

# A Transexualidade na Política de Saúde no Ceará

*Maria Delfino da Silva*

*Universidade Estadual do Ceará - UECE*

*Profa. Dra. Maria do Socorro Ferreira Osterne*

*Universidade Estadual do Ceará – UECE*

<https://revistas.uece.br/index.php/inovacaotecnologiasocial/article/view/17167>

## Resumo

Este artigo teve como objetivo investigar o processo de incorporação das pessoas transexuais na Política de Saúde do Ceará, identificando seus avanços e limitações. O estudo parte da constituição das identidades trans, ancorado nos debates sobre gênero, transexualidade e teoria Queer, adotando a perspectiva interseccional por considerar elementos fundantes como raça e classe na experiência transexual. A metodologia adotada combinou análise bibliográfica, levantamento e análise de dados secundários e pesquisa documental. Buscou conhecer a trajetória da população trans na política estadual de saúde do Ceará, bem como suas demandas e os serviços a ela ofertados. A incorporação da população trans na Política de Saúde do Ceará deu-se, no primeiro momento, por meio das ações de enfrentamento ao HIV/AIDS, ampliando-se para a oferta de serviços do processo transexualizador. Consta que, mesmo com avanços, permanece a necessidade de uma política de atenção integral à saúde da população trans no Estado do Ceará.

**Palavra-chave** identidade de gênero; transexualidade; política de saúde.

## Abstract

This paper aimed to investigate the process of incorporation of transsexual people into Health Politics of Ceará State, identifying its progress and limits. The study began from the built of trans identities, anchored by debates on gender, transsexuality and Queer theory, adopting the intersectional perspective, considering other fundamental elements, such as race and class in the transsexual experience. The adopted methodology combined bibliographic analysis, survey and analysis of secondary data from documental research. One has searched for understanding the trajectory of trans population in the state health politics in Ceará, as well as their demands and the services offered to them. The incorporation of trans population into the Health Politics of Ceará State firstly happened through actions of confrontation with HIV/AIDS, widening to the offer of services of the transsexualization process. Despite of the advances, the necessity of a politics of integral attention to trans population's health in the State remains.

**Key-word** gender identity; transsexuality; health politics; ceará state.

## Introdução

O presente artigo abordará a questão da transexualidade a partir de uma perspectiva histórica e conceitual. Para tanto, buscamos dialogar com as várias abordagens sobre o problema em diferentes áreas como as ciências médicas, as ciências sociais, a psicologia e a psiquiatria.

Nele, dialogamos com o conceito de transexualidade e a constituição desse debate na academia e no âmbito do Serviço Social. A compreensão da transexualidade passa ainda pela reflexão sobre a construção da sexualidade, do sexo e das relações patriarcais de gênero, conceitos esses que também são abordados. A intenção foi trazer um quadro teórico-conceitual sobre o tema em questão demarcando suas perspectivas de análise.

## 2. Os Estudos das Relações de Gênero e Transexualidade

A obra “A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual”, de Berenice Bento (2006), localiza os primeiros usos da noção de gênero no campo da medicina e da psiquiatria, que foi, mais especificamente no ano de 1955, com o psicólogo infantil norte-americano John Money que, à época, desenvolvia pesquisas com crianças intersexuais, no Hospital John Hopkins, em Baltimore nos Estados Unidos, segundo Daniela Amaral (2007, p. 24 apud LIMA, 2018, p. 45).

Segundo Bento (2006), embora as pesquisas de Money concluíssem sobre a possibilidade de mudanças do gênero e da identidade sexual ainda na infância, e que o sexo estava ligado ao biológico e o gênero ao social e ao cultural, suas teses “não eram da determinação do social sobre o natural, mas de como o social, mediante o uso da ciência e das instituições, poderiam assegurar a diferença dos sexos” (BENTO, 2006, p. 38).

Nesse sentido, a noção que Money (apud BENTO, 2006) atribuía ao gênero era usada para diferenciar sexo biológico e identidade sexual. Essa noção tinha um viés patológico e clínico, na medida em que buscava corrigir, por meio de intervenções terapêuticas e cirúrgicas, as “incoerências” entre sexo biológico e identidade.

Dando sequência a Money, o psicanalista Robert Stoller desenvolveu suas teses também sob a perspectiva da identidade. Segundo Donna Haraway (2004), Stoller formulou o conceito de “identidade de gênero” pelo qual diferenciava biologia e cultura, “de tal modo que sexo estava vinculado à biologia (hormônios, genes, sistema nervoso, morfologia) e gênero à cultura (psicologia, sociologia)” (HARAWAY, 2004, p.216). Sob essa perspectiva, Stoller atribuía a produção do gênero, para ele – um homem ou uma mulher – enquanto consequência da ação da cultura sobre a biologia (HARAWAY, 2004).

Lima (2018), referenciando-se em Leite Junior (2008), observa que tanto o conceito de gênero quanto o de identidade, oriundos desse referencial, contribuíram fortemente para a perspectiva patologizante das travestilidades e, sobretudo, das transexualidades - conforme veremos mais adiante que

Há também necessidade de se evidenciar que os surgimentos desses conceitos atendem a uma ampla definição das sexualidades, em seus aspectos de normalidade e anormalidade, nas quais a compreensão do sexo enquanto uma categoria biológica e o gênero enquanto categoria social contribuiu com o processo de patologização das travestilidades e transexualidades, por meio do saber-poder – legitimado pela ciência, pelas instituições e pelo Estado [...] pois, a partir dessa concepção teórica, as identidades trans não atendem à óptica da inteligibilidade dos sexos (LIMA, 2018, p. 46).

Entretanto, as noções de sexo e gênero ganharam novas e diferentes conotações e perspectivas a partir dos estudos e debates no campo do feminismo e das ciências sociais. Destacamos o pioneirismo da antropóloga Margareth Mead e sua obra *Sexo e Temperamento*<sup>1</sup>, de 1935, com elaborações sobre o caráter cultural da diferença sexual. Para Mead, “toda cultura determina, de algum modo os papéis dos homens e das mulheres, mas não o faz necessariamente em termos de contrastes entre personalidades atribuídas pelas normas sexuais para os dois sexos, nem em termos de submissão ou dominação” (MEAD, 1999 *apud* PISCITELLI, 2009, p. 129). Portanto, não era o biológico quem determinava os comportamentos, mas estes eram produzidos pela cultura, conclui a autora.

Em 1949 a filósofa francesa Simone de Beauvoir publica sua famosa obra “*O Segundo Sexo*”, na qual problematiza a “condição da mulher” e a “dominação masculina” que se tornou grande referência para o feminismo e os estudos sobre as mulheres e posteriormente sobre gênero. Para Beauvoir, a dominação masculina não poderia ser explicada nem por características atribuídas ao corpo feminino, nem tampouco à natureza, mas sim, pela concepção da história e da cultura sobre o que ela denominava de “fêmea humana”. Embora Beauvoir não adote o termo “papéis sexuais” em suas formulações, o conteúdo dele encontra-se na perspectiva de construção social da posição da mulher na sociedade defendida pela autora (PISCITELLI, 2009).

Entretanto, o conceito de gênero tal como conhecemos na contemporaneidade, coincide com a chamada segunda onda<sup>2</sup> do movimento feminista e assume diferentes perspectivas teóricas.

Dentre estas perspectivas, encontra-se a da antropóloga estadunidense Gayle Rubin, cuja publicação de “*O tráfico de mulheres: notas sobre a economia política do sexo*”, em 1975, foi fundamental para a disseminação do conceito de gênero. Rubin abordou questões relativas à subordinação das mulheres e a natureza elaborando um conceito por ela denominado de sistema sexo/gênero. Nas palavras da autora, “sistema de sexo/gênero”, numa definição preliminar, é uma série de arranjos pelos quais uma sociedade transforma a sexualidade biológica em produtos da atividade humana, e nos quais essas necessidades sexuais transformadas são satisfeitas (RUBIN, 1993).

Esse sistema, para a autora, vai além da identificação com o sexo, exige que o desejo sexual seja voltado, obrigatoriamente para o sexo oposto, ou seja, inserido numa relação baseada na heterossexualidade. Portanto, em que pese suas contribuições para o desenvolvimento desse conceito, a autora não rompe com a perspectiva binária, separando sexo-gênero e natureza-cultura, além de reforçar a heteronormatividade, isto é, a heterossexualidade como norma.

Outra importante referência nesse debate é a filósofa e historiadora Joan Scott cuja proposta era apresentar uma nova e ampliada acepção do conceito de gênero. Scott bebeu em várias fontes, desde correntes feministas, teóricos da filosofia a exemplo de Michel Foucault e suas elaborações sobre poder e Jacques Derrida, com grande influência nos estudos sobre gênero no Brasil. Em “*Gênero: Uma categoria útil para análise histórica*”, publicado em 1986, Scott defende que a história seja ao mesmo tempo o método e o objeto dos estudos sobre as teorias das relações de gênero, pois somente assim é possível apreender os processos que constituem a diferença sexual.

Para Scott, gênero é “elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre diferenças socialmente percebidas entre os sexos [...] e uma forma primeira de significar as relações de poder” (SCOTT, 1995, p. 20). Em síntese, o conceito de gênero em Scott abrange diversos elementos: símbolos, normativos, político e subjetivo; define dois sexos e dois

---

<sup>1</sup> Comparou etnografias de três culturas – Arapesh, Mundugumor e Tchambuli - localizadas na Nova Guiné, concluindo que os temperamentos atribuídos a mulheres e homens eram construídos de diversos modos e variavam em cada uma destas culturas.

<sup>2</sup> A primeira onda do feminismo iniciando no final do século XIX e vai até início da II Guerra Mundial.

gêneros (homens e mulheres) que se complementam; é tanto uma categoria analítica (forma de pensar a história, suas hierarquias e relações de poder) quanto uma forma de intervir na realidade (DE TILIO, 2014).

Conforme observamos até aqui, a trajetória da construção do conceito de gênero foi permeada por diferentes perspectivas sobre a “diferença sexual”. Não se trata de uma trajetória linear, na medida em que passou por elaborações e reformulações em diferentes contextos históricos, campos de estudos e no próprio interior do movimento feminista.

Desta forma, queremos destacar duas teóricas críticas ao conceito de gênero, que embora sob perspectivas diferentes, trazem importantes contribuições para o entendimento da transexualidade, que são: a socióloga brasileira Heleieth Saffioti (1992;2004) que articula relações de gênero, patriarcado, raça e classe social e a filósofa estadunidense Judith Butler (2003), destacada como referência da chamada Teoria Queer e suas elaborações sobre performatividade, sujeito e identidade

### 3. Dialogando com o conceito de Gênero

Conforme mencionado, as discussões teóricas acerca do conceito de gênero não são consensuais. Vimos que desde suas origens, esse conceito apontou para diferentes perspectivas de análises. No Brasil, como também já citado, Heleieth Saffioti foi uma das mais importantes referências no campo dos estudos sobre gênero.

Saffioti (2004) destaca que gênero não se restringe a uma categoria de análise, ainda que tenha essa utilidade, mas que é também histórica e contém diversos elementos, desde símbolos culturais, conceitos normativos etc. Deste modo,

Enquanto categoria histórica, o gênero pode ser concebido em várias instâncias: como aparelho semiótico (LAURETIS, 1987); como símbolos culturais evocadores de representações, conceitos normativos como grade de interpretação de significados, organizações e instituições sociais, identidade subjetiva (SCOTT, 1998); como divisões e atribuições assimétricas de características e potencialidades (FLAX, 1987); como, numa certa instância, uma gramática sexual, regulando não apenas relações homem-mulher, mas também relações homem-homem e relações mulher-mulher. (SAFFIOTI, 2004, p. 45).

Essa multiplicidade de elementos inseridos, que dão origem à categoria gênero pode ganhar mais ou menos ênfase de acordo com as diferentes análises teóricas no âmbito do feminismo (SAFFIOTI, 2004, p. 44-45). Ou seja, cada teórica ao formular o conceito de gênero, ressalta um ou outro aspecto, seja no campo normativo, simbólico etc., não existindo, portanto, uma uniformidade na perspectiva e uso do conceito.

De modo bastante sintético, destacamos aqui algumas das principais críticas de Saffioti a algumas perspectivas teóricas sobre o conceito de gênero, quais sejam: a) o caráter relacional dado a esse conceito, a visão de que gênero é somente social – “essencialismo social” - o que a faz questionar a função desempenhada pelo corpo e defender que o ser humano deve ser considerado na sua totalidade; b) a valorização excessiva do discurso, como se o gênero não tivesse uma materialidade que se expressa concretamente na vida das pessoas; c) o caráter meramente descritivo do conceito de gênero e o uso para substituir a mulher, dando a este conceito um ar de neutralidade, sem explicitar a parte que sofre a opressão, o que segundo a autora serviu a objetivos políticos e ideológicos e com reflexos nos estudos sobre “mulheres” no âmbito da academia (SAFFIOTI, 2004).

Assim, Saffioti defende que é preciso considerar a construção social do sexo, mas sem dualidade, ou seja, romper com a dicotomia entre sexo (biológico/natureza) gênero (social/cultura).

Contudo, no cerne das elaborações de Saffioti está a defesa do uso combinado dos conceitos de gênero e patriarcado e a crítica àqueles/as que fazem uso exclusivo de um dos dois conceitos e mais fortemente os/as que defendem o abandono total do segundo.

Portanto, cabe uma breve exposição sobre o conceito de patriarcado e de como ele, em conjunto com outras categorias analíticas, pode ser útil para a apreensão das relações sociais e transexualidade.

Em primeiro lugar é importante registrar, para além de Saffioti, referências no feminismo brasileiro, onde várias autoras, de diferentes correntes, teorizam sobre o patriarcado, a exemplo de Carole Pateman (1983) e Christine Delphy (2009), dentre outras.

Do ponto de vista do seu significado, o termo patriarcado passou por diversas mudanças ao longo da sua história. Originalmente referia-se literalmente a “autoridade do pai”, já na contemporaneidade ele adquire novo sentido, designando o “poder do homem” (DELPHY, 2009).

Para Saffioti (2004), “O patriarcado refere-se a milênios da história mais próxima, nos quais se implantou uma hierarquia entre homens e mulheres, com primazia masculina” (SAFFIOTI, 2004, p. 136) ou ainda, que este é um sistema de dominação dos homens sobre as mulheres (SAFFIOTI, 1992).

Conforme mencionado, não existe um consenso no uso do conceito de patriarcado no âmbito do feminismo. Enquanto umas defendem seu uso, outras defendem abandoná-lo. Vejamos alguns argumentos quanto ao não uso desse conceito.

Na visão de Barbieri (1993), o patriarcado não tem conteúdo histórico e explicativo. Nele, segundo a autora, diferente dos tempos atuais, seria impossível as mulheres gozarem de algum tipo de direito.

Rubin (1993) também defende o não uso do conceito de patriarcado sob o argumento de que “este é uma forma específica de dominação masculina, e o uso do termo deveria se restringir [...] ao Velho Testamento, onde se originou o termo” (RUBIN, 1993, p. 6).

A suposta inexistência do patriarcado enquanto sistema na atualidade parte do equívoco de achar que o mesmo se refere somente ao “poder do pai” e diante do avanço nas conquistas das mulheres não faria sentido usar esse conceito para analisar as relações de dominação e exploração. Esse raciocínio não reconhece que o patriarcado está para além das relações familiares e o poder que o patriarca exerce e que este também perpassa o âmbito político. Além disso, o fato de as mulheres terem conquistado espaço e direitos não significa que não exista mais dominação e exploração.

Desta forma, concordamos com Saffioti (2004) quando afirma que abandonar o conceito de patriarcado para o uso exclusivo do gênero é retroceder, uma vez que não atinge o centro da exploração-dominação, mas tão somente a alimenta e ainda, permite que alguns homens assumam o protagonismo das denúncias das desigualdades em vez das próprias mulheres (SAFFIOTI, 2004, p. 138).

Portanto, Saffioti (2004) explica que “não se trata de abolir o uso do conceito de gênero, mas de eliminar sua utilização exclusiva. Gênero é um conceito por demais palatável, porque é excessivamente geral, ahistórico, apolítico e pretensamente neutro” (SAFFIOTI, 2004, p. 138).

O que ela propõe é considerar que as relações sociais de gênero são determinadas e determinam outras relações, como classe e raça/etnia. Assim, consideramos que pensar o conceito de gênero de forma isolada ou exclusiva não possibilita abarcar a totalidade das desigualdades, seja entre mulheres e homens cis ou os sujeitos na sua diversidade, tão pouco apreender a realidade das pessoas transexuais, por exemplo.

Para essa autora, o “patriarcado é um caso específico de relações de gênero” (SAFFIOTI, 2004, p. 119), pois diz respeito às relações hierárquicas entre pessoas “socialmente desiguais”, enquanto que gênero, mais amplo, abrange também relações igualitárias. Além disso, diferentemente de gênero, o conceito de patriarcado aponta para uma base material das desigualdades, à medida que traz consigo a dimensão da exploração.

Como já referido anteriormente, Judith Butler é, na contemporaneidade, uma das vozes mais dissonantes acerca do conceito de gênero ou de aspectos importantes sobre ele.

Butler problematiza o conceito de gênero no livro “Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade” publicado no ano de 1990. Nele, a autora busca “desconstruir o gênero”, critica a distinção sexo/gênero e defende a tese de que a identidade não é fixa, mas uma construção variável. Além disso, Butler questiona o feminismo e, segundo a autora, ao se considerar as mulheres como “sujeito” desse movimento, exclui-se outras identidades, a exemplo dos (as) transexuais, das travestis e dos (as) intersexuais.

Diferente do que as teóricas do gênero afirmavam – sexo (biológico) e gênero (social) - para Butler ambos são “constructos” sociais, questionando assim o sexo enquanto natural e imutável.

Se o caráter imutável do sexo é contestável, talvez o próprio construto chamado ‘sexo’ seja tão culturalmente construído quanto o gênero; a rigor, talvez o sexo sempre tenha sido o gênero, de tal forma que a distinção entre sexo e gênero se revela absolutamente nenhuma. Se o sexo é, ele próprio, uma categoria tomada em seu gênero, não faz sentido definir o gênero como a interpretação cultural do sexo (BUTLER, 2003, p. 25).

Para a autora, essa distinção traz uma perspectiva binária, pois promove oposições como masculino e feminino, homem e mulher, natureza e cultura, e que segundo ela, marca as vertentes teóricas feministas que se referenciam no sistema sexo-gênero.

As elaborações teóricas de Judith Butler, incluindo suas críticas ao sistema sexo gênero, dentre outras, ganham eco na Teoria Queer, da qual a autora é, na contemporaneidade, uma das mais destacadas referências.

Por essa razão, consideramos importante nos ater um pouco mais sobre suas elaborações, sem, no entanto, ter a pretensão de esgotá-las dado a complexidade e a profundidade que estas questões adquirem no pensamento de Butler conforme veremos no tópico a seguir.

### 3.1 Teoria *Queer*: breves apontamentos

Richard Miskolci (2012), ao historicizar as origens da Teoria *Queer*, mostra que esta se desenvolveu de modo disperso em diversos países, como Brasil, França e Estados Unidos e dentre seus precursores destaca o pensador francês Guy Hocquenghem, a Gayle Rubin e Néstor Perlongher, pensador argentino-brasileiro.

Historicamente a expressão “*queer*” foi usada para desqualificar e ofender homossexuais, com o sentido de “esquisito”, mas foi “apropriada” e ressignificada por esses mesmos sujeitos e seus movimentos. Segundo Louro (2004),

*Queer* é tudo isso: é estranho, raro, esquisito. *Queer* é, também, o sujeito da sexualidade desviante - homossexuais, bissexuais, transexuais, travestis, drags. É o excêntrico que não deseja ser “integrado” e muito menos “tolerado”. *Queer* é um jeito de pensar e de ser que não aspira o centro nem o quer como referência; um jeito de pensar e de ser que desafia as normas regulatórias da sociedade, que assume o desconforto da ambiguidade, do “entre lugares”, do indecível. *Queer* é um corpo estranho, que incomoda, perturba, provoca, fascina (LOURO, 2004, p. 7-8).

Ao mesmo tempo, “[...] o queer não está preocupado com definição, fixidez ou estabilidade, mas o transitivo, múltiplo e avesso à assimilação” (SALIH, 2015, p. 19). Portanto, queer refere-se a todos esses sujeitos que subvertem a lógica da heteronormatividade, baseada na heterossexualidade compulsória.

Judith Butler, conforme dito anteriormente, é uma das principais referências da teoria queer na contemporaneidade. Suas reflexões baseiam-se no questionamento das noções de sexo, sexualidade, gênero e linguagem e ainda, sobre sujeito, a formação da identidade e da subjetividade.

A teoria queer é uma forma de positivar as concepções pejorativas em relação à população LGBTQIA+, mas em particular, travestis e transexuais, considerados fora da normalidade e verdadeiros seres abjetos, termo usado por Júlia Kristeva (1982 p.4, *apud* MISKOLCI, 2012, p. 24) para definir a visão que a sociedade tem sobre esses sujeitos enquanto ameaças a sua ordem e bom funcionamento.

Conforme reforça Miskolci (2012), “A abjeção, em termos sociais, constitui a experiência de ser temido e recusado com repugnância, pois sua própria existência ameaça uma visão homogênea e estável do que é comunidade” (MISKOLCI, 2012, p. 24).

Entretanto, a ameaça não vem dos sujeitos “abjetos”, mas da própria sociedade erguida sobre valores morais acerca da sexualidade, da ideia sobre os gêneros, do ser homem, do ser mulher que determinam padrões de comportamentos e se expressam concretamente nas violências dirigidas à população LGBTQIA+, mas principalmente às pessoas trans e travestis e que faz do Brasil o país que mais assassina essa população, de acordo com dados do Observatório de Mortes e Violências LGBTI+ no Brasil.

Butler como uma das maiores expressões da teoria *queer* traz alguns conceitos fundamentais que nos ajudam a compreender essa trama da sexualidade e a experiência transexual.

A teoria *queer* questiona a biologização e essencialização do gênero, e da identidade sexual /ou orientação sexual e afirmando que, ao contrário, estes são construções sociais. Ela critica os chamados binarismos de gênero - que enxergam apenas o par homem/mulher ou feminino/masculino - predominantes nas sociedades ocidentais e que produzem hierarquias e desigualdades.

Nesse sentido, a teoria queer busca compreender outras possibilidades que existem, para além dos binarismos de gênero, e que em geral, são negadas, invisibilizadas e discriminadas. As chamadas pessoas não binárias, incluindo transexuais, cujas identidades e expressões de gênero não estão limitadas ao masculino e/ou feminino, do ponto de vista da teoria queer estão dentro dessas possibilidades negadas.

Butler usa o conceito de performance para explicar que o gênero é construído a partir de repetições de comportamentos. Influenciada por Michel Foucault, a autora coloca essa construção no campo dos discursos que são produzidos sobre eles, como o discurso médico ou da sexualidade. Ou seja, o que as sociedades produzem discursivamente sobre o que é o gênero, anatomia, sexo e a partir dos quais os sujeitos performam, simplesmente fazendo ou buscando corresponder a esses discursos (SALIH, 2015).

Ainda de acordo com Butler, essa performance de gênero, que não pode ser confundida como um ato artístico, tem relação direta com a heteronormatividade em que a heterossexualidade é a norma, questão central dentro da teoria queer.

A esse respeito, Miskolci (2012) chama atenção para a diferença entre três conceitos presentes na teoria queer que são: o heterossexismo, heterossexualidade compulsória e a heteronormatividade.

Heterossexismo é a pressuposição de que todos são, ou deveriam ser, heterossexuais [...] A heterossexualidade compulsória é a imposição como modelo dessas relações amorosas entre pessoas do sexo oposto [...] A heteronormatividade é a ordem sexual do presente, fundada no modelo heterossexual, familiar e reprodutivo. Ela se impõe por meio de violências simbólicas e físicas dirigidas principalmente a quem rompe normas de gênero (MISKOLCI, 2012, p. 43-44, grifos nossos).

No próximo tópico, será desenvolvida uma abordagem no sentido de relacionar a questão da transexualidade aos sentidos das relações patriarcais de gênero, raça e classe.

### 3.2 Transexualidade e as relações patriarcais de gênero, raça e classe

As “mulheres”, em geral, vivem a opressão da mesma forma? Mulheres brancas são impactadas igualmente às mulheres negras ou indígenas? Uma mulher da burguesia ou da classe média vivencia a opressão tal qual uma mulher pobre, periférica, da classe trabalhadora? Ou ainda, uma mulher cis, hétero enfrenta as mesmas problemáticas que uma mulher lésbica, bissexual, travesti ou transexual? E finalmente, uma mulher transexual, negra, periférica sofre o mesmo nível de opressão que uma mulher negra, cis ou ainda uma lésbica negra?

Iniciamos este tópico com esses questionamentos como referência ao debate importante e de longa data, relativo às diversas formas de opressão e as desigualdades geradas sobre os diferentes sujeitos. A reflexão sobre essas ideias, torna-se essencial para nosso estudo, à medida que possibilita compreender a problemática da transexualidade sob dois pontos de vista: um teórico, que permitiu a inclusão da transexualidade nos estudos de gênero e feministas e outro prático, por desvelar o modo como a experiência transexual é atravessada por esse conjunto de opressões. Do ponto de vista teórico, podemos identificar pelo menos três perspectivas que consideram o entrecruzamento das diferentes formas de opressão e que passamos a apresentar a seguir.

A primeira perspectiva é a defendida por Saffioti (1992;2004), dentre outras teóricas feministas marxistas que consideram que as relações de gênero são determinadas e determinantes de outras relações, como classe e raça/etnia.

Assim, a teórica fala de “simbiose” e utiliza a metáfora do “nó” para demonstrar a unidade indissociável entre patriarcado, racismo e capitalismo. Na visão da autora, trata-se de como as relações patriarcais de gênero, raça e classe social estão imbricadas e, são fundantes das desigualdades enraizadas na sociedade brasileira.

Contudo, Saffioti (2004) explica que “[...] não se trata de somar racismo + gênero + classe social, mas de perceber a realidade compósita e nova que resulta dessa fusão” (SAFFIOTI, 2015, p.133 *apud* MOTTA, 2020, p.10). Ou seja, ao contrário de um somatório de opressões significa a “simbiose” de múltiplas e heterogêneas realidades.

Segundo Mota (2020), a ideia de Saffioti é de um “nó frouxo”, pois essas três contradições – gênero, raça e classe – ainda que imbricadas, “enoveladas”, preservam suas características próprias e são dotadas de mobilidade, ou seja, não são fixas (MOTTA, 2020). Portanto, o uso da perspectiva analítica do “nó” ao pensar as relações sociais na sua totalidade, que inclui gênero, raça e classe social, além de outras dimensões, por exemplo, religião, sexualidade e nacionalidade (MOTA, 2020), permite apreender as pessoas trans para além do gênero “discordante”, mas enquanto sujeitos, cuja existência na sociedade também é determinada pelo seu pertencimento de raça e/ou sua posição na classe social.

A segunda perspectiva que apresentamos ancora-se no feminismo materialista francófono expressa nos conceitos de consubstancialidade e coextensividade desenvolvidos pela socióloga feminista francesa Danielle Kergoat desde os anos de 1970 com grande influência no Brasil a partir dos estudos da filósofa Helena Hirata no campo da sociologia do trabalho.

Para Kergoat (2010), a consubstancialidade diz do “nó” que une as relações de sexo/gênero, raça e classe social e que não pode ser desfeito do ponto de vista das práticas sociais, mas tão somente a partir de uma perspectiva sociológica. Essa consubstancialidade tem a coextensividade como “propriedade fundamental” e é o modo como essas relações se “reproduzem e se coproduzem mutuamente” (KERGOAT, 2010, p. 94).

Um aspecto importante da perspectiva da consubstancialidade e coextensividade é sua vinculação ao conceito de divisão sexual do trabalho que é.



.a forma de divisão do trabalho social decorrente das relações sociais de sexo; essa forma é historicamente adaptada a cada sociedade. Tem por características a destinação prioritária dos homens à esfera produtiva e das mulheres à esfera reprodutiva e, simultaneamente, a ocupação pelos homens das funções de forte valor social agregado (políticas, religiosas, militares etc.) (KERGOAT, 2009, p. 67).

A divisão sexual do trabalho é, portanto, a base material da opressão sobre as mulheres - em nossa compreensão cis e trans - e é regida por dois princípios fundamentais: o da separação e o da hierarquia. Pelo primeiro princípio, há uma separação entre o que é considerado trabalho de homem e trabalho de mulher associando-os às noções de masculino e feminino presentes em cada sociedade. Já pelo princípio da hierarquia, o trabalho dos homens é valorizado e o das mulheres é desvalorizado (KERGOAT, 2009).

A partir dessa divisão, o trabalho dos homens situa-se na esfera produtiva (que gera valor de troca, mercadoria, riqueza) e o das mulheres na esfera reprodutiva, que tem apenas valor de uso, não gera mercadoria e, portanto, é socialmente invisibilizado e desvalorizado. A dimensão da divisão sexual do trabalho nos ajuda a compreender a forma de inserção tanto das mulheres cis, quanto de mulheres e homens transexuais e das travestis no mercado de trabalho, mas também no chamado trabalho doméstico - que compreendem as tarefas como cozinhar, lavar, limpar, fazer a gestão da casa, etc - e de cuidados - cuidado com criança, idosos, pessoas doentes e/ou com deficiência, na saúde, na educação e no lazer e que são realizados quase exclusivamente pelas mulheres.

Para além do preconceito e discriminação, as mulheres trans, por exemplo, terminam por serem incorporadas em ocupações historicamente associadas às noções de feminino e masculino e, portanto, desvalorizadas e precárias.

Portanto, a divisão sexual do trabalho permite apreender as desigualdades não somente do ponto de vista simbólico, cultural, mas também do ponto de vista das condições materiais que caracterizam as sociedades capitalistas e como nesta sociedade as identidades de gênero e orientações sexuais “divergentes” inevitavelmente, são atravessadas por relações sociais de classe.

Por último, apresentamos a perspectiva da interseccionalidade. Esse termo foi cunhado pela jurista norte-americana negra Kimberl Crenshaw nos finais dos anos de 1989 em suas análises sobre as desigualdades de classe, raça e gênero, particularmente na área do direito<sup>3</sup>.

Para Crenshaw (2002),

A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras (CRENSHAW, 2002, p. 117).

Entretanto, seu surgimento ancora-se nas críticas de teóricas feministas negras e ativistas do chamado Black Feminist norte-americano a exemplo de Ângela Davis e Patrícia

---

<sup>3</sup> As reflexões iniciais de Kimberl Crenshaw estão contidas no artigo Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antiracist Politics, em 1989, e subsequentemente foi utilizado em 1991 no artigo “Mapeando as margens: interseccionalidade, políticas de identidade e violência contra mulheres de cor.

Hill Collins, às concepções e práticas do feminismo hegemônico – branco, heterossexual, burguês e ocidental - e sua visão de “mulher universal” que desconsiderava a existência e experiência de outras mulheres, em particular, as negras.

Segundo Lima (2020), é pela contestação desta suposta “categoria universal das mulheres” que a interseccionalidade “desponta como uma ferramenta teórico metodológica capaz de incluir aquelas que foram excluídas” (LIMA, 2020, p.2).

No Brasil, destacamos como uma das precursoras do debate sobre interseccionalidade a pensadora Lélia González e na contemporaneidade, a autora Carla Akotirene, ambas com análises situadas no campo do feminismo negro o qual, de acordo com Akotirene (2019):

[...] dialoga concomitantemente entre/com as encruzilhadas, digo, avenidas identitárias do racismo, cisheteropatriarcado e capitalismo. O letramento produzido neste campo discursivo precisa ser aprendido por lésbicas, gays, bissexuais e transexuais, (LGBT), pessoas deficientes, indígenas, religiosos do candomblé e trabalhadoras. Visto isto, não poderemos mais ignorar o padrão global basilar e administrador de todas as opressões contra mulheres, construídas heterogeneamente nestes grupos, vítimas das colisões múltiplas do capacitismo, terrorismo religioso, cisheteropatriarcado e imperialismo. (AKOTIRENE, 2019, p. 16)

Em suas análises, Akotirene (2019) defende a interseccionalidade enquanto conceito capaz de abarcar simultaneamente as diversas identidades que são atravessadas pelo racismo, pelo “cisheteropatriarcado” e o capitalismo. Para a referida autora, “a interseccionalidade permite-nos enxergar a colisão das estruturas, a interação simultânea das avenidas identitárias, além do fracasso do feminismo em contemplar mulheres negras, já que reproduz o racismo” (AKOTIRENE, 2019, p. 19).

Assim, a interseccionalidade tem relação com as identidades, vista enquanto “sistema de opressão interligado” no qual o racismo é capturado por outras estruturas como classe e o heteropatriarcado ao mesmo tempo em que afirma a inexistência de uma hierarquia entre raça, classe e gênero, na medida em que estão no mesmo patamar analítico (AKOTIRENE, 2019).

Percebe-se que a perspectiva interseccional, particularmente a apresentada por Akotirene (2019). além de explicitar o componente racial como estruturador das relações sociais, abre possibilidades para pensar ainda a sexualidade e as identidades de gênero também como parte integrante dessas estruturas de opressão.

No entanto, consideramos necessário pontuar, mesmo que de forma breve, a interação dessas três perspectivas teóricas apresentadas. De modo geral, tais perspectivas têm em comum o objetivo de mostrar como a sociedade encontra-se estruturada por opressões ao modo como elas se relacionam. Contudo, percebem-se algumas diferenças nas abordagens, principalmente entre a interseccionalidade e consubstancialidade/coextensividade.

Danielle Kergoat, embora adote a perspectiva de sexo/gênero, raça e classe, pouco problematiza a dimensão de raça em seus estudos. Por outro lado, traz um aspecto fundamental que é a dimensão da divisão sexual do trabalho, ou seja, atribui uma base material às opressões, algo ausente ou pouco referido nas análises interseccionais de Akotirene.

Outra diferença é que enquanto a consubstancialidade/coextensividade trabalha em termos de “relações sociais”, a interseccionalidade dá ênfase às “identidades”, como se estas não fossem também produto de tais relações. Contudo, a abordagem da interseccionalidade, ao abarcar a sexualidade, possibilita compreender melhor a problemática da transexualidade.

Nesse sentido, acreditamos que a interseccionalidade dialoga mais com nosso objeto de estudo, embora com limites, já apresentados anteriormente. Ainda assim, em nosso

entendimento, as três perspectivas - “nó/simbiose, interseccionalidade e consubstancialidade/coextensividade - não são de todo inconciliáveis e ainda que adotemos a interseccionalidade, consideramos fundamental a análise sobre a divisão sexual do trabalho e das relações sociais, não somente as identidades, como elementos que atravessam a experiência transexual produzindo desigualdades.

Por fim, é importante enfatizar que as três perspectivas têm em comum a crítica à sociedade patriarcal, racista e capitalista e embora por caminhos e estratégias diferentes, apontam para a transformação dessa sociedade para outra mais igualitária e sem opressões. Desde já é importante enfatizar que somente a partir da Constituição Federal de 1988 a saúde se constitui dever do Estado e direito de todos e todas, tendo como pressuposto o conceito ampliado, defendido pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB).

Esse processo foi marcado por uma dinâmica de embates, avanços e recuos. Desta forma, consideramos fundamental contextualizá-lo, mesmo que brevemente, localizando seus determinantes históricos para assim compreendermos a constituição da política de saúde e suas configurações na atualidade.

Polignano (2001) afirma que para realizar uma análise a respeito da saúde no país, três premissas são importantes: a) a constituição das políticas de saúde está vinculada diretamente ao desenvolvimento político-social e econômico da sociedade brasileira; b) esse processo obedece à lógica do avanço do capitalismo; e c) o Estado brasileiro historicamente tem deixado a saúde na periferia do sistema (POLIGNANO, 2001, p. 1-2).

No artigo intitulado “O SUS e a Organização dos Serviços Públicos de Saúde”, Eliziane de Queiróz Gomes, de forma bastante didática, apresenta dois modelos principais na organização dos serviços de saúde, a saber: o modelo Sanitarista/Campanhista e o modelo médico Assistencial/Privatista com suas formas de organização. Consideramos interessante apresentá-los, tendo em vista que no decorrer das discussões em torno do panorama que será analisado nesta seção, tais modelos permearão nossas análises.

Vejamos o que Gomes destaca em relação ao modelo Sanitarista/Campanhista:

O Modelo Sanitarista/Campanhista se desenvolveu numa conjuntura onde o desequilíbrio do crescimento econômico capitalista e a rápida urbanização fizeram com que o Estado se ocupasse dos problemas coletivos de saúde como as epidemias, endemias e controle do espaço urbano. (GOMES, 2010, p. 90).

A autora segue elencando algumas características deste modelo inspirado no militarismo e intervenção repressora, quais sejam: a execução centralizada, verticalizada, focava em problemas ligados aos interesses econômicos agroexportadores.

Em relação ao modelo médico Assistencial/Privatista, a autora o situa a partir da instituição das Caixas de Aposentadorias e Pensões, Institutos de Aposentadorias e Pensões e o Instituto Nacional da Previdência Social. Recorrendo a Mendes (1994), a autora traz a seguinte reflexão:

O modelo médico assistencial privatista teve em sua base um tripé onde: o Estado era o grande financiador do sistema e prestador de serviços à população não integrada economicamente; o setor privado nacional era o prestador de serviços de assistência médica e o setor privado internacional era o prestador de insumos (equipamentos biomédicos e medicamentos) (MENDES, 1994 Apud GOMES, 2010).

Gomes relata que este sistema estava dividido em 03 (três) subsistemas, quais sejam: estadual, hegemônico privado e de atenção médica supletiva. Além disso, a autora

menção que, a partir da década de 1960, paralelo ao modelo médico assistencial privatista, surge o modelo de medicina comunitária – os frutos desta experiência marcaram o movimento sanitário, como forma de oposição aos sistemas em vigor até então (GOMES, 2010, p. 91).

Entretanto, iniciamos essa contextualização pela década de 1920 por sua dimensão histórica, bem como pelo marco que representou com a reforma Carlos Chagas, conforme mencionada por Bravo (2009)

A Saúde Pública, na década de 1920, adquire novo relevo no discurso do poder. Há tentativas de extensão dos seus serviços por todo o país. A reforma Carlos Chagas, de 1923, tenta ampliar o atendimento à saúde por parte do poder central, constituindo-se uma das estratégias da União de ampliação do poder nacional no interior da crise política em curso, sinalizada pelos tenentes, a partir de 1922 (BRAVO, 2009, p. 90 - grifo original).

Nota-se que a saúde emerge como questão social aliada às transformações econômicas e políticas. A Reforma, dentre outros pontos, utilizou o modelo “campanhista”, bem como introduziu a propaganda e educação sanitária como uma técnica rotineira, com base em um modelo higienista e saúde do trabalhador. Assim, em 1923 é promulgada a lei Eloy Chaves, instituindo as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Com financiamento oriundo da União, empresas empregadoras e empregados.

O marco da previdência social no Brasil, segundo Barbosa (2007, p. 39), foi a promulgação da lei Eloy Chaves em 1923. Para a autora, essa legislação refletiu as características do desenvolvimento capitalista daquele período, centrado numa economia agroexportadora para aqueles serviços públicos tão essenciais, tanto que as primeiras categorias a utilizarem as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) foram os trabalhadores da estrada de ferro e posteriormente os marítimos e portuários.

Embora Barbosa (Ibidem) analise que as estruturas desse sistema sejam frágeis e tenham pouca abrangência, essas categorias só conquistaram tal direito porque estavam mais organizadas politicamente. Entretanto, vale salientar que a resposta dada pelo Estado além de não atender completamente aos anseios dos trabalhadores, se deu de forma autoritária e coercitiva, tanto é que, durante a primeira crise financeira e administrativa do sistema em 1930, o Presidente Getúlio Vargas suspendeu por 06 (seis) meses todas as aposentadorias. Para ela:

Vemos assim, que o projeto previdenciário do governo Vargas está articulado a uma série de medidas sociais e trabalhistas, que integram sua estratégia de política estatal e sua proposta nacional e desenvolvimentista. Buscava-se manter a ordem, sem hostilizar o capital e transformando os trabalhadores numa força orgânica de cooperação com o Estado. [...] (BARBOSA, 2007, p. 40).

Por fim, a autora considera um momento de reestruturação da Previdência quando em 1933 foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs).

Outro importante marco na política de saúde foi a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, também em 1933. Entretanto, conforme apontamentos de Behring e Boschetti (2009, p.106-107) não existia um formato de política pública. Em consequência ações eram pontuais e fragmentadas, realizadas por intermédio de campanhas sanitárias com uma visão higienista e focalizada.

Entre os anos de 1945 a 1950 foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) cujo objetivo seria eliminar doenças parasitárias e infecciosas, mas não logrou êxito. Em 1966 foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). A respeito desse período, Bravo (2009) afirma:

A medicalização da vida social foi imposta, tanto na Saúde Pública quanto na Previdência Social. O setor saúde precisava assumir as características capitalistas, com a incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior. A saúde pública teve no período um declínio e a medicina previdenciária cresceu, principalmente após a reestruturação do setor, em 1966 (BRAVO, 2009, p. 93-94).

O acesso aos serviços de saúde estava condicionado à venda da força de trabalho (lógica rompida apenas após a promulgação da Constituição Federal de 1988). Portanto, tinham direito aos serviços de saúde, apenas aquelas pessoas com vínculo empregatício, devidamente comprovado em Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) – Carteira Profissional – E, também aqueles/as que constassem, na condição de dependentes, na referida CTPS.

Assim, trabalhadores rurais estavam excluídos, sendo gradativamente incluídos a partir da década de 1970 com a criação do Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (PRO- RURAL). Este programa disponibilizava recursos para o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL).

Em 1974, o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) foi criado. Neste período, de acordo com Bravo (2009) uma forte tensão se instalou e a política de saúde enfrentou uma crise. Nos termos da autora, ocorre uma forte tensão entre os serviços de saúde ofertados, a questão da disponibilidade de recursos, aliados à conexão entre interesses dos setores estatal e empresarial e, principalmente, pela emergência do movimento sanitário e sua luta por saúde.

Correia (2009) assinala a importância do Movimento Sanitário ao discorrer a respeito do Controle Social na Saúde ressaltando o pioneirismo da área da saúde. Para a autora:

A área da saúde foi pioneira neste processo devido a efervescência política que a caracterizou desde o final da década de 70 e a organização do Movimento da Reforma Sanitária Brasileiro que congregou movimentos sociais, intelectuais e partidos de esquerda na luta contra a ditadura com vistas a mudança do modelo ‘médico-assistencial privatista’ para um Sistema Nacional de Saúde Universal, público, participativo, descentralizado e de qualidade [...] (CORREIA, 2009, p. 111-112).

Notadamente, articulado a outros movimentos sociais, esse movimento defendia tanto o conceito ampliado de saúde quanto a luta pela democracia. Também ao discorrer sobre a relevância do Movimento da Reforma Sanitária Brasileiro, Santos (2012) expressa que

O movimento contribuiu para a concepção ampliada de saúde, garantido na Constituição Federal de 1988, aliado também a luta pela democracia e participação social, questionando inclusive o modelo centralizado e burocrático (funcionalista, estruturalista, verticalizado) na formulação e principalmente gestão das políticas públicas, que foi o padrão durante décadas anteriores (SANTOS, 2012, p. 30)

Conforme apontam diversos autores, o Brasil entra, de forma lenta e progressiva, em processo de democratização. Mota (1995) discorre sobre a cultura da crise que se apresenta na realidade brasileira durante as décadas de 1980/1990, relacionando-a com a seguridade social, e observa:

É incontestável que, a partir dos anos 80, a sociedade brasileira, ao mesmo tempo em que vivenciou um processo de democratização política, superando o regime ditatorial instaurado em 1964, também experimentou uma profunda e prolongada econômica, que persiste até os dias atuais (MOTA, 1995, p.99).

Neste cenário de agudização da questão social, com um quadro de superinflação, desemprego e aprofundamento das desigualdades sociais, tem-se marcadamente a pressão dos movimentos sociais. Como exemplo, temos a relevante participação da sociedade civil na VII Conferência Nacional, conforme assinala Correia (2009)

O movimento da Reforma Sanitária com a proposta do Sistema Único de Saúde como alternativa do Sistema de Saúde em vigor foi legitimado em nível nacional na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986. Nesta Conferência houve ampla participação dos setores organizados na sociedade civil que, pela primeira vez, tinham uma presença efetiva, não existente nas Conferências Nacionais de Saúde anteriores (CORREIA, 2009, p. 124).

A VII Conferência Nacional de Saúde, nestes termos, constitui um marco importantíssimo, no que diz respeito à participação da Sociedade Civil e demais movimentos sociais.

As autoras Silva, Medeiros e Oliveira (2020) ao discorrerem acerca da importância desta conferência, destacando a relevância dos debates ocorridos, além da participação da sociedade civil, elencam a presença maciça de trabalhadores da saúde, usuários e usuárias dos serviços, dos representantes das universidades, partidos políticos, dentre outros. As autoras mencionam algumas das deliberações da VII Conferência Nacional, conforme se lê:

proposta de construção de um novo Sistema Nacional de Saúde, surgindo posteriormente o Sistema Único de Saúde (SUS), institucionalizado através da Constituição Federal de 1988, definido como de relevância pública, sendo regulamentado através da Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, e da Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Nesse contexto, o SUS é compreendido como um sistema plural de saúde cujas ações e serviços estão sob gestão pública, atua em todo o território nacional e está organizado em redes, de forma regionalizada e hierarquizada, com direção única em cada esfera de governo. (SILVA; MEDEIROS; OLIVEIRA, 2020, p.47-48).

Destarte, as discussões ocorridas na VII Conferência apontavam para a defesa do conceito ampliado de saúde, mas também no quesito da gestão democrática, que previa a participação e controle social bem como da construção de um Novo Sistema de Saúde, o qual

desemboca no Sistema Único de Saúde (SUS). A reflexão a seguir, buscará o teor da seguridade brasileira em sua relação com a política de saúde.

#### 4. A população trans na política estadual de saúde

Vimos, anteriormente, que a constituição das políticas públicas de saúde voltadas à população LGBTQIA+ esteve atrelada à emergência da epidemia do HIV/AIDS, processo perpassado por preconceitos, discriminações e a irrelevância de outras dimensões e necessidades de saúde. Essa lógica de atenção à saúde da população LGBTQIA+ praticamente foi predominante em todo o país.

Observamos que no Ceará a incorporação das pessoas trans na Política de Saúde, dar-se, inicialmente de forma indireta, diluída nas ações mais gerais voltadas à população LGBTQIA+ e nesse contexto de disseminação do HIV/AIDS. Isso porque as pessoas trans ainda se encontravam numa condição de grande invisibilidade, não havendo, portanto, uma ação específica voltada para elas.

Esse quadro começa a mudar quando avança a ação do movimento no Estado, inicialmente ainda diluído no interior da organização das travestis, representada pela ATRAC. Posteriormente, à medida que avançavam os debates sobre as identidades de gênero, é reconhecido o protagonismo das pessoas trans que compunham a organização, passando a chamar-se Associação das Travestis e Mulheres Transexuais do Ceará, conforme vimos anteriormente, dando maior visibilidade à identidade trans. Nesse caminho, surgiram outras organizações específicas como a Associação Transmasculina Cearense (ATRANS-CE).

Ao buscarmos informações acerca da saúde da população trans no Ceará, acessamos alguns documentos oficiais do Governo do Estado. No documento que trata da Política Estadual de Promoção da Saúde (SESA, 2022,) vimos que ele faz referência à perspectiva de atenção à saúde da população LGBTQIA+, ainda que genericamente referindo-se à orientação sexual. Dentre seus Valores e Princípios, identifica-se a

Defesa da inclusão social, como garantia do acesso às ações e serviços do SUS de forma humanizada, da integralidade da saúde e da atenção às especificidades de geração, raça/etnia, gênero e orientação sexual dos grupos populacionais” (SESA, 2022, p. 13).

Em seus objetivos específicos, busca “Promover processos inclusivos que valorizem e gerem maior compreensão e respeito à diversidade (gênero, raça/etnia e orientação sexual) e diferenças geracionais” (SESA, 2022, p. 15).

O Plano Estadual de Saúde (2016-2019) traz, no seu Objetivo 4 (Fortalecer a Rede de Atenção Especializada Hospitalar e Ambulatorial) a Meta: “Implantar Ambulatório de Atenção a população LGBT em duas Macrorregião de Saúde até 2019” (p. 133). Aqui é possível identificar uma demanda específica da população trans, no processo de incorporação dessa população na política de estadual de saúde. Já o Plano Estadual de Saúde (2020-2023) não faz nenhuma menção à população LGBTQIA+ em suas ações, tampouco da população trans.

No Relatório de Ações do Governo Relacionadas ao Público LGBTQIA+ (2022), do Governo do Estado, conforme mencionado anteriormente, identificamos algumas estratégias específicas no âmbito das Agendas Transversais do PPA 2020-2023, voltadas à população trans como: implantação do ambulatório do processo transexualizador e promoção da saúde para a população de travestis e de homens e mulheres transexuais.

As demais ações de saúde contidas no referido Relatório, referem-se àquelas mais gerais, que visam promover a reflexão sobre a saúde da população LGBTQIA+, assim como

de sensibilização e capacitações de profissionais para atendimento dessa população, conforme podemos verificar a seguir

- Realização do “Encontro Estadual de Saúde LGBTQIA+”, pela Secretaria da Saúde do Estado (SESA), por meio da Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde (COPAS), com a temática “Saúde para Todxs”. O intuito da discussão na saúde era sensibilizar e capacitar profissionais e gestores sobre as políticas de atenção à população LGBTQIA+;
- Discussão dos avanços nos serviços de saúde para o público LGBTQIA discutidos no Papo SUS através de lives. Esse é um projeto da Escola de Saúde Pública do Ceará Paulo Marcelo Martins Rodrigues (ESP/CE), vinculada à Secretaria da Saúde do Estado (SESA);
- Capacitação, online, de Colaboradores do Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará (HEMOCE), da rede pública da Secretaria da Saúde do Ceará (SESA), para aprimorar o atendimento a doadores LGBTQI+;
- Capacitação de profissionais para acolhimento de mulheres e comunidade LGBT com HIV através da Escola de Saúde Pública (ESP);
- Lançamento do “Dia Internacional de Combate à LGBTfobia, o Guia de Diversidade – Igualdade no serviço público de saúde do Ceará”. O documento busca conscientizar trabalhadores da Rede SESA para uma assistência mais qualificada e humanizada a pessoas lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, travestis, dentre outras orientações sexuais e identidades de gênero (IPECE, 2022, p.14).

Observamos, portanto, uma recente e lenta incorporação da população trans na política estadual de saúde. Ressaltamos, além disso, que as poucas ações existentes, estão praticamente restritas ao Processo Transexualizador, demanda importante, em particular dos homens trans, mas que não expressa a perspectiva de saúde integral.

A esse respeito, o acesso ao serviço transexualizador tem sido uma das principais demandas da população trans no Brasil. O Processo Transexualizador foi regulamentado no âmbito do SUS (Portaria n.º 457 de 19 de agosto de 2008) e em 2013 foi revisto e ampliado conforme a Portaria n.º 2.803 de 19 de novembro, do Ministério da Saúde e traz as seguintes diretrizes:

- I Integralidade da atenção a transexuais e travestis, não restringindo ou centralizando a meta terapêutica às cirurgias de transgenitalização e de mais intervenções somáticas;
- II Trabalho em equipe interdisciplinar e multiprofissional;
- III Integração com as ações e serviços em atendimento ao Processo Transexualizador, tendo como porta de entrada a Atenção Básica em saúde, incluindo-se acolhimento e humanização do atendimento livre de discriminação, por meio da sensibilização dos trabalhadores e demais usuários e usuárias da unidade de saúde para o respeito às diferenças e à dignidade humana, em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2013).

A referida Portaria traz ainda um conjunto de definições e mudanças, dentre as quais destacamos: a) a definição dos/as transexuais e travestis enquanto usuário (a) com demanda para o Processo Transexualizador; b) a atenção básica e terciária como os componentes da linha de cuidado da atenção aos usuários e usuárias; c) as Modalidades Ambulatorial e Hospitalar como Componente Atenção Especializada, para garantir a integralidade do cuidado aos usuários e usuárias; d) A Rede de Atenção à Saúde (RAS) como responsável pela integralidade do cuidado ao transexual e travesti e; e) as Normas de



Habilitação para os estabelecimentos em Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador; dentre outros (BRASIL, 2013).

Entretanto há um longo caminho a ser percorrido pelas pessoas transexuais que desejam acessar os serviços. No Ceará, o atendimento à saúde da população trans tem início em 2009 no ATASH, funcionando no Hospital de Saúde Mental de Messejana, não se tratando ainda de um serviço específico, por se tratar de atendimento relacionado à sexualidade humana com foco nos chamados transtornos de sexualidade, não disponibilizando o processo transexualizador. Ainda assim, a busca por esse serviço era grande principalmente por homens trans oriundos de vários municípios do estado.

Um aspecto importante a ser ressaltado é a crítica do movimento acerca do lugar do serviço, por encontrar-se em um hospital psiquiátrico e reivindicavam a retirada desse espaço <sup>4</sup>. De acordo com o movimento, esse fato reforçava a patologização da transexualidade, acionava o ciclo de discriminação e estigma da população trans.

Consideramos esse dado relevante, na medida em que o lugar do serviço para atendimento às pessoas trans seguia em sentido contrário à ação da Organização Mundial da Saúde (OMS) que operou mudanças significativas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde (CID 10) que durante quase três décadas, classificou a transexualidade como transtorno mental. Em 2019, a OMS oficializou a revisão da CID 10 e com a CID 11, e a transexualidade é excluída do rol de transtornos mentais passando a integrar a lista de “condições relacionadas à saúde sexual” e classificada como “incongruência de gênero”<sup>5</sup> (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019).

Em 2019, após insistentes pressões do movimento é implantado o Sertrans, ambulatório para o processo transexualizador. Contudo, o novo serviço permaneceu no Hospital Mental, contrariando as expectativas do movimento e que cobrava desde 2017 a abertura do ambulatório<sup>6</sup>. Ressalte-se, entretanto, que a permanência do ambulatório no referido hospital, terminou por ser aceito pelo movimento por lá encontrarem-se os profissionais já capacitados e com experiência no atendimento.

Em janeiro de 2022, o serviço foi habilitado pelo Ministério da Saúde<sup>7</sup>. Neste caso a habilitação é uma condição que identifica se o serviço tem capacidade para desenvolver as funções específicas exigidas em relação aos procedimentos necessários ao processo transexualizador. O SERTRANS foi habilitado na modalidade ambulatorial que

consiste nas ações de âmbito ambulatorial, quais sejam acompanhamento clínico, acompanhamento pré e pós-operatório e hormonioterapia, destinadas a promover atenção especializada no Processo Transexualizador definidas nesta Portaria e realizadas em estabelecimento de saúde cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) que possua condições técnicas, instalações físicas e recursos humanos adequados conforme descrito no anexo I da Portaria n.º 2.803/2013 (UFSB, 2021, p. 9).

<sup>4</sup> <https://www.change.org/p/queremos-que-o-ambulat%C3%B3rio-trans-do-cear%C3%A1-seja-retirado-do-hospital-mental>

<sup>5</sup> Termo refere-se às pessoas que não se identificam com o gênero atribuído ao nascerem. Este termo também recebe críticas de integrantes do movimento LGBTQIA+ brasileiro por trazer a ideia de desacordo ou inapropriado.

<sup>6</sup> <https://diariodonordeste.verdesmares.com.br/metro/ambulatorio-para-pessoas-trans-abre-atendimento-em-messejana-1.2190420>

<sup>7</sup> <https://www.ceara.gov.br/tag/visibilidade-trans/> CIR Fortaleza nº 30/2021 habilitação do Serviço Especializado Ambulatorial no Processo Transexualizador do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto, em Fortaleza/CE.

A habilitação ambulatorial abre caminho para o atendimento em nível hospitalar que permite a realização de cirurgias, uma demanda presente entre parte de mulheres e homens trans que desejam passar pelo processo de redesignação sexual<sup>8</sup>.

Observamos que, de um modo geral, a incorporação da população trans na política estadual de saúde ainda é bastante incipiente. Ao mesmo tempo, consideramos importantes as conquistas que indicam possibilidades de avanços no processo de construção de uma política de atenção integral a essa população.

A seguir, apresentaremos nossas considerações finais acerca das análises empreendidas neste estudo.

## Considerações Finais

Na tentativa de dialogar sobre as diversas abordagens a respeito da Transexualidade, foram apresentadas algumas propostas com o objetivo de conhecê-las a partir dos diferentes conceitos trazidos por teóricos que se propuseram a tratar sobre o tema. Nesse percurso, tentou-se compreender a transexualidade a partir da reflexão sobre a sexualidade humana.

Sendo assim, abordar o tema Transexualidade de forma teórica e conceitual exige lançar mão de conceitos pré-estabelecidos e dar espaço para outras perspectivas que possibilitem o diálogo com questões amplas e transversais, sabendo que se trata de um percurso desafiador, porém satisfatório à medida que traz à tona questões complexas que comumente estão fora do alcance do diálogo aberto a determinada parte da sociedade.

Pontando, compreender que os conceitos trabalhados, bem como as perspectivas anunciadas, sozinhos não dão conta da realidade dos sujeitos, é de extrema relevância que os estudos sobre sexualidade venham se ampliando e novos rumos se desnudem nesse processo.

Além de tudo isso, é mister pensar que uma questão maior se faz presente nos diálogos sobre a Sexualidade Humana e nos muitos eixos transversais que permeiam a discussão, a transexualidade se coloca como eixo que pode ser trabalhado em sua relevância na centralidade do diálogo, pois traz condições e espaço para debates que vão para além da epistemologia, nos permite revisitar temas a partir dos Direitos Humanos, Acessibilidade, Educação, Saúde, cidadania, em muito mais.

Dessa forma, nosso trabalho até aqui apresentado, nos trouxe possibilidades de reviver os muitos autores e perspectivas de conceituar temas referentes à Sexualidade, trazendo a transexualidade como protagonista. Mas é fato que nesse diálogo há possibilidades para se discutir para além dos encaixes sociais tanto exigidos para a população LGBTQIA+. Ressalta-se que podemos e devemos ampliar e criar espaços para discussões que além de protagonizar essa população, dê voz e autonomia na perspectiva de evidenciar seus espaços enquanto sujeitos autônomos que são.

---

<sup>8</sup> Consiste na remodelação dos Órgãos sexuais masculinos e femininos de acordo com a identidade de gênero da pessoa.

## Referências bibliográficas

BRASIL. Política Nacional de Saúde Integral de Le'sbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais - LGBT. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

CASSEMIRO, Luiza Carla. **Tenho o direito de ser amapô: as trajetórias de travestis e transexuais face à implementação das políticas públicas de assistência social e saúde**. 2010. 130 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifica Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: [https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/16664/16664\\_1.PDF](https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/16664/16664_1.PDF). Acesso em: 22

CISNE, Mirla; DOS SANTOS, Silvana Mara Moraes. Feminismo, diversidade sexual e Serviço Social. [S.l.]: Cortez, 2018.

DE JESUS, Jaqueline Gomes. **Orientações sobre identidade de gênero**: conceitos e termos. Guia técnico sobre pessoas transexuais, travestis e demais transgêneros, para formadores de opinião, v. 2, 2012.p. 42. Disponível em: <https://www.diversidadesexual.com.br/wp-content/uploads/2013/04/G%C3%8ANERO-CONCEITOS-E-TERMOS.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2021.

DE TILIO, Rafael. Teorias de gênero: principais contribuições teóricas oferecidas pelas perspectivas contemporâneas. **Revista Gênero**, v. 14, n. 2, 2014.

DELPHY, Christine. Patriarcado (teorias do) In: HIRATA, Helena; LABORIE, Françoise; LE DOARÉ, Hélène; SENOTIER, Danièle (org.) Dicionário crítico do feminismo. São Paulo: UNESP, 2009. p. 173-178.

DIAS, Maria Socorro de Araújo *et al.* Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de ava- liabilidade em uma região de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 103-114, 2018.

FUSSEK, Lygia dos Santos. Os direitos civis do transexual em relação à mudança de gênero e prenome. **Revista Síntese Direito de Família**, São Paulo, SP, v. 15, n. 82, p. 54-77, 2012.

GIL, Antonio Carlos *et al.* **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

GUERRA, Yolanda. **Direitos sociais e sociedade de classes**: o discurso do direito a ter direitos. Coletânea Nova de Serviço Social. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013. p. 31-54.

HARAWAY, Donna. 'Gênero' para um dicionário marxista: a política sexual de uma palavra. **Cadernos pagu**, 2004. p. 201-246

LIMA, Daniel Borsatto de. A atenção à saúde às travestilidades e transexualidades em São Paulo (2013-2018). 2018. 154 f., il. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Universidade de Brasília, Brasília, 2018. Disponpivel em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/34355>. Acesso em: 22 jan. 2021.

MEAD, Margaret. **Sexo e Temperamento**. São Paulo: Editora, 1935.

MOTTA, Daniele. A Contribuição de Heleieth Saffioti para a análise do Brasil: gênero importa para a formação social? **Caderno CRH**, v. 33, 2020.

OLIVEIRA, Itauane de; ROMANINI, Moises. (Re) escrevendo roteiros (in) visíveis: a trajetória de mulheres transgênero nas políticas públicas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 29, 2020.

PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1723-1728, 2018.

PASSOS, J. E. F.; P SENA, A. G. N.; SOUTO., K. M. B. Marcos legais do Processo Transexualizador no SUS para a publicação da Portaria no 2.803/13. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Transexualidade e travestilidade na saúde**. Brasília, DF, 2015. p. 177-185.

PATEMAN, Carole. **Confusões patriarcais: o contrato sexual**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

PEREIRA, Potyara Amazoneida P. Proteção social contemporânea: cui prodest?. **Serviço Social & Sociedade**, p. 636-651, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/DSgvNQnNyK3fNkJYcv8VTQr/?format=pdf>. Acesso em: 22 fev. 2021.

PEREIRA, Potyara Amazoneir P. A saúde no sistema de seguridade social brasileiro. **Ser Social**, n. 10, p. 33-56, 2002. Disponível em: [https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/7276/1/ARTIGO\\_SaudeSistemaSeguridade.pdf](https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/7276/1/ARTIGO_SaudeSistemaSeguridade.pdf). Acesso em: 22 fev. 2021.

PISTICELLI, Adriana. Gênero: a história de um conceito. In: ALMEIDA, H. B.; SZWAKO, J. E. (org.). **Diferenças, igualdade**. São Paulo: Berlendis & Vertecchia, 2009. p. 118-146.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina**. v. 35, p. 01-35, 2001.

SAFFIOTI, Heleieth IB. **Rearticulando gênero e classe social: uma questão de gênero**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992. p. 183-215.

SAFFIOTI, I. B. Heleieth. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

SALIH, Sara. **Judith Butler e a Teoria Queer**. Belo Horizonte: Autêntica, 2015.

SALVADOR, Evilásio. **Fundo público no Brasil: Financiamento e destino dos recursos da seguridade social (2000 a 2007)**. 2008. 395 f. Tese (Doutorado em Política Social)- Universidade de Brasília, Brasília, 2008. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/3893>. Acesso em: 22 fev. 2021.

SANTOS, Joilma de Oliveira dos. Participação e controle social dos idosos na cena contemporânea: particularidades do Conselho Municipal dos Idosos em Natal-RN. 2012. Monografia (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/36156>. Acesso em: 22 fev. 2021.

SCOTT, Joan. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica**. [S.L.: s.n], 2012. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/185058/mod\\_resource/content/2/G%C3%AAnero-Joan%20Scott.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/185058/mod_resource/content/2/G%C3%AAnero-Joan%20Scott.pdf). Acesso em: 22 fev. 2021.

SILVA, G. B; MEDEIROS, F.A.B; OLIVEIRA, M.T. Serviço Social e promoção à saúde: direito às práticas integrativas e complementares no SUS. In: SILVA, B.O; SOUZA, E.F.; OLIVEIRA, M.T. (org.). **Políticas públicas: abordagens interdisciplinares**. Natal: Caule de Papiro, 2020.

SILVA, Maria Lucia Lopes da. **Previdência Social no Brasil: desestruturação do trabalho e condições para sua universalização**. São Paulo: Cortez, 2012.

SIMPSON, Keila. Transexualidade e travestilidade na saúde. In. BRASIL. Ministerio da Saúde. **Transexualidade e travestilidade na saúde**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. p. 9-15. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/transexualidade\\_travestilidade\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/transexualidade_travestilidade_saude.pdf). Acesso em: 22 fev. 2021.

TAGLIAMENTO, Grazielle *et al.* Direitos humanos e a saúde: a efetivação de políticas públicas voltadas à saúde integral da população trans. In: Ministério da Saúde; Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa; Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Transexualidade e travestilidade na saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. p. 65-79.