RAMOS; NETTO, 2017, p. 50), elencam que houve maior participação do Ministério da Saúde no orçamento da União, demonstrando preocupação em ampliar os recursos à saúde pública. A III Conferência Nacional da Saúde em 1963, estabeleceu orientações sobre as políticas públicas de saúde, definindo a ideologia da saúde a ser seguida, baseando-se na racionalidade do planejamento, na produtividade e na distribuição de riquezas. Com o golpe militar de 1964 e com o Ato Institucional Número Cinco (AI-5) ocorreu a deposição de João Goulart, onde as Forças Armadas tomaram o poder baseados em temores advindos dos setores mais conservadores da sociedade brasileira em relação as decisões e conexões do Presidente que na época possuía ligações com a esquerda nacional e internacional. O Brasil passou duas décadas de ditadura militar e por isso a população ficou com direitos e liberdades cerceados. (RAMOS; NETTO, 2017).

Os militares permaneceram mais de 20 (vinte) anos no poder, e o reconhecimento constitucional da saúde como um direito social que pertence a todos e é responsabilidade do Estado, só aconteceu em 1988 com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88). Durante o período de militarismo enaltecia-se a atenção médica privatizante, onde não existiam ações promovidas pelo setor público para tratar à saúde. (RAMOS; NETTO, 2017). A sociedade se deparou com um modelo de proteção social que excluía toda a população de qualquer participação no sistema sanitário. Percebe-se que, os trabalhadores da época eram apenas financiadores do Instituto Nacional de

Previdência Social (INPS), após a centralização da previdência trazida em 1966 e que depois contribuiu para o alargamento do controle do governo autoritário sobre a sociedade. (RAMOS; MADUREIRA; SENA, 2013).

O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) foi criado através de uma unificação de diversas entidades da previdência, e com a complexidade do sistema de saúde e cada vez mais a utilização do sistema privado de saúde com assinatura de contratos de com clínicas e hospitais para prestação dos serviços, gerando assim uma fiscalização da estrutura burocrática. Assim, surgiu o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) com sede administrativa própria. (POLIGNANO, 2001). Sendo assim, esse novo modelo de proteção social na área da saúde dentro do seguro social, era o início da consolidação da ideia do governo central que era unificar diversos provedores de serviços de previdência social e saúde que antes eram divididos em categorias profissionais. (POLIGNANO, 2001).

Sobre a unificação da previdência social, veja-se:

Duas particularidades fundamentais que impuseram a unificação da Previdência Social (com a junção dos IAPs em 1966) podem ser expressas no aumento da interferência do Estado na sociedade e no afastamento dos trabalhadores da cena política. Nesta perspectiva, observa-se a exclusão popular da gestão da previdência (os trabalhadores tornaram-se meros financiadores da previdência). (RAMOS; MADUREIRA; SENA, 2013, p. 55).

Durante o governo militar não existiam os atuais princípios da universalidade e integralidade, ficando o papel da saúde restrito a atividades preventivas, epidemiológicas e de vigilância sanitária. Dessa forma, apenas os trabalhadores do mercado formal, que estivessem ligados a previdência social, contribuindo mensalmente é que estariam amparados para a utilização dos serviços privados de saúde fiscalizados pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Já no que tange as atividades assistencialistas (aquelas em que o indivíduo não contribuía para a previdência) permaneciam sendo prestadas pelas instituições de caridade. (RAMOS; NETTO, 2017).

Nesse período da história brasileira, o direito à saúde era visto apenas como serviço decorrente de um direito trabalhista ou como um serviço privado utilizado por quem tinha condições financeiras de pagamento. Contudo, existem doutrinadores que pensam ao contrário sobre o regime militar, como é caso de Escorel (2012) que diz que, durante o autoritarismo militar, o sistema público de saúde foi marcado pela

preponderância do modelo e da lógica previdenciária em detrimento do Ministério da Saúde, levando a uma concentração dos recursos financeiros na previdência social. (SCOREL, 2012).

Na percepção de Dourado (2010), o direito à saúde é fato recente no Brasil, e até então, suas atividades relacionadas à saúde eram consideradas serviços públicos que deveriam ser prestados pelo governo central, restringindo algumas ações preventivas:

O reconhecimento do direito à saúde no Brasil é fato recente. [...] Até então, as atividades relacionadas à saúde eram consideradas serviços públicos prestados pelo Governo Central e se restringiam a algumas ações preventivas (como campanhas de vacinação) e ao exercício do poder de polícia sanitária vinculado às ações de vigilância sanitária e epidemiológica. As atividades assistenciais, que eram tradicionalmente oferecidas pelas instituições de caridade (as “santas casas de misericórdia”) e, fora destas, funcionavam como bens econômicos de iniciativa privada – submetidos às regras de mercado –, só passaram a integrar a esfera de atuação do Estado no século XX, mas, ainda assim, apenas como benefícios disponíveis aos trabalhadores integrantes do sistema previdenciário. (DOURADO, 2010, p. 78-79).

Através de todo autoritarismo e restrição do uso da saúde durante a ditadura militar, a saúde ficou com graves problemas estruturais, pois, o modelo de saúde previdenciário era insuficiente e problemático, onde o Ministério da Saúde passou a atuar como “curativo”, tornando-se um órgão burocrata-normativo e não um órgão executivo de política de saúde. (POLIGNANO, 2001).

Mesmo com tantas questões negativas dentro do regime militar, começou-se a criação de uma base teórica e ideológica relacionada ao novo pensamento médico-social dando posterior origem a Reforma Sanitária. Com tantos problemas relacionados à saúde e as questões sanitárias, iniciou-se uma abordagem histórico-social dos problemas sanitários do país. Os departamentos de Medicina Preventiva nas faculdades de medicina, surge um movimento social com proposta de mudar o sistema de saúde do Brasil. Foi neste período que surgiu uma preocupação com a criação de modelos de medicina preventiva e a medicina comunitária para compor a área da saúde. Assim, a Reforma Sanitária iniciou apenas nos anos de 1970, mas acabou sendo deixada de lado e retornou apenas em 1985/1986, durante a redemocratização do Brasil. (SCOREL, 2012).

A Reforma Sanitária possui um ciclo de formação, com ideias, propostas, projeto, movimento e processo, representando o seguinte ciclo: 1) uma reforma

social de democratização de saúde, garantindo que todos tenham um acesso universal e igualitário a saúde; 2) democratização do Estado possibilitando respeito ao pacto federativo e a descentralização do processo decisório e do controle social; 3) e por fim, a democratização da sociedade como um todo, buscando alcançar os espaços de organização econômica e cultura. (BRAVO, 2008).

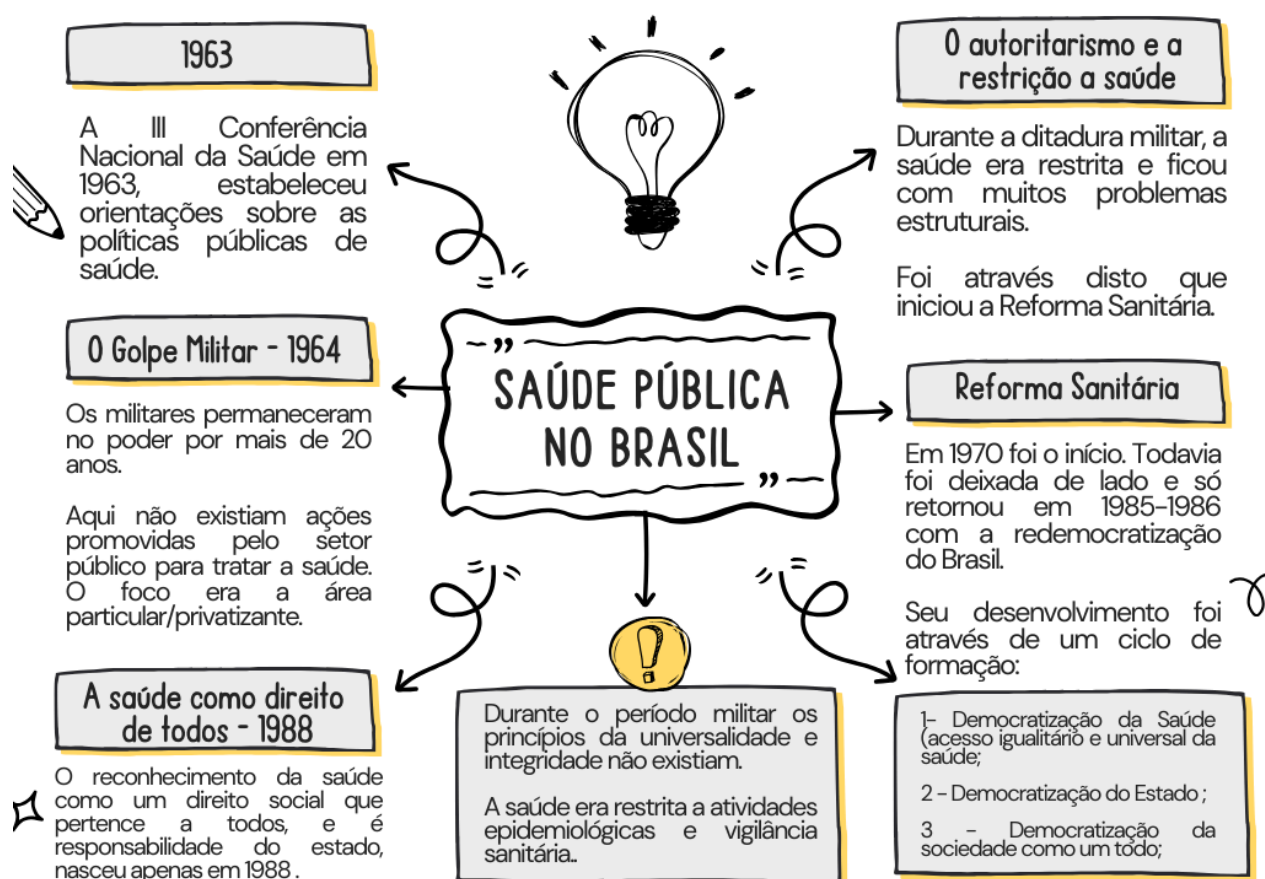
Toda a referida movimentação serviu para o novo sistema normativo envolvendo a saúde sendo utilizada na Assembleia Constituinte, sendo representados através dos resultados obtidos com os debates realizados na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que foi um marco nas modificações na saúde pública brasileira em conjunto com a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88), com as seguintes diretrizes: 1) busca pela equidade; 2) garantia de acesso universal às ações e serviços de saúde; 3) aumento do financiamento público do setor da saúde; 4) unificação e integração das ações preventivas, curativas e de reabilitação; 5) garantia de maiores poderes e participação da população na formulação, implementação e controle das ações e serviços de saúde. (SCOREL, 2012).

Com toda elaboração da constituinte, as propostas do movimento sanitário foram discutidas em algumas instâncias da sociedade. Houve inúmeras tentativas dos setores privados para que a Reforma Sanitária não avançasse, mas, conseguiu-se que a nova Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88) fosse promulgada em 05 (cinco) de Outubro de 1988.

No ordenamento jurídico brasileiro as cláusulas fundamentais que dizem respeito à saúde são encontradas na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88) em seus artigos 6º, 194, 196 e 198. Essas normas informam os anseios e os princípios da sociedade, e assim, os transformam em ideais sociais, e logo em direitos sociais. (FREITAS, 2016). Ainda, a CRFB/88 constitui o marco de uma profunda alteração no cenário administrativo brasileiro. Assim, encontra-se em termos jurídico-positivos, no próprio texto constitucional uma reserva específica para tratar o tema no Capítulo VII – “Da Administração Pública”, inserido no Título III – “Da Organização do Estado”. (PIVETTA, 2013).

Abaixo, mais um organograma para melhor compreensão acerca da Saúde Pública e suas fases no Brasil:

Figura 4: – A Saúde Pública no Brasil:



Organograma elaborado pela autora.
Fonte: ESCOREL, 2012.

Assim, nos últimos 30 (trinta) anos, tem-se visto uma busca mais abrangente para que a saúde se consolide como uma das dimensões do desenvolvimento social. A saúde engloba um campo de atendimento as necessidades nutricionais educação para a saúde, estímulo ao lazer e o esporte, garantia de boas condições de trabalho, saneamento e habitação para o indivíduo e sua família. Para prevenir doenças a promoção da saúde precoce tende a alcançar todos os ambientes, seja físico, sociocultural e político. (PIVETTA, 2013).

Nesse viés, a promoção da saúde no Brasil é responsável pela (re)orientação das políticas de saúde. Seguindo, em 1991 Normas Operacionais Básicas (NOBs),

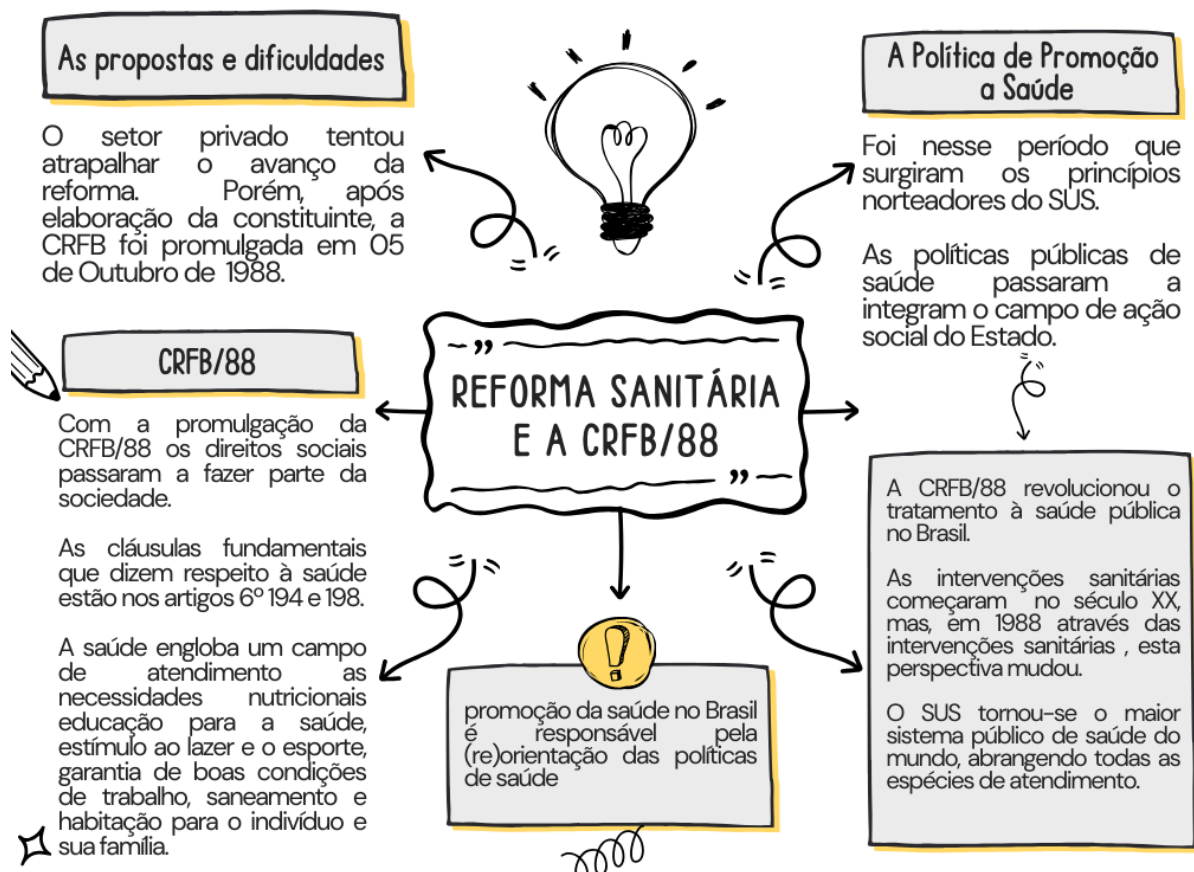
aprofundaram e estruturaram o processo de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS) se tornando responsáveis pela orientação de um modelo assistencial, permitindo uma maior ampliação aos acessos básicos de saúde. (PIVETTA, 2013).

Na área da saúde, através dos recursos financeiros disponibilizados pela União, Estados e Municípios, foram implementadas diversas melhorias. Ainda, foram criados programas para auxiliar os agentes comunitários, surgindo aqui o Programa de Agentes Comunitários conhecido popularmente como PACS. Nesse viés, a Política de Promoção da Saúde apensou aos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS), propostas que reconhecem a necessidade de transformar o perfil de intervenção e analisar a interdependência que existe entre os problemas sociais e a saúde.

O perfil heterogêneo de acesso aos bens e serviços sociais traduzido na desigualdade das situações de saúde nas unidades federativas, impõe refinar o gerenciamento descentralizado das ações e dos processos de transferência de recursos públicos. Particularidades e especificidades regionais devem ser incorporadas à agenda da promoção da saúde buscando diretrizes mais amplas e universais e objetivos capazes de atender às necessidades locais. O I Fórum Brasileiro de Municípios Saudáveis, realizado em 1998 e o XIV Congresso Nacional dos Secretários Municipais de Saúde são alguns dos eventos que reafirmaram a adesão dos municípios à proposta de promoção da saúde enquanto elemento chave de um processo que pretende significar a luta pela saúde e qualidade de vida, adequando as opções do modelo de desenvolvimento econômico e social e permitindo a construção cotidiana da intersetorialidade. (CONASEMS, 1998, p. 55 apud LUCCHESI, 2004, p. 41).

Depois de tantas batalhas e lutas para conseguir um acesso à saúde universal, as políticas públicas de saúde passaram a integrar o campo de ação social do Estado. Após 1988, surgiu uma nova concepção para o sistema de saúde, descentralizado e administrado através da democracia e com a participação direta da sociedade. (WARGAS, 2004). Veja-se abaixo marcos importantes desta nova fase:

Figura 5: – A Reforma Sanitária e a CRFB/88:



Organograma elaborado pela autora.
Fonte: WARGAS, 2004.

Quando se fala em políticas públicas de saúde no Brasil essas correspondem as ações implementadas pelo governo que organizam e regulam as funções públicas do Estado. A Constituição decretou ainda uma concepção ampliada de saúde, inovando ao organizar a ação do Estado nas áreas da saúde, previdência e assistência social sob a inspiração de um sistema de proteção social que trabalha em conjunto com as políticas de bem-estar buscando por uma maior justiça social. Assim, “A concepção de seguridade social está diretamente associada à universalização dos direitos sociais para o exercício pleno da cidadania”. (WARGAS, 2004).

Os desdobramentos da área da saúde ao longo dos anos geraram uma formulação e operacionalização das políticas de saúde. A Constituição da República

Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88) revolucionou o tratamento à saúde pública neste país. Como viu-se no decorrer deste capítulo, as intervenções sanitárias eram necessárias e começaram durante o século XX, mas, com o advento constitucional de 1988, seu panorama acabou sendo modificado. Nessa perspectiva, o Sistema Único de Saúde (SUS) através dos princípios da universalidade de equidade no acesso às ações e serviços pelas diretrizes de descentralização da gestão, de integralidade do atendimento e de participação da comunidade, é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, abrangendo todas as espécies de atendimento, desde uma avaliação de pressão até um transplante de órgãos, permitindo que toda a população tenha acesso à saúde de forma universal e gratuita. (LUCCHESI, 2004).

2.2. Os direitos fundamentais como direitos sociais: o princípio da dignidade da pessoa humana, o direito a saúde e o mínimo existencial no Brasil

Desde sempre a sociedade enfrenta inúmeros problemas, mas, nos dias atuais um dos maiores problemas que vem sendo discutidos socialmente são os de proteção aos direitos fundamentais sociais. Sabe-se que o direito à saúde é um direito fundamental, que envolve questões de preservação da vida e da dignidade da pessoa humana, e mesmo que constituam o ordenamento jurídico brasileiro cumulado com as normas internacionais, existem inúmeras discussões referentes à saúde, inclusive nos âmbitos administrativos e judiciais, tendo em vista que, o Estado é o responsável por promover uma efetividade jurídica nas esferas individuais e coletivas. (SARLET; MARINONI, MITIDIERO, 2016).

Seguindo, é no direito à saúde que se consegue verificar a vinculação entre o direito à vida e o princípio da dignidade da pessoa humana, pois, todos estes estão atrelados a proteção da integridade física, corporal e psíquica do indivíduo. Ainda, a dignidade da pessoa humana e o mínimo existencial também têm noções indissociáveis. Ao longo dos últimos anos, a forte conexão com o direito à vida e com dignidade da pessoa humana, fez com que o direito ao mínimo existencial fosse identificado com o núcleo essencial dos direitos fundamentais sociais. O elo entre estes direitos citados demonstram as necessidades existenciais de todos e qualquer indivíduos, independentemente das condições de sexualidade escolhida. (SARLET; MARINONI, MITIDIERO, 2016).

Nesse sentido, ao falar sobre a proteção dos direitos sociais, pelo viés legislativo, percebeu-se que, houve uma notoriedade maior no Brasil em relação proibição jurídico-constitucional de retrocesso, como mecanismo de coibir e/ou corrigir medidas restritivas de direitos sociais. (SILVEIRA; DE FREITAS, 2021).

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88) vai dizer que a “saúde é um direito de todos”, mas, o artigo 196 responsável por abordar isto, não deu uma precisão exata de quais seriam as posições jurídicas que deveriam ser extraídas do próprio direito. Isso demonstra que, o direito à saúde no Brasil, encontra-se relacionado a diversos fatores que não foram identificados nos primórdios, e atualmente, não conseguem abranger as novas demandas sociais existentes. Por questões como essa, é que se consegue falar que é necessário repensar o planejamento sanitário no Brasil, para que assim, se consiga contemplar todos os usuários em todas as dimensões necessárias. (SILVEIRA; DE FREITAS, 2021).

Os direitos sociais possuem um aspecto político que é inquestionável no que tange às funções e deveres do Estado. Assim, os direitos sociais são conectados com a problemática dos direitos de liberdade, presentes na Declaração de Direitos do Povo da Virgínia de 1776, século XVIII, durante a revolução americana e na Declaração de Direitos do Homem e do Cidadão de 1789 (cenário da Revolução Francesa). Durante o período mencionado é que o Estado de Direito assume sua primeira forma substancial, e assim, os direitos fundamentais deram seus primeiros passos para serem reconhecidos pela ordem jurídica constitucional francesa e norte-americana, conseguindo firmar-se com posições jurídicas de proteção do indivíduo em face do Estado. (LAFER, 1988).

As menções acima são relacionadas ao século XVIII, e os direitos de defesa e de liberdade durante este período, não eram suficientes para conseguir garantir condições de vida digna aos indivíduos. A referida situação ficou ainda mais clara quando os impactos da industrialização geraram inúmeros problemas sociais e econômicos às pessoas. Conforme foram surgindo os movimentos reivindicatórios é que se tornou evidente a insuficiência às liberdades e estas deveriam receber uma complementação de direitos, como assistência social, saúde, educação, trabalho e outros, podendo ser chamado então de direitos sociais, pois, eram responsáveis por demonstrar as condições para que a população pudesse usufruir de liberdade

materiais concretas. (PIVETTA, 2013, p. 76 apud, SILVEIRA; DE FREITAS, 2021, p. 17).

Nessa perspectiva, os direitos fundamentais abrangem uma linha de temas que tentam ser adaptados diariamente ao ordenamento jurídico brasileiro. Os direitos fundamentais dos indivíduos surgem em circunstâncias de defesa de liberdades, justamente porque, os interesses mudam a cada situação, e o que hoje parece ser fundamental a tal civilização, pode deixar de ser essencial em outras culturas ao decorrer do mundo, já que, nenhuma cultura ou ordenamento jurídico é igual. (BOBBIO, 2004).

Ocorreram inúmeras transformações ao longo das civilizações, principalmente na esfera social, jurídica, política, religiosa e econômica, sendo importante o estudo deste subcapítulo para se compreender essa pesquisa como um todo, e sua importância na defesa dos direitos dos transexuais. A saúde é para o direito, um bem fundamental, assegurando garantias e deveres fundamentais, mas, existem controvérsias em relação aos direitos sociais, pois, discute-se se estes são “autênticos” direitos fundamentais, ou se estão apenas sujeitos ao ordenamento de maneira equivalente. Dessa forma, segue existindo uma discussão entre os direitos humanos e sociais no pós-guerra (metade do século XX), e aquilo que passou a ser chamado de direitos fundamentais. (SARLET; FIGUEIREDO, 2013).

Em relação à terminologia, com o passar dos tempos os direitos fundamentais foram recebendo inúmeras designações terminológicas, como por exemplo, direitos naturais, direitos humanos, direitos do homem, direitos individuais, direitos públicos subjetivos, liberdades fundamentais, liberdades públicas e direitos fundamentais do homem. Mesmo com todas essas nomenclaturas, a mais utilizada são os direitos fundamentais, pois, remete a estrutura sociopolítica normativa composta pelo rol de direitos positivos, prerrogativas e garantias, de garantir a sociedade uma vida digna, igualitária, livre e mais justa. O artigo 5º da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88) vai dizer em seu texto constitucional que são invioláveis o direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade. (LIMA, 2013).

Percebe-se que, trabalhar com os direitos fundamentais de todos os cidadãos faz com que se perceba que todos têm direito a uma vida digna e acesso à saúde, isto é constitucionalmente previsto, e, deve ser cumprido pelo estado em sua totalidade. Todavia, no caso dos transexuais, isso não ocorre quando o assunto é direitos fundamentais e direito à saúde, mas, seguimos neste tópico para uma

formulação robusta de informações acerca da temática estudada. O estado sempre que possível, irá alegar a teoria da reserva do possível para justificar suas inefetividades no que tange o direito à saúde, alegando ainda inúmeras outras situações. (LIMA, 2013).

Para a efetivação dos direitos logicamente que se tem um custo, mas, o estado tem justificado a não concessão de direitos essenciais envolvendo os direitos sociais na ausência e/ou insuficiência de recursos. Contudo, o direito à saúde de todos os cidadãos nessa conjectura compreende o próprio exercício do direito à saúde. Ou seja, quando o estado deixa de cumprir as determinações elencadas na esfera constitucional, o cidadão recorrer aos meios disponíveis para buscar e efetivação dos seus direitos. (LIMA, 2013).

Buscando entender as raízes dos direitos fundamentais, consegue-se ver que o início desses direitos é decorrente das declarações de direito das Revoluções Francesa e Inglesa, continuando através de outros movimentos, tais como, Constituição de Weimer de 1919 e a Declaração de Direitos Humanos das Nações Unidas. Conforme as instituições políticas foram se transformando e alterando suas percepções jurídicas, grandes conquistas ao longo dos tempos foram acontecendo em relação aos direitos fundamentais. O doutrinador Alexandre de Moraes (1999), atualmente Ministro do Supremo Tribunal Federal (STF), vai dizer que as modificações e transformações ao longo do tempo em relação aos direitos fundamentais, estão claramente relacionadas às tradições.

[...] surgiram como produto da fusão de várias fontes, desde tradições arraigadas nas diversas civilizações, até a conjugação dos pensamentos filosóficos-jurídicos, das idéias surgidas com o cristianismo e com o direito natural". (MORAES, 1999, p. 178).

Os direitos fundamentais são inerentes à existência humana, sendo ligados com a essência do homem, imprescindíveis a sobrevivência dos indivíduos, impossível de realizar o desenvolvimento da personalidade humana sem que haja a garantia e a efetividade dos direitos fundamentais. A sua formação é associada à evolução da sociedade, e tem em sua composição os direitos civis e políticos; direitos econômicos, sociais e culturais; direitos de solidariedade ou de fraternidade; direitos de manipulação genética; direitos virtuais e o direito à paz. (LIMA, 2013).

Na percepção de Norberto Bobbio (2004), os direitos essenciais à pessoa humana nascem das lutas contra a opressão e desmandos, o entender deste

doutrinador é de os direitos essenciais nascem conforme as condições que são propícias a cada um dos indivíduos dentro da sociedade:

Os direitos essenciais a pessoa humana nascem das lutas contra o poder, das lutas contra a opressão, das lutas contra o desmando, gradualmente, ou seja, não nascem todos de uma vez, mas sim quando as condições lhes são propícias, quando passa-se a reconhecer a sua necessidade para assegurar a cada indivíduo e a sociedade um existência digna. (BOBBIO, 2004, p. 19).

A criação dos direitos fundamentais serviu para afastar dos indivíduos as violações que advinham do estado pós-revoluções. Assim, os direitos fundamentais se tornaram o ponto extremo ao qual o estado não poderia ultrapassar. Sendo assim, conquistar esse espaço de proteção, permitiu liberdade e autonomia para as relações construídas entre os particulares, principalmente na esfera patrimonial. Contudo, ao falar sobre essa construção de direitos é preciso destacar que, não apenas o estado que se obriga a respeitar os direitos fundamentais, pois, parece que se está diminuindo o potencial garantidor oriundos das essências de tais normas. (NEUNER, 2006).

Adentrando ainda mais nos direitos fundamentais pode se analisar a eficácia horizontal e vertical dos mesmos. Ao se referir à eficácia vertical dos direitos fundamentais, tem-se a aplicação de limites na atuação do Estado, que é o ente em superioridade na relação jurídica. Já a eficácia horizontal dos direitos fundamentais é decorrente das desigualdades estruturantes, que estão presentes nas demais relações, e não apenas na relação estado e particular. A eficácia vertical é insuficiente diante de tantas violações aos direitos fundamentais, pois, esse modelo de eficácia se remete claramente a tutelar o direito apenas quando o estado os desrespeitar, deixando a visão de proteção incompleta, deixando de fora outros abusos que ocorrem nas relações privadas. Igualmente, os direitos fundamentais servem como resposta a inúmeras irregularidades cometidas que ultrapassam a proteção de relação do estado-cidadão. Irregularidades cometidas em relação aos direitos fundamentais não são apenas derivadas do estado, mas, também são oriundas das relações entre particulares. (NEUNER, 2006).

Seguindo, a eficácia horizontal dos direitos fundamentais permite que se aprofunde a análise em relação aos direitos sociais, pois, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88) é ambiciosa em relação a

concessão dos direitos fundamentais através do extenso rol de direitos que tem garantia de aplicabilidade imediata, da proteção contra o constituinte derivado por meio de cláusulas pétreas e do controle de constitucionalidade. (NEUNER, 2006).

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88) atribuiu deveres a sociedade para a promoção dos direitos sociais à assistência, educação, proteção à criança, ao adolescente, ao jovem e aos idosos, contudo, na norma brasileira. É dever do estado o de construir uma sociedade livre, justa e solidária, mas, a sociedade também suas responsabilidades em relação a isso. Jörg Neuner (2006) vai afirmar que não importa se a violação aos direitos fundamentais vem da esfera pública ou privada, pois, os direitos sociais estão sob a ótica horizontal, e recepcionam um padrão mínimo de humanização dentro das relações privadas. (NEUNER, 2006).

A abordagem deste estudo dar-se-á em políticas públicas, que é o principal assunto desta dissertação, então, deixa-se claro que, o modo de aplicação dos direitos fundamentais em relações particulares, não seria igual ao aplicado nas obrigações de políticas públicas sob-responsabilidade do estado. A questão aqui é a de que não se pode substituir o estado destinatário de um direito fundamental por um particular, e exigir que este preste as mesmas obrigações estatais para com o indivíduo. Em relações particulares sempre existirá dois detentores de direitos fundamentais, e assim, na eficácia horizontal dos direitos sociais, Gregorio Peces-Barba Martínez (1999, p. 60), irá dizer que (a discente optou por trazer o texto em sua literalidade, sem traduções):

Los derechos económicos sociales y culturales establecen en favor de sus titulares unas prestación normal-mente a cargo de los poderes públicos, aunque, en ocasiones, pueden estar a cargo de otros particulares. Se les suele considerar como derechos de crédito, al otorgar a los titulares un título para exigir esa prestación de quién resulte obligado. La justificación de la intervención se basa en la convicción de que resuelve una carencia, en relación con una necesidad básica, que impide el desarrollo como persona y la libre elección de planes de vida de quien se encuentre en esa situación". (MARTÍNEZ, 1999, p. 60).

A administração pública não pode se isentar de planejar e executar as políticas públicas necessárias e essenciais para a sociedade brasileira. Ao conviver em sociedade, os indivíduos se unem em busca de objetivo político em comum, expresso na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88).

Quando se trata de objetivos pessoais, existe a liberdade individual⁸, mas, isso não pode servir como escudo de proteção do estado para que os administradores públicos deixem de cumprir as determinações constitucionais e respeitem a dignidade humana de cada um dos indivíduos. (NEUNER, 2006).

Os direitos sociais, no que tange a proteção à saúde do transexual, é dos exemplos de problema que gira em torno da extensão de um direito social, como é o direito à saúde. Tanto os particulares, quanto a Administração Pública, estão sujeitos a cometer alguma violação aos direitos sociais. (NEUNER, 2006).

Descumprir as determinações legais relacionadas ao direito à saúde se agrava ainda mais quando o desrespeito ocorre com os direitos dos transexuais, pois, na grande maioria das vezes, ao ser realizado um atendimento, por exemplo, com um médico ginecologista (seja de forma particular ou pública), muitos alegam não ter como atender indivíduos do sexo biológico masculino, demonstrando o total desrespeito à identidade de gênero do transexual. Nesse viés, percebe-se que, o problema está claramente relacionado a não criação de uma política pública capaz de tornar efetivo o cumprimento do direito à saúde para os transexuais, respeitando os direitos fundamentais e sociais de cada um dos indivíduos, independentemente de sexo biológico. (NEUNER, 2006).

Seguindo, o direito fundamental à saúde transexual, em conjunto com os direitos sociais, mesmo que estejam interligados com a origem histórica das liberdades públicas, tem como função, segundo a Constituição da República Federativa do Brasil (BRASIL/1988), proteger a dignidade humana de todos os indivíduos. (HALL, 2011).

A identidade de gênero é o que permite que se compreenda a realidade dos transexuais, pois, ela gera uma extensa discussão dentro da teoria social, demonstrando que, as identidades que durante muito tempo se estabilizaram dentro da sociedade, estão cada vez mais em declínio, tendo em vista que, cada vez mais surgem novas identidades que fazem parte do indivíduo moderno. Cada um está sujeito a assumir diversas identidades em diversos momentos, pois, dentro de cada

⁸ A respeito dessa liberdade, Vieira de Andrade diz: “o homem não é apenas um ser racional, nem é perfeito e a ética jurídica não pode pretender que ele o seja. A liberdade do homem individual inclui necessariamente uma margem de arbítrio, é também uma liberdade emocional”. (VIEIRA DE ANDRADE, 2006, p. 297).

ser humano existe identidades contraditórias, que os permitem sentir e serem empurrados para diferentes direções. (HALL, 2011).

Acreditar que só existe uma identidade só porque isso foi lhe dado desde o nascimento e permanece até a data da morte, é construir uma história cômoda sobre o próprio indivíduo. (HALL, 2011).

Ainda, a defesa dos direitos sociais sendo promovida pelo Estado Social e Democrático de Direito, busca sempre realizar a defesa de ideais de solidariedade, igualdade e justiça social em conjunto com a garantia de liberdade e autonomia individual, permitindo que fosse criadas as gerações/dimensões de direitos fundamentais. A “primeira geração” é responsável por consagrar os direitos de defesa. Já a “segunda geração”, complementa a primeira, e engloba os direitos sociais, econômicos e culturais. É na “segunda geração” que nasce as chamadas “liberdades sociais”, tais como, o direito à sindicalização, o direito de greve, direito a férias, limitação da jornada de trabalho, dentre outras. (PIVETTA, 2013, p. 22).

Ao serem criadas as gerações/dimensões de direitos fundamentais, o direito à saúde passou a ser destaque dentro da estrutura social do capitalismo. Assim, a proteção à saúde dos trabalhadores sempre foi essencial à manutenção da produtividade das fábricas, evitando que as moléstias se alastrassem aos patrões. Qualquer responsabilidade sanitária só foi criada após a segunda-guerra mundial, durante o século XX, onde foi proposto uma reestruturação da rede de proteção sanitária para garantir a retomada do potencial produtivo de suas economias. Foi assim que surgiram os sistemas de previdência social, como por exemplo, a própria organização da Constituição da República de 1988, Capítulo II do Título VIII, intitulado Da Seguridade Social. O que se percebe aqui, é que as precariedades em realizar o cumprimento dos direitos inerentes aos indivíduos sempre existiram, mas, isso deve mudar. (DALLARI; VENTURA, 2003).

Nessa perspectiva, o direito à saúde, e o princípio da dignidade da pessoa são direitos sociais e fundamentais inerentes à pessoa humana, independente da condição sexual, pois, andam juntos pela integridade de todos e todas. Quando se estuda a dignidade da pessoa humana, é imprescindível destacar sua abrangência, pois, existe uma grande dificuldade de formular um conceito jurídico a respeito dela.

Dessa forma, a dignidade é um atributo humano sentido e criado pelo homem; por ele desenvolvido e estudado, existindo desde o princípio da humanidade. Assim, pode-se dizer, através de uma análise crítica, que os homens nascem iguais em dignidade, contudo, não nascem iguais em condições, e se tornam humanos na literalidade da palavra, através de seu pensamento de igualdade perante Deus, onde o homem é imagem e semelhança de Cristo, ou ainda, através dos dados estabelecidos como elo de afirmação dentro do direito. (SILVEIRA; HOFFMAM; BERTASSO, 2018).

Seguindo, existe clara evidência que o direito constitucional avançou muito quando o assunto é relacionado à dignidade da pessoa humana, pois, o último desses é um valor constitucional que auxilia em diversos direitos e garantias fundamentais, sendo essa questão indiscutível. Na percepção do doutrinador Cardoso (2013, [s.p], apud SILVEIRA; HOFFMAM; BERTASSO, 2018, p. 05) ao trazer essa afirmativa para discussão e, baseou-se no próprio texto constitucional que vai elencar em seu artigo 1º, inciso III, que a proteção a dignidade da pessoa humana possui uma postura de prevenção, sendo este conceito o elo entre a relação desenvolvida com o Estado e o indivíduo. Veja-se o texto constitucional:

Artigo 1º: A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: (BRASIL, 1988).

III – A dignidade da pessoa humana. (BRASIL, 1988).

Seguindo dentro das análises constitucionais que abrangem os direitos estudados neste subcapítulo, tem o direito à saúde, que é um direito social, previsto no artigo 6º da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88), assim como também é previsto neste artigo, a educação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade, à infância, e a assistência aos desamparados. (LIMA, 2013).

Assim, o direito à saúde é um direito social e também um direito fundamental dos indivíduos, tendo sua aplicação imediata, conforme determina o artigo 5º, §1º da CRFB/88. Dessa forma, o direito à vida e o direito à dignidade humana transcorrem até o direito à saúde, sendo que, o último desses abrange a regulamentação normativa dentro da esfera infraconstitucional, destacando as legislações que

discorrem sobre a organização e os benefícios do Sistema Único de Saúde (SUS). (SARLET; MARINONI; MITIDIERO, 2016).

Dentro da perspectiva da Organização Mundial da Saúde (OMS), à saúde é um estado completo entre bem estar físico, mental e social, não consistindo apenas em possíveis ausências de doenças ou enfermidades, sendo que, poder gozar de um ótimo estado de saúde acaba por constituir um dos direitos fundamentais pertencentes ao ser humano, veja-se:

A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade. Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1946, [s.p.]).

No ordenamento jurídico brasileiro, o direito à saúde esta presente nos artigos 196 a 200 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88). O direito a saúde presente no artigo 196, vai abordar em seu texto, que a “saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 1988). O que se percebe no corpo do texto constitucional, é que o legislador, ao abordar o direito a saúde e a sua efetivação na sociedade, buscou determinar a imediata implantação de políticas públicas e ainda, satisfazer através das diretrizes do estado todos os direitos que estão assegurados no texto constitucional para a sociedade em geral. (BRASIL, 1988).

Seguindo ainda na linha de estudos dos artigos garantidores do direito a saúde no viés constitucional, pode-se desmembrar o artigo 196 em três situações. A primeira delas é que, a saúde é direito de todos – ou seja, restam definidos quais são os titulares dos direitos elencados no texto constitucional. Já a segunda divisão é de que a prestação do direito a saúde é dever do Estado – ou seja, a responsabilidade por cumprir as prestações determinadas sem prejudicar as determinações do artigo 199⁹ da Constituição da República Federativa do Brasil de

⁹ Artigo 199: A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. § 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. § 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos. § 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas

1988 (CRFB/88) é do estado como um todo, e este permitirão que saúde seja livre à iniciativa privada.

Já ao fim do caput do artigo 196 têm-se que a saúde é garantida mediante as políticas sociais e econômicas, isso significa que, o meio de atuação destas políticas é genérico e elas devem buscar à redução dos riscos de doenças e etc, demonstrando a preocupação que existe em relação ao acesso universal igualitário às ações e serviços em prol da saúde e dos titulares da mesma. (LIMA, 2013).

Ao analisar os artigos responsáveis pela saúde no Brasil, precisa-se demonstrar o óbvio, o acesso à saúde é para todos e todas de forma igualitária, independentemente de etnia, orientação sexual, e etc, e isso resta claro em todo o rol do direito à saúde dentro da Carta Magna.

Então, o artigo 197¹⁰ da CRFB/88 vai ser responsável por regulamentar inclusive as ações e serviços de saúde por parte do ente estatal, pois, em seu caput é abordado à essencialidade do direito à saúde e que a prestação deste serviço é de relevância pública, legitimando a atuação do Ministério Público e do Poder Judiciário nas hipóteses em que os órgãos estatais deixassem de cumprir as determinações constitucionais, frustrando de maneira arbitrária a eficácia da legislação, fosse ela por intolerável omissão ou por qualquer outra modalidade de comportamento governamental que se desviasse de suas funcionalidades. (BRASIL, 2014).

O Estado por si só, conforme os mandamentos constitucionais, principalmente nos textos dos artigos 196 e 197, não poderá se esquivar de cumprir as determinações da CRFB/88, levando em consideração o fator de limitação da discricionariedade político-administrativa do poder público, onde as opções que tratam da proteção ao direito à saúde, não poderão ser exercidas de maneira simples ou por mera conveniência ou oportunidade, pois, a eficácia deste direito fundamental é o básico da índole social. (MENDES, 2010).

A garantia ao direito à saúde para todos (universalidade) e em igualdade de condições (acesso de maneira igualitária) não se confunde com os benefícios no

ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei. § 4º - A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização. (BRASIL, 1988).

¹⁰ Artigo 197: São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. (BRASIL, 1988).

âmbito de assistência social (prestação desvinculada de qualquer contraprestação por parte do beneficiário). (BRASIL, 1988).

Dessa maneira, a CRFB/88 assegura que todos tenham as mesmas condições de acessar o sistema público de saúde, todavia, isso não garante que qualquer pessoa em qualquer circunstância, tenha um direito subjetivo definido a qualquer prestação ofertada pelo estado ou que envolver a proteção de sua saúde. Essa afirmação parte do princípio da própria determinação constitucional do artigo 197, que irá autorizar a existência de sistemas privados para prestar serviços de saúde (que são aqueles em que os indivíduos realizam pagamento e esses decidem aderir), contudo, o estado não perde a obrigatoriedade de prestar seus serviços, tendo em vista que, muitos sustentam que o sistema particular – plano de saúde privado não poderá ser atendido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o que mera falácia, pois, conforme já dito ao longo deste estudo, o acesso à saúde é universal e igualitário. (SARLET; MARINONI; MITIDIERO, 2020).

O artigo 197 é responsável por regulamentar as ações e serviços de saúde, e como complemento a ele, o artigo 198 da CRFB/88 vai garantir que as ações e os serviços públicos de saúde integrem uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único organizado por diretrizes, quais sejam elas: descentralização e atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas. (BRASIL, 1988). Dessa forma, inicia-se a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) popularmente chamado de SUS pela população, e conforme todo o rol de direitos à saúde, todos os cidadãos terão direito a utilizar este sistema de maneira justa e igualitária.

Nesse viés, desmembrando o texto constitucional do artigo 198, podem-se dividir as diretrizes deste sistema integrado constantes no caput da seguinte maneira: A primeira diretriz é responsável pela descentralização¹¹, que tem como escopo dar um direcionamento único em cada esfera do governo, ou seja, será determinada a responsabilidade de cada um dos entes (União, Estados, Distrito Federal e Municípios). A segunda diretriz é relacionada ao atendimento integral,

¹¹ Descentralização é o processo de transferência de responsabilidades de gestão para os municípios, atendendo às determinações constitucionais e legais que embasam o SUS, definidor de atribuições comuns e competências específicas à União, aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

dando prioridade para atividades preventivas sem que os serviços assistenciais sejam prejudicados. (FREITAS, 2016).

Já a próxima diretriz é a de participação da comunidade, ou seja, é aqui onde o direito à saúde poderá ser desmembrado e visto como uma relação entre as partes e não como um poder individual. Ainda, vale destacar no ano de 2000, o artigo 198 sofreu alterações através da Emenda Constitucional n.º 29 de 2000, onde foi acrescentado que o Sistema Único de Saúde (SUS) será financiado em conformidade com os moldes do artigo 195, através de recursos advindos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes de recursos. (FREITAS, 2016).

Importante desmembrar mais algumas questões relacionadas ao sistema integrado que abrange o artigo 198 da CRFB/88. A Emenda Constitucional n.º 95 de 2016, causou mudanças significativas no Sistema Único de Saúde (SUS), pois, limitou e congelou o orçamento da saúde e da educação por 20 (vinte) anos. Sendo assim, houve um desfinanciamento do SUS, alguns doutrinadores como Lenir Santos e Francisco Funcia (2020) ousaram denominar a referida emenda como o último prego na cruz, trazendo consigo novamente os fantasmas da Emenda Constitucional n.º 29 de 2000. (SANTOS; FUNCIA, 2020).

Ambas as emendas constitucionais n.º 29 e 95 disponibilizaram recursos mínimos ao Sistema Único de Saúde (SUS). Os cálculos dos valores disponibilizados eram feitos com uma base móvel de receitas da União que passavam por alterações anualmente. Com o congelamento dos valores os impactos ocasionados no SUS no ano de 2018 geraram uma perda estimada de R\$22,5 bilhões, causando prejuízos para a saúde coletiva no Brasil como todo, veja-se algumas colocações dos doutrinadores Lenir Santos e Francisco Funcia (2020) em relação ao corte de verbas para a saúde:

- a) gastos crescentes decorrentes da incorporação do desenvolvimento técnico e tecnológico do setor saúde – a redução de recursos dificulta a necessária modernização da saúde pública, cuja defasagem tende a prejudicar a todos, mas principalmente a maioria que depende exclusivamente do SUS para a assistência à saúde;
- b) a redução das despesas sociais como decorrência do teto de despesas primárias fixado nos níveis de 2016, condiciona negativamente o atendimento das necessidades da população em outros setores que trazem prejuízos para a saúde da população, como saneamento básico, habitação, transportes, dentre outros; e
- c) o estabelecimento do teto de despesas primárias no contexto da recessão econômica, representa uma espécie de retroalimentação para o

baixo nível da atividade econômica, o que causa desemprego e queda de renda da maioria da população, o que deteriora as condições de saúde da população. (SANTOS; FUNCIA, 2020, p. 01).

Dessa forma, ao desfinanciar o SUS e inviabilizar a alocação de recursos para cumprir as determinações do Conselho Nacional de Saúde (CNS) de 2015, demonstra claramente que as determinações constitucionais do artigo 198 também foram desrespeitadas. (SANTOS; FUNCIA, 2020).

Um exemplo nítido dos prejuízos causados pelo desfinanciamento do SUS está na pandemia do COVID-19. Voltando ao período de 2020 quando começou a pandemia, o Brasil estava trabalhando diariamente com limitações no combate do COVID-19, pois, era nítido aos olhos de todos e conforme os dados fornecidos diariamente pela mídia em geral, que o governo federal estava ausente do papel de protagonista em planejar e executar em conjunto com os demais entes federativos soluções efetivas para o controle da pandemia e fortalecimento e a expansão de profissionais para área da saúde, pois, essa falta de posicionamento e investimento no SUS acabava fazendo com que o governo batesse de frente com os demais governadores e prefeitos, pois, nunca se chegava a um denominador comum do que deveria ser feito e se existiam verbas para serem investidas, já que, ainda discutia-se muito a questão do congelamento de verbas. (SANTOS; FUNCIA, 2020).

Nessa perspectiva, menciona-se ainda, que a própria Emenda Constitucional n.º 95 de 2016¹² vinha retirando os recursos para o aprimoramento e estruturação do

¹² No Brasil, o incremento desse novo impulso aceleratório começa a ser sentido em período semelhante, alicerçado na diminuição dos gastos sociais, na abertura ao mercado estrangeiro e nas reformas constitucionais de ajustes fiscais. A culpa da crise seria do Estado, tal como desenhado na Constituição, prolongando-se a suas prestações positivas. “As despesas públicas primárias, ou não financeiras, têm crescido sistematicamente acima do crescimento do PIB, a partir da Constituição de 1988. Em parte estes aumentos se devem a novos encargos atribuídos ao Estado pela Constituição” (PMDB, 2015, p. 6-7). Ora, a Constituição que se propunha dirigir – leia-se, obrigar – os governos a implementarem políticas públicas que pusessem em marcha o que foi pactuado em 1988 é entendida como prejudicial aos interesses do País, causadora última das crises econômicas, do déficit público e da “ingo-vernabilidade”. A crise chega, portanto, em um Brasil fragilizado por um processo de desconstitucionalização que se iniciou em 2016, impulsionado por forças aceleratórias. As medidas de austeridade fiscal, sobretudo, a emenda do teto dos gastos públicos, desestruturaram as políticas sociais necessárias para uma resposta consistente e imediata do Estado aos efeitos da pandemia, além de deixar desamparados os mais vulneráveis diante da situação atual de crise. (STRECK, 2016). Segundo o relatório realizado pelo Instituto de Estudos Socioeconômicos (INESC, 2020, p.44). O Brasil com baixa imunidade, a política fiscal implementada desde 2015 e estruturada em 2016, com a emenda do teto dos gastos públicos, resultou em um cenário de cortes e desmonte das despesas sociais, principalmente os não obrigatórios, em detrimento do período anterior – de 2002 a 2015 –, em que se verificou um aumento de tais despesas em todas as áreas. Setores como educação, trabalho e cultura perderam cerca de 50% de seus recursos discricionários quando se compara 2019 com 2014, o ano anterior ao início da austeridade. No total, houve 28,93% de cortes nas despesas discricionárias de programas sociais. (SANTOS; FUNCIA, 2020).

SUS e isso refletiu diretamente na saúde no período da pandemia. (SANTOS; FUNCIA, 2020).

Nessa perspectiva, a Emenda Constitucional n.º 95 de 2016, levou a uma desestruturação dos ditames sociais presentes na constituição. Com o início da pandemia do COVID-19, percebeu-se o evidente desfinanciamento público para tratar de políticas essenciais para tratar a redução da desigualdade. Acontece que, não será possível recuperar recursos que não foram utilizados para a saúde pública, mas, existe a probabilidade de tentar trancar a retirada de recursos se for declarado inconstitucional alguns dispositivos que tratam das despesas primárias e da regra de cálculo do piso federal do SUS. (COSTA JUNIOR, 2020).

Todavia em 2022, foi criada a PEC da Transição registrada sob n.º126/2022¹³, buscando definir o teto de gastos do governo federal que foi criado pela Emenda Constitucional 95 de 2016, que tem como intuito readequar as regras fiscais por meio da aprovação de uma Lei Complementar. (COSTA JUNIOR, 2020, p. 17-18).

Seguindo a linha de estudo, em análise ao artigo 199 da Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB/88) vai determinar que a assistência a saúde é livre à iniciativa privada. Isso significa dizer que, as instituições privadas poderão participar de maneira complementar do SUS, através de contrato de direito público ou convênio, dando preferência às entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º - A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização. (BRASIL, 1988).

13

Altera a Constituição Federal, para dispor sobre as emendas individuais ao projeto de lei orçamentária, e o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para excluir despesas dos limites previstos no art. 107; define regras para a transição da Presidência da República aplicáveis à Lei Orçamentária de 2023; e dá outras providências. (BRASIL, 2022).

Em complemento ao artigo 199, segue o artigo 200 da CRFB/88 que vai estabelecer um rol exemplificativo de atribuições que competem ao SUS, prevendo inclusive a possibilidade de regulamentação infraconstitucional, como é o caso das Leis Federais n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990 e n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. A primeira delas é responsável por tratar as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços. Já a segunda delas, é responsável por dispor da participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), e aborda ainda as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. (SARLET; MARINONI; MITIDIERO, 2016).

Nessa perspectiva, o direito à saúde é subjetivo, mas, a utilização dele pode ocorrer de maneira individual e coletiva, tendo em vista o texto inicial do artigo 196, da CRFB/88 que diz que é “direito de todos”. Contudo, a subjetividade do direito À saúde não pode torna-lo ilimitado para abranger proedimentos suficientes para a promoção do direito à saúde, pois, a referida garantia constitucional esta diretamente ligada às políticas econômicas e sociais. (FREITAS, 2016).

Ao trabalhar o direito à saúde dentro de sua perspectiva de igualdade e de pertencimento a todos os cidadãos, é imprescindível dizer que o Estado tem o dever de prestar um serviço de saúde relacionado a padrões mínimos e suficientes para assegurar a eficácia dos serviços que estão prestados, para todos os cidadãos que irão usufruir deste direito, independentemente de sua condição sexual, etnia, opção política e etc. A questão é que, existe um dilema do Estado Social, elencando que deve existir uma limitação nas tarefas para assegurar o mínimo em prestações materiais que buscam promover a igualdade material no sentido de uma igualdade de oportunidades. (SARLET; MARINONI; MITIDIERO, 2016).

Inúmeras são as vezes em que o Poder Público afirma que a saúde só não é melhor no Brasil, pois, alegam que existe uma ausência de recursos e que o órgãos judiciários não sabem decidir sobre a destinação de recursos, acontece que, essa não é a solução para a falta de investimentos, pois, o que deveria prevalecer sobre qualquer hipótese é a preservação da vida humana. É por tal motivo que o artigo o artigo 196 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88), pois, ele consegue materializar o direito à saúde através das políticas econômicas e sociais, demonstrando um caminho seguro e adequado para buscar o

desenvolvimento deste direito, restando ao estado realizar ações preventivas para garantir a efetivação deste direito. (FREITAS, 2016).

Este primeiro capítulo de estudo é realmente para demonstrar que, o direito à saúde pode ser usufruído por todos os indivíduos da sociedade. O artigo 196 da CRFB/88, demonstra claramente o direito à saúde, as políticas sociais e econômicas e o acesso universal e igualitários destes. O acesso universal ao direito à saúde deve alcançar a toda a população ou pelo menos, a maior parte dela. Implementar políticas econômicas e sociais são o caminho para alcançar o maior número de cidadãos que devem usufruir delas. Nesse sentido, o estudioso e autor Daniel Castanha de Freitas (2016) vai trazer em seus estudos o acesso universal ao direito à saúde e universalidade deste:

O termo “acesso universal” permite concluir que a Constituição da República assentou diretiva no sentido de que não só as políticas mais abrangentes e padronizadas sejam desenvolvidas, como também aquelas voltadas a situações específicas, ainda que individuais, podendo demandar até mesmo a criação de política pontual ou a incorporação de outras situações àquelas diretrizes já existentes. Dessa forma, é lícito deduzir que a conformação da universalidade para com as balizas constitucionais já assentadas permite que o titular do direito exija, ao menos *a priori*, a consecução da política pública a seu favor, por meio de serviços públicos. (FREITAS, 2016, p. 19).

Uma questão é indiscutível no Brasil, é que este país é cheio de desigualdades, das mais diversas situações e formas. Todavia, ao buscar a igualdade prevista no texto constitucional, deve-se levar em conta os moldes do princípio da isonomia e da proporcionalidade. Ao dizer que o acesso é igualitário e universal do direito à saúde, não está se buscando dizer que o direito à saúde só será efetivo, igualitário e universal, se as medidas de promoção do mesmo forem iguais a todos os indivíduos. É muito ao contrário disso. As políticas públicas, por exemplo, só terão sucesso após serem reconhecidas pelo ente estatal e este proporcionar recursos que irão permitir resultado eficazes para a sociedade. (FREITAS, 2016).

As políticas econômicas e sociais e a sua implementação por parte dos órgãos responsáveis buscam recuperar a saúde coletiva, que podem ser conhecidas através de inúmeros programas disponibilizados pelo Estado, como o Programa Mais Médicos, Equipes de Saúde Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, entre outros. (FREITAS, 2016).

O Ministério da Saúde ao introduzir o Estratégia Saúde da Família em suas políticas públicas, buscou criar um programa com a função de avaliar as condições das famílias brasileiras através de um olhar multidisciplinar, analisando clinicamente as famílias e buscando a existência de fatores de risco (que muitas vezes são derivados de falta de exercícios físicos, saneamento básico, alimentação saudável, etc) com o intuito de promover a saúde entre as famílias e possibilitar o acesso universal a saúde por parte de todos os indivíduos. (FREITAS, 2016).

O direito à saúde além de estar na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88) criando direitos subjetivos aos seus titulares, faz com que os cidadãos se questionem em relação as lacunas existentes na legislação e nas políticas públicas, tendo vista que, o preceito de igualdade e universalidade muitas das vezes não são seguidos e respeitados pelos órgãos aplicadores dos mesmos. (SILVEIRA; FREITAS, 2020).

Ao estudar o direito à saúde verifica-se que este está diretamente ligado ao princípio da dignidade da pessoa humana, e as lacunas constituintes deste direito, estão exatamente ligadas a quais são os direitos que os cidadãos possuem em relação ao direito à saúde, isso pois, inúmeras vezes os direitos são cerceados e muitas pessoas não tem o acesso básico que deveriam ter, e tais demandas acabam indo para o judiciário, para que este se posicione em relação a lacuna legislativa. (FREITAS, 2016).

Um exemplo em relação as lacunas existentes na legislação está relacionada possibilidade da realização de cirurgia de redesignação sexual ou transgenitalização¹⁴, pois, apenas com a criação da Resolução n.º 1.955¹⁵ (BRASIL, 2010), foi que passou a ser permitido que qualquer cirurgia de redesignação sexual seja realizada em hospitais públicos ou privados, obedecendo alguns requisitos, como: avaliação por um grupo de profissionais constituídos de pelo menos um psiquiatra, um cirurgião, um endocrinologista, um psicólogo e um assistente social, onde deverá constar um diagnóstico do médico de transgenitalismo e o indivíduo deve ter mais de 21 anos. (SCHORR; STURZA, 2015).

¹⁴ A transgenitalização ou neofaloplastia, popularmente conhecida como cirurgia de mudança de gênero, é feita com o objetivo de adequar as características físicas e dos órgãos genitais da pessoa transgênero, de forma que esta pessoa possa se identificar com o corpo que considera adequado para si. (BUNCHAFT, 2013).

¹⁵ Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.652/02. (Publicada no Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília-DF, n. 232, 2 dez.2002. Seção 1, p.80/81). (BRASIL, 2010).

Isso significa dizer que, antes de 2010, a legislação através de resolução n.º 1.652¹⁶ (BRASIL, 2002) elencava que a cirurgia a ser realizada por transexuais deveria ser a neocolpovulvoplastia¹⁷ (trata-se da constituição de uma neovagina), sendo omissa em relação às demais possibilidades cirúrgicas. Dessa forma, fica evidente que o direito à saúde é subjetivo, pois, nesse exemplo descrito, existem duas situações relacionadas à omissão e lacuna na legislação quando se trata do direito à saúde de todos os cidadãos. (SCHORR; STURZA, 2015).

Até 2010 só existia a possibilidade de realização de redesignação se o desejo do cidadão fosse a de construir uma neovagina, caso seu interesse fosse outro, este não poderia utilizar o Sistema Único de Saúde (SUS), pois, não existia previsão legal para tal situação. (SCHORR; STURZA, 2015).

Em 2010 é que se o SUS passou a ser autorizado a realizar qualquer cirurgia de redesignação sexual, englobando toda a população transexual e preenchendo as lacunas até então existentes nessa área. Nesse caso, claramente verifica-se que desde 1988 até 2010, inúmeros transexuais que tinham o interesse em realizar a mudança de sexo, eram impedidos pela subjetividade do direito à saúde e a falta de normas que regulamentasse de fato qual eram os direitos de cada um dos cidadãos para que estes pudessem ter um acesso universal e igualitário àquilo que lhes pertencia. (SCHORR; STURZA, 2015).

A saúde é um bem essencial para a pessoa humana, e assim, o núcleo do mínimo existencial deve respeitar a dignidade da pessoa humana. Isso significa que, não se pode desconsiderar o direito à saúde como um dos direitos fundamentais, estando ele entre a reserva do possível¹⁸ e o mínimo existencial. De um lado existe a

¹⁶

Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.482/97.

¹⁷ A cirurgia pode ser realizada através de neocolpovulvoplastia, que se trata da constituição de uma neovagina, sendo este, um procedimento cirúrgico com duração de 4h a 5h, anestesia peridural (na coluna) de longa duração. O tempo de internação hospitalar varia de 03 a 06 dias. A indicação médica para a primeira relação sexual após período de recuperação é de 90 dias. O pênis é esvaziado, mas a pele e os nervos do órgão são preservados. Ele é introduzido na abertura feita no períneo. O tecido do pênis serve de revestimento para a nova vagina. A glândula, muito sensível, fica no fundo do canal e imita o colo do útero. Os testículos são extraídos. Com a pele, o cirurgião constrói os lábios vaginais. O aspecto final é muito semelhante à genitália feminina. Já para construir um neopênis é preciso estimular o clitóris, o resultado da cirurgia que constrói o pênis no lugar da vagina não é tão satisfatório quanto transformar o pênis em neovagina. (BUNCHAFT, 2013).

¹⁸ Conforme Jorge Reis Novais, as reservas impostas sobre a aplicabilidade dos direitos sociais em geral são as seguintes: reserva imanente de ponderação, reserva do politicamente adequado ou oportuno e reserva do financeiramente possível. Todavia, a ativação de tais reservas depende de qual dever do Estado está em jogo (dever de respeitar, dever de proteção, dever de promoção), ou seja, cada um dos deveres que decorrer dos direitos sociais faz articulações de maneira própria e tem

garantia (implícita) de um direito fundamental ao mínimo existencial sendo utilizado como um parâmetro mínimo desta efetividade, impedindo que ocorram omissões por parte do estado. Ao estudar o direito à saúde é imprescindível estudar o mínimo existencial, pois, ambos estão conectados com as pessoas, reconhecendo um direito subjetivo definitivo a prestações e uma tutela defensiva. (SARLET; FIGUEIREDO, 2016).

Seguindo, os direitos fundamentais sofrem algumas restrições no que concerne às atuações do Estado em relação às normas, seja através da legislação ou da atuação da Administração Pública que propõe às alterações as normas, delimitando conteúdo normativo, que originam situações desvantajosas para os titulares, auxiliando ou dificultando o acesso aos bens fundamentais. Acontece que, embora se trate do direito à saúde, a natureza do estado em seus deveres corresponde oponíveis para a aplicabilidade da norma. Assim, mesmo que o estado possua recursos significativos, o problema está no texto da CRFB/88, tendo em vista que, as lacunas nele existentes não informam quais são as finalidades que estão previstas pela CRFB/88 e pela legislação ordinária. (PIVETTA, 2013).

O doutrinador Saulo Lindorfer Pivetta, em seus estudos, fala sobre as omissões do estado estarem relacionadas à escassez de recursos:

Colhe-se, portanto, (i) que a escassez de recursos é apenas moderada – ou seja, o Estado dispõe de recursos significativos, de modo que o problema está em verificar sua adequada alocação entre as finalidades previstas pela Constituição e pela legislação ordinária; (ii) a reserva do possível não pode ser compreendida como restrição oponível somente aos direitos sociais, haja vista que o que pode demandar recursos é o dever correlato exigido no caso concreto, e não o direito “como um todo”; (iii) que ainda que seja demandada uma prestação “custosa”, o seu deferimento (judicial ou administrativo) não deve levar em conta apenas a repercussão financeira de sua concretização – nem sempre a escassez é relevante normativamente, de modo que a reserva do possível deve ser analisada em conjunto com as demais reservas que sujeitam os direitos fundamentais (reserva imanente de ponderação e reserva do politicamente adequada ou oportuno). (PIVETTA, 2013, p. 71).

Nessa perspectiva, as restrições descritas anteriormente demonstram que as mesmas podem ser opostas à aplicabilidade dos direitos fundamentais e o direito à saúde. As reservas podem sim afetar de maneira engativa o direito, pois, a natureza dos princípios é proteger um conteúdo indeterminado em parte, tendo em vista que,

reservas que podem ser opostas à aplicação da norma. (PIVETTA, 2013, p. 10 apud SILVEIRA; FREITAS, 2020).

existem diversos deveres reclamados para a realização concreta das normas. Assim, a estratégia jurídica é a de restringir a relevância jurídica dos direitos sociais a um chamado mínimo que resulta de diferentes modelos com motivações diversas. (PIVETTA, 2013, p. 72).

Discutir o mínimo existencial e o direito à saúde pode parecer algo que surgiu na atualidade, mas, ambas iniciaram seus embates ainda em tempos remotos, durante o período liberal no ápice das discussões sobre o estado e a miserabilidade dos indivíduos. Foi exatamente por isso que surgiu o mínimo existencial, para respaldar as lutas sociais e fornecer argumentos suficientes para amparar os pleitos em face do poder público em demandas políticas e judiciais. O mínimo existencial é necessário à existência e faz parte dos direitos fundamentais. Nesse viés, a dignidade humana e as condições da existência humana não podem retroceder para além do mínimo, sendo então o mínimo existencial um direito para que os indivíduos tenham as condições mínimas de existência e sobrevivência em sociedade, podendo usufruir de condições mínimas de dignidade. (FREITAS, 2016).

Assim, o mínimo existencial na área na saúde vai ser responsável por uma simetria de ações, ou seja, existe um conjunto de prestações de saúde a serem exigidas por determinações do texto constitucional vigente, então, isso significa dizer que os poderes em sua totalidade estão obrigados a colocar à disposição dos indivíduos as prestações elencadas na constituição, independente do plano do governo ou a orientação política. (BARCELLOS, 2011).

Dessa forma, além do conjunto de prestações mínimas, a saúde é uma prioridade para o poder público, pois, conforme o texto do artigo 196 da CRFB/88, já estudado anteriormente, todos os indivíduos tem que ter acesso universal e igualitário à saúde, para que possam preservar/manter ou restabelecer a saúde. O estado e o poder público sempre deverão determinar concretamente o fornecimento da prestação da saúde conforme os preceitos constitucionais, independentemente de ações administrativas ou judiciais. O judiciário tem servido para suprir o fornecimento do mínimo existencial em relação as normas constituiconais sobre a dignidade da pessoa humana e o direito à saúde, onde o estado prática omissão em relação aos ditames constitucionais vigentes. (BARCELLOS, 2011).

Sendo assim, devem estar relacionadas às determinações constitucionais de prestação à saúde com o mínimo existencial, pois, existe uma definição para quais

seriam as prestações de saúde que compõem o mínimo que deverá ser ofertado pelo poder público. (BARCELLOS, 2011).

Acontece que, os indivíduos não poderão exigir judicialmente, por exemplo, prestações que são indispensáveis para o restabelecimento ou para a manutenção da saúde e deverão ser fornecidas pelo estado, mesmo que elas não estejam disponíveis na rede pública de saúde. Para melhor compreensão, precisa-se olhar através do viés mínimo, pois, se determinadas escolhas pudessem ser evitadas, elas deveriam ser evitadas, independente do restante. (BARCELLOS, 2011).

Contudo, quando determinada demanda não possui respaldo nem constitucional (omissão) ou legislativo (derivada da omissão anterior), a única opção de resolução é o judiciário que também não sabe qual será a decisão correta a se tomar, pois, tais prestações não estão compreendidas no mínimo existencial que advém da CRFB/88 e também não possuem qualquer outra normal vinculada que lhe permita saber qual decisão tomar, ou seja, não existem precedentes para tal decisão, demonstrando a falha prestacional do estado em cumprir o direito à saúde como um todo, permitindo que este seja igualitário e universal. (BARCELLOS, 2011).

Inúmeras situações complexas e que tornam-se trágicas acontecem diariamente no Brasil, pois, não é possível que se diminua os sentimentos humanos que estão envolvidos em cada uma delas. (BARCELLOS, 2011).

Claramente, se houver a negativa de prestação de um determinado serviço de saúde para um indivíduo, como por exemplo, um tratamento digno e eficaz para quem está descobrindo que seu sexo biológico não é compatível com o sexo psicossocial, descumprindo o artigo 5º da Resolução do Conselho Federal de Medicina (RCFM - BRASIL, 2010) que determina que o tratamento dos transexuais deve acontecer em estabelecimentos que estejam em consonância com os requisitos legais para acompanhamento dos mesmo e obedecendo a resolução 1.955 de 2010, o cidadão que possuiu a negativa ao seu direito estará muitas vezes fragilizado com o que passou, e poderá ingressar judicialmente solicitando a reparação de seu direito, o que o distingue o mesmo das milhares de pessoas que sofrem diariamente por falta de acesso à saúde e não tem condições de se mobilizar nem mediante o judiciário, muito menos mediante a mídia. Isso significa que, a falta de exposição pública das deficiências da saúde básica causa um resultado perverso, deixando os indivíduos desamparados justamente quando deveriam ser protegidos pelas previsões legais. (BARCELLOS, 2011).

A questão a ser discutida aqui é quais são as prestações de saúde que o Poder Público deverá fornecer a população, isto pois, se o mínimo existencial é o fundamento dessa exigibilidade, sob pena de violar a dignidade da pessoa humana, de fato quais são as prestações de saúde que compõem o mínimo? Seguindo nessa linha de raciocínio, se a dignidade é igual para todos e a saúde nesse caso é igualmente importante, qual seria base de critérios para determinar e escolher aquilo que poderá ou não ser fornecido pelo estado, ou solicitado judicialmente? Com tantos questionamentos, Barcellos (2011) vai elencar em seus estudos que todos são igualmente dignos de receber prestações de saúde que atendam as necessidades de cada um dos indivíduos:

Se todos são igualmente dignos, não é possível proceder a qualquer distinção com base em argumentos pessoais ou particulares. Tendo esse aspecto em vista, pode-se cogitar de dois dois parâmetros capazes de diferenciar as prestações de saúde. O primeiro diz respeito à relação entre o custo da prestação da saúde e o benefício que ela poderá proporcionar para o maior número de pessoas, tendo em vista a quantidade daqueles que necessitam dessa espécie de prestação. Isto é: preferência seria da prestação de saúde capaz, pelo menor custo, atender de forma eficaz o maior número possível de indivíduos (que é o caso das campanhas de prevenção de epidemias através da administração em massa de vacinas). (BARCELLOS, 2011, p. 328).

Nessa viés, evidencia-se a lógica existente no ordenamento jurídico brasileiro que é de assegurar que todos tenham um direito subjetivo a um conjunto comum e básico de prestações de saúde, como consequência a dignidade da pessoa humana, poendo este ser requisitado caso o cumprimento não ocorra de maneira voluntária por parte do poder público. As questões abordadas aqui estão presentes como as quatro prioridades estabelecidas na CRFB/88 nos artigos que abordam o direito à saúde, quais sejam: a) a prestação do serviço de saneamento (artigo 23, inciso IX, artigo 198, inciso II e artigo 200, inciso IV); b) o atendimento materno-infantil (artigo 227, §1º, inciso I); c) as ações de medicina preventiva (artigo 198, inciso II) e d) as ações de prevenção epidemiológica (artigo 200, inciso II). (BARCELLOS, 2011, p. 329).

Assim, quando trata-se das prestações básicas de saúde a serem fornecidas pelo estado, é necessário olhar o critério de universalização do acesso ao bem jurídico. Isso significa dizer que, as prestações básicas compõem o mínimo

existencial e são exígieis independentemente de regulamentação infraconstitucional¹⁹. Acontece que, as discussões relacionadas a saúde,

universalização, acesso igualitário e afins, são diminuídos na grande maioria das vezes, tendo em vista que, o legislador ordinário e a Administração Pública já realizaram contornos concretos através das políticas sanitárias vigentes. (SILVEIRA; DE FREITAS, 2021).

A lei n.º 8.080 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, ou seja, essa legislação é responsável por estabelecer a gestão e a execução das ações e serviços de saúde por parte dos entes federativos. Essa legislação ainda irá elencar quais são as políticas específicas para tutelar o direito à saúde. (FREITAS, 2016).

Sendo assim, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde. As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da CRFB/88, obedecendo aos seguintes princípios:

Art. 7: As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

¹⁹ Toda regra que não conste do texto constitucional é inferior a ela, pois a Constituição é a lei suprema de um país, exercendo supremacia hierárquica sobre todas as outras leis. Desse modo, ainda que tenham sido editadas para regulamentar algum artigo da Constituição, elas são consideradas infraconstitucionais. (CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO, 2024, [s.p.]).

- VII** - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII** - participação da comunidade;
- IX** - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a)** ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b)** regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X** - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI** - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII** - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII** - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.
- XIV** - organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. (Redação dada pela Lei nº 13.427, de 2017). (FREITAS, 2012, p. 59).

Ainda, o Brasil possui outras legislações ordinárias e atos administrativos responsáveis por determinar as prestações de saúde no país, através e suas inúmeras dimensões. Sendo assim, o direito à saúde é um direito inerente ao cidadão sendo este um direito fundamental dos indivíduos, estando amplamente determinado pelo ordenamento jurídico brasileiro (com algumas restrições logicamente, tais como: reserva de ponderação, reserva do politicamente oportuno ou adequado e reserva do financeiramente possível, que acabam reduzindo o campo de incidência). (FREITAS, 2016).

Proteger os direitos fundamentais sociais dos indivíduos, é sem sombra de dúvidas um dos maiores problemas enfrentados atualmente, principalmente no que concerne ao direito à saúde. Sendo assim, para uma melhor compreensão das políticas públicas vigentes, com o intuito de proteger o direito à saúde e a dignidade da pessoa humana, o próximo capítulo será responsável por abordagem completa desta temática, pois, busca-se aqui proteger os direitos iguais e universais de todos os indivíduos. (FREITAS, 2016).

3. DA PRECARIIDADE DO ACESSO À SAÚDE E AS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA OS TRANSEXUAIS: DESAFIOS, IMPASSES E (IN)EFICÁCIA

Ao estudar o direito a saúde no Brasil e sua evolução histórica desde os primórdios, percebe-se que tratar de saúde pública só foi possível após muitas lutas sociais, mobilizações e manifestações da classe operária/trabalhadora e da sociedade civil, frente as ausências e negações do Estado em práticas relacionadas a saúde. A concepção de saúde como um direito igualitário e universal da sociedade só passou a existir após a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88), sendo destinada a utilização de todos os indivíduos independentemente se estes são ou não contribuintes do sistema. (BORGES; ESTRELA, FELIX, 2017).

Em um período de pelo menos 30 (trinta) anos pós implantação da constituição, evidenciou-se uma busca cada vez mais abrangente pela consolidação da saúde como uma das dimensões de desenvolvimento social. O Sistema Único de Saúde (SUS) nascido das orientações constantes no artigo 195 da CRFB/88, é estruturado pela regionalização, devendo se adaptar as diferenças de cada uma das regiões. (BORGES; ESTRELA, FELIX, 2017).

A saúde pública no Brasil foi revolucionada no período pós constituição, e o SUS pode ser considerado uma das maiores conquistas sociais consagradas. O SUS surgiu após mobilizações promovidas pelo Movimento da Reforma Sanitária, regulamentada na forma da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, e da Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que “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”. (BORGES; ESTRELA, FELIX, 2017).

Logicamente que, assim como outras questões no ordenamento brasileiro, ainda existem problemas estruturais que necessitam ser superados no SUS para que se assegure de fato a universalidade dos serviços de saúde. Conforme dados do IBGE (2010), cerca de 25% da população brasileira possui pelo menos um plano de saúde privado. Sendo assim, 75% da população usufrui claramente das políticas públicas de saúde implantadas, ou seja, seguimentos sociais específicos utilizam

muito mais o SUS, e precisam que as políticas públicas desenvolvidas estejam articuladas diretamente com as políticas do SUS, fundadas nos princípios da universalidade, integralidade e equidade. (SILVA; LIMA, 2005).

Assim, ao estudar o acesso da população transexual ao serviço da saúde, baseados nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, percebe-se que a orientação sexual e a identidade de gênero não são cogitadas como possíveis atributos identitários, pois, articulam-se de maneiras diversas, como por exemplo, idade, raça/cor e classe social, etc. Nessa perspectiva, não se pode identificar o sujeito como v “gay”, “lésbica”, “bissexual”, “travesti” ou “transexual”, já que seu corpo/self também pode ser negro-rico-jovem, pois, as questões definição podem ocorrer de inúmeras formas. (MELLO; PERILO; BRAZ, PEDROSA, 2011).

A equidade é um dos princípios mais importantes quando se trata de acesso à saúde, isto, pois, a busca pela equidade dentro do sistema de saúde é um desafio global que se fundamenta no princípio de justiça social e na garantia do direito à saúde para todos e todas. (MELLO; PERILO; BRAZ, PEDROSA, 2011).

As políticas de Promoção da Equidade em Saúde são constituídas por um conjunto de programas e ações governamentais de saúde, no SUS. Assim, a ideia é a de promover o respeito à diversidade e garantir o atendimento integral a populações em situação de vulnerabilidade e desigualdade social. A Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada no SUS, e tem o espaço de fomento à implementação de políticas e ações intersetoriais de promoção da equidade em saúde, articulando os grupos em situação de iniquidade no acesso e na assistência à saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024).

A promoção da equidade é um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem relação direta com os conceitos de igualdade e de justiça social. Orientado pelo respeito às necessidades, diversidades e especificidades de cada cidadão ou grupo social, o princípio da equidade inclui o reconhecimento de determinantes sociais, como as diferentes condições de vida, que envolvem habitação, trabalho, renda, acesso à educação, lazer, entre outros que impactam diretamente na saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024, [s.p.]).

A população LGBTQIA+ também está incluída nas estratégias para a promoção do acesso à saúde, com o intuito de afastar a discriminação e o preconceito no sistema de saúde, para promover o acesso aos serviços de saúde que estejam de acordo com as necessidades da população LGBTQIA+. Assim,

existe uma necessidade de que os profissionais da Atenção Primária a Saúde (APS) se aperfeiçoem para o atendimento sensível a diversidade de gênero e orientação sexual, buscando oferecer ações de prevenção e promoção da saúde para a população LGBTPQIA+. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024).

Nesse processo estão sendo implantadas ações para evitar a discriminação contra todas as pessoas nos espaços e no atendimento dos serviços públicos de saúde. Este deve ser um compromisso ético-político para todas as instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS), de seus gestores, conselheiros, de técnicos e de trabalhadores de saúde. A garantia ao atendimento à saúde é uma prerrogativa de todo cidadão e cidadã brasileiros, respeitando-se suas especificidades. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024, [s.p.]).

Dentro da sistemática brasileira, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem como objetivo central a promoção da equidade em saúde, com o intuito de reduzir desigualdades que estão presentes nos serviços e na qualidade de atendimento. Todavia, a efetivação da equidade enfrenta muitos desafios, dentro do campo de acesso aos serviços de saúde por parte das populações vulneráveis, justamente porque a vulnerabilidade social se encontra relacionada de maneira direta aos determinantes sociais de saúde que se expressam no cotidiano dos sujeitos, territórios, com barreiras geográficas, infraestrutura precária, falta de profissionais e uma distribuição de recursos ruim, afetando diretamente a equidade no acesso. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Ainda, as desigualdades socioeconômicas e culturais contribuem para as disparidades em saúde, como a falta de informação, baixa escolaridade e a discriminação a determinados grupos sociais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

O acesso à saúde no Brasil através do SUS e da Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB/88) é inegável, porém, persistem desafios significativos quando o assunto é equidade. Mesmo com todos os esforços em prol da universalidade, ainda existem grupos que encontram barreiras ao acessar a assistência à saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A equidade diz respeito à busca de diminuição de injustiças dentro do serviço de saúde, mas, diversos fatos ainda existem e causam entraves ao acesso igualitário às ações e serviços prestados pelo SUS, e para que isso comece a mudar, é importante que o setor de saúde busque trabalhar com outros setores

sociais, para que assim, com as articulações certas seja possível diminuir as iniquidades existentes no sistema. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Figura 6: Cartilha do Ministério da Saúde: Políticas de Promoção da Equidade em Saúde:



Fonte: Ministério da Saúde, 2013.

Reduzir desigualdades é uma das prioridades do estado, e com isso, foi criada pelo Ministério da Saúde em conjunto com a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa Departamento de Apoio à Gestão Participativa, a cartilha de Políticas de Promoção da Equidade em Saúde (2013):

O Ministério da Saúde reflete esse compromisso no seu objetivo estratégico nº 1 para o Plano Plurianual (PPA) 2012-2015: "Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e a atenção especializada. No campo da saúde coletiva, as condições de desigualdade persistentes embora sujeitas à mudança são chamadas de iniquidades. Para combatê-las, o Ministério da Saúde e as demais esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) vêm implementando as políticas de promoção da equidade, com o objetivo de diminuir as vulnerabilidades a que certos grupos populacionais estão mais expostos, e que resultam de determinantes sociais da saúde como os níveis de escolaridade e de renda, as condições de habitação, acesso à água e saneamento, à segurança alimentar e nutricional, a participação da política local, os conflitos interculturais e preconceitos com o racismo, as

homofobias e o machismo, entre outros. No âmbito do Ministério da Saúde, o Departamento de Apoio à Gestão Participativa, da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa tem como prioridade apoiar o processo de constituição de Comitês Técnicos de Promoção da Equidade em Saúde nos estados e municípios. Na prática as políticas de promoção de equidade em saúde formam um conjunto de ações e serviços de saúde priorizados em função da gravidade da doença, e ajudarão a alcançar, de forma igualitária e universal, o desafio maior do SUS: a garantia de acesso resolutivo, em tempo oportuno e com qualidade, às ações e serviços de saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p. 06).

O Ministério da Saúde, leva em consideração a orientação sexual e a identidade de gênero como determinantes sociais da saúde e as desfavoráveis condições de saúde da população LGBTQIAPN+, visando que as desigualdades sejam reduzidas, foi criada a Política Nacional de Saúde Integral de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais. A Política Nacional de Saúde Integral de LGBT apresenta um trabalho conjunto entre as três esferas do governo e da sociedade civil organizada em prol da promoção da saúde, na atenção e cuidado em saúde, com prioridade na redução de desigualdades relacionadas à orientação sexual e identidade de gênero, com o intuito de combater a homofobia, lesbofobia e transfobia, e a discriminação nas instituições e serviços do SUS. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

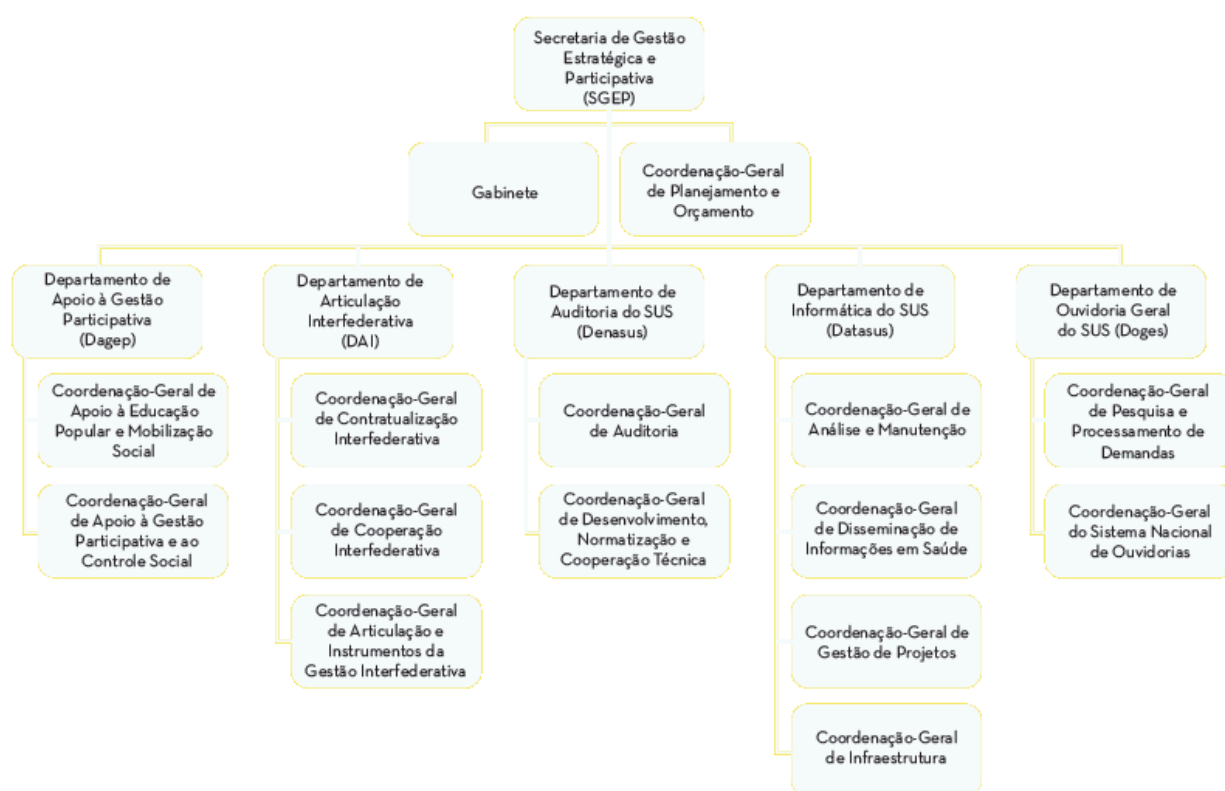
Em 2009, foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais com o Plano Operativo pactuado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em novembro de 2011, sendo publicada a Portaria n.º 2.836, de 01 de Dezembro de 2011. O referido plano tem como intuito apresentar estratégias para as gestões federal, estadual e municipal, no processo para enfrentar as iniquidades e desigualdades em saúde da população. Durante a 14ª Conferência Nacional de Saúde, foi redefinida a composição e a missão do Comitê Técnico de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais - LGBT, buscando a operacionalização intra e intersetorial e a transversalidade no desenvolvimento de políticas públicas e a Política Nacional de Saúde Integral LGBT. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) busca fortalecer a gestão e o controle social do SUS, tendo como escopo propor, apoiar e acompanhar os mecanismos de participação popular e controle social, especialmente os Conselhos e as Conferências de Saúde, a mobilização social e a educação popular em saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

O Decreto n.º 7.530 de 21 de Julho de 2011, aborda a Estrutura Regimental do Ministério da Saúde, a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) é composta com cinco departamentos que possibilitam a construção de uma gestão sistêmica e estratégica, com impacto nas três esferas do governo. Dentro desta organização, existe o Departamento de Apoio à Gestão Participativa (DAGEP) com o intuito de propor, apoiar e acompanhar as políticas de gestão participativa do SUS. Este departamento atua na implementação de políticas de promoção da equidade, práticas educativas nos serviços de saúde, educação popular em saúde e mobilização social e fortalecimento do controle social no SUS. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Abaixo, veja-se o organograma de divisão da Secretaria de gestão Estratégica e Participativa (SGEP):

Figura 7: Divisão da Secretaria de gestão Estratégica e Participativa (SGEP):



Fonte: Ministério da Saúde, 2013.

Ainda, importante mencionar que a Portaria que instituíra Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), encontra-se na Portaria de Consolidação GM/MS n.º 2/2017. Seguindo, a Política

Nacional de Saúde LGBT foi um marco determinante para a elaboração das políticas públicas de saúde no Brasil, pois, foi através dela que houve o reconhecimento das demandas desta população em vulnerabilidade. Neste sentido, serve também como um documento indicador das necessidades e especificidades em conformidade com a equidade prevista na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88) e na Carta dos Usuários do Sistema Único de Saúde²⁰. Nesse viés:

A Política LGBT é composta por um conjunto de diretrizes cuja operacionalização requer planos contendo estratégias e metas sanitárias e sua execução requer desafios e compromissos das instâncias de governo, especialmente das secretarias estaduais e municipais de saúde, dos conselhos de saúde e de todas as áreas do Ministério da Saúde. É imprescindível a ação da sociedade civil nas suas mais variadas modalidades de organização com os governos para a garantia do direito à saúde, para o enfrentamento das iniquidades e para o pleno exercício da democracia e do controle social. A Política reafirma o compromisso do SUS com a universalidade, a integralidade, a equidade em saúde e com a efetiva participação da comunidade. Por isso, ela contempla ações voltadas para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, além do incentivo à produção de conhecimentos e o fortalecimento da representação do segmento nas instâncias de participação popular. O respeito sem preconceito e sem discriminação é valorizado pela Política como fundamento para a humanização na promoção, proteção, atenção e no cuidado à saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024, [s.p.]).

Os transexuais possuem características e especificidades que os diferenciam do coletivo quando o assunto é a saúde, pois, os serviços de saúde se apresentam cada vez mais através da manutenção das desigualdades e preconceitos, não acolhendo e nem protegendo a população transexual quando necessita utilizar das políticas públicas sanitárias e do SUS. (PEREIRA; CHAZAN, 2019).

Acontece que, os profissionais muitas vezes não são instruídos e nem sequer

²⁰ A carta que está em suas mãos é fruto de um trabalho cuidadoso, que visa garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em sua 198ª Reunião Ordinária, realizada no dia 17 de junho de 2009. E talvez seja uma das mais importantes ferramentas para que você, cidadão (ã) brasileiro (a), conheça seus direitos e possa ajudar o Brasil a ter um sistema de saúde com muito mais qualidade. O documento, que tem como base seis princípios básicos de cidadania, caracteriza-se como uma importante ferramenta para que o cidadão conheça seus direitos e deveres no momento de procurar atendimento de saúde, tanto público como privado. O presente documento foi elaborado de acordo com seis princípios basilares que, juntos, asseguram ao cidadão o direito básico ao ingresso digno nos sistemas de saúde, sejam eles públicos ou privados. 1. Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde. 2. Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema. 3. Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação. 4. Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos. 5. Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada. 6. Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, p. 3-4).

sabem a realidade daqueles indivíduos que estão adentrando até o local que oferece acesso a saúde, muitos profissionais se distanciam dos direitos humanos e acreditam que é competência do Estado uma abordagem igualitária e universal para a população. Contudo, esquecem que o papel por eles desenvolvido é o de representação do Estado, e o acolhimento inicial dentro do SUS vai partir de tais profissionais, que não podem e nem devem discriminar e estigmatizar aqueles que estão utilizando do seu direito à saúde. (PEREIRA; CHAZAN, 2019).

Quando se estuda a saúde pública para os transexuais, seus desafios, impasses e (in) eficácias, é exatamente aqui que se tem um olhar mais aprofundado do Estado e dos profissionais de saúde que o representam, pois, os profissionais devem estar capacitados e aptos para fornecer atendimento a população transexual. Contudo, é necessário trabalhar diretamente com redução e risco emocional e físico da população transexual, buscando eliminar o preconceito e discriminação com estes, garantindo o respeito a todos os direitos pertencentes aos transexuais, como por exemplo, direito ao nome social escolhido. Inúmeras propostas para resolver demandas da saúde e dos transexuais devem ser pensadas, tais como: à formação profissional em saúde. (PEREIRA; CHAZAN, 2019).

3.1. A trajetória da saúde pública no Brasil e o Sistema Único de Saúde (SUS) como política pública sanitária: desafios, impasses e (in)eficácia na trajetória de assistência aos transexuais

Ao estudar o ordenamento jurídico brasileiro, as cláusulas ditas como fundamentais são aquelas que dizem respeito à saúde e são encontradas na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88). As normas constitucionais dos artigos 6º, 194, 196 e 198, são derivadas dos anseios da sociedade, que foram transformadas em ideais sociais e com isso, logo passaram a serem direitos sociais. (FREITAS, 2016).

Sendo assim, a garantia de acesso irrestrito à saúde é uma das condições para o exercício da cidadania.²¹, e a própria CRFB/88 vai consagrar a cidadania em

²¹ A clássica análise de Marshall (1967) caracteriza três espécies de direito de cidadania: 1: Direitos Cívicos – instituídos no século XVIII e inerentes à propriedade, à justiça e às liberdades individuais, de expressão, de pensamento e de contratar; 2: Direitos Políticos: conformados no século XIX e referentes, essencialmente, ao exercício do poder político (votar e ser votado); 3: Direitos Sociais-conquistados no século XX e correspondentes ao conjunto de direitos relativos ao bem-estar econômico e social, desde a segurança até o direito de partilhar dos padrões de vida prevalentes

outros dispositivos, pois, a cidadania em si é fruto de batalhas permanentes travadas quase sempre a partir das classes desfavorecidas com menos acesso aos seus direitos em relação ao Estado. O doutrinador Coutinho (1997) vai falar do processo histórico da cidadania e suas complexas determinações:

Cidadania não é dádiva, nem tampouco é algo definitivo, ela não vem de cima para baixo, mas é fruto de batalhas permanentes, travadas quase sempre a partir de baixo, das classes subalternas. Por isso, sua conquista e ampliação implicam em processos históricos de longa duração. Assim, não é causal que a ideologia hoje assumida pela burguesia propugne tão enfaticamente o fim dos direitos sociais, o desmonte do Welfare State. (COUTINHO, 1997, p. 158).

De nada adianta dispositivos constitucionais garantindo os direitos inerentes à cidadania, principalmente sobre direito à saúde, se não houver efetividade na aplicação. Na percepção de Figueiredo e Figueiredo (1983), três são os tipos de efetividade quando o assunto é avaliação de políticas públicas e normas que visam atingir um público em geral. A primeira delas é a efetividade objetiva, responsável pelo critério de aferição da mudança quantitativa entre o antes e o depois da execução do programa. (FIGUEIREDO; FIGUEIREDO, 1983).

Já a segunda é a chamada de efetividade subjetiva, é através dela que surge o critério de aferição de mudanças psicológicas, de mudanças nos sistemas de crenças e valores e, notadamente, tem a função de aferir a percepção da população sobre a adequação dos resultados objetivos dos programas aos seus desejos, aspirações e demandas. E por fim, tem-se a efetividade substantiva que por sua vez, é responsável pelo critério de aferição de mudanças qualitativas nas condições sociais de vida da população-alvo. (FIGUEIREDO; FIGUEIREDO, 1983).

O Estado ao assumir a assistência à saúde dentro do contexto da industrialização, busca claramente a manutenção da ordem social capitalista, realizando uma mediação das relações nas classes sociais. Com a realização desta mediação, é que a classe trabalhadora/operária passa a ter determinados direitos sociais conquistados. (MIRANDA, 2019).

Anteriormente foi estudado o histórico da saúde no Brasil, contudo, neste capítulo precisam-se abordar mais algumas questões, pois, o processo histórico, no

na sociedade. Segundo o autor, a cidadania somente pode ser considerada plena quando dotada simultaneamente das três espécies de direitos. Tal análise, contudo, gerou bastante controvérsia entre autores brasileiros. (BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p. 102).

século XVIII, demonstra que a assistência médica brasileira funcionava como uma prática liberal baseada na filantropia²². (BRAVO, 2013).

Contudo, durante o século XIX, a saúde entrou em cena após a reivindicação do movimento operário surgindo aqui iniciativas no campo da saúde pública. O século XIX sem sombra de dúvidas foi extremamente difícil para a população como um todo, pois, aqui não existia sistema de saneamento básico e as campanhas de saúde eram limitadas. Apenas no século XX foi que a saúde emergiu no Brasil como uma questão social, isso significa dizer que foi aqui o marco do governo na participação da área da saúde, tendo em vista que, a ideia era a de “proteger a economia e preservar a mão de obra e defender a classe dominante das epidemias”. (BRAVO, 2013, p. 117).

Concorda-se com Braga (1986) quando afirma que a saúde emerge como ‘questão social’ no Brasil no início do século XX, no bojo da economia capitalista exportadora cafeeira, refletindo o avanço da divisão do trabalho, ou seja, a emergência do trabalho assalariado. (BRAGA; PAULA, 1986, p. 65 apud BRAVO, 2011, p. 2 - 3)

Os movimentos sociais tiveram um marco inicial na década de 60, e eles também auxiliaram diretamente nas lutas pelo direito à saúde para as minorias que eram totalmente deixadas de lado. Autores como Alain Touraine, Alberto Melucci e Manuel Castells, buscaram desenvolver modelos interpretativos de cultura, ideologia, lutas sociais cotidianas, solidariedade e os processos de identidade da população geral. (CRUZ, 2014).

Essas demandas estavam relacionadas aos direitos sociais modernos, refletidos em valores como os de igualdade, liberdade em relação à raça, gênero e sexo, que ensejavam novos conflitos, lutas e ações coletivas. Contudo, as reivindicações de estudantes, gays, mulheres e minorias raciais, não agradavam os integrantes dos Novos Movimentos Sociais (NMS), era como se essas reivindicações desagradassem os paradigmas estabelecidos pelos movimentos. (CRUZ, 2014).

Foi durante a década de 70 que surgiram os primeiros movimentos em defesa da diversidade sexual no Brasil formado, predominantemente, por homens

²² A expressão é formada por duas palavras gregas. A primeira é *filos*, que quer dizer afeição, amor. E a segunda é *antropo*, que quer dizer homem, humanidade. Portanto, ao pé da letra, filantropia é amor pela humanidade no decorrer do tempo, porém, passamos a entender filantropia como ações realizadas em favor do próximo, ou do bem público. (IDIS, 2023).

homossexuais. A ideia desse movimento era ser um projeto de politização da questão da homossexualidade em contraposição às alternativas de “gueto” e algumas associações que surgiram antes, voltadas para a sociabilidade. (CRUZ, 2014).

A epistemologia realista, o caráter instrumental-materialista e as necessidades materiais, próprios do modelo clássico acabaram por ser deslocados para uma orientação voltada aos significados, às identidades psicológicas, às contingências e às subjetividades, com um apelo voltado para os aspectos histórico-institucionais relacionados às mudanças sociais. (CRUZ, 2014).

Após isto, as lésbicas começaram a se afirmar como sujeito político, mas, foi apenas na década de 90 que os travestis, e logo após, os transexuais, passaram a atuar de forma mais contundente. Já nos anos 2000, os movimentos sociais começaram a ser integrados pelos bissexuais, fazendo com que o conjunto dos movimentos fosse ampliado e chamado de movimento LGBTI+ ²³. (CRUZ, 2014). A luta iniciada aqui objetivava romper com o estereótipo e com as diversas formas de violência física, psicológica, sexual e o próprio preconceito em si, que também é uma forma expressa de violência que eram causadas a população LGBTI+ através de seus familiares que os classificavam como “doentes, criminosos ou como indivíduos que possuíam desvio de conduta”. (BORGES; ESTRELA, FELIX, 2017).

Os primeiros anos do século XXI no Brasil foram os que mais discutiram as questões de multiplicidade de expressões da sexualidade e identidades de gênero. Anteriormente, essas questões eram restritas ao vocabulário dos ativistas e simpatizantes da causa – como orientação sexual, homofobia, homoafetivo, transexuais e transgêneros - que começaram a ser incorporados ao vocabulário dos meios de comunicação dos movimentos LGBTQIA+ aliados a temas de visibilidade pública que buscavam o desenvolvimento de estratégias para alcançar a visibilidade midiática. (CRUZ, 2014).

²³ A sigla LGBTQIA+ é uma versão reduzida de LGBTTT2QQIAAP (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Transgêneros, Travestis, Queer, Intersexuais, Assexualidade e Pansexualidade), e foi uma forma de o movimento incorporar as demandas dos vários segmentos na discussão sobre orientação sexual e identidade de gênero. A sigla é dividida em duas partes. A primeira, LGB, diz respeito à orientação sexual do indivíduo. A segunda, TQI+, diz respeito ao gênero. (FACCHINI, 2011, p. 55). Ainda, a sigla mencionada acima está em conformidade com o Manual de Comunicação LGBTI+, que é uma obra em construção. Ela não é acabada. Qualquer dúvida, crítica ou sugestão pode ser encaminhada à Aliança Nacional LGBTI, para futura revisão deste manual. (MANUAL COMUNICAÇÃO LGBTI+, 2017).

A busca por essa visibilidade midiática, a adoção das novas tecnologias digitais para fortalecer o ativismo e a diversificação dos espaços sociais de organização e articulação com o poder público tem sido as principais formas táticas utilizadas ao decorrer dos últimos anos para fortalecer as lutas anti-homofobia e buscar a ampliação do reconhecimento de direitos. É importante destacar que o maior símbolo midiático do movimento está presente nas Paradas de Orgulho LGBTQIA+, que surgiram através da Revolta de Stonewall²⁴ e ganharam notoriedade no mundo todo. (CRUZ, 2014).

A luta pelo reconhecimento e estruturação das políticas de saúde perdura a muitos anos, pois, busca-se a consolidação da saúde como uma das dimensões do desenvolvimento social. Estudos clássicos como o de Sigerist (1946) vão elencar que o direito à saúde é composto por ações que integram o campo de atendimento das necessidades nutricionais, educação para a saúde, estímulo ao lazer e o esporte, garantia de boas condições de trabalho, saneamento e habitação para o indivíduo e sua família. Isso significa dizer que, se houver medidas de prevenção de doenças e as promoções de saúde tendem a ultrapassar as famílias e chegar ao alcance dos ambientes físico, sociocultural e político. (LUCCHESI, 2004).

Durante a década de 1970, foi publicado pelo Governo Canadense um Relatório Lalonde ou Informe Lalonde²⁵, responsável por definir quatro principais

²⁴ O mês de junho é a época em que o movimento LGBTI+ sai às ruas, em vários municípios brasileiros, para reivindicar cidadania e direitos pela luta contra a homofobia, naquilo que se convencionou chamar de Parada Gay. A escolha de junho para a realização do evento não é aleatória, o mês faz referência à revolta de Stonewall, ocorrida em Nova York, no dia 28 de junho de 1969, quando um grupo de gays resolveu enfrentar a frequente violência policial sofrida pelos homossexuais. Naquela madrugada de 1969, homossexuais que se encontravam no bar gay Stonewall Inn resolveram enfrentar a ação da polícia, permanecendo por vários dias confinados dentro dele e recebendo o apoio de uma multidão de gays e lésbicas que, amontoados do lado de fora, apoiavam a resistência. A partir de então, o episódio passou a ser considerado como o da libertação gay, elevando o status de 28 de junho, que passou a ser tido como O Dia Internacional do Orgulho Gay. (FERREIRA, 2017, [s.p.]).

²⁵ O conceito de promoção da saúde, originado de um documento elaborado na década de 1970 pelos então Ministros da Saúde do Canadá, Informe Lalonde, amplia a noção de que saúde corresponde à ausência de diagnósticos detectados por meio de exames. Na verdade, ainda que o conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde (de 1948) corresponda ao “completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente ausência de doenças ou enfermidades”, na prática o conceito ampliado de saúde passou a ser discutido com mais rigor a partir do documento canadense, que tratou dos determinantes da saúde, ou seja, dos fatores que contribuem para a saúde de comunidades. Na época, o governo canadense percebeu que, ainda que estivessem sendo gastos milhões em infraestrutura e serviços de saúde para atender a população, os indicadores de saúde não estavam melhorando na mesma proporção. Dessa forma, encomendou a Lalonde um estudo para determinar quais os componentes que definiam a saúde, para reorganizar os investimentos e, consequentemente, melhorar os indicadores de saúde. A nossa política nacional de promoção da

componentes da promoção de saúde, quais sejam: o estilo de vida individual, influência genética e biológica, o ambiente de atenção à saúde e a infraestrutura. (LUCCHESE, 2004).

Abordar este documento, neste subcapítulo, é justamente porque o mesmo realizou uma crítica à intervenção pública no campo da saúde, tendo em vista que, a mesma estava centrada única e exclusivamente na organização e distribuição de cuidados médicos, pois, através desse modelo os riscos epidemiológicos, as deficiências individuais, os perfis associativos, os hábitos alimentares, as condições climáticas, as condições de gênero e sexualidade, acabam todos sendo incorporados dentro de um processo de definição do que era prioridade dentro da política de desenvolvimento. (LUCCHESE, 2004).

O marco do direito à saúde onde este passa integrar um conjunto de ações orientadas ao bem estar coletivo e individual, e foi durante a I Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde em 1986, no Canadá, que nasceu a “Carta de Ottawa²⁶”, responsável por estabelecer as cinco estratégias relacionadas a saúde, quais sejam: I: Políticas Públicas saudáveis; II: Construção de ambientes favoráveis à saúde; III: Ação comunitária; IV: Desenvolvimento de habilidades pessoais; V: Reestruturação do sistema de saúde. A realização da referida conferência foi justamente buscando responder as crescentes expectativas que estavam relacionadas com a nova saúde pública prevista para os anos 2000, pois, já eram uma crescente mundial tais reivindicações. (LUCCHESE, 2004).

A busca por uma promoção da saúde é justamente para que a comunidade esteja capacitada para atuar melhor na qualidade de vida e saúde da população, com uma maior participação no controle deste processo. A saúde é recurso para a vida e não um objetivo de viver, é através dela que se pode chegar a um bem estar físico, mental e social completo, desde que os grupos saibam identificar suas

saúde trabalha nesse sentido, ou seja, de perceber que existem diversos fatores que determinam saúde, e que eles não se resumem à atenção individual. (BRASIL, 2010).

²⁶ A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986, apresenta neste documento sua Carta de Intenções, que seguramente contribuirá para se atingir Saúde para Todos no Ano 2000 e anos subsequentes. Esta Conferência foi, antes de tudo, uma resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública, movimento que vem ocorrendo em todo o mundo. As discussões localizaram principalmente as necessidades em saúde nos países industrializados, embora tenham levado em conta necessidades semelhantes de outras regiões do globo. As discussões foram baseadas nos progressos alcançados com a Declaração de AlmaAta para os Cuidados Primários em Saúde, com o documento da OMS sobre Saúde Para Todos, assim como com o debate ocorrido na Assembleia Mundial da Saúde sobre as ações intersetoriais necessárias para o setor. (BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE, 1986, p. 01).

aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. (LUCCHESE, 2004).

No Brasil a promoção da saúde começou a ser abordada e instituída via Ministério da Saúde em 1998, e recebeu o nome de Projeto Promoção da Saúde. Com a criação do projeto, o Ministério da Saúde elaborou em 2001, um relatório em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), responsável por (re)orientar as ações e serviços de saúde, buscando construir saúde baseada em princípios da solidariedade, equidade, ética e cidadania, estando em sintonia com a defesa da qualidade de vida dos indivíduos. (LUCCHESE, 2004).

O Brasil optou por incorporar os elementos constituintes da Carta de Ottawa na saúde brasileira, como por exemplo, a ampliação dos determinantes da saúde, a construção de estratégias intersetoriais e planos territorializados de intervenção no ambiente social, o fortalecimento das instâncias de participação comunitária e a garantia de equidade. (LUCCHESE, 2004).

Assim, com a incorporação de elementos essenciais para o desenvolvimento da saúde brasileira, foi criada via Secretaria de Políticas Públicas, às linhas de desenvolvimento para a atuação da Promoção a Saúde para o quadriênio 2000-2003, que eram formadas pelos seguintes tópicos: 1) Promoção da Saúde da Família e da Comunidade; 2) Promoção de Ações contra a Violência; 3) Capacitação de RH para a Promoção; 4) Escola Promotora de Saúde; 5) Espaços Saudáveis e 6) Comunicação e Mobilização Social. A criação dessas linhas de atuação, na percepção do Ministério da Saúde, era justamente para proporcionar aos indivíduos as condições necessárias para o desenvolvimento e a melhoria da saúde, englobando tudo aquilo que os paradigmas mundiais entendem como precursores essenciais para a saúde pública. (LUCCHESE, 2004).

Estudos realizados pela Organização Pan-Americana destacam que, até 1980, cerca de quarenta milhões de brasileiros não possuíam acesso aos serviços de saúde, ou seja, existia carência médica, falta de leitos hospitalares, precariedade com o sistema em geral, etc. (PIVETTA, 2013).

Durante muitos anos, o Brasil esteve em meio ao aumento de pobreza e repressão política, onde lutar por democratização da saúde sempre foi uma pauta social importante. Graças ao método campanhista que predominava a década de 1970, que era responsável pelo combate a doenças infecciosas e parasitárias, foi

destinado à saúde pública o equivalente a 1,33 dólares por habitante/ano, permitindo que o Brasil ocupasse um dos últimos lugares entre os países que não buscam investimentos para políticas sanitárias, estando colocada a frente apenas do Haiti e do Equador. (PIVETTA, 2013).

Através disso que surgiu o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), que era constituído por diversas mobilizações da sociedade brasileira que buscavam a redemocratização, expressando a indignação da sociedade frente às desigualdades e a mercantilização da saúde, com pauta principal de que a saúde se torne um direito universal de cidadania. (LUCCHESE, 2004).

Ao estudar a trajetória da saúde pública no Brasil, adentra-se no movimento de promoção da saúde no Brasil, que por sua vez esta diretamente ligada com a (re) orientação das políticas de saúde da década de noventa, acompanhando os desdobramentos institucionais e políticos da época. (LUCCHESE, 2004).

Foi durante a década de noventa que deu-se início ao processo de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS), através das Normas Operacionais Básicas (NOBs), sendo responsáveis pela reestruturação do modelo assistencial, para que assim, fossem ampliados os acessos aos serviços básicos de saúde. Nessa perspectiva, como as diretrizes da saúde começaram a se reestruturar no Brasil, a União, os Estados e Municípios começaram a disponibilizar recursos financeiros para que fossem implementadas diversas melhorias para a saúde que era ofertada aos indivíduos. (LUCCHESE, 2004).

A busca por proporcionar cada vez mais uma qualidade de saúde pública para a população era tão alta, que os responsáveis por isso passaram a proporcionar a criação de programas com o intuito de pavimentar a trajetória da promoção à saúde. (LUCCHESE, 2004). Foi graças ao programa que surgiu a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, chamada popularmente de ANVISA²⁷, Programa de Agentes Comunitário conhecido popularmente como PACS, o Programa de Saúde da Família, popularmente chamado de PSF. Criar todos esses programas mencionados

²⁷ Criada pela Lei nº 9.782, de 26 de janeiro 1999, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) é uma autarquia sob regime especial, que tem sede e foro no Distrito Federal, e está presente em todo o território nacional por meio das coordenações de portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados. em por finalidade institucional promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e consumo de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados, bem como o controle de portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados. (BRASIL, 2021).

é justamente porque o intuito era de movimentar e fixar a trajetória da promoção à saúde. (LUCCHESE, 2004).

Ao criar a Política de Promoção da Saúde foram anexados os princípios basilares do Sistema Único de Saúde (SUS), com o intuito de reconhecerem a necessidade de ressignificar o perfil de intervenção para analisar os problemas sociais e na área da saúde:

O perfil heterogêneo de acesso aos bens e serviços sociais traduzido na desigualdade das situações de saúde nas unidades federativas, impõe refinar o gerenciamento descentralizado das ações e dos processos de transferência de recursos públicos. Particularidades e especificidades regionais devem ser incorporadas à agenda da promoção da saúde buscando diretrizes mais amplas e universais e objetivos capazes de atender às necessidades locais. O I Fórum Brasileiro de Municípios Saudáveis, realizado em 1998 e o XIV Congresso Nacional dos Secretários Municipais de Saúde são alguns dos eventos que reafirmaram a adesão dos municípios à proposta de promoção da saúde enquanto elemento chave de um processo que pretende significar a luta pela saúde e qualidade de vida, adequando as opções do modelo de desenvolvimento econômico e social e permitindo a construção cotidiana da intersectorialidade. (CONASEMS, 1998, p. 55 apud LUCCHESE, 2004, p. 41).

As políticas de saúde são políticas públicas que constroem o campo de ação social do Estado, com o intuito de criar melhores condições de saúde para toda a população, seja quais forem os ambientes que estas estejam expostas. Nesse viés, as políticas públicas de saúde tem como base organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde da coletividade. (LUCCHESE, 2004, p. 03).

Todavia, mesmo com todas as determinações relacionadas aos serviços de saúde, será que todos os indivíduos brasileiros tem acesso aos serviços de saúde para tratar de seus problemas, ou ainda existem barreiras que restrinjam tal acesso? E ainda é necessário refletir se os serviços que são planejados e oferecidos para a sociedade em geral, são realmente condizentes com as necessidades da saúde da população. Dito isso, percebe-se que todos os questionamentos realizados são difíceis de responder, pois, existe uma variedade de fatores que influenciam seja de maneira direta ou indireta o desenvolvimento e aplicação das políticas públicas de saúde. (LUCCHESE, 2004, p. 03).

O que se evidencia, é que deve existir um fomento de diálogo e negociação entre os diferentes atores setoriais de todo o país, pois, isto faz com que seja trabalhada a transformação qualitativa dos processos de gestão, e não apenas

busca pela efetividade da política de saúde em si. Essa reflexão serve para que se possa buscar alcançar objetivos amplos e orientados para um desenvolvimento social, que busque a promoção de pelo menos 5 (cinco) itens essenciais para a sociedade e sua coletividade, quais sejam:

- 1) Reduzir as enormes desigualdades sociais e de saúde cada vez mais evidenciadas nos processos simultâneos de globalização e descentralização;
- 2) Fortalecer o exercício ético e eficaz da gestão governamental na busca de novas formas de organização administrativo-institucional da ação do Estado, com maior participação social;
- 3) Criar mecanismos de coordenação intra-setorial eficientes para incorporar todos os cidadãos excluídos dos benefícios sociais disponíveis;
- 4) Promover a harmonia entre políticas econômicas e sociais e estabelecer parcerias intersetoriais para a produção de iniciativas que produzam impacto sobre as condições de saúde da população;
- 5) Fortalecer a competência dos diversos atores sociais para uma atuação orgânica e consistente nos processos de definição, implementação e avaliação da agenda de prioridades governamentais e na formulação de projetos alternativos, sobretudo daqueles com responsabilidade direta sobre a condução da política setorial, como são os gestores da saúde. (LUCCHESI, 2004, p. 04).

Com uma análise ao descrito acima, surge uma nova forma de conceber o sistema de saúde, onde este é descentralizado e administrado democraticamente com a participação social. Com isto, nascem então as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde em cada uma das esferas governamentais, com instâncias colegiadas para a participação social responsável pela gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Seguindo nesta linha, foram criadas as Comissões Intergestores Tripartite dentro da direção do Sistema Único de Saúde (SUS) e as Comissões Intergestores Bipartites dentro da direção estadual, fortalecendo os órgãos colegiados nacionais com representação política, como por exemplo, o Conselho Nacional de Secretários de Estado de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). (WARGAS, 2004).

Na percepção de Wargas (2004), as políticas públicas de saúde no Brasil são responsáveis pelas ações do governo que organizam e regulam as funções públicas do Estado. Isto pois, pós Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88), foi instituído em seu texto a Seguridade Social, e assim, um padrão de proteção social passou a existir e determinou que fosse institucionalizado em todo território nacional, tornando a saúde um direito pertencente a todos os indivíduos sendo dever do Estado fornecer a saúde a todos (artigo 196, CRFB/88). Ainda, a

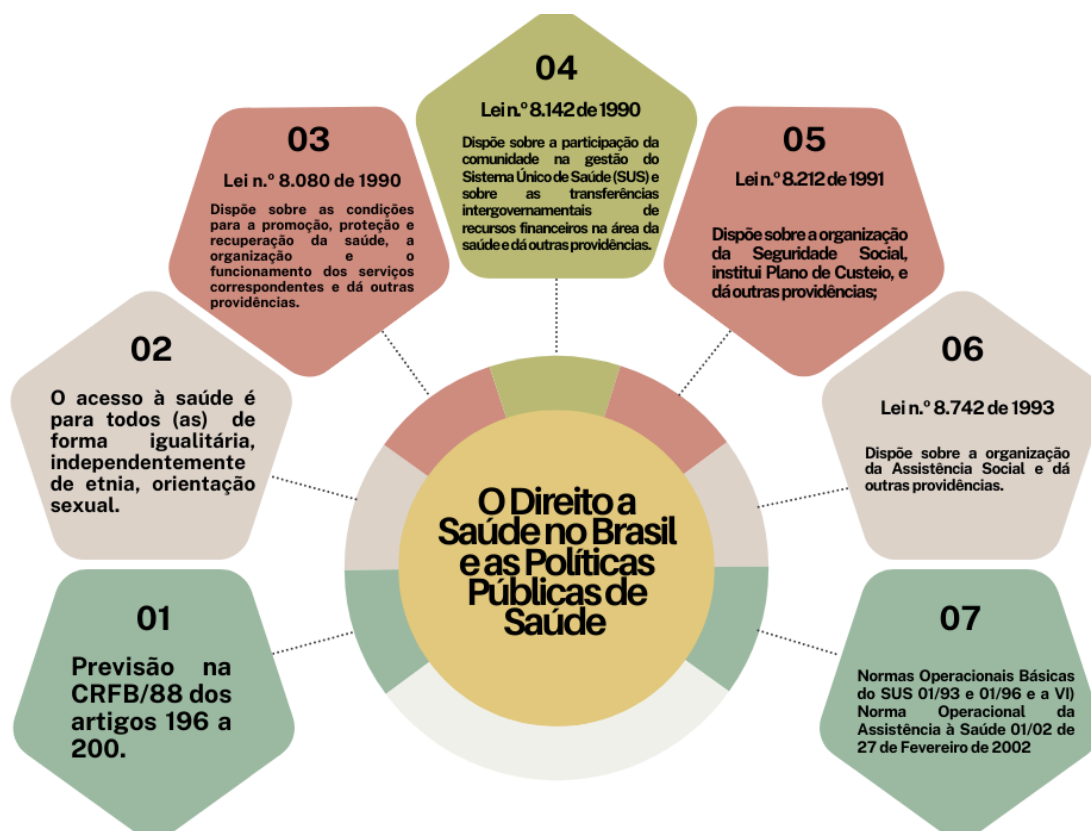
CRFB/88 em seu texto trouxe inovações constitucionais, ampliando o conceito de saúde, pois, o Estado passou a organizar suas ações na área da saúde, previdência social e assistência social, com base de trabalho e inspiração em um sistema de proteção social, buscando justiça social através de políticas de bem-estar. Isto significa dizer que, a concepção da seguridade social é ligada diretamente à universalização dos direitos sociais para o exercício pleno da cidadania da população. (WARGAS, 2004).

Dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) existem ações e serviços formados através de uma rede de regiões que possuem hierarquia, e possuem assim, princípios e diretrizes de andamento, que são: integralidade da assistência; igualdade na assistência; descentralização político-administrativa e participação da comunidade. Nessa perspectiva, tais diretrizes principiológicas estabelecidas para a criação e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), foram realizadas através das normas operacionais editadas pelo Ministério da Saúde, onde foram realizados amplos processos de pactuação entre os gestores e as três esferas do governo, sendo então a aprovação responsabilidade do Conselho Nacional de Saúde. (WARGAS, 2004).

Assim, para regulamentar as políticas públicas de saúde pós formulação e operacionalização de saúde, foram criadas leis para regulamentar e complementar a área da saúde, veja-se abaixo quais são elas:

Nessa perspectiva, como se pode ver, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88), revolucionou o tratamento de saúde pública no Brasil, pois a maioria das intervenções sanitárias começaram justamente no século XX. A CRFB trouxe em seu texto outro panorama de vivência com o texto constitucional, pois, ao estudar o Sistema Único de Saúde (SUS) evidencia-se que este é um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, tendo em vista que, ele abrange todos os tipos de procedimento, iniciando em uma avaliação de pressão arterial até um transplante de órgãos, permitindo acesso integral, universal e gratuito para todos os cidadãos do país, sem distinção de gênero, etnia, cor ou crença. (WARGAS, 2004).

Figura 8: O Direito a Saúde no Brasil e as Políticas Públicas de Saúde:



Organograma elaborado pela autora.
Fonte: Wargas, 2004.

Seguindo, com toda a expansão dos direitos e o início de uma era que busca proteger os direitos sociais e fundamentais, é preciso elencar que, o estado não pode interferir nas vontades e necessidades dos indivíduos, e isso é garantido pela CRFB/88 em seu artigo 1º, inciso III, que garante aos indivíduos a inviolabilidade da vida privada, da intimidade e da honra, indo em consonância com o artigo 5º, inciso X, deste diploma. (MIRANDA, 2000, p. 59 apud ZANINI, 2011, p. 59).

Ao estudar os direitos dos transexuais, ressalta-se aqui, que os direitos subjetivos destes estão inseridos nos direitos da personalidade. Quando se estuda os direitos da personalidade, estes estão próximos aos direitos fundamentais, sendo o último previsto na CRFB/88 levando em consideração a posição do indivíduo em relação ao estado. Os direitos da personalidade dos indivíduos atendem justamente as questões da personalidade em si em conjunto com as preocupações relacionadas as estruturas políticas, com o intuito claro de proteger a dignidade do indivíduo

enquanto pessoa individual, irrepetível e ingfungível. (MIRANDA, 2000, p. 59 apud ZANINI, 2011, p. 59).

Os direitos fundamentais são pressupostos dentro das relações de poder, que possuem incidência imediata, sendo estes direitos pertencentes ao direito constitucional. A ideia dos direitos da personalidade são a de justamente pressupor relações de igualdade, ou seja, existe uma incidência privatista, mesmo se precisar se sobrepor aos direitos fundamentais, sendo constituinte do direito civil brasileiro. (MIRANDA, 2000, p. 59 apud ZANINI, 2011, p. 59).

A sociedade se acostumou com duas cores como definições de rótulos para indivíduos, quais sejam, azul e rosa. As referidas cores são preestabelecidas como rótulo para dizer o que seria feminino e o que seria masculino. Banalidades e falácias acerca de algo tão sério quanto a personalidade de um indivíduo. A personalidade de uma pessoa surge como uma proteção, uma película, uma barreira, que tem como escopo proteger o bem jurídico tutelado após a concepção de uma vida. . (FRANÇA, 1966, p. 08 apud FIGUEIREDO; LEMES, 2015, p.149-150).

A proteção após concepção será para evitar qualquer espécie de agressão, sendo assegurado todas as condições para que aquele indivíduo viva em condições mínimas e respaldados pela tutela da dignidade. Nessa perspectiva, ao tratar da concepção de uma vida, já se existiria os direitos da personalidade, atribuindo a este ser vivo os direitos fornecidos pelo estado, como por exemplo: cidadania, privacidade, direito e identidade pessoal. (FRANÇA, 1966, p. 08 apud FIGUEIREDO; LEMES, 2015, p.149-150).

Mesmo com todos os avanços significativos em relação as políticas contemporâneas de bem estar social, ainda sim, enfrenta-se grandes desafios no que concerne as desigualdades e o acesso ao tratamento justo e equânime, principalmente para determinados grupos que se encontram em situação de maior vulnerabilidade. (FRANÇA, 1966, p. 08 apud FIGUEIREDO; LEMES, 2015, p.149-150).

Ao estudar a Política de Atenção Primária por meio do novo modelo de financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), instituída pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, tem como objetivo identificar a metodologia de alocação dos recursos federais utilizados no SUS com o intuito de reduzir as desigualdades

com medidas de promoção mais equitativas para os entes. (FRANÇA, 1966, p. 08 apud FIGUEIREDO; LEMES, 2015, p.149-150).

Quando a assunto é políticas de promoção de saúde que visem reduzir desigualdades e promover equidade no acesso a saúde, na percepção de Carnut, Leite e Mendes (2020) é necessário que se análise algumas dimensões. Os estudiosos mencionados, tem estudos promovidos com base na discussão de literatura nacional e internacional, utilizando os portais e bases de dados, demonstrando metodologias que busquem promover acesso aos serviços de saúde de maneira menos desigual, com o intuito de que prevaleça a equidade. (FRANÇA, 1966, p. 08 apud FIGUEIREDO; LEMES, 2015, p.149-150).

Uma política que vise reduzir as desigualdades de acesso é um dos grandes desafios da política sanitária proposta pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pois, reduzir desigualdades e alcançar a equidade, é algo já positivado na Carta Magna brasileira (artigo 196-200), que aborda a saúde como um direito universal, integral e gratuito, inerente de todos os cidadãos. (FRANÇA, 1966, p. 08 apud FIGUEIREDO; LEMES, 2015, p.149-150).

Um dos marcos importantes da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990, mais precisamente no artigo 35, é a criação de critérios para a alocação dos recursos federais aos entes baseando-se em suas necessidades em saúde. Contudo, ainda existem inúmeros desafios em relação a operacionalizar o que foi disposto com o intuito de garantir um acesso ao atendimento de saúde pública na medida da necessidade de cada um dos cidadãos, sem desigualdades. (VALADARES, 2022).

Seguindo no referencial estudado por Carnut, Leite e Mendes (2020), estes vão defender que, após uma revisão de literatura nacional e internacional, a distribuição de recursos deve buscar promover a equidade e reduzir as desigualdades, para que assim, sejam alocados mais recursos aos que precisam e menos recursos aos entes que menos precisam, levando-se em consideração os territórios e os grupos populacionais. (CARNUT; LEITE, MENDES, 2020).

A operacionalização da equidade, em uma perspectiva mais desenvolvida metodologicamente aponta que a redução da desigualdade e o alcance da equidade exige desconstrução de desigualdades históricas e requer esforços contínuos, garantindo a incorporação de novos indicadores. Como tratado anteriormente, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi regulamentado pela Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, orientando que os valores transferidos aos entes subnacionais deveriam combinar os seguintes critérios: perfil demográfico da região; perfil epidemiológico da população a

ser coberta; características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior; níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; previsão do plano quinquenal de investimentos da rede; ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo. (VALADARES, 2022, p. 106, apud CARNUT; LEITE, MENDES, 2020, p. 44).

Sendo assim, diante deste contexto é que se iniciou uma nova forma de financiamento da Atenção Primária de Saúde, de maneira híbrida, com o intuito de reduzir desigualdades com o estabelecimento de critérios pró-equidade, e o pagamento por desempenho das equipes de saúde de família. Quando se estabelece um critério de ponderação por população em situação mais crítica, com maior exposição a desigualdades de acesso, mais a Atenção Primária de Saúde (APS) se aproxima do princípio da equidade, atuando diretamente na redução das desigualdades, já que, transfere recursos aos mais vulneráveis socialmente. (SIQUEIRA; HOLLANDA, MOTTA, 2017).

A prática de saúde baseada na integralidade tem como escopo pensar o outro da relação de produção em saúde como o outro diferente do que somos. Dessa forma, as relações com o outro passam a ser vistas e medidas pelos diferentes olhares que atravessam uma relação. Assim, pensar na formulação de políticas de equidade dentro do arranjo institucional proposto para as políticas sociais, acaba impondo ao Ministério da Saúde alguns desafios, como: I) estruturar políticas públicas de natureza transversal em estruturas administrativas marcadas por recortes setoriais; II) incorporar ações para grupos vulneráveis, marcadas muitas vezes por superposição de vulnerabilidades no interior de políticas setoriais de corte universal. (SIQUEIRA; HOLLANDA, MOTTA, 2017).

Assim sendo, para buscar uma ampliação da participação social e na construção de consensos na formulação da política de Atenção Integral à Saúde voltada para aos grupos vulneráveis é que o Ministério da Saúde propôs uma criação de Comitês Técnicos e a realização de seminários e conferências. Estes comitês técnicos em saúde são órgãos de assessoria ao ministério na formulação de políticas, formado por técnicos, especialistas e movimentos sociais. A Coordenação destes Comitês é de responsabilidade da SGEF. (SIQUEIRA; HOLLANDA, MOTTA, 2017).

Abaixo, no quadro de número 1, constam os dados relativos ao tempo e as instâncias percorridas pelas diferentes políticas de equidade até a data de

promulgação delas. Ao ser formulada, as políticas passam a ser apresentadas aos conselhor para sua discussão e subsequente aprovação. Isto é uma instância máxima de gestão participativa em saúde, ligada diretamente ao Ministério da Saúde, sendo constituída por getores, técnicos e usuários:

Quadro 1. Tempo e instâncias percorridas pelas diferentes políticas de equidade até a sua promulgação.

Grupo vulnerável	Bases de estruturação	Principais marcas	Constituição de comitês técnicos	Aprovação do Conselho Nacional de Saúde	Aprovação na CIT	Promulgação de Portaria
População negra	acordo firmado entre Ministério da Saúde e SEPPIR em 2003	Reconhecimento do racismo e luta contra o racismo institucional	Ano de 2004	Ano de 2006	Ano de 2008	Ano de 2011 (Portaria 992 de 13 de maio)
População LGBT	Programa Brasil sem Homofobia da SDH da Presidência da República (2003)	Discriminação por orientação sexual e identidade de gênero	Ano de 2004	Ano de 2009	Ano de 2011	Ano de 2011 (Portaria 2826 de 06 de novembro)
População em situação de rua	Política Nacional de caráter intersetorial para a População de Rua. Criada a partir do Movimento Nacional da População de Rua. O MS desenvolve ações específicas no âmbito desta política)	Indignação com a violência e a negação de direitos a esta população	Ano de 2009	Ano de 2009 para discutir ações	Ano de 2011	Ano de 2009 instituição do Conselho Técnico Portaria MS/GM nº 3.305, de 24 de dezembro
Povos do campo, das florestas e das águas		reconhecimento de distintos modo de viver e produzir; Redução dos riscos e agravos à saúde decorrentes do processo de trabalho e das tecnologias agrícolas	Ano de 2005 (Grupo Terra)	Ano de 2008	Ano de 2011	--
Povo cigano	--	--	--	--	--	Ano de 2011 Aprovação da portaria GM/MS 940 que dispensa o povo cigano de apresentar comprovante de residência para cadastro no SUS

Fonte: SGEP/MS.

Seguindo o estudo, em países democráticos como no caso do Brasil, a incorporação de sujeitos a quem as políticas são voltadas é uma prática muito comum. Um exemplo da presente narrativa, esta dentro da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88) que trouxe em seu texto que a participação social é dos elementos de organização do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, vários conselhor e fóruns foram criados para que o princípio descrito

na constituição fosse materializado. Ainda, para operacionalizar a política de equidade, existem duas instâncias de participação popular que são importantes, sendo elas, as Comissões Intersectoriais de Saúde, no âmbito do Conselho Nacional de Saúde, e os Comitês Técnicos de Saúde federal e estaduais. (SIQUEIRA; HOLLANDA, MOTTA, 2017).

As Comissões Intersectoriais de Saúde são instâncias de assessoria ao CNS na execução das políticas públicas e têm a finalidade de articular políticas e programas. São compostas por técnicos tanto do Ministério da Saúde e como de outros envolvidos com a implementação das políticas, por representantes dos profissionais de saúde e dos movimentos sociais organizados e por prestadores de serviços. A existência de comissões está prevista em lei. Algumas têm caráter permanente e outras são temporárias e criadas quando o CNS identifica a necessidade de discutir de modo mais aprofundado determinado tema para subsidiar suas decisões. Dado o papel do CNS, a definição de quais comissões devem ser criadas e sua natureza são alvo de intenso debate no interior deste Conselho. As Comissões podem ter um recorte voltado a discutir e a enfrentar problemas inerentes a dada população ou temática, ou podem privilegiar a discussão de temáticas mais amplas, que possam ser trabalhadas de modo transversal e integral. Uma pista sobre as dificuldades nesta escolha pode ser encontrada na discussão de reunião do CNS, sobre a necessidade de reformulação destas Comissões, ocorrida em maio de 2016. Nesta ocasião havia vinte e seis Comissões Intersectoriais criadas, cada qual com 22 membros. Entre estas, uma comissão era destinada a discutir a saúde da população negra e outra a da população LGBT. (SIQUEIRA; HOLLANDA, MOTTA, 2017, p. 5).

Com a criação dos Comitês para cada um dos grupos em situação de vulnerabilidade, foram desenhadas estratégias para a implementação da política de equidade. (SIQUEIRA; HOLLANDA, MOTTA, 2017).

Abaixo veja-se a Tabela 1 que apresenta a evolução da criação destes comitês nos estados da federação brasileira:

Tabela 1. Evolução da criação de Comitês Técnicos para os grupos vulneráveis nos estados da federação - período 2012/2015 - Brasil.

Comitês técnicos estaduais	2012	2013	2014	2015	Total	Estados com comitês
População LGBT	3	4	3	—	10	GO,PB,PR,MS, PE,RS,SP,BA,RJ,PA
População negra	7	3	2	—	12	AC,BA,PB,RJ,RS SP,PR,DF,GO, MG,PE,RN
População em situação de rua	—	—	4	—	4	BA,GO,PR,MS
População do campo, floresta, águas	—	—	1	—	1	RS
Equidade	—	5	1	—	6	ES,PI,RN,SE,MA,MT

Fonte: Relatório de gestão SGEP/MS 2012-2015.

Sendo assim, o princípio da equidade se instaura nos grupos de vulneráveis, sendo imprescindível que os profissionais da saúde sejam qualificados para desenvolver abordagens no atendimento aos grupos de vulneráveis. As questões de identidade relacionam-se diretamente com o princípio da equidade. Tratar desigualmente os desiguais é uma afirmação muito utilizada na área da saúde, isto, pois, as políticas de universalitas que promovem a igualdade, acabam não sendo suficientes para promover a equidade. (SIQUEIRA; HOLLANDA, MOTTA, 2017).

Abaixo veja-se uma demonstração de equidade versus igualdade:

Figura 9: Equidade na saúde e equilíbrio em comparação com o conceito de minúscula pessoa do ponto de vista da igualdade médica:



Fonte: Dreamstime, 2024.

Assim, o efeito de justiça social, ocorre de maneira não universalista, pois, supõe um tratamento dos indivíduos ou grupos considerando as questões identitárias, como sexo, gênero, cor, entre outras características. As políticas de diferenças surgem no campo das lutas e resistências por parte das populações que passam por diferentes níveis de discriminação. Isso significa que um dos principais desafios de implementar uma política pública que seja voltada para a equidade é vencer o preconceito histórico em relação as populações mais vulneráveis. O Ministério da Saúde reconhece que a implementação de políticas públicas pautadas na equidade passam por uma mudança em relação ao olhar da população para os mais vulneráveis. (SIQUEIRA; HOLLANDA, MOTTA, 2017).

4. DA PROPOSTA A IMPLEMENTAÇÃO: UMA ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS IMPLEMENTADAS PARA OS TRANSEXUAIS NO BRASIL

As políticas públicas são definidas no âmbito social como o “conjunto de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulamentam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público”. (LUCCHESI, 2004, p. 41). No que tange as políticas públicas em saúde, estas são responsáveis por constituírem um campo de ação social do Estado, com o intuito de melhorar as condições de saúde oferecidas para a população. As políticas públicas sanitárias buscam organizar as funções públicas para a promoção, recuperação e proteção da saúde dos indivíduos e da coletividade. (LUCCHESI, 2004).

Mesmo com todas as perspectivas de proteção em relação a um direito expressamente fundamental, ligado à preservação da vida e da dignidade humana, a luta para efetivação é árdua. (HOFFMANN; SILVEIRA, 2020).

A transexualidade é conflitiva, difícil e angustiante para o indivíduo, pois o mesmo sempre se encontra em um desequilíbrio emocional pelo fato de não se identificar com o gênero sexual que nasceu e que se encontra em seus documentos, ou seja, não é correspondente com a sua realidade social e sexual, possuindo uma convicção inalterável de que pertence ao sexo oposto, reprovando os órgãos sexuais que possui. Assim, o indivíduo transexual não se identifica com o seu sexo biológico, sofrendo transtornos psicológicos, ou seja, uma psicopatologia que gera transtornos como: depressão, ansiedade, angústia e, principalmente, uma repulsa muito grande em relação ao seu corpo. (HOFFMANN; SILVEIRA, 2020).

4.1. A construção da identidade na contemporaneidade e a transexualidade: o direito a identidade sexual dos transexuais

Toda vez que se aborda uma diferença, isso pode atemorizar em certo ponto, principalmente quando essa diferença reflete em quem somos. Reconhecer diferenças é ter consciência da alteridade, é descobrir sentimentos, e entender que nem todos são como eu sou, e nem tudo é o aquilo que eu sou. Sendo assim, o outro deve ser entendido e compreendido de alguma forma, justamente porque o que é ser pessoa? O que é ter uma pessoa? Perguntas neste sentido são comuns

entre cientistas sociais para tentar encontrar explicações para nomes, estruturas e trocas sociais dentro do corpo da sociedade. (BRANDÃO, 1985).

A sociedade contemporânea encontra-se sob o signo da complexidade. As relações sócias se complexificam, as relações humanas se modificam e a produção de subjetividades vivencia uma experiência nunca antes compartilhada. Nota-se um contexto de fragmentação e acontecer de inúmeras possibilidades no que tange à constituição subjetiva do homem, o que passa a desordenar as institucionalidades postas. Nesse ponto, uma grande modificação no que toca à produção de subjetividades na sociedade atual é referente a questões ligadas ao sexo e ao gênero, no modo como se percebe a experiência humana quanto a esses dois “caracteres”. Na atualidade a experiência de sexo e gênero se torna múltipla e indefinível apenas biologicamente. O acontecer da sexualidade e a percepção do gênero estão relacionadas não mais só ao corpo e ao que é dado ao homem com o nascimento, mas, relacionam-se com o estar, fazer parte da experiência humana. (HOFFMAM; ODORISSI; SILVEIRA, 2016, p. 2 -3).

Quando a temática é relacionada à identidade existe uma extensa teoria social a ser discutida, tendo em vista que, as velhas identidades por muito tempo estabilizaram a sociedade, conforme elenca Stuart Hall (2011). Contudo, cada vez mais surgem novas identidades que se fragmentam e auxiliam o indivíduo moderno, pois, as velhas identidades estão em declínio. (HALL, 2011)

A crise de identidade, como é conhecida, é um processo de mudança no qual se desloca as estruturas e os processos das sociedades modernas. Neste caso, o sujeito assume diversas identidades em momentos diferentes, que não são unificadas em um “eu” coerente. OS seres humanos em seu interior possuem identidades contraditórias, que empurram estes para direções distintas. Na grande maioria das situações, o indivíduo ao sentir que possui uma identidade desde que nasceu sendo ela unificada até a morte, é justamente porque foi construída uma história mais cômoda sobre si própria. (HALL, 2011)

A identidade pode ser e aparecer e ainda pode mascarar-se e mostrar-se em cada local. Existe uma oscilação na identidade, pois, ela sempre oscila entre aquilo que é e aquilo que se mostra ser dentro do seu modo interno e sua apresentação externa. A identidade pode esconder-se, ocultar-se, dissimular e simular, encerrando-se para que possa aparecer em outro momento oportuno, ou em outro local, ou até mesmo de outra maneira. A identidade pode ser vista como nômade, pois, ela tem persistência mutável, se definindo de diversas maneiras, com adjetivações que lhe darão o sentido. (RESTA, 2014).

Ao tratar a identidade, precisa-se compreender que ela vai muito além de uma mera formalidade documental, indo além do próprio nome. A identidade não serve apenas para de pré-definir este ser humano. Tratar da identidade exige uma análise física, psicológica, sentimental, pois a identidade está em constante conexão com a constituição subjetiva dos seres em relação a sua vivência em sociedade, permitindo que haja uma construção de biografias que vão muito além daquelas pré-definidas pela concepção biológica de cada ser humano. (HOFFMAM; ODORISSI; SILVEIRA, 2016).

Nessa perspectiva, o direito moderno cada vez mais tem tentado moldar as relações sociais quando se trata de igualdade entre os seres, buscando assim uma compreensão quanto à construção da identidade de cada sujeito. (LUCAS; SANTOS, 2015).

A identidade humana é muito ampla, e assim, pode-se trabalhar com duas dimensões de identidade, sendo uma estável, pois, seus elementos podem sofrer mudanças em determinadas situações e o ocasiões, estando aqui compreendidas as questões relacionadas ao nome e os elementos que individualizam o ser, como impressões digitais, imagens e elementos que compõem o status jurídico do mesmo, como por exemplo, o registro civil. Já a segunda dimensão está relacionada à dinâmica. Isso significa dizer que na segunda dimensão de identidade, é onde se encontram as características de natureza psicossocial, o perfil ideológico, a herança cultural do indivíduo, que foi adquirido ao longo da sua interação social. (CHOERI, 2008).

O conceito de identidade não pode ser visto como algo estável, proposto pela primeira dimensão, pois, existe uma necessidade de que os demais elementos sejam conhecidos, para que assim, ocorra um auxílio para identificação dos indivíduos que estão envolvidos nas relações com os demais sujeitos. (CHOERI, 2008).

Sendo assim, ambas as dimensões mencionadas anteriormente, são consideradas intrínsecas na medida de seu dinamismo, pois, constituem atributos advindos da interação social. Isso significa dizer que, os documentos públicos responsáveis por descrever a identidade²⁸ de um indivíduo em determinados atos da

²⁸ A Carteira Nacional de Identidade (CIN) será emitida sem o campo de sexo e sem distinção entre nome social e nome do registro civil. A mudança foi solicitada pelo Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, com o objetivo de promover mais cidadania e respeito às pessoas LGBTQIA+. (UNICEF, 2023, [s.p.]).

vida civil, acabam influenciando as manifestações de identidade²⁹ do mesmo. Todavia, ao estudar os transexuais evidencia-se que, estes não têm como objetivo específico de sua existência a mudança de sexo (especificamente a modificação de genitália), o reconhecimento para o transexual é relacionado à sociedade, pois, este quer pertencer ao gênero ao qual se identifica. As modificações relacionadas à identidade trabalham em conjunto as modificações corporais e psicossociais, responsáveis pela construção do desenvolvimento da identidade dos transexuais. (CARVALHO, 2009).

A identidade, a sexualidade e a estrutura dos desejos foram estudadas por Freud, que irá dizer que ambas são formadas por processos psíquicos e simbólicos do nosso inconsciente, causando sua teoria grande impacto no pensamento moderno destas últimas décadas. Estudar a identidade é algo que vai muito além, pois, é algo que se forma ao longo do tempo em processos inconscientes e não através de algo inato, isto, pois, parece que esta sempre incompleta, em processo de formação. A identidade não pode ser tratada como algo acabado, ela pode ser vista como identificação e como um processo em andamento, já que, a identidade surge não tanto para a plenitude da identidade que está dentro do ser humano, mas sim, surge como uma falta de interação que é “preenchida” através do exterior, na forma que imaginamos ser vistos pelas demais pessoas em sociedade. (HALL, 2011).

Seguindo, Saadeh (2004) vai elencar que a identidade de um indivíduo faz referência a parte de suas características, e a dificuldade existente em definir essa temática no que tange aos transexuais no Brasil, é algo que vem de anos, motivado em questões históricas e culturais. Tratar sobre sexualidade ainda é um paradigma social, é ir de encontro às tradições religiosas impregnadas na sociedade, e associando que estes indivíduos são homossexuais, o que faz com que muitos ainda, em pleno século XXI, entendam que transexualidade e homossexualidade são as mesmas coisas, e elas não são.

²⁹ A identidade de gênero é a forma como uma pessoa se relaciona com o seu próprio corpo e com o gênero com o qual se identifica, enquanto a identidade sexual é a forma como uma pessoa se sente em relação à sua sexualidade. A identidade de gênero não está necessariamente relacionada com características biológicas tipicamente atribuídas aos sexos masculino e feminino. Por exemplo, uma pessoa pode nascer biologicamente mulher, mas não se identificar com esse gênero desde a infância. A identidade sexual é como alguém classifica a sua orientação sexual ou sua sexualidade. A identidade sexual e o comportamento sexual estão intimamente relacionados à orientação sexual, mas são distintos. (UNICEF, 2023, [s.p.]).

O transexual luta pelo reconhecimento do sexo ao qual ele se identifica, pois, existe uma incompatibilidade entre o seu sexo biológico e o sexo psicossocial. Para a psicanalista e mestre em sociologia, Letícia Lanz, sexo é aquilo que se tem entre as pernas (órgão genital). Gênero é aquilo que se tem entre as orelhas (ego/pensamento). E a orientação é aquilo que se quer ter entre os braços (com quem se quer estar). Dessa forma, os direitos subjetivos dos transexuais estão interligados com os direitos de personalidade, pois, a transformação do transexual é para que este possa ter a compatibilidade entre a sua identidade sexual e a sua identidade vivenciada/sentida. Para Berenice Bento (2006), o corpo-sexuado irá falar através das roupas, dos acessórios e cores, sendo este corpo manipulável, transformável, podendo ser estabilizado apenas pela aparência de gênero:

Quando discute a relação entre sexualidade e estética, a consciência da existência do corpo-sexuado aparecerá em uma fase da vida em que já há uma identificação com determinadas performances de gênero. Para muitos, esta descoberta significa um momento de atribuição de sentido para as várias surras, insultos e rejeições familiares. Ter um pênis/uma vagina e não conseguir desenvolver o gênero 'apropriado' para seu sexo, é uma descoberta vivenciada com grande surpresa para alguns. (BENTO, 2006, p. 162-163).

A sensação de não pertencimento a um corpo, a uma identidade, é presente no cotidiano dos transexuais. Não se pode negar aquilo que se sente. Existem classificações relacionadas à transexualidade, como por exemplo, a classificação em primário e secundário. A transexualidade primária está ligada ao pertencimento ao sexo diferente ao qual consta em seu registro civil, sendo este um dos fatores determinantes para realização de uma cirurgia de transgenitalização. Já a transexualidade secundária, poderá ser classificada através de laudo psicológico ou psiquiátrico, determinando ou não a possibilidade de realização da cirurgia de redesignação de um indivíduo, sob a alegação de que pessoas assim gravitam entre a transexualidade e o travestismo. (PIOVEZAN, 2013).

Os transexuais buscam o reconhecimento de sua identidade de gênero, que é desconhecida aos demais devido à incompatibilidade entre o sexo biológico e o psicológico. (BENTO, 2006). A subjetividade desta situação se dá a partir do desenvolvimento de um processo social e cultural, que auxilia na transformação de si próprio, assim:

A subjetividade sugere uma presença individual que se relaciona com outros para alcançar o grau de sujeitos. É o que subjaz ao termo 'multitude': a possibilidade que temos de fazer-nos muitos e de nos 'empoderarmos' para poder nomear as coisas, ou seja, construí-las sem depender de um mundo transcendente de essências abstratas. A subjetividade, portanto, reconhece que os indivíduos consistem em fluxos descentrados de posições e situações em função das relações sob as quais vivem, e não em centros autônomos e descontextualizados. A subjetividade não se dá, pois, no vazio. Sempre dependerá da estrutura de relações na qual se situa se com a qual contribui para criar e transformar. A subjetividade é, por conseguinte, um processo de subjetivação, ou seja, um processo de mediação entre o que nomeamos e o que nos nomeia, em nossos termos, entre os aspectos causais e os metamórficos e interativos dos processos culturais em que estamos inseridos. (FLORES, 2009, p. 86, apud BENTO, 2006, p. 162).

Quando se trata da subjetivação, ela surge no momento em que os transexuais conseguem se empoderar de sua identidade de gênero, seja este masculino ou feminino, com condições necessárias para conseguirem se inserir na sociedade sem que ocorra comparações relacionadas a “anomalias³⁰”:

O sofrimento psíquico do transexual se encontra no sentimento de uma total inadequação, de um lado, à anatomia do sujeito e seu 'sexo biológico' e, de outro, a este mesmo 'sexo psicológico' e sua identidade civil. Essas pessoas, cujo sentimento de identidade sexual não concorda com a anatomia, manifestam uma exigência compulsiva, imperativa e inflexível de 'adequação do sexo', expressão utilizada pelos próprios transexuais; como se elas, face a esta convicção de incompatibilidade entre aquilo que são anatomicamente e aquilo que sentem ser, se encontrassem num corpo disforme, doente e monstruoso. (BENTO, 2006, p. 163).

Sendo assim, os transexuais apresentam uma sensação de desconforto e impropriedade em relação à forma sexual anatômica, manifestando em si o desejo de viver e de ter a aceitabilidade do sexo escolhido para si. A constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88) vai elencar que todos tem o direito ao próprio corpo, e que são livres para escolher, sendo estes direitos de todos dentro da perspectiva de igualdade, e não interfira de maneira negativa na vida dos demais. Contudo, quando se trata dos transexuais, isso não ocorre. Não é apenas a Constituição que é ferida nesses casos, o estado laico e o direito de liberdade de cada um também são. (SCHORR; STRURZA, 2015).

³⁰ Na filosofia da ciência de Thomas Kuhn, uma anomalia corresponde a um enigma teórico ou prático que deveria ser resolvido dentro de um determinado paradigma, mas que resiste às tentativas de resolução. O termo anomalia pode ser conceituado também como variações morfológicas que, atrapalham a função do indivíduo e causam perturbações funcionais. (PORTAL EDUCAÇÃO, 2013, s.p.).

Para que as coisas comecem a ser vistas de forma distinta, é necessário que os transexuais realizem rompimentos culturais pré-estabelecidos para que a sua identidade de gênero seja reconhecida, e seja garantida a diversidade sexual de cada um dos seres humanos, que já sofre sem apoio social (população retrógrada), isto, pois, quando o cidadão faz algo diferente do que é tido como padrão pela sociedade, não pode este vir a ser discriminado, sofrer restrições, agressões físicas e verbais, e ser privado dos direitos que o próprio ordenamento lhe garante. (SCHORR; STRURZA, 2015).

Para compreender o sexo biológico é preciso entender que este se forma a partir da união de cromossomos e gametas dos genitores. Concluída a referida fase, e não existindo anormalidades, formar-se-á um ovo ou zigoto (XX ou XY). Seguindo, tem-se a diferenciação das gônadas, e com isso, é possível identificar se o cromossomo presente é X ou Y. Assim, originando-se o cromossomo XX teremos um indivíduo de sexo biológico feminino, e se cromossomo XY, este será um indivíduo de sexo biológico masculino. As referidas explicações acima servem para demonstram que, os transexuais não têm nenhuma espécie de alteração genética, pois, os genes são perfeitos e correspondem as definições de sexo já mencionadas anteriormente. (SCHORR; STRURZA, 2015).

Ainda além do sexo biológico, existem definições acerca do sexo jurídico e do sexo psicossocial. O sexo jurídico é aquele a qual se chama de sexo legal ou civil, associado ao registro civil de cada um dos indivíduos, sendo este definido logo após o nascimento e análise do órgão genital do nascituro, originando a certidão de nascimento. No que tange ao sexo psicossocial, este surge após o nascimento, a partir da vivência em um determinado ambiente, que auxilia na construção do indivíduo. (SCHORR; STRURZA, 2015).

Para Maria Berenice Gomes (2001), a identidade é uma descoberta e é dada ao filho após o seu nascimento e a verificação de sua genitália.

A identificação do indivíduo como pertencente a um ou outro sexo é feita no momento do nascimento, de acordo com o aspecto de sua genitália externa. A determinação da identidade sexual dá-se por meio do critério morfológico, e o papel do gênero apresenta-se como uma expressão pública dessa identidade. [...] Contudo, a determinação do sexo não decorre exclusivamente de características físicas exteriores. A aparência externa não é a única circunstância para a atribuição do gênero. (DIAS, 2001, p. 121-122).

A identidade sexual esta diretamente ligada à personalidade, a saúde e a própria liberdade do indivíduo. A mídia tem utilizado seu espaço em rede nacional aberta, para buscar uma conscientização e respeito ao direito a identidade sexual. (SCHORR; STRURZA, 2015).

No ano de 2018, durante o horário nobre de uma emissora brasileira, discutiu-se a personagem de ficção Ivana, que passou toda a sua vida sem gostar do próprio corpo, sem compreender diretamente o porquê ela nunca se identificou com o seu corpo e sua forma de vestir. Ivana só se sentia confortável se utilizasse as roupas do irmão mais velho. Ivana não reconhecia os seios, o cabelo, brigava constantemente com o que via no espelho (personalidade), e ainda, precisava enfrentar as represálias familiares devido à maneira de vestir e portar-se socialmente. (SCHORR; STRURZA, 2015).

As fotos abaixo demonstram a aflição que Ivana sentia a cada vez que se olhava no espelho e não se identificava com a imagem refletida e vista por ela. Na época em que a novela foi gravada, o Brasil era o país no qual os travestis e transexuais eram mais assassinados, m escala mundial. Em 2016, foram 127 assassinatos, um a cada três dias, segundo um Grupo Gay da Bahia.

Figura 10: As várias fases de Ivana com a descoberta da transexualidade e seu sexo psicossocial:



Fonte: G1, Globo.

A personagem podia ser na ficção, mas, Ivana, representou uma situação vivida pelos transexuais diariamente. No contexto da ficção, Ivana retrata claramente a divergência entre seu sexo biológico e seu sexo psicológico. O que definia o sexo após o nascimento, foi claramente a genitália, e assim, a certidão de nascimento também foi escrita conforme o sexo biológico. Apenas com o passar dos anos e com as descobertas do próprio corpo, é que a pessoa vai percebendo que seu sexo biológico não condiz com seu sexo psicológico, onde o indivíduo começa a abrir suas perspectivas e buscar entender a transexualidade. (SCHORR; STRURZA, 2015).

Na percepção de Janaína Sturza e Janaína Schorr (2015), aquele que identifica como transexual esta sofrendo um conflito no que concerne ao sexo somático e o sexo social, pois, as características são de determinados gênero, mas, pertence ao gênero oposto. (SCHORR; STRURZA, 2015).

Na percepção de Stuart Hall (2001), as divergências estão relacionadas ao gênero, pois, a identidade forma-se ao longo do tempo, através de processos inconscientes, e não em algo existentes no momento do nascimento:

A identidade é realmente algo formado, ao longo de tempo, através de processos inconscientes, e não algo inato, existente na consciência no momento do nascimento. [...] Ela permanece sempre incompleta, está sempre “em processo”, sempre “sendo formada”. [...] em vez de falar da identidade como uma coisa acabada, deveríamos falar de identificação, e vê-la como um processo em andamento. A identidade surge não tanto da plenitude da identidade que já está dentro de nós como indivíduos, mas de uma falta de inteireza que é “preenchida” a partir de nosso exterior, pelas formas através das quais nós imaginamos ser vistos por outros. (HALL, 2011. p. 38-39).

Estudar a identidade sexual e tentar a compreender é ir muito além do sexo morfológico de um indivíduo, pois, a análise começa desde o comportamento psicológico. Assim, o sexo poderá ser definido através de uma conexão entre aquilo que é físico, o psíquico e o comportamento, nascendo então o estado sexual deste ser humano. A identidade de gênero sofre influências em três fatores importantes, que são identificados entre físicos, emocionais e sociais, tendo em vista que, a identidade é um processo contínuo de modificações, indo muito além de um documento, pois, este é a construção identitária dos seres. (SCHORR; STRURZA, 2015).

No que tange a personalidade de um indivíduo, ela é como uma película protetora ao bem jurídico, pois, após a concepção da vida, ela serve para proteger estes de qualquer agressão, lhes assegurando condições mínimas para viver respaldados pela tutela da dignidade. Falar sobre a concepção de uma vida culmina com existência dos direitos da personalidade, concedendo aos indivíduos aqueles direitos de estados, tais como: exercer cidadania, ter privacidade e direitos a identidade pessoal. Sendo assim, Limongi França (1966), define como direitos da personalidade as “faculdades jurídicas cujo objeto são os diversos aspectos da própria pessoa do sujeito, bem assim as suas emanações e prolongamentos”. (FRANÇA, 1966, p. 08 apud FIGUEIREDO; LEMES, 2015, p.149-150).

Orlando Gomes define direitos da personalidade como:

Reclama, assim, a definição do direito de personalidade o alargamento do conceito de bem, que lhe reconheça significação diversa do que lhe atribui em Economia. Em direito, toda utilidade, material ou não, que incide na faculdade de agir do sujeito, constitui um bem, podendo figurar como objeto de relação jurídica, porque sua noção é histórica e não naturalística (...) Nada impede, em consequência, que certas qualidades, atributos, expressões ou projeções da personalidade sejam tuteladas no ordenamento jurídico como objeto de direito de natureza especial. (GOMES, 1966, p. 06 apud DE FIGUEIREDO; LEMES, 2015, p. 150).

Os transexuais têm direito ao respeito de sua personalidade. Para Flávio Tartuce (2009), os direitos da personalidade buscam proteger os atributos específicos da personalidade. A personalidade é uma qualidade inerente do indivíduo, independente se este tem o sexo biológico divergente do sexo psicossocial. A proteção da personalidade envolve aspectos psíquicos, integridade física, moral e intelectual, desde o momento da concepção até o momento da morte do indivíduo. Ao tratar os direitos da personalidade, estes não se relacionam com o viés econômico e nem são destacáveis aos seres, pois, proteção à personalidade é para proteger aquilo que integra o próprio ser humano, como nome, corpo e liberdade. (TARTUCE, 2009).

Seguindo, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88), consagra como direitos fundamentais, os que são importantes aos direitos da personalidade dos indivíduos, mas, não significa que estes sejam coincidentes, pois, existem casos com singularidades específicas. Assim:

Muitos dos direitos fundamentais são direitos de personalidade, mas nem todos os direitos fundamentais são direitos da personalidade. Os direitos de personalidade abarcam certamente os direitos de estado (por ex.: direito de cidadania), os direitos sobre a própria pessoa (direito à vida, à integridade moral e física, direito à privacidade), os direitos distintivos da personalidade (direito à identidade pessoal, direito à informática) e muitos dos direitos de liberdade (liberdade de expressão). Tradicional, afastam-se dos direitos de personalidade os direitos fundamentais políticos e os direitos a prestações, por não serem atinentes ao ser como pessoa. Contudo, hoje em dia, dada a interdependência entre o estatuto positivo e negativo do cidadão, e em face da concepção de um direito geral de personalidade como “direito à pessoa ser e à pessoa vir”, cada vez mais direitos fundamentais tendem a ser direitos de personalidade e vice-versa. (...) No entanto, não é apenas uma ordem de direitos subjetivos, mas também uma ordem objetiva que justificará, entre outras coisas, o reconhecimento de direitos fundamentais a pessoas coletivas e organizações (ex.: os direitos reconhecidos às organizações de trabalhadores na Constituição Portuguesa). Neste domínio é particularmente visível a separação entre direitos fundamentais e direitos da personalidade. (CANOTILHO, 1999, p. 372 apud ZANINI, 2011, p. 61).

Estudar os direitos da personalidade nesta parte da pesquisa em conjunto com a identidade sexual, é justamente para afirmar que, os direitos da personalidade são direitos subjetivos do ser humano, para que seja defendido aquilo que lhes é próprio, seja vida, à integridade, o nome, à identidade, à reputação, buscando satisfazer as necessidades de cada um dos indivíduos. Assim, mesmo que exista uma individualização das diferenças entre os direitos fundamentais e os direitos da personalidade, existe uma tendência em constitucionalizar os direitos da personalidade, utilizando como base o princípio da dignidade da pessoa humana que pode fundamentar as relações entre os direitos da personalidade e os direitos fundamentais. (BELTRÃO, 2014).

Alguns doutrinadores, como Tepedino (2004) adotaram os direitos da personalidade, levando em consideração que a vida, a saúde e a honra, são sobre ser, e não sobre ter, buscando demonstrar a incompatibilidade com os direitos subjetivos, estando estes predispostos a tutelar as relações matrimoniais. Os direitos da personalidade surgem na sociedade no período pós-guerra, pois, foi onde se passou a ser adotada uma proteção à dignidade da pessoa humana. (TEPEDINO, 2004).

Sendo assim, todos e todas têm direito a igualdade perante a legislação, conforme determina a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88), independente de raça, cor, credo, sexualidade, nacionalidade, sendo dever de o Estado zelar e proteger a todos, promovendo o bem estar social sem qualquer forma de discriminação. Os transexuais são sujeitos de direitos e deveres, e deve ter o direito a efetivação da igualdade imposta pela Carta Magna, já que, a igualdade tem sido conquista diariamente através das dificuldades que a sociedade apresentar, pois, parte da sociedade ainda é conservadora e pratica deliberadas formas de discriminação contra os transexuais, desrespeitando direitos garantidos e resguardados pelo Estado. (HOFFMAM; SILVEIRA, 2020).

As garantias fundamentais presentes na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88) tem em suas prerrogativas garantir que exista convivência digna, com liberdade e igualdade para todos os indivíduos, sendo essencial a todos, não podendo este atingir sua plenitude se os mesmos sempre forem violados. (HOFFMAM; SILVEIRA, 2020).

Além da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88) buscar proteger todos os indivíduos para que estes tenham seus direitos respeitados, foi promulgado em 2002, o Código Civil Brasileiro, que trouxe em seu rol de proteção (artigos 11 à 21), os direitos da personalidade, protegidos agora por uma legislação infraconstitucional. Mesmo com toda a proteção prevista constitucionalmente em relação à dignidade da pessoa humana em conjunto com a proteção dos direitos da personalidade, o legislador buscou regulamentar a matéria através de outra legislação específica, realizando uma análise na contemporaneidade dos direitos da personalidade. (HOFFMAM; SILVEIRA, 2020).

Tratar dos direitos da personalidade é tratar a subjetividade de cada pessoa, buscando defender o que lhe é próprio, defender a vida, a integridade física, o corpo próprio ou alheio, a integridade intelectual, moral, identidade pessoal, familiar, social. (DINIZ, 2006).

Para Francesco Messineo, os direitos da personalidade são limites impostos contra o poder público e contra os particulares, com o intuito de dar o próprio espaço para cada indivíduo desenvolver-se, não podendo se invadido, tendo uma proteção específica em relação ao seu direito. Os direitos da personalidade devem ser respeitados, dando limites à atuação do estado e dos particulares, podendo ser definidos em uma categoria especial de direitos subjetivos que estão fundados na dignidade da pessoa humana, garantindo o respeito aos direitos de todos e todas. (BELTRÃO, 2014).

Para Michel Foucault (2015), durante o período moderno, ocorreu uma conexão entre a ciência e o poder, que ocasionou uma fusão entre ambos, permitindo que ao fim do século XVIII, se trabalhasse em uma tecnologia do sexo nova:

Nova, porque sem ser realmente independente através da pedagogia, da medicina e da economia, fazia do sexo não somente uma questão leiga, mas negócio de estado; ainda melhor, uma questão que todo o corpo social e quase cada um dos seus indivíduos eram convocados a porem-se em vigilância. Nova, também, porque se desenvolvia ao longo de três eixos: o da pedagogia, tendo como objetivo a sexualidade específica da criança; o da medicina, com a fisiologia sexual própria das mulheres como objetivo; e, enfim, o da demografia, com o objetivo da regulação espontânea ou planejada dos nascimentos. (FOUCAULT, 2015, p. 126-127).

Seguindo, para Rodolfo Pamplona e Pablo Stolze Gagliano (2013, p. 126), os direitos da personalidade são o que tem como objeto “os atributos físicos, psíquicos

e morais da pessoa em si e em suas projeções sociais.” Com isso, evidencia-se a necessidade de uma reformulação do objeto jurídico da personalidade, não somente para reduzir ou aumentar um conteúdo patrimonial, tendo em vista que, ao existe razão para limitar a proteção, mas, é necessária que se compreenda que existe uma responsabilidade do direito civil em tratar a proteção a vida, ao nome, a personalidade de um ser. (GAGLIANO; PAMPLONA, 2013).

O bem jurídico tutelado vai muito além dos bens econômicos, isso significa dizer, que vai muito além de bens exteriores, pois, busca-se pela ampliação dos direitos da personalidade. Os direitos da personalidade conhecidos e elencados pela doutrina é a saúde, a integridade física, a liberdade física e psicológica, a honra, a imagem, a identidade, que são indispensáveis para uma vida em sociedade com dignidade, destacando que, essa proteção física e psicológica, é uma das lutas dos transexuais e que buscam o reconhecimento dos seus direitos da personalidade no que tange a modificação dos seus registros. (GAGLIANO; PAMPLONA, 2013).

Ao estudarmos as questões relacionadas à identificação de um indivíduo, é como se o nome fosse uma “roupa do corpo”, contudo, para os transexuais isto ocorre diferente. Os transexuais parecem estar despedidos de sua roupa, pois, existe uma relutância se o mesmo não tiver passado pela cirurgia de redesignação sexual ou transgenitalização, mesmo que, os tribunais e legislação amparem os transexuais para que estes tenham seus direitos respeitados, principalmente no que tange a personalidade. (GAGLIANO; PAMPLONA, 2013).

Falar sobre a identidade de alguém vai muito mais além do que um documento é buscar compreender a identidade física, psicológica e sentimental do ser humano. A identidade é uma construção através da conexão de um indivíduo com a sua vivência. Os transexuais, assim como as demais pessoas, não podem sofrer restrições aos direitos que lhe são garantidos, só pelo fato de não buscarem estar com o seu sexo psicossocial da forma a qual eles se identificam. Os transexuais tem o direito de constar no seu registro civil, o prenome e o sexo que estejam vinculados ao seu sexo psicossocial, e não mais ao sexo biológico e jurídico, eliminando qualquer tipo de discriminação e preconceito que possam existir. (HOFFMAM; SILVEIRA, 2020).

No que tange aos direitos da personalidade, é de difícil percepção a possibilidade de proteção da identidade para além do nome. Quando se fala em identidade aqui, fala-se para além da identificação clássica do indivíduo

como pertencente a um Estado, a uma sociedade, a uma comunidade, refere-se aqui a uma “identificação” de gênero, em outra percepção sobre a sexualidade, em novas formas de escrita da biografia de cada indivíduo. (HOFFMAM; ODORISSI; SILVEIRA, 2016, p. 05).

Em relação ao que é sexo morfológico/biológico e o sexo psicossocial, é permitido que exista a incompatibilidade entre sexo³¹ e gênero³² que estão presentes no registro civil e na identidade do indivíduo. “O Direito constitui normativamente a identidade descaracterizando-a. Para ser tratada como um direito, a identidade perde doses significativas de sua existência como liberdade de ser”. (LUCAS; SANTOS, 2015, p. 154).

Assim, dizer que a definição de sexo se dá através de um ato médico, e que o registro civil deve ser baseado somente na verdade biológica, é inadmissível. Atitudes assim impedem que o transexual defenda seus direitos de identidade e patologiza³³ essa situação, acreditando que apenas que com um ato médico resolver-se-á essa situação. (HOFFMAM; SILVEIRA, 2020).

No dia 31 de Março é comemorado o dia Internacional da Visibilidade Trans, buscando demonstrar os desafios e preconceitos enfrentando por aqueles que assumem a sua identidade e quebram paradigmas pré-estabelecidos pela sociedade, demonstrando quem são e porque são. Este dia surgiu pela ativista Rachel Crandall³⁴, de Michigan, nos Estados unidos da América (EUA), com o intuito

³¹ O sexo diz respeito às características biológicas que diferenciam homens e mulheres. O sexo é usualmente determinado pelas genitálias. (MORAES; MEDEIROS, 2021, [s.p.]).

³² Muitas vezes o termo gênero é erroneamente utilizado em referência ao sexo biológico. Por isso, é importante enfatizar que o gênero diz respeito aos aspectos sociais atribuídos ao sexo. Ou seja, gênero está vinculado a construções sociais, não a características naturais. O gênero, portanto, se refere a tudo aquilo que foi definido ao longo tempo e que a nossa sociedade entende como o papel, função ou comportamento esperado de alguém com base em seu sexo biológico. (MORAES; MEDEIROS, 2021, [s.p.]).

³³ Ainda é parte dos protocolos de centros de tratamento que realizam as cirurgias para “adequação” à sua identidade sexual/de gênero, “discursos científicos e atribuir aos transexuais uma identidade marcada por desordem psíquica, sem possibilidade de determinar, de maneira autônoma, suas identidades de gênero por meio de escolhas próprias em relação a seus corpos”. (BUNCHAFT, 2016, p. 362). Por conseguinte, essa é uma prática discursiva que perdura a condição de exclusão dos transexuais como sujeitos de direitos, no sentido de que lhes sonega a autonomia sobre a sua própria identidade sexual, colocando-lhes como indivíduos transtornados e sem controle sobre o seu próprio corpo. (BUNCHAFT, 2016, p. 362).

³⁴ Criado em 31 de março de 2009, o Dia da Visibilidade Transgênero tinha como objetivos celebrar a vida das pessoas trans e suas contribuições para a cultura e aumentar a conscientização pública sobre a discriminação sofrida por elas ao redor do mundo. Idealizada pela ativista trans Rachel Crandall, essa data servia como uma reação à falta de reconhecimento que pessoas transgênero recebiam em vida, uma vez que o único dia voltado para elas era o Dia Internacional da Memória Transgênero, em que se relembra o assassinato da mulher trans Rita Hester, brutalmente esfaqueada

de expor a falta de reconhecimento das pessoas transgênero como pertencentes à comunidade LGBTQIA+. A data busca promover a conscientização de toda a sociedade em relação às pessoas trans.

O estado deve garantir suas obrigações e promover os direitos das pessoas transexuais, para que assim, exista uma efetividade em relação a sociedade ser livre justa e igualitária, pois, o momento em que o estado não consegue promover uma assistência digna de saúde para os transexuais, está deixando de cumprir os preceitos constitucionais deste país. Garantir uma assistência à saúde cumlada com adequação do sexo biológico ao psicossocial do transexual é obrigação estatal, pois, não garantir isto, faz com que a população transexual não tenha uma vida digna. (SCHORR; STRURZA, 2015).

Garantir a diversidade sexual é necessária, pois, como será feliz o indivíduo que precisa se esconder e não consegue expor quem de fato é. Como manter uma vida onde os documentos não condizem com quem de fato você é. Como viver em sociedade e usufruir do sistema único de saúde (SUS) se lá você não tem acolhimento justamente por não estar com o sexo biológico de acordo com o psicossocial. Como o indivíduo transexual vai ser feliz se ele sente que a natureza errou para com ele, e fez com que ele estivesse aprisionado com uma genitália a qual não escolheu, não tem afinidade e nem intimidade, e tentar reprimir-se por isso. (SCHORR; STRURZA, 2015).

Lutar pela garantia a diversidade sexual, nada mais é que proteger a vida e preserva a dignidade da pessoa humana, pois, todos os seres humanos têm o direito de desfrutar do seu livre-arbítrio e viver plenamente em sociedade, usufruindo da saúde e de todos os direitos que lhe cabem conforme as leis deste país. Cada um tem o direito de ser livre e escolher o desenvolvimento da sua personalidade. (SCHORR; STRURZA, 2015).

em seu próprio apartamento. “Eu queria um dia em que pudéssemos celebrar os vivos, e queria um dia em que em todo o mundo pudéssemos estar todos juntos”, afirmou Rachell ao portal de notícias independente The 19th Newsletter. Para Crandall, a data era tão necessária para outras pessoas como era para ela mesma, cuja transição como pessoa trans culminou na perda de seu casamento e de seu emprego como psicoterapeuta. Atualmente trabalha como palestrante, educadora e está escrevendo um livro sobre ser uma terapeuta trans. No Brasil, essa data é comemorada no dia 29 de janeiro. Ela foi criada mediante pressão das pautas e demandas voltadas para a realidade da população trans no Brasil e o cumprimento de seus direitos. Cerca de 30 mulheres trans e travestis ocupavam o Congresso Nacional para apoiar a campanha “Travesti e Respeito”, criada pelo Ministério da Saúde no governo do PT. (SCHORR; STRURZA, 2015, p. 279)).

A maioria dos magistrados deste país, já não mais tem dúvidas sobre a diversidade sexual e a proteção dos direitos dos transexuais. Abaixo trecho do Magistrado Gerivaldo Alves Neiva, proferiu o seguinte julgado em relação a diversidade sexual:

Quem é um Juiz de Direito, então, para negar o desejo tão seguro do autor em deixar florescer sua feminilidade, embora tenha nascido com órgãos do sexo masculino? Assim, se é para ser respeitado em sua cidadania e dignidade, há que se curvar qualquer Juiz à vontade do dono do corpo e lhe permitir ter o nome que lhe torna feliz e realizado. E faço isto, por fim, com fundamento no artigo 16, do Código Civil Brasileiro (“Toda pessoa tem direito ao nome, nele compreendidos o prenome e o sobrenome.”) e, principalmente, no artigo 1º, II e III, da Constituição Federal (os fundamentos da cidadania e dignidade da pessoa humana). (MOREIRA, 2014, s.p. apud SCHORR; STRURZA; 2015, p. 279).

Pouco nos importa se os membros da sociedade são diferente em questões de classe, gênero ou raça. O homem constitui uma sociedade moderna construída a base de diferenças. A identidade social e a cultura já eram definidas, mas, as mudanças na estrutura social deslocaram as identidades culturais de sexualidade, etnia, raça, classe, e etc. Antes, as identidades eram sólidas e o indivíduo se encaixa no meio social, mas, agora é necessário falar sobre as fronteiras sem definição, ou com menos definição que se encontram na sociedade, demonstrando a crise de identidade dos seres humanos. (HALL, 2011).

Neste tópico do trabalho tão importante sobre a identidade de gênero e sexo psicossocial, decidiu-se mostrar doze pessoas trans em destaque no Brasil, que lutam todos os dias pela efetivação dos direitos sociais:

Figura 11: 12 pessoas trans em destaque no Brasil:



Organograma elaborado pela autora.

Fonte: Caixeta, 2023.

Duda Salabert é professora, ambientalista e ativista, 1ª Vereadora transgênero de Belo Horizonte. Foi a primeira pessoa trans que se candidatou ao cargo de Senadora da República no ano de 2018. Em 2020 foi eleita a Deputada Federal mais votada da história do Partido Democrático Trabalhista (PDT) de Minas Gerais. Duda luta não somente pelas pautas identitárias, mas, destaca-se na luta preservação do meio ambiente e pela melhoria da educação. Casou-se com a educadora Raissa Novaes, e é mãe de Sol. Duda não era gestante e nem lactante, mas, conforme a legislação usufruiu o direito a licença maternidade em 2019, sendo um marco para o movimento transgênero de Minas Gerais. (CAIXETA, 2023).

Lins Robalo tem a trajetória marcada pela excelência acadêmica e pela dedicação ao serviço público e à promoção do bem-estar social. Foi à primeira Vereadora Transexual eleita pelo Partido dos Trabalhadores (PT) do município de São Borja, Rio Grande do Sul. Mestre em Ciências Sociais pela PUC Rio Grande do

Sul (2011/12), especialista em Políticas em Violência Intrafamiliar pela Fundação Universidade Federal do Pampa (2012/13). Especialista em Justiça Restaurativa e Comunicação Não Violenta pela Fundação Universidade Federal do Pampa. Graduada em Serviço Social pela Fundação Universidade Federal do Pampa (2010). Servidora de Carreira no Serviço Público em Itaquí/RS. Atuação nos Movimentos Sociais dedicados à promoção da igualdade de gênero, da diversidade sexual, da igualdade racial e dos direitos sociais, contribuiu para o avanço da conscientização e para a construção de uma sociedade mais justa e inclusiva. (ROBALO, 2024).

Ainda, Lins tem experiência no Terceiro Setor, pois, desempenhou papéis de liderança como Secretária Adjunta da Assistência Social (2017/19), Coordenadora do CRAS (2015/16) e Coordenadora da Política de Atenção à Saúde Mental nos Bairros (2016). No presente momento é acadêmica de Direito na Fundação Universidade Federal do Pampa desde 2023 e também é mestranda em Serviço Social pela Universidade Federal do Pampa. (ROBALO, 2024).

Erika Hilton foi à vereadora eleita da cidade de São Paulo pelo Partido Socialismo e Liberdade (PSOL). Negra e travesti, foi à mulher mais bem votada em 2020 em todo o Brasil. Ativista dos Direitos Humanos, Erika luta por equidade racial e gênero além de combater a discriminação sofrida pela comunidade LGBTQIA+ . Ainda em 2022, Erika Hilton se tornou a primeira pessoa trans a presidir uma sessão na Câmara dos Deputados em sessão solene em homenagem à vereadora Marielle Franco. Sua trajetória foi marcada por lutas, pois, foi expulsa de casa aos 15 anos e precisou se prostituir para sobreviver, sendo resgatada por sua mãe seis anos após. É formada em pedagogia pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), onde ingressou em movimentos sociais. Foi Presidenta da Comissão Extraordinária de Direitos Humanos em 2021, entrou para a lista “Next Generation Leaders” da revista Time, e foi considerada uma das “100 mulheres mais inspiradoras e influentes do mundo em 2022” pela BBC. (CAIXETA, 2023).

Bruna Benevides sofria violência física e bullying de colegas e da família. Aos 18 anos ingressou na Marinha do Brasil, mudou-se para o Rio de Janeiro e adotou uma vida dupla: Vivia como Bruna e se apresentava na noite. Em 2018 iniciou o processo de transição. Ao iniciar a transição, passou por uma avaliação psiquiátrica, que a diagnosticou como pessoa portadora de “transexualismo³⁵”, pois, naquele

³⁵ Não se utiliza o termo “transexualismo” (o sufixo ISMO = doença). (BENTO, 2008, p. 65).

período ser transexual era considerado um transtorno mental. Bruna foi afastada da Marinha, pois, na visão destes, ela era incapaz de ocupar o cargo. Nessa perspectiva, Bruna lutou na justiça para voltar à ativa na Marinha, e mesmo conseguindo foi impedida de trabalhar por ser trans. Em 2014 se tornou secretária de articulação política da Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA) e organizadora do dossiê anual que mapeia a violência contra a população trans no Brasil. (CAIXETA, 2023).

Keila Simpson se entendeu trans aos 14 anos de idade, saiu de casa e acabou ingressando na prostituição para sobreviver. Criou a Associação de Travestis de Salvador. Na década de 90 se tornou ativista do Movimento LGBT, período no qual atuou incisivamente na prevenção do HIV entre a comunidade LGBT. Em 2002 criou a Associação Nacional de Travestis e Transexuais, registrada como pessoa jurídica em 2002, da qual é atualmente Presidenta. Em dezembro de 2022 se tornou a primeira travesti Doutora Honoris Causa no país pela UERJ, sendo também a primeira pessoa trans a receber o título em vida. (CAIXETA, 2023).

Leandrinha Duart é militante nas causas de PCDs e LGBTs, é fotógrafa, produtora, blogueira e comunicadora. Portador da Síndrome de Larsen, que afeta o desenvolvimento dos ossos ainda no útero da mãe, se apropriou das redes sociais em 2017, defendendo a beleza de todos os corpos. Leandrinha aborda sexualidade enquanto travesti e mostra sem dia a dia na internet. Em 2019 foi convidada para discursar na Assembleia Legislativa de São Paulo, momento que aproveitou para falar da falta de acessibilidade na instituição. (CAIXETA, 2023).

Symmy Larrat é a primeira travesti a atuar em uma secretaria do Governo Federal em janeiro deste ano ao assumir o cargo de Secretária Nacional dos Direitos da População LGBTQIA+, do Ministério dos Direitos Humanos. É ex-presidenta da Associação Brasileira de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexos (ABGLT), organização LGBTQIA+ mais antiga do país. Iniciou seu processo de transição aos 30 anos, mas, inicialmente acreditava se homossexual. (CAIXETA, 2023).

Majur Harachell Traytowu é a primeira Cacica trans da Aldeia Apido Paru, em Rondonópolis, Mato Grosso. A indígena se descobriu enquanto pessoa trans aos 12 anos e conta que sempre foi respeitada pela comunidade. Uma dificuldade que ela conta não ter enfrentado foi transfobia dentro da comunidade. (CAIXETA, 2023).

Luca Scarpelli é um homem trans, bixessual, publicitário e influencer. É dono do canal no YouTube chamado Transdiário, onde fala abertamente sobre seu processo de transição e outros temas do universo LGBTQIA+. Em 2022 Luca foi convidado para ser o primeiro homem trans da versão brasileira do reality 'Queer Eye'. (CAIXETA, 2023).

Vitória Pinheiro, uma jovem travesti, negra e periférica, foi a única brasileira a ser nomeada como Ponto Focal da ONU em 2022. Integrou a Constituinte de Crianças e Juventudes em Comunidades Sustentáveis representando internacionalmente crianças e jovens da América Latina. Ativista em defesa do meio ambiente e das causas climáticas foi uma das representantes brasileiras na Conferência do Clima das Nações Unidas- COP-26 realizada em Glasgow, Escócia em 2021, foi selecionada pela TODXS como uma das 26 lideranças LGBT no Brasil em 2017 e recebeu o título de Jovem Defensora dos Rios e Oceanos da Embaixada da França no Brasil. (CAIXETA, 2023).

Jordhan Lessa descobriu que era adotado, e assim, desvendou ainda mais coisas sobre sua história. O avô de Jordhan na verdade era seu pai biológico, e sua mãe biológica ele chamava de irmã. Ao descobrir isto, saiu de casa e foi morar nas ruas, onde foi estuprado e engravidou, quando estava com 16 anos. Ao conseguir concluir o ensino médio (já adulto), prestou concurso para guarda municipal e obteve êxito. Aos 46 anos iniciou sua transição, e no ano seguinte fez a cirurgia de remoção das mamas. Jordhan lançou um livro onde conta sobre sua vivência como homem trans e também atua como palestrante. (CAIXETA, 2023).

E finalizando a apresentação das doze pessoas trans em destaque no Brasil, vamos falar sobre Marcelly Malta, que superou qualquer expectativa vida da comunidade trans, pois, já esta com 71 anos. É presidenta da Igualdade RS e vice-presidente da Rede Trans Brasil. Quando tinha seus 15 anos, se mudou para Porto Alegre, onde mais tarde acabou se prostituindo por não encontrar um emprego. Conseguiu se graduar em Enfermagem e atuou como servidora pública até se aposentou e foi homenageada em 2016 pelo trabalho desenvolvido na área da saúde e militância pela Comissão de Saúde e Meio Ambiente da Câmara Municipal de Porto Alegre (COSMAM). (CAIXETA, 2023).

Ao escolher apresentar doze pessoas trans em destaque neste subcapítulo, o intuito era de demonstrar o direito em sua realidade, pois, a convivência em muito complexa, em relação aos interesses individuais, coletivos e difusos. Buscar pela

identidade e lutar pelo reconhecimento, vão muito além de uma formalidade documental, pois, a busca pelo reconhecimento do sexo psicossocial se sobrepõe a qualquer documento que não consiga transcender a realizada de daquele ser humano. O que de fato importa é a conexão do ser humano com a própria vivência, permitindo a constituição de diversas biografias definidas não só pela condição biológica, mas também pela psicológica. Negar a identidade de alguém, é negar um direito que lhe pertence, é negar a dignidade de alguém. (HOFFMAM; SILVEIRA, 2020).

4.2. As políticas públicas implementadas para os transexuais no Brasil

Nada melhor para compreender as políticas públicas, do que desmembrar seu significado. Mead (1995) vai definir as políticas públicas como campo dentro do estudo da política que analisa o governo e as grandes questões públicas. Já para Lynn (1980), a definição de políticas públicas é um conjunto específico de ações do governo que irão produzir efeitos específicos. Para Peters (1986), a política pública é a soma das atividades governamentais que agem diretamente ou através de delegação e influenciam na vida dos cidadãos. Já para Dye (1984), a definição de política pública seria aquela que “o governo escolhe ou não fazer”. Contudo, a definição mais conhecida ainda é a de Laswell, ou seja, decisões e análises sobre política pública implicam em responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por que e que diferença faz. (SOUZA, 2022).

As políticas públicas contam com fundadores em sua área:

A área contou com quatro grandes "pais" fundadores: H. Laswell, H. Simon, C. Lindblom e D. Easton. A área contou com quatro grandes "pais" fundadores: H. Laswell, H. Simon, C. Lindblom e D. Easton. Simon (1957) introduziu o conceito de racionalidade limitada dos decisores públicos (policy makers), argumentando, todavia, que a limitação da racionalidade poderia ser minimizada pelo conhecimento racional. Para Simon, a racionalidade dos decisores públicos é sempre limitada por vários problemas, tais como informação incompleta ou imperfeita, tempo para a tomada de decisão, auto-interesse dos decisores etc., mas a racionalidade, segundo Simon, pode ser maximizada até um ponto satisfatório pela criação de estruturas (conjunto de regras e incentivos) que enquadre o comportamento dos atores e modele esse comportamento na direção dos resultados visados, impedindo, inclusive, a busca de maximização de interesses próprios. Lindblom (1959) questionou a ênfase no racionalismo de Laswell e Simon e propôs a incorporação de outras variáveis à formulação e análise de políticas públicas, tais como as relações de poder e a integração entre as diferentes fases do processo decisório, o qual não

teria necessariamente um fim ou um princípio. Daí porque as políticas públicas precisariam incorporar outros elementos à sua formulação e à sua análise além das questões de racionalidade, tais como o papel das eleições, das burocracias, dos partidos e dos grupos de interesse. Easton (1965) contribuiu para a área ao defini-la como um sistema, ou seja, como uma relação entre formulação, resultados e o ambiente. Segundo Easton, as políticas públicas recebem inputs dos partidos, da mídia e dos grupos de interesse, que influenciam seus resultados e efeitos. (SOUZA, 2022, p.04).

Para compreender as políticas públicas, dois conceitos são fundamentais, como o de entender o problema público e a política pública em si. O problema público trata do fim ou da intenção em resolver. Já a política pública trata do meio ou do mecanismo para levar a cabo a intenção. O problema público em si, é definido como a distância entre o status quos e a situação ideal possível para a realidade pública. (SECCHI, 2013). Existe um conceito intersubjetivo no problema público, ou seja, ele só existirá se incomodar uma quantidade ou qualidade considerável de atores. Já as políticas públicas, são um conceito abstrato, elas servem como uma diretriz elaborada para enfrentar o problema público. As políticas públicas irão se concretizar com leis, programas, campanhas, obras, prestação de serviço, subsídios, impostos e taxas, decisões judiciais, entre muitos outros. (SECHI, 2013).

Sendo assim, o problema público está para a doença, assim como a política pública está para o tratamento/solução. Usou-se essa metáfora para compreender algo que esta no nosso cotidiano social, pois, a doença (problema público) precisa de u diagnostico, para que assim, receba uma prescrição médica de tratamento (política pública), que poderá ser através de remédio, uma dieta, exercícios físicos, cirurgia, tratamento psicológico, entre outros (instrumentos de política pública). (SECHI, 2013).

Nesse viés, as políticas públicas e os problemas públicos existem nas áreas de educação, segurança, saúde, gestão pública, meio ambiente, saneamento, habitação, emprego e renda, previdência social, planejamento urbano, justiça e cidadania, assistência social, cultura e esporte, ciência, tecnologia e inovação, infraestrutura e transportes, entre muitas outras áreas. Assim, ao criar uma política pública está serve para enfrentar, diminuir e até mesmo resolver o problema público. (SECHI, 2013).

No que tange as políticas de saúde pública, estas têm objetivos múltiplos e necessidades complexas dentro da saúde da sociedade. Gil, Sánchez e Ruiz, na sua pesquisa relacionada as práticas de controle de gestão tradicionais para o

desenvolvimento de políticas de saúde pública, estudaram práticas de controle gerencial que forneçam o mais amplo tipo de informações que busquem avaliar a eficácia das políticas de saúde e assim, relacionar quais são as atividades e processos com resultados estratégicos. (GARBOIS; SODRÉ; ARAÚJO, 2014).

O estudo dos três autores busca comparar as práticas tradicionais de controle de gestão para o cumprimento das políticas públicas de saúde na Espanha. A escolha deste artigo para estudo está relacionada ao fato de que, os autores, compreendem que para o bom funcionamento dos sistemas de saúde pública, é essencial que ocorra uma produtividade econômica e o desenvolvimento social do país, pois, os programas e as políticas de saúde pública têm o dever de abordar os objetivos e desafios múltiplos para prevenção de epidemias e doenças relacionadas ao estilo de vida ou comportamento de saúde. . (GARBOIS; SODRÉ; ARAÚJO, 2014).

Ainda, Gil, Sánchez e Ruiz vão elencar que a literatura pública de saúde utiliza três funções gerais principais dentro dos sistemas de saúde pública, como por exemplo, a avaliação do estado de saúde e das necessidades da saúde, o desenvolvimento das políticas de saúde para servir ao interesse público e o fornecimento de serviços de saúde necessários para que se tenha qualidade, equidade e acessibilidade. (GARBOIS; SODRÉ; ARAÚJO, 2014).

Já na visão demonstrada via estudo de Garbois, Sodré e Araújo (2014), existe uma problematização sobre a visão social da saúde. O presente estudo buscou destacar os reducionismos que estão cada vez mais presentes dentro da abordagem social no campo dos determinantes sociais da saúde. Estes reducionismos além de ir contra a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88) acabam por limitar uma leitura mais aprofundada sobre a complexidade da vida em sociedade e reforçam a mercantilização e banalização da vida. (GARBOIS; SODRÉ; ARAÚJO, 2014).

Assim, tais discussões sobre o social, ganharam destaque na Organização Mundial da Saúde (OMS), que criou a Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS), que tem o intuito de promover, na esfera internacional, um reconhecimento sobre a importância dos determinantes sociais na situação da saúde dos indivíduos. Assim, o Brasil foi pioneiro na introdução desta temática, e foi responsável por sediar a 1  Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde, em outubro de 2011. (GARBOIS; SODRÉ; ARAÚJO, 2014).

Ao estudar a pesquisa de Gastão Campos (2007), sobre a reforma política e sanitária e a sustentabilidade do SUS em questão? Percebeu-se a necessidade de determinados questionamentos, pois, o autor em seu estudo questiona se haveria uma interrupção no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), mas, ele mesmo explicou que talvez não, já que, há sintomas tanto de crescimento quanto de degradação, portanto, ele ainda se move. Isso significa dizer que, seria fundamental a criação de um organismo em cada região de saúde (à semelhança das Câmaras Bipartites), com poder para estabelecer planos regionais, acompanhando e avaliando a gestão regional. Significa definir que modalidade e que volume de atenção caberia a cada município. Criar responsabilidade macro-sanitária é tornar efetivo e transparente o encargo sanitário de cada cidade e de cada organização do Sistema. (CAMPOS, 2007).

Seguindo essa linha de abordagem, foi feita uma análise a judicialização da saúde e políticas públicas, através da visão de Reynaldo Júnior (2015). Em seu estudo, Júnior vai elencar que a judicialização da saúde no Brasil, vem sendo contaminada pela radicalização de dois posicionamentos antagônicos, com pouca ou nenhuma consideração sobre o comportamento de tais ações judiciais empiricamente. (JÚNIOR, 2015).

Assim, alguns juristas, possivelmente a maioria tem utilizado conceitos filosóficos e a teoria geral do direito para defender a judicialização da saúde como uma forma legítima de concretização do direito social garantido através da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88), elencando que tais omissões e deficiências da Administração Pública justificam a via judicial que acabaria auxiliando no aperfeiçoamento de políticas públicas sanitárias. Tais decisões judiciais, não possuem praticamente nenhum dado estatístico para fundamentar tais decisões. (JÚNIOR, 2015).

Na percepção de Daniel Castanha de Freitas (2016), as políticas públicas de saúde se orientam desde 1988, conforme os moldes terminados pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88), através dos princípios da universalidade de equidade no acesso às ações e serviços pelas diretrizes de descentralização da gestão, de integralidade do atendimento e de participação da comunidade, na organização de um Sistema Único de Saúde (SUS) no território nacional. (FREITAS, 2016).

A partir disso, compreende-se que a ideia das políticas públicas, é a gestão dos problemas e demandas coletivas através do uso de métodos que poderão demonstrar quais são as prioridades, racionalizando a aplicação de investimentos e utilizando como uma forma de atingir os objetivos e metas, ou seja, a ideia é achar uma forma eficaz de solucionar um problema público. (DIAS; MATOS, 2012, p. 20, apud SILVA, 2016, p. 143).

Dessa forma, uma política pública tem o dever de mudar o cenário ou um território, onde há um entendimento de que seja necessária uma mudança, tanto para o bem público e nunca para o particular. As políticas públicas são um aparato do Estado, e o maior beneficiado é o povo (ou o próprio Estado), que tem como intuito estabelecer mudanças coerentes que buscam a máxima eficiência do Estado para que ele garanta os direitos fundamentais de cada cidadão. (SECCHI, 2013).

Os itens descritos anteriormente fazem parte do ciclo das políticas públicas pontuados por Secchi (2013), pois, o autor entende que, para construir uma política pública será necessária a evolução de dados, e assim, saber identificar os problemas, formar a agenda, formular alternativas, tomar decisões, implementar, avaliar e extinguir. Todavia, as ações para os transexuais foram propostas pelos decretos e portarias e foram efetivadas, mas, pararam na fase de implementação sem qualquer avaliação sobre o seu desenvolvimento, visando assim cumprir o seu papel de inclusão social. (SECCHI, 2013).

Nesse viés, para Leitão, Simões, Simões, Alves, Barbosa e Pinto (2013), a saúde se apresenta como um direito fundamental previsto nas Cartas Constitucionais dos Estados social-democráticos e consolidado por diversos tratados internacionais, podendo-se citar como principal o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Assim, a condição social do Brasil, não reproduz tal qual a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88) determina. (LEITÃO; SIMÕES; SIMÕES; ALVES; BARBOSA; PINTO, 2013).

O direito à saúde impõe deveres de respeito, proteção e promoção que são de observância obrigatória pelo administrador público. Já em um segundo momento, o próprio legislador especificou, em sessão própria (Sessão II – “Da Saúde”, que compreende os artigos 196 a 200), a estrutura principal e o regime de efetivação das políticas sanitárias. Então, não resta dúvidas sobre a vinculação da Administração Pública para dar palpabilidade ao direito à saúde. (PIVETTA, 2013).

Já na perspectiva de Lucchese (2014), as políticas de saúde são políticas públicas que integram o campo de ação social do Estado, buscando orientar para uma melhoria nas condições de saúde da população de dos ambientes natural, social e do trabalho. Assim, a tarefa específica dessas políticas de saúde “consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade.” (LUCCHESE, 2004, p. 03). Nesse sentido, as políticas públicas de saúde se materializam através da ação concreta de sujeitos sociais e de atividades institucionais que condicionam os resultados. (LUCCHESE, 2004).

Nesse viés, na área da saúde existe uma rede de ações e serviços regionalizados e hierarquizados que constituem o Sistema Único de Saúde (SUS) e são regidos pelos seguintes princípios e diretrizes: integralidade da assistência; igualdade na assistência; descentralização político-administrativa e participação da comunidade. O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde. As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da CRFB/88, obedecendo os princípios constantes no artigo 7º, dos incisos I ao XIV, da Lei n.º 8.080 de 1990. (BRASIL, 1990).

A sociedade enfrenta inúmeros problemas, e um deles é a proteção aos direitos fundamentais sociais. O direito fundamental à saúde, está legitimado na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88) e em seu artigo 196, consagra abundantes significados capazes de proporcionar revelações fundamentais e universais, sem esquecer de outras garantias inerentes do Estado Social. Nesse viés, as políticas públicas estão delineadas em uma base social, que deverá atender as demandas de grupos que não conseguem acessar seus direitos fundamentais garantidos constitucionalmente através das políticas públicas ofertadas, devendo então, ser observadas com um olhar mais cauteloso acerca das ações governamentais.

Com a referida temática desta dissertação, tem-se um problema público que necessita de uma política pública para resolvê-lo.

O transexualidade existe desde que o mundo é o mundo. Porém, não se falava sobre e muito mesmo se estuda sobre isso. Durante a década de 70, a transexualidade despertou inúmeros estudiosos em vários lugares do mundo, mas,

mesmo com pesquisas sobre o tema, os transexuais nunca deixaram de sofrer violações sobre a sua privacidade, sendo muitos condenados e mortos, pois, eram vistos como pessoas com manifestações demoníacas. (ROVARIS, 2010).

No período renascentista, o transexual passou a ser diagnosticado como um possuidor de distúrbios, pois, o transexual tinha conflitos com a própria identidade. No Brasil, a primeira cirurgia de redesignação sexual que foi realizada em 1970, mas, não houve permissão do Conselho Federal de Medicina, pelo Professor da Universidade Federal de São Paulo, também conhecido como o cirurgião Roberto Farina, que pouco tempo depois foi processado por lesão corporal gravíssima, sendo condenado em primeira instância e absolvido em segunda, com a justificativa de que houve falta de dolo, não permitindo a tipificação do crime de lesão corporal. (ROVARIS, 2010).

Os transexuais enfrentam situações complexas ao longo da vida, pois, morfologicamente tem uma aparência pertencente a uma designação sexual, mas, psicossocialmente pertencem a outro sexo:

O indivíduo transexual possui claramente a sensação de que a biologia enganou-se quanto ao seu corpo, “colocando-o” em um sexo que não é o seu em verdade. Vive em um grande conflito interior, vez que mesmo com todos os atributos físicos de um sexo, ele sente, pensa e age como integrante do oposto, e, na quase totalidade dos casos, comete atos contra si mesmo, na intensa vontade de adequar seu corpo à sua alma. (SCHORR; STURZA, 2015, p. 268).

Para a Classificação Internacional de Doenças (CID), a transexualidade só será identificada se o indivíduo permanecer por no mínimo dois anos se comportando como tal, existe a necessidade de diagnóstico de psicólogo ou psiquiatra. Existem casos em que se tem a necessidade de diagnóstico dos dois profissionais, para a comprovação de que o indivíduo não possui patologias graves, como esquizofrenia, por exemplo, que vai gerar um conflito psicológico no estado emocional do indivíduo. (SCHORR; STURZA, 2015).

Durante muito tempo os transexuais tinham medo de conviver em sociedade, pois, em meio a tantas dificuldades e preconceito, isolavam-se da sociedade e deixavam de trabalhar, estudar e relacionar-se com as outras pessoas, pois, acreditam que não seriam aceitos devido a não aprovação de suas atitudes, e principalmente pelo fato de que em seus registros consta um nome diverso do qual

este se identifica (nos casos em que ainda não houve retificação). (SCHORR; STURZA, 2015).

O conceito de normal versus anormal decorre da sacralização da família, formação social historicamente associada a casamento e filhos, supondo sempre uma relação heterossexual. Essa, como toda visão maniqueísta, é extremamente limitante. [...] Não só, mas principalmente nessa sede, o comportamento sexual divergente da ordem da heterossexualidade é situado fora dos estereótipos, estando rotulado de “anormal”, ou seja, fora da normalidade. O que não se encaixa nos padrões é rejeitado pelo simples fato de ser diferente. (DIAS, 2001, p. 22).

Importante distinguir neste capítulo, a sigla LGBTQIA+, pois, a transexualidade não se confunde com as demais diversidades sexuais. Veja-se:

Figura 12: Significado da sigla LGBTQIA+:



Organograma elaborado pela autora.
Fonte: Vieira, 2012.

Conforme o organograma acima se pode ver as diferenças entre transexualidade, homossexualidade, bissexualidade, travestismo, hermafrodismo,

assexualidade, intersexo, mesmo que a forma anatômica do relacionamento sexual seja a mesma em alguns casos. (VIEIRA, 2012).

A necessidade de distinguir cada uma das partes da sigla é justamente para que se perceba a diversidade sexual existente, e que a transexualidade é completamente distinta das demais definições. A transexualidade é a discordância do gênero entre seu sexo biológico e o sexo psicossocial, permanecendo na grande maioria das vezes afastado da sociedade. (VIEIRA, 2012).

- Sendo assim, ao longo desta pesquisa já abordou-se quais são os sentimentos do transexual quando este não está em consonância consigo mesmo em relação ao suas condições biológicas e psicológicas. O Conselho Federal de Medicina revogou a resolução n.º 1.955 (BRASIL, 2010), e passou a vigorar a Resolução CFM n.º 2.265, de 20 de Setembro de 2019, devido à necessidade de o CFM disciplinar sobre o cuidado à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero em reação às ações e condutas realizadas por profissionais médicos nos serviços de saúde, seja na rede pública ou privada. (BRASIL, 2019).

A nova resolução buscou melhorar pontos, tais como: Redução da idade mínima para acesso a cirurgias de afirmação de gênero de 21 para 18 anos; Autorização para o início da hormonização cruzada em adolescentes entre 16 e 18 anos, com a anuência dos responsáveis legais, Ampliação do acesso ao atendimento na rede pública e a Garantia de acesso aos serviços de saúde sem discriminação (que é o que mais nos interessa neste trabalho); Estabelecimento de critérios para maior segurança na realização de procedimentos e Contemplação de questões como o bloqueio puberal e a hormonioterapia cruzada. (BRASIL, 2019).

Importante discutirmos aqui, que para que todas as evoluções acontecessem, precisou-se de um começo. Durante a década de 1990, o movimento Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT³⁶), ganhou força e passou a fazer sentido no Brasil, no que tange a defesa dos direitos sexuais e humano, quanto na organização social e política. (FACCHINI, 2003).

As modificações da legislação e das políticas públicas foram se encaminhando lentamente na sociedade brasileira, tomando proporções

³⁶ Na atualidade há inclusão de variações da sigla LGBT, para designar outros movimentos e identidades em construção (Intersexos, Queer, Assexuais ou mesmo um sinal de +, ou seja, LGBTQIA+) para incluir outras identidades de gênero e orientações sexuais que não se encaixam no padrão cisheteronormativo. (DE JESUS, 2012).

importantes durante a década de 1990. Estavam em vigor as seguintes resoluções: Resolução do Conselho Federal de Medicina (RCFM) nº 1.482 (BRASIL, 1997) que autorizava a cirurgia, e encontra-se em vigor a RCFM nº 1.955 (BRASIL, 2010) e a Lei nº 9.708 (BRASIL, 1998), que deram nova redação ao artigo 58 da Lei dos Registros Públicos nº 6.015 (BRASIL, 1973), determinando que seja definitivo o prenome, mas é permitida a substituição por apelidos públicos notórios. (VIEIRA, 2012).

A autorização para a realização da cirurgia de redesignação sexual ou transgenitalização foi autorizada pela resolução de nº 1.482, do Conselho Federal de Medicina, de forma terapêutica, mas, esta normativa acabou sendo revogada pela resolução nº 1.652 (BRASIL, 2002), que autorizou que a cirurgia fosse neocolpovulvoplastia ³⁷, ou seja, consiste na mudança de sexo masculino para o feminino, em hospitais públicos ou privados. (SCHORR; STURZA, 2015).

Dessa forma, a resolução nº 1.652 (BRASIL, 2002), também foi revogada, e passou a vigorar a resolução nº 1.955 (BRASIL, 2010) que permite que qualquer cirurgia de redesignação sexual seja realizada em hospitais públicos como: avaliação por um grupo de profissionais que contenha um médico psiquiatra, um cirurgião, um endocrinologista, um psicólogo e um assistente social, onde deverá constar um diagnóstico do médico de transgenitalismo e o indivíduo deve ter mais de 21 anos. (SCHORR; STURZA, 2015).

Esta resolução definiu o indivíduo transexual como sendo “portador de desvio psicológico permanente de identidade sexual, com rejeição do fenótipo e tendência à automutilação e/ou autoextermínio”, devendo ele obedecer a alguns critérios: 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 as do sexo oposto; 3.Permanência desses distúrbios de forma contínua e consistente por, no mínimo, dois anos; 4.Ausência de outros transtornos mentais. (SCHORR; STURZA, 2015, p. 271).

³⁷ Trata-se da constituição de uma neovagina, sendo este, um procedimento cirúrgico com duração de 4h a 5h, anestesia peridural (na coluna) de longa duração. O tempo de internação hospitalar varia de 03 a 06 dias. A indicação médica para a primeira relação sexual após período de recuperação é de 90 dias. O pênis é esvaziado, mas a pele e os nervos do órgão são preservados. Ele é introduzido na abertura feita no períneo. O tecido do pênis serve de revestimento para a nova vagina. A glândula, muito sensível, fica no fundo do canal e imita o colo do útero. Os testículos são extraídos. Com a pele, o cirurgião constrói os lábios vaginais. O aspecto final é muito semelhante à genitália feminina. Já para construir um neopênis é preciso estimular o clitóris, o resultado da cirurgia que constrói o pênis no lugar da vagina não é tão satisfatório quanto transformar o pênis em neovagina. (BUNCHAFT, 2013, p. 20).

Foi durante a década de 90 que se iniciaram as Paradas do Orgulho e a epidemia da AIDS. As paradas do orgulho eram uma estratégia de visibilidade, buscando enfatizar ONGs, ativistas, homossexuais não organizados e simpatizantes. Através dessas articulações é que surgem as associações e espaços participativos como a fundação da Associação Brasileira de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais (ABGLT), e o nascimento do ENTLAIDS (Encontro Nacional de Travestis e Liberados que Lutam contra a AIDS). (PERES; TOLEDO, 2011).

Em 2000, foi fundada a Articulação Nacional de Travestis, Transexuais e Transgêneros (ANTRA). Assim, como também foi criada a REDE TRANS – Rede Nacional de Pessoas Trans do Brasil. Com uma nova forma de buscar e reivindicar direitos, tanto os travestis como os transexuais passaram a exigir respeito frente às expressões sexuais e de gêneros por meio de participação em órgãos de tomadas de decisões nas esferas municipais, estaduais e federais. (PERES; TOLEDO, 2011).

Em 2004, foi criado o Brasil sem Homofobia, com o intuito de combater a violência e à discriminação contra GLTB (Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais) e de promover a cidadania de homossexuais. A criação desse programa foi um marco nas políticas públicas do Brasil voltada a população LGBT. Tal política pública foi coordenada pela Secretaria Especial de Direitos Humanos e trouxe como princípio a inclusão da perspectiva de não discriminação por orientação sexual, reafirmando a defesa dos direitos humanos através da promoção dos direitos da população LGBTQIA+. (BRASIL, 2004).

Já em 2009, o Plano Nacional de Direitos Humanos 3 (PNUDH 3), que se tornou o decreto n.º 7.037 de 2009, foi responsável por contemplar a garantia de igualdade na diversidade, respeitando a livre orientação sexual e a identidade de gênero. Nessa perspectiva, tais questões foram materializadas pelo Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.

Esse plano (PNUDH 3) traçou estratégias que deveriam ser desenvolvidas da seguinte forma: Estratégia I a) promoção e defesa da dignidade e cidadania LGBT, b) promoção e socialização do conhecimento, c) formação de atores, d) defesa e proteção dos direitos da população LGBT, e) sensibilização e mobilização de atores estratégicos. Estratégia II a) Implantação sistêmica das ações de promoção e defesa da dignidade e cidadania LGBT, b) Integração da política de promoção da cidadania

LGBT com as demais políticas públicas, c) promoção da cooperação federativa, d) articulação e fortalecimento de redes sociais, e) articulação com outros Poderes, f) cooperação internacional, g) Gestão da implantação sistêmica. (BRASIL, 2009).

Através do Plano Nacional de Direitos Humanos 3 (PNUDH 3), nasce a Portaria n.º 457 de 2008, editada pelo Ministério da Saúde para tornar o Processo Transsexualizador um serviço oferecido pela rede pública de saúde -Sistema Único de Saúde (SUS). Tal procedimento inclui o tratamento hormonal pré-operatório, o acompanhamento terapêutico e a cirurgia de transgenitalização ou redefinição de sexo. (BRASIL, 2008).

A partir disso, a Portaria n.º 233 de 2010, editada pelo Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão, assegura o direito do uso do nome social, entendido como o nome pelo qual as pessoas são identificadas na sociedade, no âmbito da Administração Pública Federal direta, autárquica e fundacional por travestis e transexuais. Assim, quando for requisitado, o funcionário público pode utilizar o nome social em cadastros, correio eletrônico, crachás, ramais do órgão, entre outros. (BRASIL, 2008).

Em 2013, a Portaria n.º 2.803 de 2013 do Ministério da Saúde, trouxe novos parâmetros para o atendimento das pessoas transexuais e travestis pela rede pública de saúde, ampliando o espectro e definindo novas diretrizes. Essa portaria tem o objetivo de garantir o atendimento integral de saúde a pessoas transexuais, com respeito e sem discriminação, observando o uso do nome social. (BRASIL, 2013).

Assim, buscando estar em consonância com os ditames sociais, a Presidenta Dilma Rousseff, aprovou o Decreto n.º 8.727 de 2016, que versa sobre a utilização do nome social na Administração Pública Federal direta, autárquica e fundacional, sempre que solicitado pela pessoa. Dessa forma, o nome social, conforme consta no decreto, é entendido como “a designação pela qual a pessoa travesti ou transexual se identifica e é socialmente reconhecida” (BRASIL, 2016, [s.p.]). Além disso, fica vedado, segundo o Art. 2º, parágrafo único, o uso de expressões pejorativas ou discriminatórias para referir-se a pessoas travestis ou transexuais. (BRASIL, 2016).

Assim, as expectativas desse decreto para a efetivação de uma Política Pública no que tange a utilização do nome social, garantindo a identidade de gênero escolhida estas pautadas nas ações referentes ao assunto:

Art. 1º: Este Decreto dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis ou transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional.

Parágrafo único. Para os fins deste Decreto, considera-se:

I - nome social - designação pela qual a pessoa travesti ou transexual se identifica e é socialmente reconhecida;

II - identidade de gênero - dimensão da identidade de uma pessoa que diz respeito à forma como se relaciona com as representações de masculinidade e feminilidade e como isso se traduz em sua prática social, sem guardar relação necessária com o sexo atribuído no nascimento.

Art. 2º: Os órgãos e as entidades da administração pública federal direta, autárquica e fundacional, em seus atos e procedimentos, deverão adotar o nome social da pessoa travesti ou transexual, de acordo com seu requerimento e com o disposto neste Decreto.

Parágrafo único. É vedado o uso de expressões pejorativas e discriminatórias para referir-se a pessoas travestis ou transexuais.

Art. 3º: Os registros dos sistemas de informação, de cadastros, de programas, de serviços, de fichas, de formulários, de prontuários e congêneres dos órgãos e das entidades da administração pública federal direta, autárquica e fundacional deverão conter o campo "nome social" em destaque, acompanhado do nome civil, que será utilizado apenas para fins administrativos internos. (Vigência).

Art. 4º: Constará nos documentos oficiais o nome social da pessoa travesti ou transexual, se requerido expressamente pelo interessado, acompanhado do nome civil.

Art. 5º: O órgão ou a entidade da administração pública federal direta, autárquica e fundacional poderá empregar o nome civil da pessoa travesti ou transexual, acompanhado do nome social, apenas quando estritamente necessário ao atendimento do interesse público e à salvaguarda de direitos de terceiros.

Art. 6º: A pessoa travesti ou transexual poderá requerer, a qualquer tempo, a inclusão de seu nome social em documentos oficiais e nos registros dos sistemas de informação, de cadastros, de programas, de serviços, de fichas, de formulários, de prontuários e congêneres dos órgãos e das entidades da administração pública federal direta, autárquica e fundacional.

Art. 7º: Este Decreto entra em vigor:

I - um ano após a data de sua publicação, quanto ao art. 3º;

II - na data de sua publicação, quanto aos demais dispositivos. • Brasília, 28 de abril de 2016; 195º da Independência e 128º da República. (BRASIL, 2016, [s.p]).

A partir disso, compreende-se que a ideia das políticas públicas, é a gestão dos problemas e demandas coletivas através do uso de métodos que poderão demonstrar quais são as prioridades, racionalizando a aplicação de investimentos e utilizando como uma forma de atingir os objetivos e metas, ou seja, a ideia é achar uma forma eficaz de solucionar um problema público. (DIAS; MATOS, 2011).

Buscando facilitar a compreensão do leitor, e para um melhor entendimento, vamos a uma linha do tempo dos principais acontecimentos relacionados aos transexuais no Brasil desde 1990 até 2016:

Quadro 2. Linha do tempo dos acontecimentos relacionados aos transexuais e a população LGBTQIA+ de 1990 até 2016.

1990	Formação das primeiras organizações de ativistas travestis.
1992	Fundação da primeira organização política de travestis da América Latina e a segunda do mundo, a Associação das Travestis e Liberados (ASTRAL) na cidade do Rio de Janeiro.
1993	I Encontro Nacional de Travestis e Liberados (ENTLAIDS), na cidade do Rio de Janeiro, por iniciativa de uma travesti chamada Jovanna Baby, tendo como ponto de partida o enfrentamento à pandemia da AIDS, de modo a construir respostas das travestis brasileiras à prevenção do HIV/AIDS.
1995	Fundação da ABGLT (Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Travestis), reunindo cerca de 200 organizações espalhadas por todo o Brasil.
1996	Reconhecimento público que contemplasse homossexuais no campo da promoção dos direitos humanos através do Plano Nacional de Direitos Humanos, no governo Fernando Henrique Cardoso.
1997	- O termo "travesti" passou a ser sigla identitária e fazer parte oficialmente dos encontros nacionais. - I Parada do Orgulho GLBT em São Paulo, reunindo cerca de 2000 pessoas.
1999	Fundada a Associação da Parada do Orgulho GLBT de São Paulo (APOGLBT).
2000	Fundação da ANTRA (Articulação Nacional de Travestis, Transexuais e Transgêneros).
2001	Criação do Conselho Nacional de Combate à Discriminação (CNCD), vinculado ao Ministério da Justiça, as ações dos grupos de ativismo LGBT, no Brasil, começaram, também, a priorizar a reivindicação de políticas públicas voltadas à promoção de sua cidadania e dos direitos humanos.
2002	Foi realizada a elaboração do Plano Nacional Direitos Humanos II, que incluiu algumas ações direcionadas à população LGBT, após a participação do Brasil nas Conferências Mundiais dos Direitos Humanos, promovidas pela ONU.
2004	

2004	- Surge o programa Brasil sem Homofobia (BSH) que consiste na formação do “tripé da cidadania” (Implementação de Coordenadoria, Conselho LGBT e Plano de Combate à Homofobia). Com o objetivo de promover a cidadania de gays, lésbicas, travestis, transgêneros e bissexuais, a partir da equiparação de direitos e do combate à violência e à discriminação homofóbica, de travestis e transexuais. - Criado o Dia da Visibilidade Trans, comemorado em 29 de janeiro.
2005	Foram implantados 15 Centros de Referência em Direitos Humanos e Cidadania Homossexual (CRDHCH), como desdobramento das propostas do Brasil sem Homofobia (BSH). No ano seguinte, outros 30, em todas as capitais estaduais e em algumas das principais cidades do país.
2006	Outra iniciativa que contemplou a população LGBT foi a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, aprovada por meio da Portaria nº 675, de 30 de março de 2006, na qual está explicitado o direito ao cuidado, ao tratamento e ao atendimento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), livre de discriminação por orientação sexual e identidade de gênero.
2008	- Acontece a I Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais com a teve a presença do então presidente Lula. - A APOGLBT alterou a sigla para LGBT adota o novo nome para a Parada anual para Parada do Orgulho LGBT. - Lançamento da versão preliminar do documento Política Nacional de Saúde Integral de LGBT, cuja versão final foi divulgada em 2010. Nove diretrizes que orientaram essa Política, destaca-se a inclusão de variáveis envolvendo a orientação sexual, identidade de gênero, ciclos de vida e raça etnia nos processos de formulação e implantação de políticas e programas do SUS.
2009	- Fundação da REDE TRANS — Rede Nacional de Pessoas Trans do Brasil. - A Universidade Federal do Amapá foi a instituição pioneira na adoção do nome social para seus alunos.
2010	O Superior Tribunal de Justiça (STJ) reconhece que casais formados por homossexuais têm o direito de adotar filhos.
2011	Supremo Tribunal Federal (STF) determina que casais homossexuais tenham os mesmos direitos familiares que casais heterossexuais (pensão alimentícia, divisão de bens, plano de saúde entre outros).

2014 2014	Transexuais (femininas e masculinas) privadas de liberdade passam a ser encaminhadas para as unidades prisionais femininas.
2015	Criação do Transcidadania - Programa da Prefeitura de São Paulo, criado na gestão do Prefeito Fernando Haddad, destinado a promover os direitos humanos e a cidadania e oferecer condições e trajetórias de recuperação de oportunidades de vida para travestis e transexuais em situação de vulnerabilidade social.
2016	Decreto Federal No 8.727: Nome social garantido em todo território nacional - No governo da Presidenta Dilma Rousseff foi criado o Decreto sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis ou transexuais uma resolução com abrangência nacional.

Fonte: De Souza, 2023.

Ainda, após trabalharmos na linha do tempo acima, importante destacar que o Governo do Estado do Rio Grande do Sul elaborou seu Plano Estadual de Saúde (PES) para o quadriênio 2020-2023, instrumento de gestão do Sistema Único de Saúde - SUS que define as diretrizes, objetivos e metas para o período. O referido instrumento foi concluído no ano de 2020, num contexto em que grande parte dos esforços da gestão estadual e das gestões municipais esteve concentrada nas ações para o enfrentamento da pandemia da COVID-19. Mesmo com toda a problemática enfrentada, a Secretaria da Saúde manteve seu planejamento do sistema de saúde, afirmando suas ações relacionadas ao planejamento das políticas de saúde no Estado, com foco em entregas para o cidadão e valorizando a participação de diferentes atores e do controle social na elaboração deste instrumento. (RIO GRANDE DO SUL, 2020).

Dessa forma, a construção do Plano de Saúde representa um avanço na direção de concretizar o planejamento ascendente, com definição de metas e prioridades baseadas na 8ª Conferência Estadual de Saúde e nos diagnósticos municipais e necessidades regionais identificados pelo planejamento regional nas 30 regiões de saúde do Estado. Assim, foi proposta uma diretriz, quatro objetivos e 131 metas. (RIO GRANDE DO SUL, 2020).

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre, a partir da publicação da Portaria No 2.803/2013 (Anexo 1 do Anexo XXI da Portaria de Consolidação Nº 2/2017), entre os anos de 2014 e 2019, realizou 115 procedimentos divididos da seguinte forma:

Figura 13: Os 115 procedimentos realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre:



Organograma elaborado pela autora.
 Fonte: Plano Estadual de Saúde, 2020.

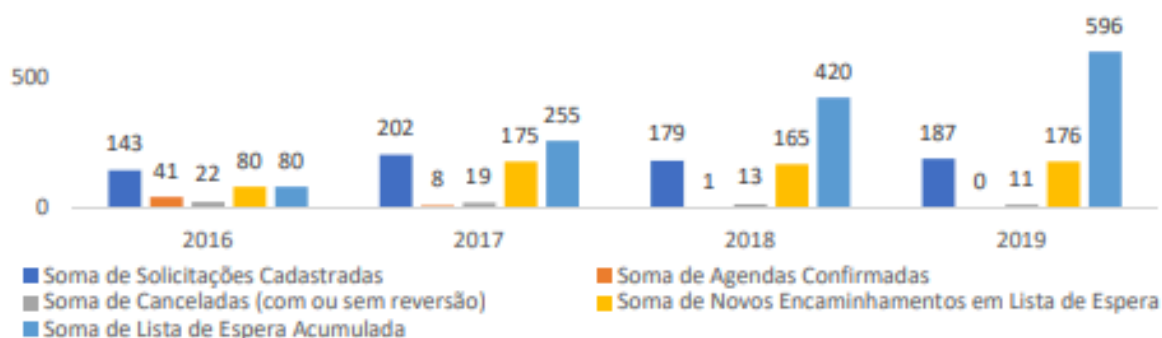
A elaboração do PES 2020-2023 foi coordenada pelo Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação (GT PMA) e contou com a participação do Conselho Estadual de Saúde (CES/RS). A organização é feita conforme a Portaria de Consolidação MS Nº 1/2017, que orienta o processo de planejamento do SUS. O documento se divide em três capítulos: o primeiro trata da análise situacional da saúde do estado; o segundo contém a diretriz, os objetivos, as metas e os indicadores de resultado para o período e, por fim, o terceiro capítulo dispõe sobre o método de monitoramento e avaliação das ações propostas. (RIO GRANDE DO SUL, 2020).

O PES vai tratar sobre a saúde dos transexuais no item 4.7 que fala sobre a Atenção Especializada no Processo Transexualizador. Assim, menciona que a atenção especializada a travestis e transexuais está prevista na Portaria de Consolidação Nº 2/2017, que redefine e amplia o processo transexualizador no SUS. O processo transexualizador garante a travestis, mulheres e homens transexuais o cuidado necessário para a transição de gênero. No Rio Grande do Sul, o Hospital de

Clínicas de Porto Alegre (HCPA) é o único serviço habilitado pelo Ministério da Saúde de atenção ao processo transexualizador. (RIO GRANDE DO SUL, 2020).

O processo transexualizador tem seus encaminhamentos realizados diretamente nas UBS dos municípios cadastrados no sistema GERCON e gerenciados pela regulação estadual (exceto Porto Alegre, que possui regulação própria para esta especialidade). Na tabela 2, apresenta-se a fila de espera de solicitações cadastradas no Sistema de Gerenciamento de Consultas - GERCON na especialidade Saúde Mental - Transexualidade, entre 2016 e 2019, no estado do RS. (RIO GRANDE DO SUL, 2020).

Tabela 2. Fila de espera ativa de solicitações cadastradas no sistema GERCON na especialidade Saúde Mental - Transexualidade, RS, 2016-2019.



Fonte: SES/RS, 2020.

Em 2024, comemorou-se os 10 anos da Política de Atenção Integral à Saúde da População LGBT, é uma política pautada para combater preconceitos e promover a universalidade e a integralidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O Estado do Rio Grande do Sul foi pioneiro na criação de uma política pública pautada aos trans. De 2014 até 2024 o estado do Rio Grande do Sul, passou por diversas transformações em relação à Política de Atenção Integral à Saúde da População LGBT no Rio Grande do Sul. (RIO GRANDE DO SUL, 2020).

A coordenadora da Divisão de Políticas da Promoção da Equidade no Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde, Gabriela Lorenzet, a política em nível estadual abriu muitas portas para o avanço da pauta. "A política estadual foi um marco essencial na luta contra a discriminação institucional e na promoção da equidade, ela abriu portas para importantes conquistas na última década, ampliando a integralidade do cuidado e reconhecendo a complexidade das

vulnerabilidades relacionadas à orientação sexual e identidade de gênero." (RIO GRANDE DO SUL, 2020).

As principais conquistas destes últimos dez anos são:

1. Financiamento da Atenção Primária para ações de promoção da equidade em saúde, contemplando a pauta LGBT;
2. Financiamento estadual para a abertura de ambulatórios de especialidades no processo transexualizador e para a realização de procedimentos cirúrgicos;
3. O expressivo número de serviços de referência para a atenção à saúde das pessoas trans no estado – com ênfase para a inclusão de orientações relacionadas à paternidade de homens trans nos materiais e notas técnicas relacionadas ao pré-natal produzidas pela SES/RS;
4. A ampliação do número de ambulatórios habilitados pelo Ministério da Saúde para atenção especializada no processo transexualizador;
5. A integração ensino-serviço que proporcionou parcerias com universidades para o trabalho da pauta da saúde LGBT, rendendo cursos e formações por todo o estado;
6. Ações afirmativas com reserva de vagas às pessoas trans nos editais da escola de saúde pública, concursos e seleções públicas da SES. (RIO GRANDE DO SUL, 2020, [s.p.]).

Nesse viés, as políticas públicas estão delineadas em uma base social, que deverá atender as demandas de inclusão social de grupos que não conseguem acessar seus direitos fundamentais garantidos constitucionalmente através das políticas públicas ofertadas, devendo então, ser observadas com um olhar mais cauteloso acerca das ações governamentais. É o que vem sendo feito ao longo destes anos, buscando a efetivação dos direitos dos transexuais. Existe uma luta cotidiana travada pelos transexuais para assegurar as garantias mínimas de vida para a coletividade a qual representam.

5. A SAÚDE E OS DIREITOS DA POPULAÇÃO TRASEXUAL: A SUGESTÃO DE CRIAÇÃO DE UM AMBULATÓRIO T PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA POPULAÇÃO TRANSEXUAL DE SÃO BORJA

A pergunta é: porque sugerir a criação de um ambulatório T para atenção primária à saúde da população transexual no município de São Borja? Isso não causaria uma determinada discriminação acerca da separação de tratamento dentro do Sistema Único de Saúde (SUS)? A resposta é: NECESSÁRIO. É NECESSÁRIO que sejam vencidos os estereótipos negativos da transfobia em espaços públicos, pois, os direitos dos transexuais são violados diariamente, fazendo com que se sintam marginalizados e excluídos dos serviços de saúde. (ROCHA, 2019).

Atualmente o estado do Rio Grande do Sul conta com 15 ambulatórios para atendimento da população LGBTQIA+, sendo um deles inclusive em São Borja. A criação de Ambulatório T é para que exista uma Atenção Primária à Saúde enquanto política pública de inclusão e garantia de direito à saúde de pessoas trans. (ROCHA, 2019).

Durante toda essa pesquisa, buscou-se compreender as reflexões do Direito a Saúde em conjunto com o Sistema Único de Saúde (SUS) e o atendimento ao público transexual, através de uma política pública de saúde para efetivação dos direitos dos sujeitos, dentro do processo transexualizador ou durante a transição de gênero através das portarias. A sugestão de criação de um Ambulatório T para atenção primária à saúde da população transexual de São Borja, serve para melhorar aquilo que já existe. São Borja hoje faz parte dos 15 municípios que contém um Ambulatório de Saúde para tratar a comunidade LGBTQIA+. (ROCHA, 2019).

O Ambulatório LGBTQIA+, localizado no município de São Borja, Rio Grande do Sul, é independente e não tem conexão com a gestão, em nenhum dos níveis e esferas públicas. Mesmo com o reconhecimento (nível estadual), o Ambulatório LGBTQIA+ não participa do investimento dos recursos. E esta pesquisa vem para trabalhar em conjunto, e buscar aprimorar o Ambulatório, fazendo com que, não exista um foco apenas na prática medicamentosa, mas sim, uma atenção social relacionada a autoafirmação identitária dos indivíduos.

A transfobia nos espaços públicos é real, e impacta a saúde física e mental dos transexuais. Existem inúmeras dificuldades para acessar os serviços de saúde,

pois, a transfobia e a discriminação social (raça, cor, aparência física e pobreza), são obstáculos reais para quem busca atendimento. Ainda, é necessário enfrentar o desrespeito ao nome social, e aguentar a transfobia médica que se apresenta nas mais diversas áreas da saúde. (ROCHA, 2019).

5.1. A transfobia nos espaços de saúde: da necessidade de criação de uma política pública primária voltada aos transexuais

A população transexual assim como os demais LGBTQIA+, estão sempre expostos a situação de vulnerabilidade, pois, não estão ligados/alinhados as normas heterossexuais, justamente porque, as identidades de gênero não são interligadas ao sexo biológico. Dessa forma, ao abordar as necessidades do transexual, muitos profissionais têm dificuldade de compreensão no que tange as transformações físicas, estéticas e comportamentais, onde estes deveriam acolher³⁸, mas, muitas vezes expõem cada vez os indivíduos, fazendo com que estes optem por tratamentos que colocam sua vida em risco, tudo para evitar a exposição a um ambiente transfóbico. (ROCHA, 2019).

O Governo Federal, reconhece que:

A orientação sexual e a identidade de gênero são situações complexas e constituem importantes fatores de vulnerabilidade para a saúde. Elas implicam práticas sexuais e sociais específicas que expõem a população LGBT a agravos decorrentes do estigma, dos processos discriminatórios e de exclusão social que violam os direitos humanos, entre eles o direito à saúde, à dignidade, à não discriminação, à autonomia e ao livre desenvolvimento. (BRASIL, 2008, p.22).

Nessa perspectiva, o histórico de violência, negação de direitos e o não pertencimento aquele espaço, faz com que seja desencadeada uma cultura de exclusão, colocando transexuais em uma situação de afastamento dos espaços de saúde, pois, o medo de ser submetido a uma situação transfóbica, prevalece em cima de qualquer outra. Quando os transexuais e os LGBTQIA+ chegam ao Sistema Único de Saúde (SUS), estes estão fragilizados emocionalmente e

³⁸ Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede sócio-afetiva (MINISTÉRIO DE SAÚDE, 2019, [s.p.]).

psicologicamente, demonstrando a necessidade de um atendimento realizado por profissionais como psicólogos e psiquiatras, que são fundamentais para o processo de reaproximação com o sistema de saúde. (ROCHA, 2019).

Ao falar do sistema de saúde, ele pode ser visto como um conjunto de agências e agentes, com atuação e objetivo principal de garantir a saúde da população em geral. Assim, os prestadores do serviço à saúde podem ser público, privado ou sem fins lucrativos (popularmente chamada de filantropia). Já os agentes de saúde, são os profissionais que atuam individualmente ou em equipe a população em geral. Como já dito anteriormente um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) é a universalidade, sendo que e, “a proposta desse órgão está vinculada a uma ideia central: todas as pessoas têm direito à saúde. Esse direito está ligado à condição de cidadania.” Assim, o princípio estabelece que a saúde é um direito para todos(as), sem qualquer restrição. (PAIM, 2015, p.28).

Sendo assim, a universalidade permite que a população em geral tenha acesso total a saúde, não levando em conta as particularidades e a singularidades de cada um. (ROCHA, 2019). Quando trata-se da demandas LGBTQIA+, buscando a ampliação do atendimento, o SUS publicou portarias que foram aperfeiçoadas para garantir os direitos do público transexual, reiterando o caráter da universalidade e qualificando o atendimento de saúde no país:

Revisar a “lógica do cuidado” por meio da estruturação de uma linha de cuidado organizando a atenção à saúde desde a atenção básica à especializada, sendo esta última focada não somente no procedimento cirúrgico e hospitalar, mas também na estruturação e ampliação dos serviços de atenção ambulatorial. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018, p. 15).

Existe uma necessidade de se reafirmar o princípio da universalidade nos atendimentos realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pois, devido as questões relacionadas aos gênero e o sexo psicossocial dos transexuais, se percebe que o não acolhimento no tratamento acaba tendo foco em gerar discriminação. É necessário que seja estruturado o funcionamento do sistema de saúde, desde a entrada do indivíduo na atenção básica, até o momento em que ele será atendido por um especialista. (ROCHA, 2019).

Quando fala-se dos transexuais e da construção da identidade gênero, existe uma necessidade que estes sejam reconhecidos como sujeitos, para que assim, consigam se conectar biologicamente e psicologicamente, criando assim a sua

identidade almejada. Todavia, um dos impasses enfrentados é a discriminação e a falta de informação dos profissionais saúde, que deveriam acolher seus pacientes e assim proporcionar um atendimento humanizado e seguro para realização dos encaminhamentos necessários para a garantia do direito à saúde. Com um atendimento desqualificado, os transexuais desistem do atendimento de saúde, e tomam como opção realizar seus processos através de uma construção autônoma, fora do Sistema Único de Saúde (SUS) e sem nenhum acompanhamento médico, pois, a carga de preconceito sofrida, é mais alta do que se pode imaginar. (ROCHA, 2019).

Um dos problemas mais identificados nos estudos teóricos sobre o tema, é na forma aleatória e indiscriminada do uso de hormônios, sendo mais utilizado por mulheres transexuais, pois, o uso do medicamento não necessita de receita médica que o prescreva, facilitando o uso da substância sem que ocorra qualquer acompanhamento ou prescrição médica, o que poderá ocasionar problemas de saúde inimagináveis para aquele momento. (ROCHA, 2019).

Sobre o uso indiscriminado de hormônios, o Ministério da Saúde elenca que podem ocorrer diversos efeitos colaterais pela falta de prescrição específica, veja-se:

Outro grave problema para a saúde de transexuais e travestis é o uso indiscriminado e sem orientação de hormônios femininos. Há reconhecida relação entre o uso de hormônios femininos e a ocorrência de acidente vascular cerebral, flebites, infarto do miocárdio entre outros agravos, resultando em mortes ou sequelas importantes. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p.15).

Após pesquisas³⁹ realizadas com diversas populações do mundo, chegou a dados estatísticos de que entre 0,5 e 1,3% das pessoas dizem ser trans. No Brasil, foi realizado um estudo em 2018, que demonstrou que 1,38% da população se identifica como trans. Esses dados não parecem condizer quantitativamente com a população, isto, pois, não foi realizado um censo das pessoas trans no Brasil, porém, sabe-se que são muitas e em todos os locais. (BEVENIDES; NOGUEIRA, 2020).

³⁹ Estudo não publicado, realizado sob financiamento do PROADI SUS pela Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, com resultados divulgados em 2019 durante o I Encontro Nacional dos Centros de Atendimento à População Transexual – São Paulo, 27/04/2019.

Quando se fala do sistema único de saúde (SUS) e o atendimento aos transexuais, precisa-se abordar o acolhimento dos cidadãos transexuais. Situações de transfobia ocorrem em todos os setores, desde a recepção dos locais de atendimento, até as violências que se tornaram banalizadas por profissionais que não respeitam os direitos e as necessidades das pessoas trans. (BEVENIDES; NOGUEIRA, 2020).

É necessário que seja repensado as estruturas e as possibilidades de cuidado e intervenção caso ocorra algum constrangimento direto ou indireto pelos usuários ou pelos profissionais, garantindo que o nome social seja oferecido para todos e todas o momento do cadastro e imprimir o CNS com o nome social quando este for referido, utilizar o nome social no prontuário e em todos os impressos utilizados pelo serviço, perguntar ativamente sobre o gênero autorreferido de cada pessoa (assim como deve-se perguntar sobre a cor de pele) independentemente ao “sexo” descrito em documentos ou no cadastro do CNS, garantir uso de pronomes adequados de acordo com o gênero autorreferido (Sra., Sr., ela, ele, etc.) e ofertar cuidados relacionados à necessidade real e subjetiva da pessoa atendida ao invés de pautados na percepção estigmatizadora ou simplesmente por curiosidade de quem atende. (BEVENIDES; NOGUEIRA, 2020).

Nessa perspectiva, a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, determina que as pessoas LGBTQIA+, tenham acesso aos serviços do SUS, com qualidade e resolução de suas demandas e necessidades. Isso significa dizer que, as categoriais profissionais das APS têm o dever cuidar geral e especificamente dos transexuais, pois estes profissionais devem estar capacitados tecnicamente para as funções. Assim, médicas(os), enfermeiras(os) e técnicas(os) de enfermagem, como membros de uma equipe nuclear de ESF, devem oferecer acesso e atender às demandas trazidas por cada pessoa. (BEVENIDES; NOGUEIRA, 2020).

Seguindo, a identidade trans não pode ser causada por qualquer condição psiquiátrica, porém, a maior taxa de adoecimentos mentais é relacionada a transfobia. Estimativamente⁴⁰, os adolescentes trans são os mais expulsos de casa

⁴⁰ Trabalhe-se com estimativas, pois, foi utilizado como base de dados as informações fornecidas pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), através dos dados fornecidos no site da sociedade, em 31 de janeiro de 2020. Disponível em <<https://www.sbmfc.org.br/noticias/o-atendimento-de-pessoas-trans-na-atencao-primaria-a-saude/>>. Acesso: 14 set. 2024.

por sua família, em uma faixa etária de 13 anos de idade, que apenas 0,02% das pessoas trans frequentam universidades. Ainda, o Brasil é marcado pelo maior número de assassinatos de pessoas trans, pois, em 2019 foi confirmado 124 assassinatos divulgados, com uma média de 11 notificações de pessoas trans que estão sendo agredidos. 80% das pessoas trans assassinadas em 2019 eram negras, praticamente 60% tinham entre 15 e 29 anos de idade, 67% eram profissionais do sexo e 64% foram executadas nas ruas. (BEVENIDES; NOGUEIRA, 2020).

Nessa perspectiva, o cenário de violência associado ao desamparo na aplicação das políticas públicas, à exclusão do mercado de trabalho e o sofrimento relacionado a exclusões da sociedade, fazem com que ocorra um aumento nas taxas de adoecimento mental, tais como: transtornos mentais, depressão, ansiedade, ideações e tentativas de suicídio e demais adoecimentos gerias, como: tabagismo, abuso de álcool, uso de substâncias ilícitas, infecção por Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), afastamento dos serviços de saúde, uso de hormônios inadequados, aplicação de silicone industrial, dentre outros. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2020).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), no desenvolvimento do CID 11⁴¹, após estudos concluiu que as evidências científicas de que a incongruência de gênero, não configura como adoecimento e excluiu do capítulo de Desordens Mentais e Comportamentais. Assim, não é possível considerar superioridade ou inferioridade de qualquer identidade de gênero, pois, os profissionais da saúde não podem questionar as motivações que levam a um indivíduo se identificar com sexo psicológico diferente do sexo biológico, buscando invalidar sua identidade. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2020).

Igualmente, é necessário dizer que assim como se reconhece o direito à autodeterminação de gênero para que seja retificado o nome os documentos civis, é necessário que se respeite os movimentos sociais pela despatologização⁴² das

⁴¹ Além das atualizações de codificação e capacidade, a CID-11 inclui novos capítulos sobre medicina tradicional, saúde, sexual e distúrbios relacionados a jogos – que agora foram adicionados à seção sobre transtornos aditivos. A CID-11 foi adotada na Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2019. (BEVENIDES; NOGUEIRA, 2020).

⁴² A despatologização é um processo contínuo de escuta, desclassificação e desconstrução, que visa combater a patologização da vida. A luta pela despatologização envolve experiências individuais, como a preferência por um processo transexualizador ou a identificação com um pronome. A despatologização é um processo contínuo de escuta, desclassificação e desconstrução, que visa combater a patologização da vida. A luta pela despatologização envolve experiências individuais,

identidades transexuais, pois, não possível realizar diagnóstico de gênero, já que, a construção da identidade é baseada em parâmetros sociais, culturais e históricos, durante ao período longo da vida. É responsabilidade dos profissionais da saúde em acolher as pessoas que se identificam como travestis, mulheres transexuais, homens trans, pessoas transmasculinas, pessoas não-binárias ou com outra variabilidade de gênero, para que assim, possa ser identificado os sofrimentos pessoais, e, sociais aos quais as pessoas ficam submetidas. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2020).

Seguindo, as dificuldades que a população transexual enfrenta no que tange ao acesso a informação, ao acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) e aos profissionais especializados para atender e entender a construção da identidade dos transexuais, acabam lhes direcionando a recorrer aos procedimentos precários e clandestinos:

Ressalta-se que as próprias intervenções que conduzem para a mudança corporal são permeadas de riscos e sequelas provenientes da forma artesanal e carente de biossegurança na qual esse processo ocorre muitas vezes realizado por travestis conhecidas como bombadeiras, que clandestinamente são contratadas para fazer mudanças nos corpos de outras travestis a fim de deixá-las mais femininas. Realizam, por exemplo, a aplicação de silicone industrial em diversas partes do corpo, como quadril, nádegas e rosto. (FERREIRA, 2017, p. 34).

Com a necessidade de construir um “eu” adequado ao sexo psicológico, as mulheres transexuais por exemplo, buscando um resultado rápido para aparência, faz com que elas recorram as conhecidas “bombadeiras⁴³”, que são pessoas que

como a preferência por um processo transexualizador ou a identificação com um pronome. A Organização Mundial de Saúde (OMS) retirou a classificação da transexualidade como transtorno mental da 11ª versão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde (CID). (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019).

⁴³ Para relatar o drama vivido cotidianamente e o corpo como afirmação, foi que surgiu o documentário “bombadeira”. A transformação do corpo como forma de afirmação da sexualidade dos travestis é o mote do documentário “Bombadeira - A dor da beleza”, longa de estreia do diretor baiano Luis Carlos de Alencar. Ele parte da figura da “bombadeira”, profissional conhecida por “transformar” o corpo de suas pacientes com aplicações clandestinas de silicone, para mostrar um lado pouco explorado de um dos grupos mais marginalizados da sociedade. A história da bombadeira é apenas um pretexto para um desenrolar instigante de relatos em primeira pessoa de travestis da periferia de Salvador. Para eles, colocar silicone significa bem mais do que ficar “bonita”, é uma forma de afirmar sua feminilidade, e isso vem em primeiro lugar, mesmo com os riscos que envolvem uma cirurgia clandestina. Andrezza, que trabalha em uma ONG na cidade, é uma das personagens retratadas. Eu modelei meu corpo, coloquei silicone quatro vezes, e isso para mim foi tudo. Foi uma forma de adequar meu sexo genético ao psicológico, de melhorar minha auto-estima e de me reconhecer como mulher. Hoje tenho um corpo que, para mim, é natural, mas é complicado. Muitas já morreram na hora da aplicação, mas a gente não pensa nisso na hora, porque vai realizar um sonho. Tento não pensar muito nisso. Minha única preocupação é o prazo de validade. O longa tem o mérito de

colocam em seus corpos a substância chamada de silicone industrial, para que assim, se tenha o corpo almejado. O procedimento narrado é realizado de maneira clandestina, e muitas das vezes em clínicas improvisadas, colocando a própria vida da pessoa em risco. Isso faz com que seja possível identificar que, o sistema improvisado e ilegal é utilizado para a própria prostituição. Dessa forma, as “bombadeiras” estão ligadas direta ou indiretamente com a prostituição, pois, é possível conseguir o valor do procedimento, devido ao próprio sistema estruturado e criado por elas, colocando cada vez mais a população trans em situação de insegurança e vulnerabilidade. (FERREIRA, 2017).

Ainda, o assunto torna-se mais delicado, pois, a construção do corpo e da identidade, vai muito além da estética. A busca está relacionada a existência como sujeito, para que assim, a população transexual passe a ser vista pelo Estado e pela sociedade e acabe a “invisibilidade” em relação a essa população. (ROCHA, 2019).

A sociedade é dominada por valores heteronormativos, que impõem um modelo padrão para os indivíduos e não reconhecem os que estão fora do padrão tido como “normal”. É como se o sujeito ficasse preso ao corpo, ou seja, preso a genitália que nasceu, fazendo com que as pessoas que nasceram com um sexo biológico diferente do sexo psicossocial, estejam fora do modelo social programado, beirando a condição de invisibilidade e não reconhecimento da identidade. (ROCHA, 2019).

É neste intuito e buscado que não mais exista essa invisibilidade que a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88) traz em seu rol de direitos o reconhecimento dos sujeitos para que eles passem a existir para o estado e que as demandas relacionadas possam tornar-se políticas públicas. Assim, as lutas pelo reconhecimento da existência da identidade de gênero, não significam que, inexistam preconceito e invisibilidade, pois, existem muitas pessoas que se negam a aceitar que o corpo é uma construção social e que é impossível viver em outro corpo cuja imagem não o represente e não o identifique como sujeito. (ROCHA, 2019).

desmistificar a figura dos transexuais como figuras noturnas. Eles são mostrados sob a luz do dia, em seu cotidiano, dentro de suas próprias casas, com seus maridos - sim, a maioria tem companheiros - e mesmo eles também deixam sua intimidade à mostra frente às câmeras. No campo da sexualidade, o travesti está na última categoria, ficando à margem da margem. (AZEVEDO, 2010).

A busca para vencer a transfobia nos espaços de saúde, tem o intuito de combater o preconceito e a discriminação, fazendo com que o princípio da universalidade no Sistema Único de Saúde (SUS) seja efetivamente cumprido, pois, existe um público específico, que tem suas particularidades e necessita acessar seus direitos, do mesmo jeito que o restantes dos cidadãos. O transexual tem direito a acessar uma política pública de saúde como qualquer outra pessoa, já que, todos os mecanismos disponíveis para o acesso a saúde, vem através das demandas trazidas pela população LGBTQIA+. (ROCHA, 2019).

Ainda, com tanta desigualdade enfrentada por esses indivíduos, que vai desde o reconhecimento das identidades, os homens transexuais acessarem os hormônios de forma gratuita e terem acesso as dosagens corretas e das mulheres transexuais de serem atendidas em espaços de saúde como (urologista), tendo a identidade de gênero respeitada física e burocraticamente. Na visão de Roncon (2017):

Episódios de transfobia e travestifobia praticados por profissionais da saúde, nos variados estabelecimentos e níveis de atenção, configuram barreiras para o acesso à saúde pela população trans. O desrespeito ao nome social apresenta-se como uma das principais formas de discriminação presentes no cotidiano dos serviços de saúde. Como efeito, dezenas de pessoas trans resistem em buscar tratamentos de saúde por medo de sofrerem discriminação. Ocorre também o abandono de tratamentos em saúde importantes, como os de HIV/AIDS, produzindo um quadro de exclusão do acesso à saúde. Tendo em conta as condições de vulnerabilidade social que geralmente vivem as pessoas trans, essas situações de violência nos serviços de saúde podem produzir quadros de adoecimento irreversíveis e levar à morte. (ROCON, 2017, p. 20).

É evidente que ao longo do desenvolvimento da sociedade e da ciência, o conceito de saúde e de doença transformou-se em todos os sentidos, causando alterações constantes até hoje. Até o ano de 2018, por exemplo, a transexualidade/transgeneridade era considerada uma condição psicopatológica, que só mudou após a revisão do CID11, retirando a classificação de “transexualismo” que determinava a transexualidade como doença mental. Com o histórico da patologização da transexualidade (homens e mulheres transexuais e travestis) permanecem suscetíveis aos impactos negativos que decorrem do não reconhecimento da legitimação de suas identidades pela sociedade, que gera sofrimento psíquico, adoecimento, violação de direitos, exclusão e discriminação.

(LOBO; SANTOS; PORCINO; MOTA; CONTRERAS; OLIVEIRA; CARVALHO; SOUSA, 2023).

A transfobia repercute na vida e na saúde dos transexuais, configurando um fenômeno tipificado pela discriminação, agressões e repúdio em relação a maneira com que as pessoas constroem suas identidades de gênero. No Brasil, a transfobia é responsável por mortes violentas de milhares de indivíduos, decorrente do ódio relacionado as dimensões de gênero. A Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA), em seus estudos, identificou que o Brasil é o país que mais mata transexuais e travestis em um ranking mundial, ocupando a 68ª posição geral, isso faz com que a expectativa de vida da população trans varia na média de 35 anos, demonstrando que isto é a metade da expectativa de vida dos demais, pois, a média nacional estimada é 75 anos. Os estudos são limitados em relação a isto, principalmente no contexto latino-americano, demonstrando a lacuna que existe no conhecimento científico sobre o referido tema. (LOBO; SANTOS; PORCINO; MOTA; CONTRERAS; OLIVEIRA; CARVALHO; SOUSA, 2023).

Ainda, no que concerne violência, ela não se limita apenas expressões físicas, ela se materializa de diversas maneiras, expondo as vulnerabilidades sociais e à saúde. A exposição consegue demonstrar os estigmas que a população trans sofre, pois, se isolam, sofrem com a solidão e ainda, vem a visibilidade e existência trans se apagando sem que se consiga mudar isto. E é exatamente por isso que decidiu-se sugerir uma política pública relacionada ao Ambulatório T no município de São Borja, pois, é necessário ações estratégicas para o enfrentamento da transfobia dentro da prática clínico-assistencial, na pesquisa e gestão de serviços de saúde, com o intuito de redirecionar o trabalho dos profissionais da saúde no que tange ao cuidado aos trans, incluindo ações como a promoção do acesso à uma transição de gênero assistida, segura, acolhedora e singularizada. (LOBO; SANTOS; PORCINO; MOTA; CONTRERAS; OLIVEIRA; CARVALHO; SOUSA, 2023).

No ano 2023, foi publicado na Revista Brasileira de Enfermagem (REBEN) um artigo intitulado: “A transfobia como doença social: discursos de vulnerabilidades em homens trans e pessoas transmasculina”, com a aplicação de um estudo qualitativo, em dois municípios do estado da Bahia, Brasil, e seguiu os critérios do Standards for Quality Improvement Reporting Excellence (SQUIRE 2.0) para a construção do protocolo de pesquisa. Do estudo, participaram 35 pessoas com identidade de gênero autorreferida como homens trans e três com identidade de

gênero transmasculinas⁴⁴. (LOBO; SANTOS; PORCINO; MOTA; CONTRERAS; OLIVEIRA; CARVALHO; SOUSA, 2023). Ainda, a produção de dados correu entre os meses de junho de 2019 e fevereiro de 2020, mediante entrevistas individuais em profundidade. Veja-se abaixo o quadro utilizado para abordar o acesso dos participantes ao SUS:

Quadro 3. Características dos participantes do estudo - homens trans e pessoas transmasculinas:

Características pessoais, sociodemográficas e econômicas	Idade: 18 a 30 anos; Raça/cor autorreferida: parda; Renda salarial familiar média: menos de um salário mínimo; Religião/crença: católica; Escolaridade: ensino fundamental incompleto; Situação laboral: vínculo empregatício sem carteira assinada; Orientação sexual: heterossexuais.
Situação/condição de saúde	Situação de saúde: regular; Presença do cartão do Sistema Único de Saúde (SUS): utiliza; Uso do nome social no cartão do SUS: não utiliza (no momento da pesquisa); Utilização do sistema de saúde: serviço público em maior prevalência; Acesso ao sistema para realização de cirurgias de mamoplastia masculinizadora: serviço privado de saúde; Situação vacinal: regular; Doenças crônicas: não possui; Uso de medicamentos contínuos: testosterona, sem prescrição médica; histórico de infecção sexualmente transmissível: sífilis e hepatites virais.
Vulnerabilidades sociais vivenciadas nos serviços de saúde	Intolerância religiosa: vivenciada; Racismo: vivenciado; Transfobia: vivenciada; Violência: vivenciada – expressão verbal.

Fonte: Lobo; Santos; Porcino; Mota; Contreras; Oliveira; Carvalho; Sousa, 2023.

A necessidade de trazer a transcrição de uma das tabelas usadas no estudo acima mencionado, é porque embora se tenha focado em trabalhar os serviços de saúde para a população transexual, estes abordaram outras dimensões da vida

⁴⁴ Neste estudo, considerou-se homem trans pessoa cuja identidade ou expressão de gênero (masculino) é diferente do seu sexo (feminino) atribuído ao nascimento e pessoa transmasculina; pessoa cuja identidade possui alguma relação com ser homem ou com as masculinidades. Sob esse aspecto, ressalta-se que, na definição de homem trans e de pessoa transmasculina adotada pelos pesquisadores, não há qualquer referência ao sexo biológico. Tais definições foram elaboradas ancoradas na literatura científica acerca da temática (LOBO; SANTOS; PORCINO; MOTA; CONTRERAS; OLIVEIRA; CARVALHO; SOUSA, 2023, p. 2).

desses indivíduos, pois, eles estão vulneráveis a sociedade como um todo, seja em ambiente familiar, escolar, universitário e laboral, que se encaixam claramente com o estudo desta pesquisa, isto, pois, a necessidade de um atendimento específico aos transexuais na rede de saúde, vai muito além de aplicação medicamentosa, existe sim a necessidade de atender com o tratamento de saúde completo desde as terapias até a utilização medicamentosa. Precisa-se de uma prevenção em saúde e atenção no hormônio terapia dos transexuais. (LOBO; SANTOS; PORCINO; MOTA; CONTRERAS; OLIVEIRA; CARVALHO; SOUSA, 2023). Veja-se abaixo, a transcrição de um discurso utilizado na pesquisa acima mencionada:

Quadro 4. Discurso do Sujeito Coletivo da experiência de estigmatização e estratégias de proteção da identidade de homens trans e pessoas transmasculinas:

Expressões-Chaves	Discurso do Sujeito Coletivo
Isolamento Receio Preconceito Adoecimento Violência Discriminação Constrangimento em público Desrespeito Negação Alienação familiar	<i>[...] eu convivi e ainda convivo em grande parte isolado das pessoas. Vivo discretamente no meu bairro, pois tenho receio da violência gerada pela transfobia. Na maioria das vezes, eu me escondo, pois tenho receio de notarem algum traço lido como feminino em mim, como, por exemplo, as minhas mamas, e isso ser alvo de violência. Evito chegar tarde em casa e ficar pela rua, e passo a maior parte do tempo sozinho. Sair para a rua é sempre adoecedor, pois eu já sei que vou enfrentar muito preconceito e violência. Já passei por muitas situações vexatórias e de discriminação em espaços públicos, como em bancos, serviços de saúde, jurídicos e empresas, me fazendo passar por constrangimento em relação à minha transgeneridade, que muitas vezes não é respeitada, a exemplo da negação do nome social. Não tenho muitas amizades, nem tanto contato com a família. O que me dá grande apoio é o grupo de amigos trans e pessoas trans aliadas dos movimentos sociais e dos coletivos LGBT. É bem difícil também conviver no trabalho, principalmente em lugares onde a transgeneridade não é bem aceita. Ter que ficar escondendo as mamas para não notarem o volume e deslegitimarem a minha passabilidade enquanto homem é muito desconfortável e angustiante, pois eu tenho que ficar o tempo todo pensando nessa possibilidade vir a ocorrer. (DSC)</i>

Fonte: Lobo; Santos; Porcino; Mota; Contreras; Oliveira; Carvalho; Sousa, 2023.

Quadro 5. Discurso do Sujeito Coletivo das barreiras da transfobia para o autocuidado e acesso ao cuidado profissional vivenciadas por homens trans e pessoas transmasculinas:

Expressões-Chaves	Discurso do Sujeito Coletivo
Transfobia cotidiana Desprezo com o cuidado Dificuldades nos serviços Violência institucional Adoção de práticas arriscadas Hormonização por conta própria Dificuldade de acesso aos hormônios no SUS Desafios Desconforto e receios Abordagens profissionais transfóbicas Riscos à saúde física, sexual e reprodutiva Solidão Busca por outras fontes de cuidado: grupos de homens trans	<i>[...] por conta da transfobia vivenciada cotidianamente, eu passei a desprezar os cuidados com a minha saúde física. Esse fato se deve principalmente pelas dificuldades que eu já enfrentei nos serviços de saúde, o que me fizeram deixar de frequentar, de acreditar na atuação dos profissionais, pois eu já vivenciei muita violência institucional. Pela necessidade da realização de mudanças em meu corpo, eu acabei realizando algumas práticas arriscadas e perigosas, como, por exemplo, o uso de hormônios por conta própria, e isso se deve ao fato de já ter sofrido julgamentos de profissionais de saúde ao serem solicitados para administrar os hormônios que são prescritos pelo médico da rede de saúde do município. E outro complicador é que o SUS não oferta gratuitamente os hormônios e, com a dificuldade financeira, eu acabo ficando sem ter acesso. Ter que realizar os cuidados ginecológicos também tem sido um desafio que, por muito tempo, eu relutei, principalmente por não me sentir confortável com a abordagem dos profissionais e pelo receio da transfobia. Muitos homens trans não realizam o exame das mamas, e do útero, por esse receio. Não sinto os profissionais de saúde preparados para lidar com questões de saúde física de homens trans, como, por exemplo, a menstruação, utilização dos hormônios e os seus riscos à saúde física, cuidados com a alimentação, as práticas sexuais e reprodutivas, a gestação e o parto, assim também como o processo da transição, que acaba sendo solitário, sem acompanhamento adequado na maioria das vezes, o que me faz buscar em outras fontes de acesso ao cuidado, a exemplo dos grupos de homens trans presentes nas redes sociais disponíveis na internet e em coletivos e grupos de apoio [...]. tudo isso afeta a qualidade da minha alimentação, o acesso à ida até o serviço de saúde para realizar o meu acompanhamento, à hormonização, pois o sistema de saúde não oferece os hormônios gratuitamente, nem de alcançar a realização da cirurgia de adequação das mamas e até mesmo de sobreviver. (DSC)</i>

Fonte: Lobo; Santos; Porcino; Mota; Contreras; Oliveira; Carvalho; Sousa, 2023.

Ao ler as tabelas com as transcrições da pesquisa realizada, imediatamente se percebe a situação vexatória na qual os transexuais estão expostos diariamente,

principalmente nos espaços de saúde, que deveriam ser de acolhida e tratamento. Foi possível identificar com este estudo as repercussões da transfobia em relação a saúde psicoemocional, demonstrando os sentimentos de inadequação em relação ao corpo e autoimagem. Ainda, houve clara evidência em relação a autodepreciação com ideia suicida, destacando que há negação do nome com o qual se identificam em espaços públicos. Assim, com o aumento da transfobia, existe um recuo ao convívio do transexual com a sociedade e os serviços públicos, deixando estes de cuidar da própria saúde mental, pois, ficam constrangidos e com medo, preferindo um afastamento por completo. (LOBO; SANTOS; PORCINO; MOTA; CONTRERAS; OLIVEIRA; CARVALHO; SOUSA, 2023).

A transfobia causa isolamento social, do estigma, do preconceito e da discriminação enquanto fenômenos múltiplos, podendo influenciar concomitantemente. Essa exposição faz com que se resulte em desprezo e degradação da identidade, contribuindo para o surgimento de barreiras ao acesso dos serviços de saúde e dos demais espaços que buscam cultivar a socialização, que é necessário e indispensável para a vida cotidiana. A pesquisa de Lobo, Santos, Porcino, Mota, Contreras, Oliveira, Carvalho e Sousa, (2023), ainda permitiu identificar que a transfobia ocasiona agravos à saúde física e mental dos transexuais, pois, estes têm os direitos humanos essenciais negados, como por exemplo, o exercício livre e seguro da cidadania e da expressão das identidades. Ainda, os transexuais sofrem violência institucional e degradação dos vínculos familiares, marcados por um afastamento do ambiente familiar. (LOBO; SANTOS; PORCINO; MOTA; CONTRERAS; OLIVEIRA; CARVALHO; SOUSA, 2023).

A ocorrência de violências específicas deflagradas pela prática transfóbica provoca a insustentabilidade da convivência familiar, elevando as vulnerabilidades sociais/saúde, mediante a iniciação ao uso abusivo de álcool e outras drogas no decorrer da transição para o gênero autorreferido. Espaços familiares configurados por relações dialógicas fragilizadas, estressoras e violentas podem influenciar na saída de pessoas transgêneras dos espaços nucleares da família e vivência de danos patrimoniais e morais. Ademais, a não aceitação familiar pode resultar no suicídio de homens trans e pessoas transmasculinas, que desponha em níveis elevados, quando comparado com os homens cisgêneros. (LOBO; SANTOS; PORCINO; MOTA; CONTRERAS; OLIVEIRA; CARVALHO; SOUSA, 2023, p. 7).

Nessa perspectiva, ao evidenciar que a transfobia é real em espaços públicos, principalmente nos serviços de saúde, demonstra que, existe uma grave falha na aplicação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), que determina

a universalidade, a integralidade e a equidade na atenção à saúde. Ao deixar de cumprir tais princípios e ainda, não cumprir as determinações constitucionais acerca disto, gera uma problemática enorme para os transexuais, pois, a transfobia precisa ser vista como um problema na saúde pública, já que, ela ocasiona sérios efeitos colaterais nos cidadãos que sofrem com ela. (LOBO; SANTOS; PORCINO; MOTA; CONTRERAS; OLIVEIRA; CARVALHO; SOUSA, 2023).

Seguindo, a precariedade dos serviços ofertados aos transexuais, faz com que estes tenham dificuldades em se inserirem no mercado de trabalho, em manter seu emprego e ter renda e segurança. Se o indivíduo não tem estes três pilares (emprego-renda e segurança) a vida se torna precária, pois, a saúde física terá problemas associados a baixa qualidade de vida; acesso dificultado aos insumos necessários às mudanças corporais almejadas (aquisição de hormônios seguros e de qualidade), não cumprimento de agendas terapêuticas (consultas/avaliações clínicas, acompanhamento, exames diagnósticos, procedimentos corporais cirúrgicos ou não). (LOBO; SANTOS; PORCINO; MOTA; CONTRERAS; OLIVEIRA; CARVALHO; SOUSA, 2023).

Mesmo com todas as legislações para proteger o direito dos transexuais, é necessário que exista um espaço especializado para atender as singularidades de cada caso e indivíduo que chega até o SUS, buscando fortalecer o atendimento com formações específicas na área LGBTQIA+, para qualificar os profissionais da saúde, para que assim, não mais ocorra exclusão, evasão e abandono aos tratamentos dos transexuais no SUS.

5.2. O Ambulatório T no município de São Borja: da necessidade de (re) estruturação de uma política pública eficaz

Nas perspectivas atuais, a população LGBTQIA+ (mais precisamente os transexuais) são aqueles que tem suas identidades de gênero não ligadas ao sexo biológico, estando em constante situação de vulnerabilidade. As necessidades dos transexuais vão muito além do se percebe. As necessidades estão associadas a compreensão dos profissionais de suas transformações física, estéticas e comportamentais nos espaços de saúde, partindo do acolhimento⁴⁵ no acesso e

⁴⁵ Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações.

continuidade dos tratamentos de saúde. Dessa forma, o próprio Governo Federal reconhece a orientação sexual e a identidade de gênero como situações complexas:

A orientação sexual e a identidade de gênero são situações complexas e constituem importantes fatores de vulnerabilidade para a saúde. Elas implicam práticas sexuais e sociais específicas que expõem a população LGBT a agravos decorrentes do estigma, dos processos discriminatórios e de exclusão social que violam os direitos humanos, entre eles o direito à saúde, à dignidade, à não-discriminação, à autonomia e ao livre desenvolvimento. (BRASIL, 2008, p.22).

Lutar pelo direito à saúde dos transexuais é compreender além da ótica da heterocisnormatividade⁴⁶. A sugestão de produto técnico neste trabalho, não é criar do zero um Ambulatório de atendimento aos transexuais, mas, sim, ressignificar o que já existe no município, para que assim, se tenha respeito à identidade de gênero que é essencial para a dignidade humana e o investimento da administração pública para que o ambulatório tenha o mínimo de dignidade para continuar dando assistência a população LGBTQIA+. (ROCHA, 2019).

Quando os transexuais chegam até o Sistema Único de Saúde (SUS), estão vulneráveis emocionalmente e psicologicamente, demonstrando a necessidade do atendimento com psicólogos e psiquiatras, pois, estes são os elos fundamentais no processo de acolhimento com o sistema único de saúde (SUS). O processo de mudança de gênero e alterações através dos seguintes procedimentos: hormonioterapia, mastectomia, redesignação sexual entre outros processos cirúrgicos dos LGBTQIA+, necessitam de outros profissionais como: médicos clínicos gerais, endocrinologistas e cirurgias plásticas. (ROCHA, 2019).

Ao se referir ao Ambulatório T especificamente, este respaldado na identidade de gênero, com previsão nos Princípios de Yogyakarta (2007), pois, é onde estão expostos os princípios para legislação internacional de direitos humanos relacionados à identidade de gênero e orientação sexual:

Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede sócio-afetiva (MINISTÉRIO DE SAÚDE, 2019).

⁴⁶ A heteronormatividade é um termo que descreve situações em que orientações sexuais diferentes da heterossexual são ignoradas, perseguidas ou marginalizadas por crenças, políticas ou práticas sociais. A heterocisnormatividade pode impactar a saúde mental de pessoas que sigam ou não o padrão estabelecido, levando a sintomas de depressão e ansiedade. (ROCHA, 2019, p. 09).

Princípio n.º 3 [...] A orientação sexual e identidade de gênero autodefinidas por cada pessoa constituem parte essencial de sua personalidade e um dos aspectos mais básicos de sua autodeterminação, dignidade e liberdade. [...] Nenhuma pessoa deve ser submetida a pressões para esconder, reprimir ou negar sua orientação sexual ou identidade de gênero. (PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA, 2007, p. 13-14).

Conforme a portaria 2.803 de 2013, os ambulatórios para atendimento do transexuais são de média complexidade, considerando que sejam serviços especializados. A consulta pelo SUS deve ser solicitada a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) o que pode se tornar uma barreira de acesso, pois, como já citamos, os processos discriminatórios contra pessoas trans muitas vezes fazem com que essas pessoas tenham dificuldade de acessar as UBS, tornando uma barreira de acesso originada da transfobia em espaços públicos de saúde. (BRASIL, 2013).

Quando se fala em acesso à saúde e a acessibilidade, Donabedian (2003), elenca que a acessibilidade não deve restringir o acesso de um indivíduo ao serviço de saúde, mas, esta diretamente ligada a como ele utiliza o serviço de saúde, pois, deverá adequar-se às especificidades de cada uma das pessoas para que elas sejam incluídas no sistema. Isso significa dizer que, é fundamental que todas as demandas sejam atendidas, independentemente da condição sexual. (BRASIL, 2013).

Uma das observações necessárias aqui, é que o atendimento ao transexual vai muito além do processo transexualizador. O processo transexualizador vai iniciar na Atenção Básica de Saúde nas ESFs (Estratégia da Saúde da Família), onde já existe um cadastro com os dados e o histórico de atendimentos realizados e possíveis tratamentos feitos. Assim, após esse primeiro atendimento na ESF, se for identificado o desejo de iniciar a transição de gênero, o indivíduo será encaminhado para a atenção especializada:

é um conjunto de diversos pontos de atenção com diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações e serviços de urgência, ambulatorial especializado e hospitalar, apoiando e complementando os serviços da atenção básica. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

É dentro da atenção especializada, que estarão localizados os serviços específicos para tratar o processo transexualizador, cumulado com o serviço de acolhimento e o acompanhamento deste cidadão. Aqui é que se pode falar sobre a

necessidade de um Ambulatório específico para esta atenção especializada, pois, existem duas modalidades previstas para essa situação, sendo que a primeira modalidade é ambulatorial com acompanhamento clínico com hormonioterapia e após, se houver uma necessidade (pré e pós cirúrgica), passa-se para a fase hospitalar onde ocorre os procedimentos cirúrgicos e os acompanhamentos específicos. (ROCHA, 2019).

Seguindo o protocolo de atendimentos, após o atendimento inicial na ESF, como cadastro realizado, o transexual passa a ser acompanhado pela equipe de saúde da região, que possui todo seu histórico de acompanhamentos, consultas e atendimentos, sendo uma ampla rede de comunicação entre o ESF e o Ambulatório T. O Ambulatório T, deve ter em sua equipe profissionais da área da psicologia, medicina, serviço social, enfermagem, podendo inclusive pensar na possibilidade de uma equipe jurídica para auxiliá-los naquilo que é direito dos transsexuais buscando principalmente combater a transfobia em espaços públicos. A equipe formada nesses moldes, faz com que se trabalhe junto com o cidadão usuário do Ambulatório T:

Nessa perspectiva, as equipes multiprofissionais de saúde devem: agir integrando as diversas competências e categorias profissionais que as compõem; primar pela ação articulada com setores que as cercam com base nos determinantes socioculturais do processo saúde-doença, fugindo da lógica do atendimento curativo; ter foco na horizontalidade, vínculo e corresponsabilidade pelas ações junto aos usuários do sistema. (SILVA, 2013, p. 154).

Atualmente, o estado do Rio Grande do Sul, conta com 15 Ambulatórios de atendimento especializado para a população transexual e para a comunidade LGBTQIA+ em geral. O Ambulatório T serve para proporcionar um atendimento especializado, contanto com um atendimento multiprofissional para garantir o acesso à saúde pública de toda a população trans. A porta de entrada para utilização do serviço de saúde especializado aos transsexuais é a unidade de saúde da localidade em que reside, através do atendimento inicial na ESF, composta por profissionais que buscam promover a qualidade de vida da população brasileira. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Dessa forma, dos Ambulatórios T distribuídos pelo estado do Rio Grande do Sul, quatro deles são localizados no município de Porto Alegre. Seguindo com os seguintes municípios: um ambulatório em Canoas, um em Pelotas, dois em Rio

Grande, dois em Santa Maria, um em Passo Fundo, um em Santa Cruz do Sul, um em Novo Hamburgo, um em Esteio e por fim um em São Borja. O Ambulatório localizado no município de São Borja, é chamado de Ambulatório de Saúde LGBTQIA+:

Figura 14: Os 15 Ambulatórios T para atendimento especializado da população transexual e LGBTQIA+ no estado do Rio Grande do Sul:



Fonte: Rocha, 2019.

Os ambulatórios tem como dever realizar um acolhimento de qualidade dos indivíduos que os procuram. Conforme percepção da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (BRASIL, 2018):

O acolhimento é o elemento chave para a promoção e ampliação efetiva do acesso a todos os níveis de atenção à saúde e, do ponto de vista regimental, relaciona-se com o vínculo entre o/a usuário/a e o serviço no que diz respeito à resolubilidade do atendimento e com a adequação do serviço às necessidades da clientela (BRASIL, 2018, p. 2).

O profissional responsável por realizar o primeiro atendimento ao público trans na ESF precisa compreender que, o indivíduo já vem de uma situação de violação de seus direitos e provavelmente já passou por transfobia em outros locais devido a discriminação de sua identidade de gênero, pois, a sociedade ainda insiste em olhar ao que é supostamente diferente dos padrões como algo errado. (ROCHA, 2019).

É necessário que exista uma qualificação profissional a ser ofertada dentro da área da saúde. Os profissionais precisam estar preparados para receber e acolher a população transexual, cada uma dentro das suas particularidades, histórias de vida e construções sociais. Os profissionais da saúde estão trabalhando diretamente com um processo de transição de gênero e aceitação ao sexo psicossocial almejado. Essa forma de trabalho é enriquecedora e faz com que os profissionais troquem seu conhecimento e criem um espaço de construção de saberes, com o objetivo de encontrar soluções para as questões de saúde. A interação da equipe faz com que a troca de conhecimentos, torne-se técnica de atendimento coletivo, fortalecendo o vínculo entre os profissionais e o usuário, com foco total na transformação do corpo do transexual. (OLIVEIRA, 2011).

Interdisciplinaridade pode ser considerada como uma troca intensa de saberes profissionais em diversos campos, exercendo, dentro de um mesmo cenário, uma ação de reciprocidade, mutualidade, que pressupõe uma atitude diferenciada diante de um determinado problema. (OLIVEIRA, 2011, p. 1).

Quando se fala da interdisciplinaridade dentro do sistema de trabalho da área da saúde, é com o intuito de que se integre e se compartilhe conhecimentos de diversas áreas do saber. Um modelo assim, possibilita que os profissionais compartilhem suas vivências e sabedorias sobre um mesmo caso, onde todos poderão pensar e construir um método de trabalho sob outra perspectiva, permitindo um acolhimento ainda maior ao transexual, desde o início do atendimento, até a conclusão de cada etapa. A busca é de qualificação para atender os transexuais, buscando um resultado efetivo e de qualidade. O atendimento interdisciplinar acontece com a equipe de atenção especializada, consistindo na realização de várias avaliações médicas e exames. (ROCHA, 2019).

Em são Borja, a luta contra a discriminação é evidente. O trabalho dos movimentos sociais é árduo e intenso, e foi exatamente através das lutas que foi

criado o Ambulatório de Saúde LGBTTQIA+. São Borja conta com a ONG Girassol Amigos da Diversidade, que nasceu através da motivação de reuniões que aconteciam semanalmente na casa da senhora Ilza Maria Robalo, onde se discutia ativamente os direitos sociais e as políticas públicas de pessoas LGBTQIA+.

A ONG Girassol Amigos da Diversidade foi fundada oficialmente em 28 de Junho de 2008, onde com o passar dos anos passou a articular e trabalhar cotidianamente para construir uma rede de apoio aos jovens LGBTs, buscando o fortalecimento das identidades, defendendo os direitos básicos da população, tais como: saúde, assistência social, educação e cultura. (MACHADO, 2022).

Em 2018, a ONG Girassol Amigos da Diversidade conseguiu fundar o Ambulatório de Saúde LGBTTQIA+ em parceria com a Secretaria de Saúde do município de São Borja, trabalhando com a hormonioterapia⁴⁷ para homens e mulheres transexuais, e ainda, o Ambulatório também atende a população LGBTQIA+ em situação de vulnerabilidade social, para que tenha acesso aos atendimentos oferecidos na rede de saúde. O Ambulatório de Saúde LGBTTQIA+ é localizado dentro do antigo Hospital São Francisco, que foi desativado como Hospital, mas, segue sendo utilizado para outras demandas. Dessa forma, o Ambulatório conta com uma rede de apoio completa. (MACHADO, 2022).

⁴⁷ A hormonioterapia é um tratamento médico que visa ajudar pessoas transgênero a alinhar suas características físicas e biológicas com sua identidade de gênero. O objetivo é promover mudanças corporais que façam com que a aparência física da pessoa esteja de acordo com sua identidade de gênero. Em mulheres trans, o tratamento estrogênico tem como objetivo promover a feminização, com características como desenvolvimento mamário, redução de pelos faciais e corporais, e melhoria na textura da pele. Já em homens trans, a administração de hormônios visa suprimir a produção endógena de estrógenos e progestágenos e atingir níveis masculinos de testosterona. A hormonioterapia pode causar efeitos colaterais, como hipertensão arterial, alterações no ganho de peso, alterações lipídicas e surgimento de acne. Para evitar efeitos adversos, é importante fazer acompanhamento médico periódico e se submeter a exames laboratoriais frequentes. Os hormônios não podem alterar totalmente a forma ou a altura da pessoa. (RIBEIRO, 2021, [s.p.]).

Figura 15: ONG Girassol Amigos da Diversidade atua de forma articulada com diversas ações para o público:



Fonte: Machado, 2022.

Quando decidiu-se propor este estudo seguido da sugestão de um produto técnico, percebeu-se que existe uma necessidade de (re) estruturação do Ambulatório existente através de uma política pública eficaz. O projeto do ambulatório foi selecionado através de um edital nacional, que permitiu que os itens do ambulatório fossem comprados com a captação de recursos de um Fundo Positivo. Diferente dos demais ambulatórios do estado do Rio Grande do Sul, o ambulatório de São Borja atende a todas as pessoas da sigla LGBTQIA+, nas palavras da coordenadora da ONG, a senhora Lins Robalo, já citada neste estudo, “quando a gente prioriza trabalhar com todas essas identidades e a questão da proteção da saúde mental, a gente prioriza que as famílias também sejam atendidas dentro do ambulatório.” (MACHADO, 2022).

Seguindo, a ONG Girassol Amigos da Diversidade, busca garantir um atendimento aos familiares dos indivíduos que identificam com a sigla LGBTQIA+, e assim, surgiu o grupo Mães do Bem, onde existem diversos debates sobre as e

questões familiares, com fala direta dos pais sobre a múltiplas identidades de gênero. (MACHADO, 2022).

A proposta de reestruturação do Ambulatório T para São Borja, é baseado na análise de dados documentais acerca da elaboração e fundação do ambulatório já existe, pois, este não tem apoio da Administração Pública geral (municipal- estadual -federal). O Ambulatório já foi convidado a assinar com o Estado do Rio Grande do Sul com uma possível promessa de investimento, mas, o estado quer que o ambulatório de saúde trabalhe diretamente com a parte medicamentosa, não tendo foco em saúde e proteção social, indo totalmente contra qualquer proposta ambulatorial vigente hoje no país, inclusive indo em confronto com as próprias diretrizes do Ministério da Saúde. (MACHADO, 2022).

A prática aos atendimentos de Saúde transexual, através dos ambulatórios específicos, não pode se basear apenas em algo medicamentoso, isso significa dizer que, não se pode apenas focar em tratamentos relacionados a hormônios, pois, o atendimento vai muito além disso. Os ambulatórios devem ter como intuito trabalhar as questões de identidade desde o primeiro momento em que se adentra ao ESF, buscando a autoafirmação identitária de pessoas LGBTQIA+, principalmente os transexuais que é o foco desta pesquisa, com o intuito de possibilitar um atendimento que una prevenção em saúde e a atenção na hormonioterapia. (MACHADO, 2022).

Contudo, conforme já mencionado nesta pesquisa, é imprescindível que existam atendimentos sociais como instrumento de reconhecimento, isso significa que, é necessário trabalhar as transformações não só do usuário do ambulatório, mas, a equipe de saúde precisa estar apta a trabalhar com a família do usuário, com a sociedade e com o próprio usuário do sistema. (MACHADO, 2022).

A necessidade de uma equipe preparada para trabalhar tem que partir desde a segurança alimentar até a segurança social e psicológica do transexual, pois, o adoecimento da população trans é em nível total, não sendo apenas um adoecimento mental. O que se identifica com este estudo, é que falta atendimento nos ambulatórios no que tange ao acompanhamento social, fragiliza e adocece o usuário no decorrer do processo transexualizador. (MACHADO, 2022).

Ainda, não se pode focar apenas no tratamento com hormônios, pois, deve existir um trabalho direto em relação a compreensão da identidade e da potência ligada ao corpo do transexual. Não basta apenas trabalhar na produção de barba

(hormônio), retirada das mamas, colocação de silicone, e etc., isso que mencionamos não são instrumentos efetivos no tratamento do transexual. A efetividade só vai poder ser vista, se o sujeito estiver psicologicamente e socialmente pronto, com consciência das escolhas que está fazendo, principalmente no que tange afirmar a identidade. (MACHADO, 2022).

A identidade tem que ser afirmada e reconhecida por si próprio, e não pela sociedade. O foco do tratamento deve ser em ter mais profissionais disponíveis para trabalhar o todo na vida do usuário do ambulatório, inclusive, focando na alimentação, para que, se criem hábitos saudáveis que irão auxiliar os profissionais no tratamento psicológico e social do transexual. O processo transexualizador vai muito além de se tomar medicamentos e realizar cirurgias. O processo transexualizador é ligado diretamente ao interno do usuário, aos seus sentimentos, ao seu ser, nada tendo a ver inicialmente com o externo dos indivíduos. É necessário se reencontrar e redescobrir. (MACHADO, 2022).

Dessa fora, existe a necessidade de fazer uma abordagem sobre a economia de São Borja e o Orçamento participativo, para dizer que, este é uma iniciativa democrática que permite que a população participe das decisões sobre os gastos com recursos públicos, podendo os cidadãos apresentarem ideias e votar em projetos que considerem importantes, e ainda, as comunidades podem influenciar diretamente na forma que os recursos serão investidos. Isso significa que, é possível que o Poder Público invista na rede de saúde, e assim, preste assistência integral como dever ser no Ambulatório T em São Borja, através de OP, e consiga montar a equipe necessária para o atendimento que não foque apenas em medicamentos, mas sim, no tratamento social efetivo, que é o que as políticas públicas buscam (Eficácia – Eficiência -Efetividade). (MACHADO, 2022).

Não se pode permitir que a sociedade ignore seu direito participativo. Que se “encolha” diante de uma visão derrotista que lhes tira o desejo de ir à luta pelo fortalecimento dos seus direitos de cidadania, empurrando-os para a apatia ou o comodismo da omissão.

Contudo, com esses sonhos, que se transformam em projetos plenamente viáveis e não momentos de utopia, cada um de nós, são-borjenses estaremos buscando o crescimento do índice de aplicação prática dos instrumentos da democracia que visa sempre uma sociedade efetivamente harmonizada.

O município de São Borja localizado na Fronteira Oeste entre as regiões da pampa e o território das Missões, reconhecido nacionalmente como a terra dos presidentes, destaca-se por sua formação histórica e política, em mais de 300 anos desde a sua emancipação. Para assim compreendermos a estagnação da sociedade são-borjense em determinados aspectos, principalmente no que tange a discriminação da população transexual, é imprescindível analisarmos sua origem Missioneira da Redução de São Francisco de Borja, o primeiro dos sete povos das missões. Fundado em 1682, São Borja destoa-se de outros territórios por congregar nativos e jesuítas, que juntos constituíram uma sociedade íntegra e igual, em razão das Reduções Missioneiras. (COLVERO; SEVERO; 2016).

Durante o período colonial e imperial, fora marcada por intensos conflitos territoriais, sendo integrada ao comando da Coroa Portuguesa somente no ano de 1801. Devido a sua localização na Fronteira-Oeste do Rio Grande do Sul, está separada da cidade argentina de Santo Tomé pelo Rio Uruguai. Neste contexto de domínio sobre a estratégia de maximização da conquista do território sul-americano pelas antigas Coroas Ibéricas, podemos verificar algumas características herdadas deste período, como a conduta política, religião, modo de socialização e principalmente na atividade econômica, que se resume a criação de gado no modo extensivo, o mais apropriado a região devido a grandes extensões de áreas planas. (COLVERO; SEVERO; 2016).

Por outro lado, para explorar as possibilidades emancipatórias, Boaventura de Souza Santos ao destacar os três grandes topos: a fronteira, o barroco e o Sul, importa aqui, apenas a fronteira enquanto forma privilegiada de sociabilidade. São características desse viver na fronteira, o uso muito selectivo e instrumental das tradições trazidas por pioneiros e emigrantes, assim como novas formas de sociabilidade; hierarquias fracas, pluralidade de poderes e de ordens jurídicas; fluidez das relações sociais; promiscuidade entre estranhos e íntimos; misturas de heranças e invenções. Viver na fronteira, é sem dúvida viver nas margens sem viver uma vida marginal, na fronteira, todos são migrantes indocumentados ou refugiados em busca de asilo. Isso não significa que na fronteira tudo seja “instável, transitório ou precário”. (COLVERO; SEVERO, 2016, p. 44).

O conceito de fronteira, em conformidade com Bühring (2015, p. 233) é uma “realidade que se move com ambíguos significados, sem esquecer o sentido tradicional empregado, todavia novos enfoques surgem, a história está ligada a cultura, e no contexto das fronteiras as pessoas comuns que ali habitam”. (BÜHRING, 2015, p. 233).

No momento em que as trocas comerciais se ampliaram entre as nações no século XX, se fez necessário que acordos fossem estabelecidos fortalecendo os vínculos multilaterais de comércio, construindo um possível desenvolvimento do cenário regional. Por conta de sua ponte internacional, o município figura entre os municípios mais importantes das rotas comerciais da América do Sul. Nestas concepções de mudanças, o livre comércio e a abertura comercial assumem o papel de transformadores e fomentadores do desenvolvimento econômico a nível global. (MENDES; CEOLIN; COLVERO, 2019).

Além da área de livre comércio e integração regional, é importante destacar outros estágios da integração econômica, elencados pelos pesquisadores, como a união aduaneira, porém dependem do nível de integração e relações diplomáticas entre os países. Nos acordos escritos, tratados de fronteira é onde se estabelecem limites e o reconhecimento recíproco dos seus limites. Muitos acordos de fronteira estabelecidos ao longo da história cumprem-se durante um período, o que leva a inobservância do tratado é a diferenciação de força entre as partes, quando uma se sobressai sobre a outra originando um acordo mais vantajoso para si. (MENDES; CEOLIN; COLVERO, 2019).

É primordial que as transações e negociações internacionais sejam estabelecidas sobre prudência a partir de agentes qualificados, tendo em vista que o efeito de todo processo de integralização proporciona o protagonismo de grupos com diferentes inclinações e interesses econômicos. (MENDES; CEOLIN; COLVERO, 2019).

À vista disso, a fronteira é uma construção figurativa que representa além dos interesses e princípios dos atores responsáveis pelo processo histórico de sua formação, um local de solidariedade, compartilhado por um coletivo com uma linha definida de separação e transformação entre universos diferentes, sendo o resultado da idealização e reconstrução de uma realidade. Por esse motivo é necessário compreendê-las, pois em diferentes momentos se mostram tanto utópicas quanto factuais e incompreensíveis. (BÜHRING, 2015).

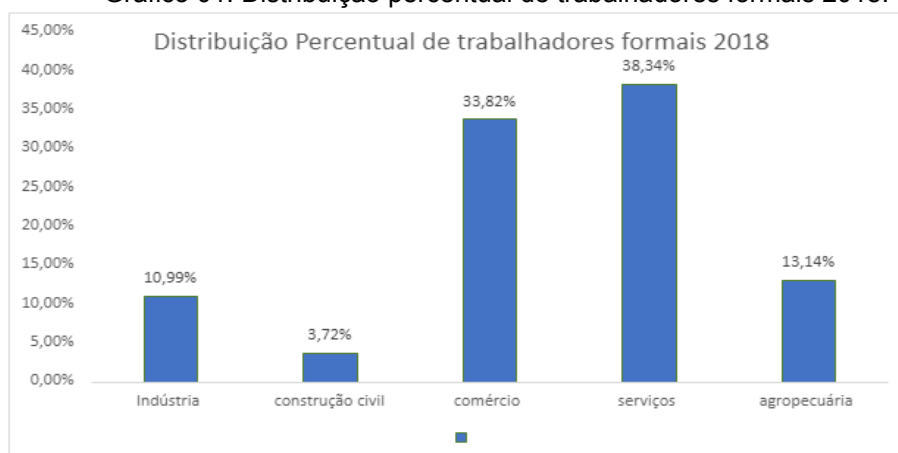
Nessa mesma perspectiva a proximidade entre os dois países foi alicerçada sobre uma economia de fronteira, que é condicionada a inconstâncias tanto na variação cambial, onde a superioridade da moeda de um país sobre o outro, criando uma relação entre o lícito e o ilícito, que se torna-se o alicerce da construção social das cidades de fronteira. (BÜHRING, 2015).

Para se situar sobre o panorama econômico do município de São Borja, investigamos o painel dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável sobre os indicadores da erradicação da pobreza nas últimas duas décadas. Verificou-se que no início dos anos 2000 (25,35%) da população apresentava renda familiar per capita abaixo dos 140,00 reais, situando-os como abaixo da linha da pobreza. Passados dez anos, este percentual decresceu para (9,66%). (RELATÓRIOS DINÂMICOS ODS, 2021).

No ano de 2020, a receita orçamentária do município de São Borja foi de 244 milhões de reais que se resume a disponibilidade de recursos financeiros que ingressam durante o exercício, e constituem o elemento novo para o patrimônio público. Importante salientar que, esta receita é a principal fonte de recursos por meio do qual se viabiliza a execução das políticas públicas em um sentido amplo. O Produto Interno Bruto (PIB) no município apresentou ampliação entre os anos de 2002 e 2017, de R\$ 400.819.044 para R\$ 1.784.089.380. Outro índice que apresentou aumento, foi o Produto Interno Bruto per capita, que entre 2010 e 2017 passou de R\$ 15.929,82 para R\$ 28.405,45. Ao nos referirmos sobre o Valor Adicionado Bruto a Preços Básicos constatamos que majoritariamente o setor de serviços no ano de 2017 representou (49,46%) do total, ao passo que a menor fatia corresponde a indústria com (12,3%). (RELATÓRIOS DINÂMICOS ODS, 2021).

No segmento dos empregos formais, no ano seguinte, em 2018, o setor industrial empregava (10,99%) do total de 10,896 trabalhadores formais. Seguindo, a construção civil foi o segmento que menos ocupou mão de obra (3,72%). O setor agropecuário é bastante significativo abarcando (13,14%) mas são os setores do comércio e serviços, com (33,82%) e (38,34%) respectivamente, que mais compreendem postos de trabalho. (RELATÓRIOS DINÂMICOS ODS, 2021).

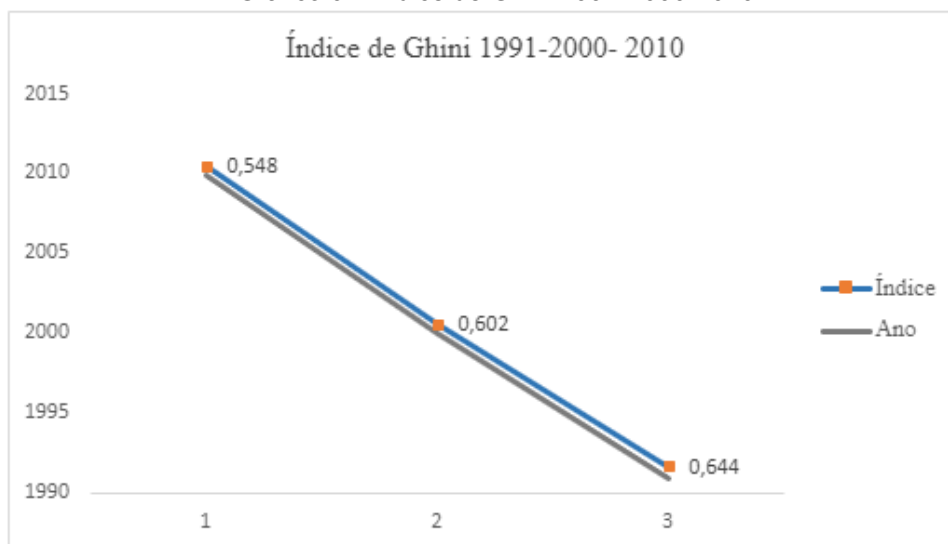
Gráfico 01: Distribuição percentual de trabalhadores formais 2018:



Fonte: Ministério Do Emprego e Renda – ODS, 2018.

É notório que os indicadores sobre o nível de desigualdade são sórdidos e aquém da expectativa. No intervalo de quase duas décadas, entre o ano de 1991 e 2010, a participação do estrato dos (20%) mais pobres na riqueza do município evoluiu de (2,54%) para (3,92%). Tímidos (1,38%). (RELATÓRIOS DINÂMICOS ODS, 2021).

Gráfico 02: Índice de Ghini 1991-2000-2010:



Fonte: PNUD – Atlas do Desenvolvimento Humano; ODS, 2021.

Em 2010 a participação dos (20%) mais ricos era de (60%) maior em relação a dos (20%) mais pobres. Para corroborar estes dados, dispomos do índice de Ghini, referência no âmbito da mensuração de concentração de renda e desigualdade social de um país, estado ou município. A escala varia entre 0 e 1. Isto posto, quanto mais próximo a 0, menos desigual é um determinado território. Para

efeito de comparação sobre a realidade endógena, o índice de Ghini aferido no município de São Borja em 1991, foi de 0,644, progredindo para 0,548 em 2010. A nível nacional, este índice foi de 0,547 no ano de 2017. (RELATÓRIOS DINÂMICOS ODS, 2021).

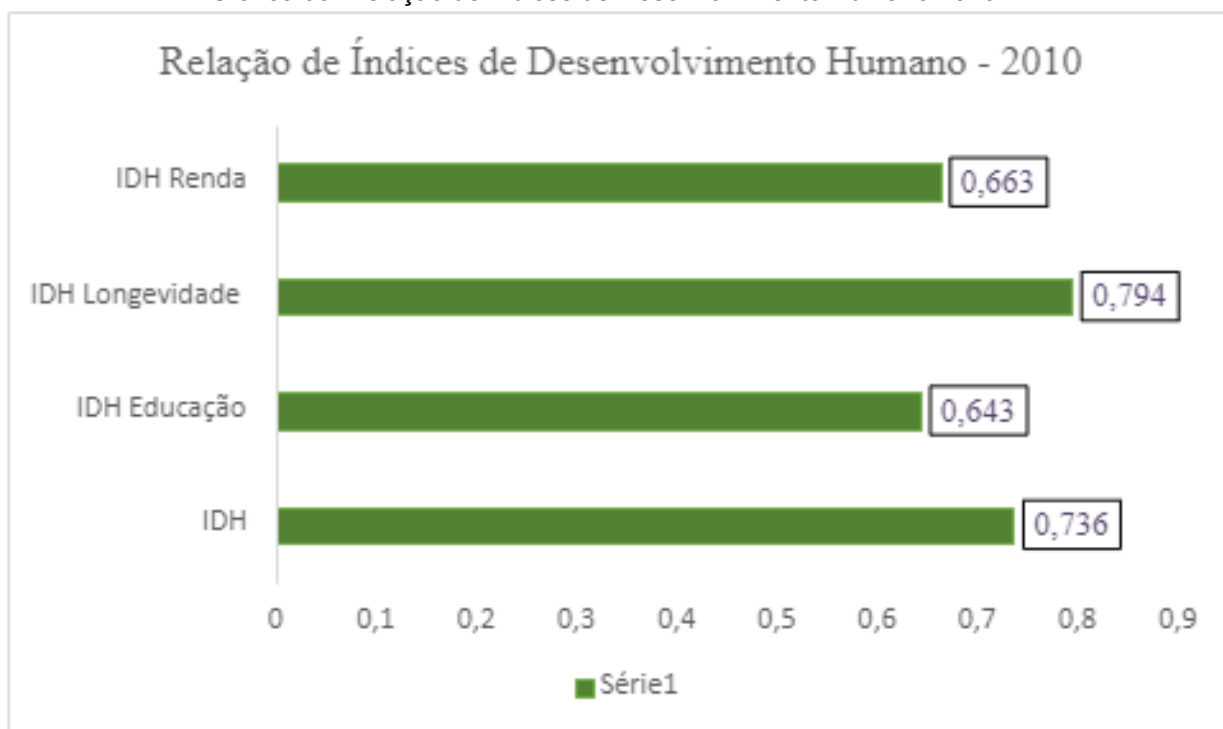
No tocante a vulnerabilidade social, o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), possui três variantes que são: IVS Infraestrutura Urbana; IVS Capital Humano; e IVS Renda e Trabalho. (RELATÓRIOS DINÂMICOS ODS, 2021).

Tais amostras representam a uma totalidade de serviços ou recursos acessíveis ou não as famílias atestando o padrão das mesmas. Os parâmetros estabelecidos vão de 0 a 1, onde zero é o ideal e 1 o pior. Nesse aspecto houve uma evolução ainda longe do ideal, no início dos anos 2000 até o ano de 2010 que era de 0,345 para 0,234 o que coloca o município no status de baixa vulnerabilidade. O ponto que mais evoluiu neste intervalo de tempo, foi renda e trabalho que saiu 0,524 para 0,318, já o setor da infraestrutura urbana foi o que menos progrediu, passando de 0,056 para 0,018. (RELATÓRIOS DINÂMICOS ODS, 2021).

Concernente aos sistemas de proteção social, que são mecanismos importantes sobre a promoção de melhorias na condição de vida da população, maiormente na classe trabalhadora e no desenvolvimento econômico local. É considerável entendermos que a ordem socioeconômica latino-americana é bastante complexa, todavia, na perspectiva geral apresentam em comum um alto índice de desigualdade social. Nisso, o conceito sobre os sistemas de proteção social em nosso país fora fortificado na Constituição Federal de 1988, onde está previsto a diversidade das formas de financiamento, e por conseguinte, a mais relevante, que se refere a introdução de mecanismos democráticos de gestão. (MATTEI, 2019).

O município apresenta uma população de 63.000 habitantes e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0.736, considerado alto, porém no ano de 1991 o índice era bem inferior, 0,540. No ano de 2006 haviam 6,751 famílias incluídas no Cadastro Único para Programas Sociais, logo em 2018 esse número passou para 6,827 famílias. Nesta mesma conjuntura, o Programa Bolsa Família apresentou um decréscimo. Em 2004 possuía 2,144 famílias favorecidas, e 1,818 em 2018. A cidade de São Borja ocupa o 179º no ranking estadual, e 876º a nível federal. (RELATÓRIOS DINÂMICOS ODS, 2021).

Gráfico 03: Relação de Índices de Desenvolvimento Humano 2010:



Fonte: PNUD – Atlas do Desenvolvimento Humano; ODS, 2021.

A priori, cumpre ressaltar que entre os compromissos assumidos pela Constituição de 1988 está o de restaurar a Federação, através da descentralização político-administrativa e do fortalecimento da democracia por meio do empoderamento das comunidades locais no processo decisório sobre políticas públicas. É nesse contexto que os princípios do Orçamento Participativo (OP) começaram a ser formado e tem sido o mecanismo mais praticado de democracia direta na história política do país defronte outros instrumentos como o plebiscito e o referendo. (AVRITZER; NAVARRO, 2003).

Adotado (inicialmente) de modo voluntário, o Orçamento Participativo, mesmo ainda com um baixo índice de aceitação no conjunto dos municípios brasileiros, se legitimou pelas experiências exitosas em grande parte das cidades em que foi utilizado. E esta foi uma das motivações para que, na Lei 10.257, de 10 de julho de 2001, que visa a regulamentação dos arts. 182 e 183, por meio do Estatuto da Cidade, fosse regulamentada a política urbana, de que tratamos dispositivos mencionados. (AVRITZER; NAVARRO, 2003).

Foi um espaço para a consagração do Orçamento Participativo em nível municipal como obrigação legal, a partir, primeiramente, dos princípios formadores da democracia participativa existentes na CF/88, entre os quais os citados arts. 182 e 183. Essa obrigatoriedade viria posteriormente a ser reafirmada em outros documentos legais, conforme ver-se-á, a seguir, em maiores detalhes. (AVRITZER; NAVARRO, 2003).

Por sua vez, Avritzer e Navarro (2003) caracterizam o Orçamento Participativo como uma forma de balancear a articulação entre a democracia representativa e a democracia participativa tendo como base os seguintes objetivos: i) cessão de soberania por quem detém o poder local; ii) reintrodução de elementos de participação local; iii) auto-regulação soberana, a partir da definição de regras e procedimentos pelos participantes do OP e, iv) reversão das prioridades de recursos públicos locais em prol das populações mais carentes. (AVRITZER; NAVARRO, 2003).

Avritzer e Navarro (2003) caracterizam o Orçamento Participativo como uma forma de balancear a articulação entre a democracia representativa e a democracia participativa tendo como base os seguintes objetivos: i) cessão de soberania por quem detém o poder local; ii) reintrodução de elementos de participação local; iii) autorregulação soberana, a partir da definição de regras e procedimentos pelos participantes do OP e, iv) reversão das prioridades de recursos públicos locais em prol das populações mais carentes. (AVRITER; NAVARRO, 2003).

Sob esses aspectos, o Orçamento Participativo é um mecanismo governamental de democracia participativa que permite os cidadãos intervir diretamente sobre a gestão financeira, orçamentária e contábil das entidades públicas. Representa desse modo, um grande avanço na gestão dos recursos públicos e no desenvolvimento social e político de um país, de um estado ou de um município. (AVRITZER; NAVARRO, 2003).

Assim, analisar o papel que vem sendo desempenhado pelos governos locais, no que se refere ao estímulo ou constrangimento de experiências de Orçamento Participativo, processo de implementação e os principais efeitos no âmbito do governo local é visto como uma alternativa viável e de importância fundamental na formulação, implementação e manutenção de políticas públicas, cujas ações possam de um lado, assegurar a participação da sociedade nas

decisões públicas e, de outro, promover o desenvolvimento social, político e econômico dos municípios. (COSTA, 2008).

Relevante ressaltar que implantar o Orçamento Participativo como parte do processo político, por si só, não garante a continuidade dele ao longo dos mandatos. Como afirma Costa (2008) a participação pública da sociedade civil não gera automaticamente um processo de transformação da cultura política predominante em determinada sociedade. É preciso questionar até que ponto um processo que permite a incorporação dos cidadãos nas decisões políticas pode ser caracterizado, de fato, “participação política”. (COSTA, 2008).

Merece destaque a CF/88, nos termos a seguir colacionados:

Art. 29. O Município reger-se-á por lei orgânica, votada em dois turnos, com o interstício mínimo de dez dias, e aprovada por dois terços dos membros da Câmara Municipal, que a promulgará, atendidos os princípios estabelecidos nesta Constituição, na Constituição do respectivo Estado e os seguintes preceitos. (BRASIL, 1988).

Se no município de São Borja fosse feita esta interpretação intensiva do art. 29 da CF/88 e houvesse conhecimento e interesse na efetividade do conteúdo do Estatuto da Cidade, certamente seria implementado o Orçamento Participativo, um instrumento democrático para maior legitimidade das leis orçamentárias do Poder local. Mas é isso um problema vinculado à necessidade de maior e melhor educação social e política da população, tema explorado mais no final deste trabalho.

Um exemplo exitoso e respeitado por todo povo gaúcho: O Orçamento Participativo (OP) é um processo pelo qual a população decide, de forma direta, a aplicação dos recursos em obras e serviços que serão executados pela administração municipal. Inicia-se com as reuniões preparatórias, quando a Prefeitura presta contas do exercício passado, apresenta o Plano de Investimentos e Serviços (PI) para o ano seguinte. (COSTA, 2008).

As secretarias municipais e autarquias acompanham estas reuniões, prestando esclarecimentos sobre os critérios que norteiam o processo e a viabilidade das demandas. Nas Assembleias Regionais e Temáticas, que se realizam de julho a agosto (a partir de 18 de dezembro de 2012), nas 17 (dezessete) Regiões e seis Temáticas do OP, a população elege as prioridades para o município, seus conselheiros, e define o número de delegados da cidade para os seus respectivos fóruns regionais e grupos de discussões temáticas. (COSTA, 2008).

Os Fóruns de Delegados são responsáveis pela definição, por ordem de importância, das obras e serviços que serão discutidas no período de maio a julho e pela análise e aprovação do Plano de Investimentos e Serviços da sua Região ou Temática. (COSTA, 2008).

A participação popular na administração da cidade aparece de maneira mais consistente na Lei nº 10.257 de 10 de julho de 2001, que regulamenta os art. 182 e 183 da Constituição Federal, estabelece diretrizes gerais da política urbana e dá outras providências. Conforme a seguir colacionado:

Art. 43. Para garantir a gestão democrática da cidade, deverão ser utilizados, entre outros, os seguintes instrumentos:

- I – órgãos colegiados de política urbana, nos níveis nacional, estadual e municipal;
- II – debates, audiências e consultas públicas;
- III – conferências sobre assuntos de interesse urbano, nos níveis nacional, estadual e municipal;
- IV – iniciativa popular de projeto de lei e de planos, programas e projetos de desenvolvimento urbano. (BRASIL, 2001).

Para efeito de argumentação, veja-se também o artigo seguinte:

Art. 44. No âmbito municipal, a gestão orçamentária participativa de que trata a alínea f do inciso III do art. 4º desta Lei incluirá a realização de debates, audiências e consultas públicas sobre as propostas do plano plurianual, da lei de diretrizes orçamentárias e do orçamento anual, como condição obrigatória para sua aprovação pela Câmara Municipal. (BRASIL, 2001).

Portanto, ao aludir à alínea f do inciso III do art. 4º, a qual se refere à gestão orçamentária participativa da cidade, o art. 44 detalha os procedimentos a serem observados para essa gestão orçamentária, colocando como obrigatório o Orçamento Participativo. A expressão “como condição obrigatória para sua aprovação pela Câmara” não deixa dúvida de que o Prefeito fica obrigado a utilizar o Orçamento Participativo na fase de elaboração das propostas de leis orçamentárias, compreendendo todo o ciclo orçamentário exigido para todos os entes federativos na Constituição Federal, isto é, o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA). (COSTA, 2008).

Esta é a linha de raciocínio da constitucionalista Maria Macedo Ferrari, ao lecionar que as audiências públicas só podem se realizar a partir de previsão legal. E aí estabelece um liame desse ensinamento com o Estatuto da Cidade, para se referir às audiências estabelecidas como obrigatórias sobre os planos diretores e as

propostas de leis orçamentárias municipais, que requereria um estudo específico por sua importância a prolaxidade, sobre o assunto, adverte:

Assim, quando prevista como obrigatória – como, por exemplo, no caso previsto pelo art. 40, parágrafo 4º, do Estatuto da Cidade –, a falta de sua realização (das audiências) vicia o ato com nulidade, o que também acontece nas hipóteses previstas nos arts. 43 e 44 do mesmo diploma legal, podendo haver a caracterização de improbidade administrativa do prefeito, quando impeça sua realização ou deixe de garanti-la. (FERRARI, 2003, p. 345).

Pela sua abrangência e pelos avanços que traz em termos de democracia participativa aplicada à gestão municipal, o Estatuto da Cidade tem sido exaltado por juristas e estudiosos. Toma-se para exemplificar, o jurista Walter Ceneviva, que entende que o aspecto social mais importante da Lei 10.257 foi o de convocar a comunidade municipal para se integrar à gestão democrática da cidade". Contudo, sabe-se que esta proposta de solução está há muito tempo a disposição e só a executaria o governo, a gestão municipal que entendesse que ela coaduna com sua política de administração, o que incorre, até o momento, no caso de São Borja. (COSTA, 2008).

Os desafios de implementar um Ambulatório T em um município e torna-lo eficiente, eficaz e efetivo a população, de fato não é uma tarefa fácil. Os desafios são constantes e estão diretamente ligados ao processo transexualizador. O sistema Único de Saúde (SUS) trabalha a mais de uma década com a temática, e ainda sim, existem baixíssimos índices de procura, e isso se da por inúmeros motivos, como por exemplo, a falta de profissionais específicos para atender. A equipe precisa de reforços para atender as demandas, mas, o poder público muitas vezes não quer investir mais do que já investiu e prefere ficar com a defasagem de profissionais. (ROCHA, 2019).

Ainda, o processo transexualizador é sim algo complexo e delicado, pois, o atendimento no ambulatório é demorado, pois, é preciso passar pelas avaliações médicas, psicológicas, psiquiátricas dentre outras, e elas as vezes demoram mais de anos para chegar até os respectivos hospitais para adequações. O tempo é imprescindível par o processo de transição de gênero, e a falta de profissionais cumulada com a demora, pode ser irreversível para o usuário em seu período de transição. (ROCHA, 2019).

Ainda, em 2019, Tiago Goia da Rocha, fez um estudo relacionado a experiência do movimento girassol garantindo os direitos, e evidenciou que o usuário trans de São Borja conta com um atendimento especializado de médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e técnicos em enfermagem:

O projeto apresenta-se numericamente através dos seguintes dados. O número de usuários em atendimento no Projeto Integral de saúde LGBTTTQIA+, na Fronteira, tem em seu total de 36 sujeitos e 89 familiares. Desses 36 sujeitos, 15 estão sendo acompanhados pelo assistente social, 10 são acompanhados pela psicóloga, e em atendimento médico em processo de hormonioterapia e transição de gênero, são 7 sujeitos. Esses 36 sujeitos também são mensurados na seguinte forma de identidade sexual e de gênero: 9 gays, 6 lésbicas, 5 trans homens, 9 trans mulheres, 2 heteros e 5 outros. Precisamente sendo acompanhados para o e no processo de transição, tem-se um universo de 14 sujeitos. Constata-se, através dos dados do projeto, que dos 14 sujeitos em transição, a maioria são mulheres trans. Destas, apenas 7 estão em atendimento com a médica com tratamentos legais de hormonioterapia e aguardando na fila da redesignação sexual. A partir dos números apresentados, pode-se concluir parcialmente que os princípios básicos do Sistema Único de Saúde, a universalidade e a equidade estão sendo garantidos, pois esses sujeitos estão recebendo o acolhimento, o acompanhamento e o tratamento de saúde adequados, que a população LGBTTTQIA+ necessita. Pode-se inferir que esses sujeitos saem da invisibilidade de um sistema único de saúde em que não se sentem pertencentes, por isso evadem ou não aparecem, garantindo também a prevenção e promoção de saúde. O que demonstra a necessidade de outra forma de comunicação que acolha o sujeito em suas necessidades reais. (ROCHA, 2019, p. 21).

A história dos transexuais e dos demais integrantes da sigla LGBTQIA+ são marcadas por violação, discriminação, invisibilidade e negação aos acessos básicos. A marginalização dos indivíduos é justamente porque o poder público falha em garantir a preservação dos indivíduos lhe garantindo o mínimo de dignidade humana. A sociedade vive em extrema competitividade, rivalidade, conflitos, confrontos, marginalização, pois, não se consegue estabelecer relações harmônicas e não violentas no cotidiano social.

A busca por compreender que todos somos iguais perante a lei, independentemente de qualquer característica relacionada a cor, sexo e raça, tem sido cada vez mais difícil. A luta é constante pelo reconhecimento de direitos. A população transexual, principalmente a do município de São Borja que é o foco desta pesquisa, precisa ser atendida, e precisa que o poder público passe a redirecionar valores e realize investimentos no Ambulatório já existente no município, para que assim, a equipe passe a ser aquela necessária para atender as demandas sociais, e ainda, se tenha um investimento relacionado a melhoria do

espaço para atender a população transexual. Como forma de oferecer ao município uma possibilidade de investimento, foram estudados o Orçamento Participativo e as suas peculiaridades, demonstrando que, é possível sim que a administração publica invista em atendimento, e não apenas em medicamentos.

A nossa busca e a nossa luta, é para que os transexuais não precisem escolher apenas o tratamento hormonal e cirúrgico. A luta é para que seja possível escolher os tratamentos sociais e psicológicos adequados a cada uma das demandas que chega até o ambulatório. Ainda, tratar o usuário e seus familiares, faz com que se chegue exatamente na finalidade da política pública, que é a de ser eficaz, efetiva e eficiente ao público que se busca atingir. Tratar a saúde mental deve ser algo a ser considerado, devido aos vários tipos violência e violações de direitos humanos perpetrados cotidianamente contra as pessoas transexuais.

6. METODOLOGIA

Este estudo baseia-se em estudo qualitativo, descritivo, exploratório, bibliográfico, documental, sendo estes utilizados como fonte da pesquisa. Utilizar-se-á como procedimento, o comparativo, porque esse tem como intuito fazer um confronto de elementos, levando em consideração seus atributos, e assim promover o exame simultâneo para que as eventuais diferenças e semelhanças possam ser constatadas e as devidas relações estabelecidas. Será necessário, inicialmente, definir e conhecer os campos que serão analisados, para obter uma gama de informações que possam ser traduzidas em concepções mais amplas e generalizadas sobre o assunto pesquisado.

A pesquisa realizada nesta dissertação foi descritiva, pois, o objetivo principal foi o de descrever características de um determinado aspecto, ou seja, descrever características de uma determinada população ou evento maneira sistemática e organizada, analisando suas relações e implicações. Ainda, foi utilizado a metodologia de pesquisa exploratória por já partir de um conhecimento prévio sobre o tema, buscando detalhá-lo de maneira sistemática e organizada. Segundo Gil (2008, p. 28), a pesquisa descritiva se preocupa com a análise detalhada dos fatos sem interferir neles, ou seja, o pesquisador não busca modificar a realidade, mas sim compreender e registrar suas particularidades. Esse tipo de pesquisa é muito utilizado em estudos nas áreas de ciências sociais, educação e saúde, pois, permite uma visão aprofundada de uma competência sem a necessidade de manipulação experimental. (GIL, 2008, p. 28).

Para Vergara (2016, p. 48), uma pesquisa descritiva pode se basear em dados primários (coletados diretamente pelo pesquisador, como entrevistas, questionários e observações) ou dados secundários (obtidos por meio de fontes já existentes, como livros, artigos científicos e relatórios). (VERGARA, 2016).

Já Lakatos e Marconi (2017, p. 190) destacam que uma pesquisa descritiva é frequentemente usada para a identificação de padrões, tendências e comportamentos em determinados grupos ou contextos, possibilitando uma análise mais aprofundada sobre um problema. (LAKATOS; MARCONI, 2017).

Neste estudo, adotou-se utilizar a pesquisa exploratória, para uma compreensão sobre um assunto pouco treinado para aqueles que não tem conhecimento das diversas temáticas aqui tratadas, e ainda, utilizou-se a pesquisa descritiva para abordar o objeto relativamente já conhecido, buscando detalhar suas características, causas e efeitos.

A pesquisa descritiva pode ser utilizada neste estudo para diversos contextos, como: Saúde Pública: estudo sobre o acesso da população transexual aos serviços de saúde; Sociologia: mapeamento do impacto de políticas públicas em comunidades vulneráveis.

Dessa forma, a pesquisa descritiva é um método essencial para o estudo de características sociais e científicas, pois permite compreender e sistematizar informações sobre um tema específico sem interferir diretamente nele. Com base em autores como Gil (2008), Vergara (2016) e Lakatos e Marconi (2017), fica evidente que essa abordagem é fundamental para pesquisas que buscam analisar padrões e relações em diversos campos do conhecimento.

A pesquisa caracteriza-se como um estudo qualitativo e exploratório, pois busca aprofundar a compreensão sobre a temática das políticas públicas de saúde voltadas para a população transexual e sua efetividade na promoção da equidade e dos direitos humanos. Como se trata de um tema socialmente relevante, a abordagem qualitativa possibilita um olhar mais sensível às experiências dos sujeitos afetados, enquanto a pesquisa exploratória permite levantar informações iniciais sobre um campo que ainda necessita de aprofundamento teórico e prático.

A pesquisa qualitativa é responsável por descrever a complexidade de um problema, com a necessidade de compreender e classificar os processos dinâmicos vividos e contribuir para os processos e mudanças. As técnicas qualitativas utilizadas neste estudo, bem como as informações e dados são capazes de embasar conclusões sobre o tema abordado. (DIEHL, 2004).

Nessa perspectiva:

Observa, registra, analisa e correlaciona os fatos ou fenômenos (variados) sem manipulá-los. Procura descobrir, com a maior precisão possível a frequência com um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros, sua natureza e suas características. (LAKATOS; MARCONI, 2017, p. 170).

Para Martins (2006), a pesquisa qualitativa distingue-se pela descrição, compreensão e interpretação de fatos, fenômenos, comportamentos, discursos ou situações, tratando-se de uma investigação empírica, que tem o intuito de pesquisar fenômenos dentro do contexto real, permitindo uma penetração na realidade social. (MARTINS, 2006).

A abordagem qualitativa é amplamente utilizada em pesquisas nas áreas de ciências sociais, humanas e saúde pública, pois permite um olhar aprofundado sobre aspectos subjetivos, contextuais e culturais. Segundo Minayo (2001, p. 21), uma pesquisa qualitativa se destina a compreender "o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das implicações, dos valores e das atitudes". Esse tipo de pesquisa valoriza a interpretação das especificidades e se baseia na interação entre o pesquisador e os sujeitos envolvidos. (MINAYO, 2001).

Já Guba e Lincoln (1994) argumentam que uma pesquisa qualitativa parte de um paradigma interpretativo, não qual a realidade é socialmente construída e depende do contexto. Ou seja, a verdade não é absoluta, mas sim múltipla, sendo percebida por meio das experiências individuais e coletivas. (GUBA; LINCOLN, 1994).

Além disso, Creswell (2007, p. 37) destaca que uma pesquisa qualitativa é essencial quando se busca compreender questões complexas, pois permite uma observação na realidade científica, utilizando diferentes fontes de dados, como documentos, entrevistas, observações e análise de discurso. (CRESWELL, 2007).

A pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema investigado, tornando-o mais explícito ou construindo hipóteses. Segundo Gil (2008, p. 27), esse tipo de pesquisa se caracteriza pela flexibilidade, pois não segue um roteiro rígido, permitindo que o pesquisador adapte seu percurso conforme os achados surgem. (GIL, 2008).

Para Lakatos e Marconi (2017, p. 189), uma pesquisa exploratória é especialmente útil quando há pouca informação disponível sobre os fatos estudados, pois possibilita um primeiro contato com o tema, ajudando a definir caminhos para estudos futuros. (LAKATOS; MARCONI, 2017).

Ainda conforme Vergara (2016, p. 47), uma pesquisa exploratória é frequentemente utilizada em conjunto com métodos qualitativos, pois permite ao pesquisador compreender melhor o objeto de estudo antes de aprofundar uma análise.

Nessa perspectiva, Vergara diz:

A investigação documental é a realizada em documentos conversados no interior de órgãos públicos e privados de qualquer natureza, ou com pessoas: registros, anais, regulamentos, circulares, ofícios, memorandos, balancetes, comunicação informais, filmes, fotografia, videoteipe, dispositivos de armazenagem por meios ópticos, magnéticos e eletrônicos em geral, diários, cartas pessoais e outros. (VERGARA, 2016, p. 43).

O método utilizado neste estudo é o dedutivo fundamentando-se na análise de conceitos doutrinários, legislações e controles pertinentes ao direito das pessoas transexuais. Essa abordagem permite compreender como a legislação e as políticas públicas são formuladas e inovadoras no contexto da saúde da população transexual, especialmente no município de São Borja.

Nesse viés:

Um estudo que pode ser caracterizado como um estudo de uma entidade bem definida, como um programa, uma instituição, um sistema educativo, uma pessoa, ou uma unidade social. Visa conhecer em profundidade o como e o porquê de uma determinada situação se supõe ser única em muitos aspectos procurando descobrir o que há nela de essencial e características. O pesquisador não pretende intervir sobre o objeto a ser estudado, mas revelá-lo tal como ele o percebe. (GIL, 2008, p. 54).

Para a coleta de dados, foram utilizadas pesquisas bibliográficas e documentais, abrangendo: Referências legislativas nacionais e internacionais que regulamentam os direitos das pessoas transexuais; Análise de políticas públicas vigentes, como a Política Nacional de Saúde Integral LGBT e o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS); Estudos acadêmicos e doutrinários sobre a temática da equidade em saúde e inclusão de pessoas trans nos serviços públicos; Jurisprudências e decisões judiciais que impactam a construção de políticas de saúde para a população transexual no Brasil.

A pesquisa bibliográfica consiste no levantamento e análise de materiais publicados, como livros, artigos científicos, dissertações, teses consiste no levantamento e análise de materiais publicados, como livros, artigos científicos, dissertações, teses e relatórios técnicos, com o objetivo de fundamentar teoricamente o estudo. Segundo Gil (2008, p. 50), esta metodologia permite conhecer o estado da arte sobre um determinado tema, identificando as principais contribuições de autores e teorias que embasam o assunto treinado.

Para Lakatos e Marconi (2017, p. 44) , a pesquisa bibliográfica é fundamental porque oferece ao pesquisador uma base consolidada de conhecimento, ajudando a estruturar argumentos e construir um referencial teórico sólido. Além disso, possibilita a identificação de lacunas na literatura, abrindo caminho para novas investigações. .(LAKATOS; MARCONI, 2017).

A pesquisa documental , por sua vez, baseia-se na análise de documentos oficiais, como leis, decretos, regulamentos, relatórios governamentais, processos judiciais e registros administrativos. Enquanto a pesquisa bibliográfica se concentra em materiais acadêmicos, a pesquisa documental utiliza fontes primárias, ou seja, documentos originais que não passaram por análises interpretativas prévias.

Segundo Gil (2008, p. 51), a pesquisa documental é especialmente útil para estudos que envolvem análises históricas, jurídicas e institucionais, pois, permite acessar informações diretas sobre políticas, normativas e diretrizes determinantes por órgãos oficiais. (GIL, 2008).

A escolha da pesquisa bibliográfica e documental para este estudo justifica-se pela necessidade de analisar políticas públicas e normativas externas à população transexual, com base em referências teóricas e documentos oficiais. Enquanto a pesquisa bibliográfica permitiu a compreensão dos principais conceitos e teorias sobre equidade em saúde e direitos humanos, a pesquisa documental possibilitou a investigação de leis, portarias e diretrizes do SUS relacionadas ao atendimento à população trans.

Além disso, a metodologia inclui uma análise crítica dos desafios e lacunas na implementação dessas políticas, utilizando como referência experiências de outras cidades e estados que já possuem Ambulatórios T ou serviços especializados para a população trans. A dissertação segue uma abordagem interdisciplinar, articulando elementos de direito, políticas públicas e saúde pública para proporcionar soluções viáveis para propor soluções viáveis que possam ser aplicadas na realidade local de São Borja.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou analisar as políticas públicas externas para a população transexual, com ênfase na área da saúde, propondo a implementação de um Ambulatório T no município de São Borja. A pesquisa evidenciou que, apesar da existência de legislações e normativas que asseguram os direitos dessa população, desafios estruturais e sociais ainda limitam sua plenificação.

Evidente que, a busca pela consilidação dos direitos humanos dos transexuais é uma pauta de discussão cada vez mais necessária. O Estado Democrático de Direito, busca pela igualdade, lealdade e fraternidade na esfera social, não sendo mais admissível que exista distinção e exclusão que impeçam os seres humanos de exercer a sua cidadania de forma digna, pois, o sexo/gênero não pode ser balizador para tratamentos desumanos que impeçam o acesso ao mínimo das políticas públicas e dos direitos humanos.

OS transexuais em sua maioria passam sua vida sofrendo com conflitos e desequilíbrios emocionais, derivados da incompatibilidade entre sexo psicossocial e sexo biológico. A necessidade de esconder-se atrás de uma personalidade que não é a sua, é a realidade de uma maioria que ainda teme a forma que a sociedade irá tratar a cada um por suas escolhas. A identidade sexual faz parte da identidade de cada indivíduo, estando desprendida do sexo morfológico relativo ao sexo e gênero.

A criação do Ambulatório se apresenta como uma alternativa viável e necessária para garantir um atendimento especializado e humanizado, promovendo maior inclusão e equidade no acesso à saúde. A proposta se baseia na compreensão de que políticas públicas eficientes devem ser construídas a partir das demandas reais da população-alvo, garantindo a efetividade dos direitos fundamentais e a cidadania plena.

A proibição constitucional de discriminação por motivo de sexo protege heterossexuais, homossexuais, transexuais e travestis, sempre que a sexualidade seja o fator decisivo para a imposição de tratamentos desfavoráveis. A proibição de discriminação por motivo de sexo compreende, além da proteção contra tratamentos desfavoráveis fundados na distinção biológica entre homens e mulheres, proteção diante de tratamentos desfavoráveis decorrentes do gênero, relativos ao papel

social, à imagem e às percepções culturais que se referem à masculinidade e à feminilidade.

O princípio da igualdade impõe a adoção de mesmo tratamento aos destinatários das medidas estatais, a menos que razões suficientes exijam diversidade de tratamento, recaindo o ônus argumentativo sobre o cabimento da diferenciação. Não há justificativa para tratamento desfavorável a transexuais quanto ao custeio pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O direito fundamental de liberdade, diretamente relacionado com os direitos fundamentais ao livre desenvolvimento da personalidade e de privacidade, concebendo os indivíduos como sujeitos de direito ao invés de objetos de regulação alheia, protege a sexualidade como esfera da vida individual livre da interferência de terceiros, afastando imposições indevidas sobre transexuais, mulheres, homossexuais e travestis.

O direito à saúde é direito fundamental, dotado de eficácia e aplicabilidade imediatas, apto a produzir direitos e deveres nas relações dos poderes públicos entre si e diante dos cidadãos, superada a noção de norma meramente programática, sob pena de esvaziamento do caráter normativo da Constituição. A força normativa da Constituição, enquanto princípio de interpretação, requer que a concretização dos direitos fundamentais empreste a maior força normativa possível a todos os direitos simultaneamente, pelo que a compreensão do direito à saúde deve ser informada pelo conteúdo dos diversos direitos fundamentais relevantes para o caso.

A norma de direito fundamental que consagra a proteção à dignidade humana requer a consideração do ser humano como um fim em si mesmo, ao invés de meio para a realização de fins e de valores que lhe são externos e impostos por terceiros; são inconstitucionais, portanto, visões de mundo heterônomas, que imponham aos transexuais limites e restrições indevidas, com repercussão no acesso a procedimentos médicos.

A doutrina e a jurisprudência constitucionais contemporâneas admitem a eficácia direta da norma constitucional que assegura o direito à saúde, ao menos quando as prestações são de grande importância para seus titulares e inexistir risco de dano financeiro grave, o que inclui o direito à assistência médica vital, que prevalece, em princípio, inclusive quando ponderado em face de outros princípios e bens jurídicos.

A saúde é, ao mesmo tempo, direito vital e dever estatal, ambos de matriz constitucional (arts. 6º e 196), e devidamente regulados pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90. Seu caráter de essencialidade e fundamentalidade a insere dentro do rol de direitos subjetivos que integram o mínimo existencial da pessoa humana, impondo ao Poder Judiciário sua pronta materialização quando devidamente provocado, sob pena de negar-se ao ser humano sua própria condição.

Observe-se que não tem lugar nesta discussão a questão da insuficiência de recursos para a efetivação do mandamento jurisdicional que impõe ao ente público a concretização daquilo que espontaneamente deveria proporcionar, quando se verifica o devido equilíbrio, razoabilidade e observância dos preceitos constitucionais no comando jurisdicional que exige do Poder Executivo a disponibilização ou a melhoria na qualidade dos serviços públicos que lhe cabe prestar, medida esta que se impõe em prestígio à força normativa da Constituição.

A pesquisa reforça que a ausência de políticas específicas para a população trans reflete a marginalização histórica desse grupo e evidencia a necessidade de ações concretas para superar tais desigualdades. Assim, a implementação de um ambulatório especializado pode representar um avanço significativo na garantia do direito à saúde, funcionando como modelo para outros municípios que enfrentam desafios semelhantes.

Dessa forma, espera-se que este estudo contribua para futuras discussões e aprimoramentos nas políticas voltadas para a população transexual, incentivando o desenvolvimento de novas estratégias para a promoção da equidade e dos direitos humanos. Além disso, a pesquisa abre espaço para investigações futuras que possam aprofundar o tema e ampliar o debate sobre a inclusão da população trans no sistema de saúde pública.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA SENADO. **Primeira lei da Previdência, de 1923, permitia aposentadoria aos 50 anos.** Agência Senado, 2019. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/arquivo-s/primeira-lei-da-previdencia-de-1923-permitia-aposentadoria-aos-50-anos>. Acesso em: 10 jan. 2024.
- AZEVEDO, Daviane Aparecida de. **Movimentos Sociais, Sociedade Civil e Transformação Social no Brasil.** Revista Multidisciplinar Da Uniesp, nº 09, Jun. 2010. Pags. 215 a 218.
- ASENSI, Felipe Dutra. **Direito à saúde: práticas sociais reivindicatórias e sua efetivação.** Curitiba: Juruá, 2013.
- AVRITZER, Leonardo. O Orçamento Participativo e a teoria democrática: um balançocrítico. In: AVRITZER, Leonardo e NAVARRO, Zander (orgs). **A inovação democrática no Brasil: o Orçamento Participativo.** São Paulo: Cortez, 2003. Disponível em: www.democraciaparticipativa.org.br. Acesso em: 20 nov. 2024.
- BARCELLOS, Ana Paula de. **A eficácia jurídica dos princípios constitucionais: o princípio da dignidade da pessoa humana.** 3. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2011.
- BENEVIDES, Bruna; NOGUEIRA, Sayonara Naider Bonfim. **Dossiê dos Assassínatos e da Violência contra Travestis e Transexuais no Brasil.** São Paulo: Expressão Popular, ANTRA, IBTE, 2020. Disponível em: <<https://antrabrazil.files.wordpress.com/2020/01/dossic3aa-dos-assassinatos-e-da-violc3aancia-contra-pessoas-trans-em-2019.pdf>>. Acesso em: 06 nov. 2024.
- BENTO, Berenice. **A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual.** Rio de Janeiro: Garamond, 2006.
- BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história.** São Paulo: Cortez, 2007.
- BELTRÃO, Silvio Romero. **Direitos da Personalidade.** São Paulo: Atlas, 2014.
- BEZERRA, V. **Cenários políticos brasileiros, conquistas e desafios para as políticas públicas de saúde no contexto da prevenção e tratamento do HIV/AIDS e IST's.** O Social em Questão 2019; 22(45):13-34.
- BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. **Carta de Ottawa: A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986, apresenta neste documento sua Carta de Intenções, que**

seguramente contribuirá para se atingir Saúde para Todos no Ano 2000 e anos subsequentes. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf>. Acesso em: 09 Out. 2023.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de direito constitucional**. 18. ed. São Paulo: Malheiros, 2006.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos** (trad. Carlos Nelson Coutinho). 9ª reimp. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004,

BONETI, Lindomar Wessler. **Políticas Públicas por Dentro**. 2ª Edição. Editora Unijuf: Ijuí, 2007.

BORGES, Adriana Teotonio; ESTRELA, Noábia Maria Freitas; FELIX Maria Orlianni Santos Dantas. **Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil**: em busca de universalidade, integralidade e equidade. 2017. Disponível em: < <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/180270>> Acesso em: 24 dez. 2024.

BUNCHART, Maria Eugenia. A Jurisprudência Brasileira da Transexualidade: uma reflexão à luz de Dworkin. *In*: **Revista Sequência**, Florianópolis, Nº. 67, p. 277-388, Dez. 2013.

BUNCHART, Maria Eugenia. Transexualismo no STJ: desafios para a despatologização à luz do debate Butler-Fraser. *In*: **Revista Novos Estudos Jurídicos**, Itajaí, Vol. 21, Nº. 1, p. 343-376, Jan-Abr. 2016.

BÜHRING, A. M. (Re)definição de fronteira(s) e cidades gêmeas: Brasil e Uruguai. **Revista Brasileira de Direito Internacional** | e-ISSN: 2526-0219| Minas Gerais | v. 1| n. 2|p. 230-260. 2015.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **Identidade e Etnia, construção da pessoa e resistência cultural**. Disponível em: <http://sitiodarosadosventos.com.br/livro/images/stories/anexos/identidade_etnia.pdf>. Acesso em: 24 dez. 2024.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de saúde no Brasil**. Cuiabá: Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, 2008. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/2163/livros>>. Acesso em: 23 dez. 2024.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 05 out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 06 jun. 2024.

_____. 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 28 Dez. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 06 jun. 2024.

_____. Lei n.º 8.212, de 24 de Julho de 1991. **Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, DF. 24 Jul. 1991. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 06 jun. 2024.

_____. Lei n.º 8.742, de 07 de Dezembro de 1993. **Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, DF. 07 Dez. 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm>. Acesso em: 06 jun. 2024.

_____. 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.** Diário Oficial da União, Brasília, DF. 03 Março 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 06 jun. 2024.

_____. Portaria n.º 457/2008 do Ministério da Saúde e Secretaria de Atenção à Saúde. **Dispõe sobre a regularização do processo transexualizador no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.** Diário Oficial da União, Brasília, DF. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0457_19_08_2008.html>. Acesso em: 24 ago. 2023

_____. Portaria n.º 2.836, de 1º de Dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), **a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais** (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Diário Oficial da União, Brasília, DF. 01 Dezembro 2011. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/equidade/publicacoes/publico-lgbt>>. Acesso em: 24 ago. 2023.

_____. Portaria n.º 2.803, de 19 de Novembro de 2013. **Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS).LGBT).** Diário Oficial da União, Brasília, DF. 19 Novembro 2013. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html#:~:text=PORTARIA%20N%C2%BA%202.803%2C%20DE%2019,%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20\(SUS\)>](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html#:~:text=PORTARIA%20N%C2%BA%202.803%2C%20DE%2019,%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20(SUS)>)>. Acesso em: 24 ago. 2023.

_____. **Resolução nº 1.652/2002 do Conselho Federal de Medicina.** Disponível em: Diário Oficial da União, Brasília, DF. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2002/1652_2002.htm>. Acesso em: 09 Out. 2023.

_____. Decreto n.º 8.727, 28 de Abril de 2016. **Dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional.** Diário Oficial da União, Brasília, DF. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2002/1652_2002.htm>. Acesso em: 09 Out. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **12ª Conferência Nacional de Saúde:** conferência Sergio Arouca: relatório final. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): Estrutura, princípios e como funciona.** Brasília, 2019. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br#estrutura>>. Acesso em: 09 Out. 2024.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Primária (APS).** Brasília, 2024. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html>. Acesso em: 09 Out. 2024.

_____. Ministério da Saúde. **Políticas de Promoção da Equidade em Saúde.** Brasília, 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_prococao_equidade_saude.pdf>. Acesso em: 09 Out. 2024.

_____. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT,** 2009. Órgãos e entidades envolvidos diretamente com o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais Disponível em: <<https://bibliotecadigital.economia.gov.br/bitstream/123456789/1006/1/planolgbt.pdf>>. Acesso em: 09 Out. 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Cuidar Bem Da Saúde De Cada Um, Faz Bem para Todos, Faz Bem Para o Brasil.** 2016. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/fevereiro/18/CARTILHA-Equidade-10x15cm.pdf>>. Acesso em: 24 dez. 2024.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização- Humaniza SUS.** 2019. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br>>. Acesso em: 24 dez. 2024.

_____. Governo do Distrito Federal, Portaria SES-DF Nº161 de 21 de fevereiro de 2018, Protocolo de Atenção à Saúde. 2018. **Fluxo de Atendimento do Ambulatório de Assistência Especializada às Pessoas Travestis e Transexuais na Rede Pública de Saúde do DF.** Disponível em: <<https://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/6.1->>. Acesso em: 24 dez. 2024.

_____. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. **Brasil sem homofobia:** programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e de promoção da cidadania homossexual. Brasília, 2004. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf>. Acesso em: 09 Out. 2023.

_____. Lei nº 10.257, de 10 de Julho de 2001. **Regulamenta os arts. 182 e 183 da Constituição Federal, estabelece diretrizes gerais da política urbana e dá outras providências.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10257.htm. Acesso 12 nov. 2021.

_____. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário com Agravo (ARE) 727.864/PR.** Relator: Min. Celso de Mello. Julgado em 4 nov. 2014. Diário da Justiça Eletrônico, 12 nov. 2014. Disponível em: <<https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/jurisprudencia/doc.jsp?vinculo=URN&b=ACOR&p=true&t=&l=1&i=1>>. Acesso em: 10 dez. 2024.

CAIXETA, Izabella. **Conheça 11 lideranças trans brasileiras para se inspirar.** 2023. Disponível em: <<https://www.em.com.br/app/noticia/diversidade/2023/03/31/noticia-diversidade,1476044/conheca-11-liderancas-trans-brasileiras-para-se-inspirar.shtml>>. Acesso em: 10 dez. 2024.

CARNUT, Leonardo; LEITE, Maria da Conceição; MENDES, Ana. **Metodologias para alocação equitativa de recursos financeiros em saúde: uma revisão integrativa.** Saúde em Debate, v. 44, n. 126, p. 902-918, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/QX3G5qzmksjDMjFSjb6Ygnj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 09 set. 2024.

CARVALHO, Koichi Kameda de Figueiredo. **Transexualidade e cidadania:** a alteração do registro civil como fator de inclusão social. *In:* Revista Bioética, ano 3, 2009. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=361533251010>>. 09 set. 2024.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão?** 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/kJ648bXd7wWb6gQQcwrBd3B/?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 20 dez. 2024.

CEOLIN, P. S. L.; COLVERO, B. R.; MENDES, Z. L. **Relações intermunicipais de fronteira: análise dos mecanismos de integração adotados pelas cidades gêmeas de São Borja (Brasil) e Santo Tomé (Argentina)**. DIÁLOGO. Universidade La Salle Canoas, n. 40, 2019. Disponível em: <<http://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/Dialogo>>. Acesso em: 15 out. 2024.

CENEVIVA, Walter. Direito Urbanístico Brasileiro e Estatuto da Cidade in GRAU, Eros Roberto e CUNHA, Sérgio Sérulo da (org.). Estudos de Direito Constitucional em homenagem a José Afonso da Silva. São Paulo: Ed. Malheiros, 2003, p. 165-176.

COSTA, D. M. D. **Novas tendências para a administração pública**: Aplicações Práticas em orçamento participativo e governança local solidária. (notas de aula), Viçosa: UFV. Jul, 2008.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Notas sobre cidadania e modernidade**. Estudos de Política Social, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 145-160, 1997.

COLVERO, B. R.; SEVERO, M. **A construção e a disputa pela hegemonia patrimonial em São Borja (RS)**: de primeiro dos Sete Povos Missionários à terra dos presidentes. v. 5, n. 1 – ISSN 2316-395X. Revista Confluências Culturais. 2016.

Conselho Regional de Desenvolvimento da Fronteira Oeste COREDE-FO. **PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO (2010-2020) | Relatório Final**. Universidade Federal do Pampa. Governo do Estado do Rio Grande do Sul. 2020.

Conselho Nacional do Ministério Público. **À supremacia da Constituição sobre as demais normas do ordenamento jurídico**. 2024. Disponível em: <www.cnmp.jus.br>. Acesso em: 15 out. 2024.

CRFMG. **História da Farmácia – Surgimento das boticas**. Disponível em: <https://www.crfmg.org.br/externo/institucional/historia_historia.php>. Acesso em: 09 Out. 2023.

CRESWELL, John W. **Investigação qualitativa e Investigação qualitativa e desenho de pesquisa: escolha entre cinco abordagens**. 2ª Ed. Thousand Oaks: Sage, 2007.

CRUZ, M. **Movimentos Sociais e Cidadania**. Rio de Janeiro: 2014.

CHOERI, Raul Cleber da Silva. **O direito à identidade na perspectiva civil-constitucional**. Rio de Janeiro: Renovar, 2008.

DALLARI, Sueli Gandolfi; VENTURA, Deisy de Freitas Lima. In: SCHWARTZ, Germano (Org.). **A saúde sob os cuidados do direito**. Passo Fundo: UPF, 2003.

D'ARAUJO, Maria Celina. **Capital Social**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

DIAS, Reinaldo; MATOS, Fernanda. **Políticas Públicas: Princípios, Propósitos e Processos**. 1ªed. São Paulo: Atlas. 2011.

DINIZ, Maria Helena. **O Estado atual do Biodireito**. São Paulo: Saraiva, 2006.

_____. **Curso de direito civil brasileiro: teoria geral do Direito Civil**. 24º ed. São Paulo: Saraiva, 2006. v. 1, p. 142.

DIAS, Maria Berenice. **União homossexual: o preconceito e a justiça**. 2. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

DIAS, Driely Gimenez. **Transexual: possibilidade de retificação do prenome no assento de registro civil, em face da não realização da cirurgia de redesignação de sexo**. Disponível em: <http://www.egov.ufsc.br:8080/portal/sites/default/files/transexual_possibilidade_de_retificacao_do_prenome_no_assento_de_registro_civil_em_face_da_nao_realizacao_da_cirurgia_de_redesignacao_de_sexo.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2024.

DIEHL, Astor Antônio. **Pesquisa em ciências sociais aplicadas: métodos e técnicas**. São Paulo: Prentice Hall, 2004

DOURADO, Daniel de Araújo. **Regionalização e federalismo sanitário no Brasil. 2010**. 183 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

SCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz A. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. *In*: GIOVANELLA, Lúgia et. al. (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p. 412-481.

FAUSTO, Boris. **História do Brasil**. São Paulo: EDUSP, 2013.

FACHINI, Regina. Histórico da luta de LGBT no Brasil. *In*: Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região (org.). **Psicologia e diversidade sexual**. – São Paulo: Caderno Temático 11, CRPSP, 2011.

FERREIRA, Ricardo Alexino. **Colunista explica por que junho é o mês do orgulho gay: o movimento LGBTI, como o conhecemos hoje, deve muito à revolta de Stonewall, ocorrida em junho de 1969, em Nova York**. . São Paulo: Escola de Comunicações e Artes, Universidade de São Paulo. Disponível em:

<http://jornal.usp.br/atualidades/colunista-explica-por-que-junho-e-o-mes-do-orgulho-gay/>. Acesso em: 04 jun. 2024.

FIGUEIREDO, A.; FIGUEIREDO, B. **A Evolução das Políticas de Saúde no Brasil**. Porto Alegre: 1983.

DE FIGUEIREDO, Crislayne Aparecida Pereira; LEMES, Elizio de Figueiredo. A dignidade da pessoa humana: sua proteção e o dano moral decorrente de ato atentatório contra a vida. *In*: CORAZZA, Thaís Aline Mazetto; DE CARVALHO, Gisele Mendes (Org). **Um olhar contemporâneo sobre os Direitos da Personalidade**. Birigui, São Paulo: Boreal Editora, 2015.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade**. Rio de Janeiro: Paz & Terra. 2015, p. 126-127.

FREITAS, Daniel Castanha de. **Direito Fundamental à saúde e medicamentos de alto custo: entre administração pública e poder judiciário**. 187 f. Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, PUCPR. Curitiba, 2016.

FUHRMANN, Ítalo Roberto. “Judicialização” dos direitos sociais e o direito fundamental à saúde: por uma reconstrução do objeto do direito à saúde no direito brasileiro. 151 f. Dissertação (Mestrado em Direito) - Faculdade de Direito, PUCRS. Porto Alegre, 2011.

GARBOIS, Júlia A.; SODRÉ, Fátima; ARAÚJO, Mônica Dalbello. **Determinantes sociais da saúde: o 'social' em questão**. Saúde e Sociedade, v. 23, p. 1173-1182, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/PqRVj8dcNHfP6XHcSqWjLrn/?lang=pt>>. Acesso em: 20 dez. 2024.

GAGLIANO, Pablo Stolze; FILHO, Rodolfo Pamplona. **Novo Curso de Direito Civil: parte geral**. São Paulo: Saraiva, 2013.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 279-321.
GUBA, Egon G.; LINCOLN, Yvonna S. **Paradigma competitivo pesquisa em : paradigmas concorrentes em pesquisa qualitativa**. Thousand Oaks: Sage, 1994.

G1 Portal Globo. **Carol Duarte vive transexual em A Força do Querer: Personagem difícil e encantador**. Disponível em:

<<https://g1.globo.com/pop-arte/noticia/carol-duarte-vive-transexual-em-a-forca-do-querer-personagem-dificil-e-encantador.ghtml>>

HALL, Stuart. **A identidade cultural na pós-modernidade**. Tradução de Tomaz Tadeu da Silva e Guacira Lopes Louro. Rio de Janeiro: DP&A, 2011.

HOFFMAM, Fernando; SILVEIRA, Laureani Pazzini. O direito à identidade sexual no contexto dos direitos da personalidade: a mudança do registro civil dos transexuais na jurisprudência do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul. *In: REVISTA QUAESTIO IURIS*, 12(3), 22–55. 2020. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/quaestioiuris/article/view/38168>>. Acesso em: 28 Abril 2024.

HOFFMAM, Fernando; ODORISSI, Luiza Ferreira; SILVEIRA, Laureani Pazzini. Da Tutela da Personalidade à Tutela das Identidades: a questão da modificação do registro civil dos transexuais na jurisprudência do TJ/RS. *In: IV Seminário Internacional de Direitos Humanos e Democracia e IV Mostra de Trabalhos Científicos, 2016*, Ijuí. Anais do IV Seminário Internacional de Direitos Humanos e Democracia: o futuro do Estado de Direito. Ijuí: UNIJUÍ, 2016. v. 1. p. 298-315.

IDIS, Desenvolvendo o investimento social. **O que é filantropia?** 2023. Disponível em: <https://www.idis.org.br/o-que-e-filantropia/?utm_source=chatgpt.com>. Acesso em: 07 out. 2024.

JÚNIOR, Reynaldo Mapelli. **Judicialização da saúde: regime jurídico do SUS e intervenção na administração pública**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. Disponível em: <https://www.lexml.gov.br/urn/urn%3Alex%3Abr%3Arede.virtual.bibliotecas%3Alivro%3A2017%3B001099307?utm_source=chatgpt.com>. Acesso em: 20 dez. 2024.

JESUS, Jaqueline G. **Visibilidade transgênero no Brasil**. *Correio Brasiliense*. Caderno Opinião, p. 13. 2012. Disponível em: <<https://conteudoclipppingmp.planejamento.gov.br/cadastros/noticias/2012/1/18/visibilidade-transgenero-no-brasil>>.

LAFER, Celso. **A reconstrução dos direitos humanos**: um diálogo com o pensamento de Hannah Arendt. São Paulo: Companhia das Letras, 1988.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

Leitão LCA, Simões MOS, Simões AEO, Alves BC, Barbosa IC, Pinto MEB. **Judicialização da saúde na garantia do acesso ao medicamento**. *Rev Salud Pública* 2014; 16:360-70.

LIMA, Fernando Rister de Sousa. **Saúde e Supremo Tribunal Federal**. Curitiba: Juruá, 2013.

LIBERATI, Wilson Donzeti. **Políticas Públicas no Estado Constitucional**. São Paulo: Atlas, 2013.

LOBO BHSC; SANTOS GS; PORCINO C; MOTA TN; MACHUCA-CONTRERAS FA, OLIVEIRA JF, et al. Transphobia as a social disease: discourses of vulnerabilities in trans men and transmasculine people. *Rev Bras Enferm*. 2023;76(Supl 2):e20220183. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0183pt>>. Acesso em: 24 Dez. 2024.

LUCCHESE, Patrícia. **Políticas públicas em Saúde Pública**. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/M/2004/Lucchese_Políticas_publicas.pdf>. Acesso em: 28 Abril 2024.

LUCAS, Douglas Cesar; SANTOS, André Leonardo Copetti. **A (In)Diferença no Direito**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2015.

MARTINS, Gilberto de Andrade. **Estudo de caso: uma estratégia de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2006.

MARTÍNEZ, José Antonio. **Los derechos económicos, sociales y culturales**. 1999. Disponível em: <<https://www.deusto-publicaciones.es/deusto/pdfs/cuadernosdcho/cuadernosdcho43.pdf>> . Acesso em: 18 jun. 2023.

MATTEI, L. F. **Sistema de Proteção Social Brasileiro Enquanto Instrumento de Combate à Pobreza**. Universidade Federal de Santa Catarina; Centro Socioeconômico, Departamento de Economia e Relações Internacionais. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Socioeconômico, Programa de Pós-Graduação em Administração, Florianópolis, SC, Brasil. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-02592019v22n1p57>. Acesso em: 15 out. 2024.

MANUAL DE COMUNICAÇÃO LGBTI+. **Substituindo o Preconceito por informação completa**. 2017. Disponível em: <<https://aliancalgbti.org.br/wp-content/uploads/2022/01/manual-de-comunicacao-gaylatino-V-2021-WEB.pdf>>. Acesso em: 24 Dez. 2024.

MACHADO, Leonardo. **ONG Girassol promove rede de apoio LGBTQIA em São Borja**. 2022. Disponível em: <https://www.jornaldocomercio.com/_conteudo/cadernos/empresas_e_negocios/2022/04/842658-ong-girassol-promove-rede-de-apoio-lgbtqia-em-sao-borja.html>. Acesso em: 24 Dez. 2024.

MENDES, K.R. **Curso de Direito da Saúde**. São Paulo: Saraiva; 2010.

MELLO, L.; PERILO, M.; BRAZ, C.A.; PEDROSA, C. **Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil**: em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Revista Latinoamericana de Sexualidad, Salud y Sociedad*, v. 9, p. 7-28, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sexs/n9/02.pdf>>. Acesso em: 24 Dez. 2024.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

MIRANDA, C. **Assistência à Saúde: desafios e avanços**. Belo Horizonte: 2019.

MONTEIRO, Juliana Rocha; JÚNIOR, Luiz Gonzaga. Ações afirmativas: por uma política diferenciada de acesso na Universidade Federal de Rondônia. BARBOSA, Jorge Luiz, SILVA, Jailson de Souza e, SOUZA, Ana Inês. *In: Ação afirmativa e desigualdade na universidade brasileira*. Rio de Janeiro. 2010. p. 269-297.

MORAES, Isabela; MEDEIROS, Letícia. **Gênero: você entende o que significa?** 2024. Disponível em: <https://www.politize.com.br/vamos-falar-sobre-genero/?utm_source=chatgpt.com>. Acesso em: 15 dez. 2024.

MORAES, Alexandre de. **Direito constitucional**. São Paulo: Atlas, 1999.

NEUNER, Jörg. **Os Direitos Humanos Sociais**. In: SARLET, IW, (Org.) *Jurisdição e Direitos Fundamentais*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006. p. 145-168

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial de Saúde**. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organização-Mundial-da-Saúde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omsworld.html>>. Nova Iorque, 22 jul. 1946.

OLIVEIRA, C. D. As relações artesanais e o estímulo ao desenvolvimento local no Brasil, em Gouveia-MG e outras diferentes escalas. Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais. Departamento de Geografia da UFMG. Belo Horizonte. 2007.

OLIVEIRA, Elizabeth Regina Araújo. Interdisciplinaridade, trabalho em equipe e multiprofissionalismo: concepções dos acadêmicos de enfermagem. *In: Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde. Centro de Ciências da Saúde - Departamento de Enfermagem Av Marechal Campos*, nº1468 Maruípe - Vitória-ES. 2011. Disponível em: <<https://periodicos.ufes.br/index/login?source=%2FRBPS%2Farticle%2FviewFile%2F2996%2F2370>>. Acesso em: 24 Dez. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial de Saúde**. Disponível em:

<<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organizacao-Mundial-da-Saude/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswwho.html>>. Nova Iorque, 22 jul. 1946.

PAIM, Jairnilson Silva. **O Que É o SUS**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz. 2015.

Disponível em: <<http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/4/>> . Acesso em: 23 dez. 2024.

PEREIRA, Lourenço Barros de Carvalho; CHAZAN, Ana Claudia Silva. **O acesso das pessoas transexuais e travestis à atenção primária à saúde: uma revisão integrativa**. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 14, n. 41, 2019. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1795>>. Acesso em: 24 jun. 2024.

PIVETTA, Saulo Lindorfer. **Direito fundamental à saúde: regime jurídico**, políticas públicas e controle judicial. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014. Disponível em: <<https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/30251/R%20-%20D%20-%20SAULO%20LINDORFER%20PIVETTA.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 28 Abril 2024.

PIOVENZA, Milena. **Transexualismo: possibilidades e limites jurídicos de uma nova identidade sexual**. Disponível em:

<<http://milenapiovezan.jusbrasil.com.br/artigos/113501120/transexualismo-possibilidades-e-limites-juridicos-de-uma-nova-identidade-sexual>>. Acesso em: 04 Jun. 2024.

PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA. **Princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero**. 2007. Disponível em:

<https://www.clam.org.br/uploads/conteudo/principios_de_yogyakarta.pdf?utm_source=chatgpt.com>. Acesso em: 28 Abril 2024.

PORTAL DA EDUCAÇÃO. **A filosofia da ciência em Thomas Kuhn**. Disponível em: <<https://brasilescola.uol.com.br/filosofia/a-filosofia-ciencia-thomas-kuhn.htm>>. Acesso em: 12 jan. 2024.

POLIGNANO, Marcos Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. Cuiabá: Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, 2001. Disponível em:

<<http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/16/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-%5B16-030112-SES-MT%5D.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2024.

RAMOS, V. R.; NETTO, E. M. **As instituições de saúde pública no Brasil Imperial: contribuições para a construção do sistema sanitário nacional**. Revista Brasileira de História, v. 37, n. 74, p. 45-63, 2017. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/rbhist/a/7J6Y9Zg7V9P7LQF9s5y5L7h/>>. Acesso em: 15 dez.. 2024.

RAMOS, Edith Maria Barbosa; MADUREIRA, Amanda Silva; SENA, Jaqueline Prazeres de. **O processo de redemocratização e o novo padrão de proteção do direito à saúde no Brasil**. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, Brasília, v. 2, n. 2, p. 51-67, jul./dez., 2013.

RESTA, Eligio. **Percursos da Identidade uma abordagem jusfilosófica**. Tradução Douglas Cesar Lucas. Ijuí: Unijuí, 2014

Relatórios Dinâmicos - Monitoramento de Indicadores Município de São Borja – ODS 10. **Portal ODS. Brasil. 2021. Disponível em:** <http://rd.portalods.com.br/relatorios/18/trabalho-decente-e-crescimento-economico/BRA004043381/sao-borja---rs>. Acesso em: 15 out. 2024.

Relatórios Dinâmicos - Monitoramento de Indicadores Município de São Borja – ODS 10. **Portal ODS. Brasil. 2021. Disponível em:** <http://rd.portalods.com.br/relatorios/20/reducao-de-desigualdades/BRA004043381/sao-borja---rs>. Acesso em: 15 out. 2024.

RIBEIRO, Pablo Vinicius Souza. Terapia hormonal para redesignação de gênero-mulher trans: uma revisão. **Saúde. Com-Ciência ISSN: 2594-5890**, n. 1, p. 9-16, 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Plano Estadual de Saúde 2020-2023. Dispõe sobre planejamento da gestão estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem como objetivo orientar as políticas públicas no período, com base nas necessidades de saúde da população. A partir da análise situacional do território e dos demais instrumentos de planejamento, foi definida a diretriz, os objetivos, as metas e os indicadores a serem alcançados no período de 2020 a 2023, identificando a estratégia de monitoramento e a avaliação dos mesmos. 2020. Disponível em: <<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202103/31105430-plano-estadual-de-saude-2020-2023.pdf>>. Acesso em: 24 dez. 2024.

ROBALO, Lins. **SAÚDE LGBTQI+: As fronteiras do atendimento integral e a prevenção**. Girassol Amigos na Diversidade. São Borja RS, 2019. Disponível em: <<https://fundopositivo.org.br/>>. Acesso em: 24 dez. 2024.

ROCON, Pablo Cardozo, Sodré Francis, **O que esperam pessoas trans do Sistema Único de Saúde?** 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/icse/2017.nahead/10.1590/1807-57622016.0712/pt/>>. Acesso em: 27 Dez. 2024.

ROCHA, Tiago Goia. **Ambulatório T(1): as fronteiras do atendimento de saúde à população trans**. Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção do Título de

Especialista em Cultura da Paz e Práticas de Comunicação Não Violenta. Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA). Disponível em: <<https://dspace.unipampa.edu.br/bitstream/riu/6406/1/Tiago%20Goia%20da%20Rocha%202019.pdf>>. Acesso em: 24 dez. 2024.

ROVARIS, Aline. **Retificação do Registro Civil do Transexual**. 2010. Disponível em: <<http://www.bib.unesc.net/biblioteca/sumario/00004E/00004EEF.pdf>>. Acesso em: 04 Jun. 2017.

SANTOS, Lenir; FUNCIA, Francisco. **Histórico do financiamento do SUS: evidências jurídico-orçamentárias do desinteresse governamental federal sobre a garantia do direito fundamental à saúde** In: Revista Eletrônica Domingueira da Saúde. ISSN 2525-558. N.º 21, Maio de 2020. Disponível em: <<http://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-21-maio-2020?lang=pt>>. Acesso em: 28 Abril 2024.

SARLET, Ingo Wolfgang; MARONI, Luiz Guilherme; MITIDIERO, Daniel. **Curso de Direito Constitucional**. São Paulo: Saraiva, 2020.

_____, Ingo Wolfgang. **Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988**. Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado (RERE). Salvador: Instituto Brasileiro de Direito Público, n.11, 2007.

_____; “Os direitos fundamentais sociais e os vinte anos da Constituição Federal de 1988: resistências e desafios à sua efetivação”. Revista do Instituto de Hermenêutica Jurídica. v.6. Belo Horizonte: Fórum, p. 163-206, 2008.

_____; FIGUEIREDO, Mariana Filchtner. “O direito fundamental à proteção e promoção da saúde na ordem jurídico-constitucional: uma visão geral sobre o sistema (público e privado) de saúde no Brasil. In: **Revista Gestão e Controle**. v.01. Porto Velho: Tribunal de Contas do Estado de Rondônia, p. 73-138, 2013.

SECCHI, Leonardo. **Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. 2ª ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013.

_____, Leonardo. **Análise de Políticas Públicas. Conceito, esquema de análise, casos práticos**. 2ªed. São Paulo: Cengage Learning, 2016.

SILVA, Marcelo Rodrigues da. **Políticas públicas e efetivação dos direitos sociais**. Fórum Administrativo – FA, Belo Horizonte, ano 13, n. 144, p. 50-56, fev. 2019.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. São Paulo: Malheiros, 2016.

SILVEIRA, Laureani Pazzini; HOFFMAM, Fernando; BERTASSO, Luana Martins. Os direitos fundamentais e suas perspectivas constitucionais: uma análise ao princípio da dignidade da pessoa humana. *In: VI Seminário Internacional de Direitos Humanos e Democracia*. Unijuí. 2018.

SILVEIRA, Laureani Pazzini; FREITAS, Daniel Castanha. **O direito fundamental à saúde e o estado social e democrático: análise da política pública sanitária frente à possibilidade de judicialização de prestações de saúde**. Especialização. Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC. 2021.

SIQUEIRA, Sandra Aparecida Venâncio de; HOLLANDA, Eliane; MOTTA, José Inácio Jardim. **Políticas de Promoção de Equidade em Saúde para grupos vulneráveis**: o papel do Ministério da Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1397-1397, maio 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/equidade-em-saude-6/?utm_source=chatgpt.com>. Acesso em: 20 Dez. 2024.

SBMFC, Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. **O atendimento de pessoas trans na Atenção Primária à Saúde**. Disponível em: <<https://www.sbmfc.org.br/noticias/o-atendimento-de-pessoas-trans-na-atencao-primaria-a-saude/>>. Acesso em: 20 Dez. 2024.

SOUZA, Celina. **Políticas públicas: conceitos, tipologias e sub-áreas**. 2022. Disponível em: <https://biblioteca.unisced.edu.mz/handle/123456789/3145?utm_source=chatgpt.com>. Acesso em: 20 Dez. 2024.

SCHOOR, Janaína Soares; STURZA, Janaína Machado. Transexualidade e os Direitos Humanos: tutela jurídica ao direito à identidade. *In: Revista Jurídica Cesumar*, Maringá, Vol. 15, Nº. 1, p. 265-283, Jan-Jun. 2015.

TARTUCE, Flávio. **Direito Civil**. São Paulo: Saraiva, 2009.

TEPEDINO, Gustavo. **A tutela da personalidade no ordenamento civil-constitucional brasileiro**: temas de direito civil. Rio de Janeiro: Renovar, 2004.

UNICEF. **Carteira Nacional de Identidade (CIN) será emitida sem o campo de sexo e sem distinção entre nome social e nome do registro civil**. 2023.

Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/carteira-nacional-de-identidade-cin-sera-emitida-sem-o-campo-de-sexo-e-sem-distincao-entre-nome-social-e-nome-do-registro-civil>>. Acesso em: 15 nov. 2024.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração**. 16. ed. São Paulo: Atlas, 2016.

VIEIRA, Tereza Rodrigues. **Nome e Sexo**. São Paulo: Atlas, 2012.

VIEIRA, Tereza Rodrigues. **Mudança de sexo**: aspectos médicos, psicológicos e Jurídicos. São Paulo: Santos Editora, 1996.

VIEIRA, Camila Timóteo; LOPES, Marcelo Leandro Pereira. **O transexualismo e o direito à identidade através da possibilidade de alteração do registro civil à luz da resolução do conselho federal de medicina - CRFM nº 1.955/2010**. *in* Revista Constituição e Garantia de Direitos, volume 7, número 2, 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/constituicaoegarantiadedireitos/article/view/8008/5753>>. Acesso em: 26 ago. 2024.

WARGAS, Tatiana. **A saúde como política pública**. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/M/2004/Lucchese_Politicas_publicas.pdf>. Acesso em: 30 ju. 2020.

ZANINI, Leonardo Estevam de Assis. **Direitos da Personalidade**. São Paulo: Saraiva, 2011.