

**POLÍTICAS PÚBLICAS E DISSIDÊNCIAS DE GÊNERO NO  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:**

percepções de mulheres transexuais e travestis sobre a implementação da  
Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais,  
Travestis e Transexuais em Crato, Ceará.

**Geovane Gesteira Sales Torres**<sup>1</sup>

**Paulo Júnior Alves Pereira**<sup>2</sup>

**Maria Laís dos Santos Leite**<sup>3</sup>

**Resumo:** A pesquisa da qual resultou este artigo teve como objetivo avaliar a implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais no município de Crato-CE. A política pública supracitada foi regulamentada em 2011 e busca promover a saúde integral desta população, eliminando a discriminação e o preconceito institucional e, ainda, contribuindo para a redução das desigualdades e a consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS como universal, integral e equitativo. A investigação se caracteriza como um estudo de caso, a produção/coleta de dados se deu por meio de entrevistas em profundidade com mulheres transexuais e travestis usuárias do SUS, o tratamento do corpus a partir do método “análise do discurso do sujeito coletivo”. Formularam-se as categorias denominadas: Despreparo no atendimento; Melhorias no atendimento a transexuais e travestis; Ineficiência do serviço; Desrespeito ao uso do nome social; Importância do nome social; Tratamento preconceituoso. Sinteticamente, mediante análise dos discursos-síntese e suas respectivas força e amplitude, pode-se afirmar que a política pública não vem se concretizando de maneira eficiente no território, visto que além da realidade política e

166

---

<sup>1</sup> Graduando em Administração Pública e Gestão Social pela Universidade Federal do Cariri - UFCA. Bolsista do Laboratório de Estudos Urbanos, Sustentabilidade e Políticas Públicas (LAURBS/UFCA). Integrante do Laboratório de Estudos em Políticas Públicas do Cariri - LEPP Cariri. Agente Educador em Saúde (Servidor 47958) na Secretaria de Saúde do Município de Crato – CE. Membro do Projeto Banana-Terra e rede latino-americana Colectiva. E-mail: [geovane.gesteira@aluno.ufca.edu.br](mailto:geovane.gesteira@aluno.ufca.edu.br)

<sup>2</sup> Graduando no curso de Comunicação Social - Jornalismo pela Universidade Federal do Cariri - UFCA. Integrante do Limbo - Laboratório de Imagem e Estéticas Comunicacionais (CNPq - UFCA). E-mail: [p.junior.pj405@gmail.com](mailto:p.junior.pj405@gmail.com).

<sup>3</sup> Psicóloga, Doutoranda em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN. Servidora técnico-administrativa da Universidade Federal do Cariri – UFCA. Coordenadora do Laboratório de Estudos em Políticas Públicas do Cariri - LEPP Cariri. E-mail: [mlaisleite@gmail.com](mailto:mlaisleite@gmail.com).

econômica que comprometem os serviços, o público é submetido a atendimentos constrangedores, tolhendo-o a oportunidade de desfrutar satisfatoriamente do SUS.

**Palavras-chave:** Dissidências de Gênero; Direito à saúde; Política Pública; Saúde Pública; Nome social.

## INTRODUÇÃO

As últimas décadas são marcadas por intensas organizações políticas LGBTs<sup>4</sup> que, dentre outras questões, vêm buscando a criação de políticas públicas específicas e benfazejas ao grupo. Dessa forma, há um notório descontentamento com as dramáticas realidades vivenciadas pela população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil, que tanto padece com a violação dos direitos sexuais por agentes institucionais públicos e privados guiados por lógicas abissais particularistas e universalistas calcadas em referenciais cisgêneros, binários e heteropatriarcais.

Considerando o exposto, fazem-se necessárias pesquisas que abordem questões relativas à população LGBT, não mais a reduzindo a um patamar de patologização, mas, observando seus aspectos políticos, incluindo direitos fundamentais a todos os(as) cidadãos(ãs) no estado democrático de direito brasileiro. Percebe-se, no entanto, que estudos nesse campo ainda são escassos, o que eleva a relevância de investigações epistêmicas de caráter queer que atuem, além da descoberta científica sobre dada realidade social, na vertente política de denúncia das condições desfavoráveis que acometem os sujeitos aqui citados.

Neste contexto, destacamos a Política Nacional de Saúde Integral de LGBTs, regulamentada em 2011 junto ao Sistema Único de Saúde – SUS no Brasil, como um marco para as políticas públicas de saúde no país e para o reconhecimento das demandas desta população em condição de vulnerabilidade. Assim, conforme Bento (2017), a direito à saúde de pessoas “trans” – travestis e transexuais – no Brasil se vincula à relação entre o SUS, Estado e cidadania.

---

<sup>4</sup> Adota-se este termo pelo mesmo ter sido incorporado no texto legal da Política Nacional de Saúde Integral de LGBTs, todavia, a sigla se encontra atualizada, haja vista o incremento realizado no Reino Unido, culminando no termo: LGBTQQICAPF2 + (L= Lésbica, G= Gay, B= Bissexual, T= Transgênero, Q= Queer, Q= Questionando, I= Intersexual, C= Curioso (a), A= Assexuado (a), A= Agênero, A= Aliado (a), P= Pansexual, P= Polissexual, F= Amigos e Família, 2= Espírito Duplo).

Outrossim, o presente artigo relata os principais resultados de uma pesquisa realizada entre os anos de 2017 e 2018 cujo objetivo geral foi avaliar o funcionamento da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais para a população de mulheres transexuais e travestis, tendo como objeto de análise os discursos de mulheres “trans” sobre a experiência do município de Crato-CE no tocante à política citada. Atentando, pois, para as confluências e antinomias existentes entre os pressupostos legais, estabelecidos na referida política pública de saúde, e o seu real funcionamento – ou ausência dele – no território em voga.

Além de uma consistente pesquisa bibliográfica, a presente investigação exploratória foi composta pela realização de entrevistas em profundidade com mulheres transexuais e travestis usuárias do Sistema Único de Saúde. Já o tratamento do corpus se deu a partir da “análise do discurso do sujeito coletivo” que prevê duas principais etapas de exploração: a qualitativa e quantitativa.

Nesse viés, ao decorrer do presente artigo serão discutidos conceitos político-epistemológicos relativos à saúde enquanto direito humano e seara política historicamente empregada na regulação/medicalização dos sujeitos e seus corpos; referentes a aspectos psicopolíticos e históricos das identidades de gênero dissidentes; além de tratar sobre aspectos jurídicos e administrativos do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Saúde Integral de LGBTs.

## **MARCO TEÓRICO**

### **Saúde, uma questão biopolítica: da regulação dos corpos à humanização**

A atual ideia de saúde foi bastante influenciada por questões axiológicas disseminadas na modernidade por organismos internacionais como a Organização das Nações Unidas – ONU, que por sua vez se guia por noções de direitos universais, inalienáveis e inerentes à espécie humana. Valores estes também presentes na proposta da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, sendo entendida como grande marco influenciador do conceito de saúde, fazendo-o ultrapassar uma noção meramente biológica, incorporando, pois, aspectos psicossociais, culturais, políticos, dentre outros. O conceito de saúde formulado no referido encontro diz que:

A saúde, estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade, é um direito fundamental, e a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos setores sociais, econômicos, além do setor de saúde. (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978, n.p.).

Como se percebe no conceito estabelecido na “Declaração de Alma-Ata”, o bem-estar dos indivíduos é tido como um direito fundamental, além de ser, em termos do documento, a maior meta social mundial, tratando-se de importância. Entretanto, esta perspectiva não encontra repouso em diversos contextos históricos, tal qual aponta Foucault (2017) ao se debruçar sobre a “medicina social”, tratando, dentre outras questões, que diferente daquilo que amiúde se pensa, o sistema capitalista não trouxe uma noção “individualista” da medicina, mas sim, coletiva.

Tal perspectiva tem origem durante os séculos XVIII e início do século XIX, quando se concluiu que além de ideologias e consciências, a dominação dos sujeitos se inicia com o controle de seus “corpos”, sinalizando para o fato do corpo ser uma realidade biopolítica, e a medicina, uma estratégia do biopoder<sup>5</sup>. Todavia, aponta-se que tal controle não se inicia com esta lógica capitalista de dominação de classe, pois, a medicina social adotou, como primeiro alvo de medicalização, o Estado, posteriormente a cidade e, por fim, os pobres e trabalhadores. (FOUCAULT, 2017)

Nesse esteio, cabe-se refletir sobre o novo paradigma de saúde pública interposto ainda no século XX, em contraposição à medicina social e seu uso excludente ao longo da história da humanidade (FOUCAULT, 2017). A nova concepção sobre saúde insurge como uma proposta equânime que reconhece os aspectos sociais, políticos, culturais e biológicos para a construção de um bem-estar social. Algo que se evidencia na contemporaneidade em virtude da pandemia da COVID-19 e dos seus drásticos e latentes efeitos sociais em todo o mundo.

Tomando por base estes pressupostos da noção de saúde nasce no Brasil, em 1990, o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011), que consiste em uma política de Estado cuja função magna é a construção da justiça social e consequente redução de desigualdades na promoção dos atendimentos de saúde, incorporando como princípios a

---

<sup>5</sup> Corresponde aos instrumentos pelos quais as propriedades biológicas fundamentais dos sujeitos se inserem em arenas políticas, mediante estratégias gerais de poder. (Cf. Foucault, 2008).

### **As identidades travesti e transexual**

O rompimento com o sistema sexo/gênero (RUBIN; BUTLER, 2003), consubstanciado em categorias identitárias como a travestilidade e transexualidade, é algo crucial para transgredir ideias dogmatizadas acerca da não existência de distinções entre sexualidade e gênero. Este sendo entendido, assim como salienta Beauvoir (1960), como um conjunto de construções sociais compostas por escolhas e imposições, que podem ou não ser seguidas pelos sujeitos, estes tendo seus corpos sexuados inscritos em significados sociais.

Distintamente, com base em pressupostos foucaultianos e psicanalíticos, Butler (2003) enxerga a questão de gênero como o produto de atos repetidos – performatividade – em que os corpos são “disciplinados” e “estilizados” no tempo e espaço externo aos sujeitos conforme sistemas jurídicos de poder de regulação “libidinosa”, estabelecendo referenciais comportamentais, sendo também, ainda consoante a Butler (2003), um berço de produção dos “sexos” postos de maneira pré-discursiva. Assim, Butler (2013) exclama que o gênero não é uma identidade inerte, tampouco um lócus por meio do qual decorrem os atos.

Assim, Butler (2018) exclama que o gênero é performativo à medida em que ele gera a falsa impressão da existência de um núcleo interno em si. Logo, o gênero produz essências e disposições femininas e masculinas, de maneira que não viabiliza pensar o gênero mediante parâmetros expressivos. Butler (2018) aloca à performatividade a ideia de repetições ritualizadas impostas socialmente pela heterossexualidade compulsória, porém, aponta que não se deve limitar as operações psíquicas à performance de gênero.

Em acréscimo, o gênero seria o produto da perda dos apegos homossexuais, que em nenhuma hipótese podem ser pranteados e admitidos pelo posicionamento heterossexual, pois, os “perigos” à heterossexualidade são ameaças ao próprio gênero. De tal forma, surge a melancolia do gênero enquanto processo inacabado do luto, o que se torna elementar à formação das identidades, dentre as quais, as identidades de gênero (BUTLER, 2018).

Não obstante, assenta-se a noção de “identidade de gênero”, que segundo Stoller (1978) corresponde a um compêndio de elementos pertinentes ao que se entende socialmente por masculino e feminino, permanecendo o mesmo ao longo da vida psíquica dos sujeitos, embora possa incrementar novos componentes ao longo da formação da personalidade dos indivíduos.

Portanto, concebe-se a transexualidade como uma categoria transgênera oriunda da incompatibilidade entre identidade de gênero (STOLLER, 1978) e sexo biológico de dadas pessoas, porém, ainda seguindo a lógica binária masculino/feminino. Por outro lado, a travestilidade se configura enquanto uma categoria de gênero divergente à lógica binária impressa nas relações sociais orientadas pelas dicotomias modernas cisgênera e hetenormativa, o que leva determinados(as) pensadores(as) homoculturais a vislumbrarem na mesma um terceiro gênero, sendo assim, também uma identidade subjetiva e social (REIDEL, 2017).

Não obstante, refletir sobre a resistência dos corpos “trans” ante as estruturas cisgêneras, possibilita contemplar a perspectiva feminista pós-abissal apresentada por Martins (2019). Esta defende que a razão moderna ocidental – pensamento abissal – é estruturada sob a pedra angular da dicotomia heteropatriarcal homem/mulher, ou, masculino/feminino. Sendo assim, a desconstrução do pensamento abissal é fundamental para visibilizar as subalternidades do Sul – metáfora alusiva aos territórios, identidades, culturas e sujeitos vítimas das distintas colonizações modernas –. Ora, Martins (2019) indica que para a desconstrução da dicotomia heteropatriarcal, faz-se preciso o questionamento do direito, conhecimento e poder baseados no binarismo ora exposto, assim, no seio de tal resistência se encontra a inclusão de miríades de possibilidades de identidades sexuais e de gênero. De tal forma, ser “trans” implica, ainda, na contribuição pós-colonial para a fragmentação do paradigma moderno falido.

Grifa-se que a preocupação médica com identidades de gênero e orientações sexuais contrastantes às lógicas heterossexual, cisgênera e binária remontam o século XIX, quando surge na Europa e em países como o Brasil. Desse modo, a medicina desenvolveu significativo papel na transição de prismas pelos quais tais identidades eram vistas, passando de pecado hediondo à doença. Sendo assim, a homossexualidade, travestilidade e transexualidade estariam passíveis a “curas”.

Algo também influenciado por Freud (1969) apud Hall, Lindzey e Campbell (2000), que ao explicar a “homossexualidade” – partia-se do pressuposto de que identidades transgêneras seriam ramificações do “homossexualismo” (patologia) – pela ótica da psicanálise, confluíu a heterossexualidade como estado sexual saudável e maduro, adjetivando a “homossexualidade” como condição de imaturidade, oriunda da fixação, medo de castração, narcisismo e demasiada identificação com um dos pais do sexo oposto. O que culminou no processo de psiquiatrização das sexualidades e identidades de gênero desviantes aos padrões comportamentais vigentes (FOUCAULT, 1988).

As identidades travesti e transexual apresentam definições ainda em processo de discussões no seio do movimento LGBT. Todavia, contemporaneamente, estes conceitos apontam uma perspectiva política de superação de preconceitos científicos que subjugarão tais identidades, colocando-as como patologias, logo, entendendo-as como “travestismo” e “transexualismo”, antes presentes na Classificação Internacional de Doenças (BRASIL, 2015). Porém, a Organização Mundial da Saúde, no ano de 2018, retirou as identidades transexual e travesti, que antes estavam catalogadas como “transtorno de identidade de gênero” (CID-11), do capítulo de transtornos mentais da Classificação Internacional de Doenças, ficando assim, catalogadas como “condições relativas à saúde sexual”, estando nesta categoria, conforme informou a OMS, para que os países continuem atendendo suas demandas de saúde (ONU, 2019).

Pensar identidades sexuais e de gênero, destoantes dos padrões heteronormativos, cisgêneros e binários, em seu aporte político nos convida a refletir sobre a política enquanto esfera de poder. Ao abordar o surgimento do “corpo social”, Foucault (2017) destaca que a sua gênese não se relaciona ao consenso, mas, ao fato da materialidade do poder se exercer sobre o próprio corpo dos sujeitos, impondo-lhes padrões e práticas que almejam uma maior “docilidade” e “utilidade” dos mesmos. Entretanto, Foucault (2017), acentua que em resposta às relações biopolíticas, nasce a reivindicação do corpo contra o poder.

Ao refletir sobre uma “nova economia das relações de poder”, Foucault (1995) preceitua a resistência às variadas faces poderis, em que se assentam lutas transversais e imediatas contrárias às formas de dominação, às maneiras de exploração-produção, e

em busca de maior liberdade em relação a questões subjetivas tocantes à submissão de dados indivíduos a outros.

Saraiva (2017) esboça uma mudança paradigmática das lutas sociais LGBTs, a julgar pela inicial “onda homófila”, quando na década de 1950, em território norte-americano, organizações da sociedade civil buscavam “moldar” os comportamentos de LGBTs, a fim de combater o “travestismo”, “escândalos” e “estereótipos”. Em contrapartida, a revolta Stonewall, em 1969, contribuiu para um novo paradigma no ativismo LGBT, no qual as liberdades sexuais e de gênero ganharam evidência. Confluindo ao que Fly (1985) nomeia de “consciência homossexual”.

Considerando o exposto, concomitantemente à instituição da homossexualidade/transsexualidade/ travestilidade enquanto crime e/ou doença, houve uma intensa organização em prol da garantia de direitos, naturalização e aceitação das suas identidades e orientações sexuais. Tal como se nota: “[...] os códigos penais que pretendem catalogar e institucionalizar a normalidade tornam-se o lugar para contestação do conceito de normal” (BUTLER, 2018, p. 66). Os(as) homossexuais/travestis/transsexuais reconheceram o caráter político de sua existência, o que os(as) levou a imprimir uma militância organizada, em especial, no seio de organizações, tal como a “Associação de Travestis e Liberados do Rio de Janeiro”, em 1992 (FLY, 1985).

Embora a organização política tenha conseguido e persista alcançando bons resultados para a população homossexual, travesti e transexual, os dados apontam para difíceis realidades dos grupos supracitados. Expõem-se, assim, indicadores do Mapa dos Assassinatos de Travestis e Transexuais no Brasil, produzido pela Associação Nacional de Travestis e Transexuais, o qual indica que no ano de 2018 foram assassinadas 163 pessoas travestis e transexuais. Questões agravadas quando analisamos a expectativa de vida de pessoas transexuais no Brasil, que segundo o Senado Notícias (2017), é de 35 anos de idade, metade da média nacional.

### **O SUS e a Política Nacional de Saúde Integral de LGBTs**

No Brasil, o direito pleno à saúde está previsto no art. 196º da Constituição Federal (1988), a qual institui: “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 outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Contempla-se o acesso à saúde como algo elementar aos direitos sexuais. Ora, estes dizem respeito às garantias fundamentais a sujeitos oprimidos e cuja privacidade é invadida pelo Estado em virtude das suas dissidências sexuais e de gênero, haja vista que a tais parcelas populacionais, amiúde, são negadas garantias elementares, como a saúde (SARAIVA, 2017). Diante disso, os direitos sexuais almejam a oferta dos direitos humanos – como a saúde – aos sujeitos cujas orientações sexuais e identidades de gênero são alvo de repressão pelas ordens dominantes. Logo, “sexualidade e direitos sexuais envolvem o direito à vida e à boa saúde” (SARAIVA, 2017, p. 76).

Ressalta-se, ainda, que a garantia legal à saúde se assenta no campo dos direitos sociais, fazendo com que, para a sua edificação, a carta magna brasileira dedicasse à saúde um maior planejamento, integrando-a ao Sistema de Seguridade Social (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988). Sendo assim, o desenvolvimento social é considerado uma condição elementar para a conquista da saúde. Tal garantia se consubstancia na criação do Sistema Único de Saúde, o qual apregoa distintas responsabilidades entre os entes federativos.

Nessa circunstância, a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 determina como responsabilidades dos municípios, dentre outras, o gerenciamento e execução de serviços públicos de saúde; contratação e convênio de serviços privados de saúde, bem como avaliação destes; planejamento, programação e organização do SUS em parceria com as unidades federativas; além de financiamento e fornecimento de medicamentos básicos (BRASIL, 1990).

Dentre as incumbências dos estados, destacam-se o acompanhamento, controle e avaliação de suas redes públicas de saúde; apoio técnico e financeiro aos municípios; gerenciamento de sistemas de alta complexidade regionais e estaduais; e por fim, participação no financiamento farmacêutico básico e oferta de medicamentos com alto valor pecuniário, com apoio da união. Tratando-se dos deveres do Governo Federal, cabe-o cooperar técnica e financeiramente com estados e municípios; formular políticas

públicas de saúde à nível nacional; e ainda, auditar, acompanhar, controlar e avaliar os serviços e ações no campo da saúde (BRASIL, 1990).

Além desta subdivisão operacional de funções, o SUS preconiza orientações que, em seus serviços, direcionam-se por direitos de seus usuários que se regem por valores e princípios, dentre os quais se destacam: promoção, proteção e recuperação da saúde, em que o acesso se dará prioritariamente pelos serviços da Atenção Básica em Saúde, além de assegurar o encaminhamento à atenção especializada e hospitalar; atendimentos humanizados e livres de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de questões etárias, raciais, de cor, éticas, sexuais, de identidade gênero, genéticas, econômicas e/ou sociais, resguardando-se o direito ao uso do nome social; acesso aos meios de exercício da cidadania; ademais, pressupõe-se o comprometimento dos gestores públicos das três esferas do governo no tocante ao respeito e cumprimento dos direitos e deveres dos usuários do SUS (BRASIL, 2006).

No seio do SUS repousam diversas políticas públicas específicas a determinados grupos, não sendo, entretanto, produto da benevolência estatal, mas, resultado de lutas que historicamente marcam a procura por melhores condições de vida no Brasil. Em busca da equidade preconcebida pela Constituição Federal de 1988, que reconhece a saúde como direito social, surgem diversas medidas possibilitadas pela participação social no desenvolvimento de políticas públicas, sobretudo na formação das agendas formais de governo.

A exemplo do exposto, em 2011 foi instituída a Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, cuja pactuação se deu pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de acordo com a resolução nº 2 do dia 6 de dezembro do mesmo ano, dando origem à Política Nacional de Saúde Integral de LGBTs, implantada no SUS e pensada para englobar todas as áreas do Ministério da Saúde: produção de conhecimento; participação social com a inclusão de lideranças LGBTs; promoção, atenção e cuidado; além do envolvimento de técnicos e pesquisadores. Ademais foi submetida à consulta pública, para só então, ser apresentada e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013).

A Política ora tratada se embasa nos princípios assegurados na Constituição Federal de 1988, que garantem a cidadania e dignidade da pessoa humana (CF, 1988,

art. 1.º, inc. II e III), reforçados no objetivo fundamental da República Federativa do Brasil de “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação” (CF, 1988, art. 3.º, inc. IV).

A referida política pública apresenta como objetivo-geral:

promover a saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuindo para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo (BRASIL, 2013, p. 17).

A Política Nacional de Saúde Integral de LGBTs objetiva ainda: o desenvolvimento de mecanismos de gestão para melhor atendimento das demandas da população trabalhada; ampliação do acesso aos serviços públicos de saúde; qualificação dos serviços dos SUS para maior equidade ao grupo; produção e fomento de indicadores tocantes à saúde de LGBTs; pleno e gratuito acesso ao processo transexualizador; promoção de ações de redução de riscos e danos decorrentes do uso de medicamentos, fármacos e drogas ilícitas; criação de estratégias setoriais e intersetoriais para diminuição da morbidade e mortalidade de travestis; prevenção e ampliação no acesso ao tratamento de câncer de próstata; eliminação de preconceitos nos serviços e garantia ao uso do nome social, dentre outras metas (BRASIL, 2013).

176

Quanto às atribuições e responsabilidades tocantes à política pública em análise, competem papéis distintos e complementares em relação aos três entes federativos. Nesse escopo, o Ministério da Saúde se incute de apoiar política e tecnicamente a implementação da política pública; guiar as pactuações relativas às questões LGBT no âmbito do CIT; fomentar a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde; desenvolver junto a secretarias estaduais e municipais de saúde estratégias para a edificação de serviços de saúde a pessoas LGBT em estado de cárcere; formular protocolos sobre o uso de hormônios, implante de próteses de silicone para travestis e transexuais, além de mastectomia e histerectomia em transexuais masculinos; promover ações de vigilância, prevenção e atenção à saúde de sujeitos vítimas de LGBTfobia; capacitar os(as) trabalhadores(as) da saúde para a implementação da política; fomentar pesquisas relacionadas à população LGBT; apoiar os movimentos sociais de luta LGBT e divulgação do conteúdo da política em discussão (BRASIL, 2013).

Acresce-se que compete às secretarias estaduais, além das funções já desempenhadas pelo Ministério da Saúde, garantir apoio técnico aos municípios, incluir a política em voga nos Planos Estaduais de Saúde e Planos Plurianuais, além de promover ações de saúde intersetoriais com a criação de unidades aptas à promoção da equidade da população LGBT. Já em relação às esferas municipais e Distrito Federal, cabe-os o papel, além dos já citados, de: implantar a política por meio da identificação das necessidades locais de saúde; incluir a política no Plano Municipal de Saúde e Plano Plurianual Setorial; monitorar e avaliar a execução da política e buscar parcerias com organizações – governamentais ou não – para a melhoria da qualidade de vida da população LGBT residente no território (BRASIL, 2013).

## **POSICIONAMENTOS METODOLÓGICOS**

### **Contexto da Pesquisa: Crato-CE**

O município de Crato, localizado ao centro-sul do estado do Ceará e pertencente à Região Metropolitana do Cariri – RMC6, nordeste brasileiro, possui extensão territorial de 1158 km<sup>2</sup> e está a 560 km da capital Fortaleza. Localizado ao sopé da Chapada do Araripe, o território se apresenta enquanto ponto privilegiado para a circulação de mercadorias/pessoas, pois, além de fazer divisa com o estado de Pernambuco, conta com um entroncamento rodoviário que assegura fluxos de mobilidade também para os estados do Piauí e Paraíba. Sua população consiste, conforme o censo do IBGE 2010, em 121.462 habitantes. (IBGE, 2010).

### **Procedimentos utilizados na produção/coleta e análise de dados**

A pesquisa exploratória em questão tem como objeto epistêmico o funcionamento da Política Nacional de Saúde Integral de LGBTs no município de Crato, interior do estado do Ceará. De tal maneira, definem-se, como sujeitos da pesquisa, mulheres transexuais e travestis, com idade igual ou superior a 18 anos de idade, usuárias do SUS e residentes na referida cidade.

---

<sup>6</sup> A Região Metropolitana do Cariri foi criada pela Lei Complementar Nº 78, 26 de junho de 2009, e contempla os municípios cearenses de: Crato, Farias Brito, Nova Olinda, Caririagu, Santana do Cariri, Juazeiro do Norte, Barbalha, Missão Velha e Jardim.

O recorte da pesquisa exigiu um processo de investigação in loco, o qual se materializou mediante visitas aos bairros cratenses: Seminário, Pinto Madeira, N. Sr. de Fátima, Sossego e Vila Lobo. O diálogo com as oito entrevistadas se deu mediante o método “bola de neve”, contando com a colaboração de organizações LGBTs da RMC.

Em relação aos procedimentos e técnica empregados na pesquisa, adotou-se um tratamento qualiquantitativo dos dados, no qual se aplicou, como técnica de coleta de dados, uma entrevista em profundidade por esta privilegiar a fala dos(as) atores/atrizes sociais. A entrevista fornece voz ao(à) locutor(a) para que ele(a) fale o que está acessível à sua mente no momento da interação com o(a) entrevistador(a) e, em um processo de influência mútua, produz um discurso compartilhado por ambos: pesquisador(a) e participante (FRASER; GONDIM, 2004).

O instrumental da pesquisa conteve a questão norteadora: “Qual sua opinião e vivências nos atendimentos públicos de saúde na cidade de Crato – CE?”. As entrevistas foram registradas com o auxílio de um gravador eletrônico. Realizou-se, a posteriori, o processo de transcrição das gravações, quando se buscou seguir fielmente a oralidade exposta nos momentos em voga.

Quanto ao tratamento dos dados, adotou-se o método denominado “Análise do Discurso do Sujeito Coletivo” (ADSC), proposta nascente em 1990 na Universidade de São Paulo para a realização de pesquisas de opiniões e representações sociais de sentido, tendo como base os depoimentos ou outros veículos de material verbal sobre dado assunto. A presente proposta pressupõe que a “opinião” deve ser qualificada e quantificada porque a mesma é uma “incógnita” que deve ser observada pelo(a) cientista (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

Assim, pela ADSC se tratar de um método direcionado à pesquisa de opinião e esta ser o artefato angular do estudo em voga, o desenvolvimento da investigação em evidência dispensa a aprovação da mesma pelo Comitê de Ética, haja vista que conforme o artigo 1º da Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde, não deverão ser avaliadas pelo CEP/CONEP: “I–pesquisa de opinião pública com participantes não identificados” (BRASIL, 2016).

Ainda sobre a ADSC, seu objetivo de analisar as diferenças e semelhanças, além do grau de adesão das opiniões sobre determinado tema, preconiza uma série de

processos, subdivididos em duas principais etapas: a qualitativa e quantitativa. Operações metodológicas que resultam na construção de depoimentos coletivos, integrados por fragmentos, contínuos ou não, dos discursos analisados (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

A definição da Expressão-Chave (ECH) consiste no primeiro operador metodológico, equivalendo a segmentos contínuos, ou não, que evidenciam as principais características do discurso. Outrossim, deve-se observar se no discurso em análise consta mais de uma ideia sobre o mesmo tema, pois ambas deverão ser consideradas. Posteriormente, formula-se a Ideia Central (IC) dos discursos, consistindo em expressões linguísticas que objetivam sintetizar as noções elementares trazidas nas ECHs. (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

Seguidamente, define-se a Ancoragem (AC), correspondendo a expressões que expõem ideologias, teorias e/ou representações sociais externadas pelos sujeitos da pesquisa. Um dos referenciais auxiliares da definição da AC, é a busca por afirmações ampliadoras de situações específicas. Entretanto, há discursos que não as apresentam. Enfim, constituiu-se o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) relativo às categorias definidas nos discursos. A presente etapa consiste na união, em um único discurso-síntese, escrito em primeira pessoa do singular, de ECHs que compartilham ICs ou ACs (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

### **Consideração estatística**

A dimensão quantitativa consiste no cálculo das Força/Intensidade e Amplitude das categorias definidas. A primeira corresponde ao valor numérico dos indivíduos contribuintes para a construção do DSC, possibilitando conhecer o nível de compartilhamento das representações sociais. Já a Amplitude diz respeito à mensuração da presença de dada ideia/representação social no campo analisado. Para a apresentação dos presentes dados, formulou-se um gráfico por meio do uso da ferramenta Excel 2010 (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

Para a mensuração da Força/Intensidade, tomou-se como referencial – equivalente a 100% – o total de fragmentos de todas as categorias, sendo a incógnita, o valor a ser descoberto referente ao percentual equivalente a quantidade de fragmentos

de dada categoria em relação ao todo. Já a Amplitude encara como referencial o total de pessoas participantes na pesquisa, sendo a incógnita, o percentual a ser calculado tendo como referência a quantidade de indivíduos contribuintes para determinada categoria.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir serão apresentados os discursos-síntese de todas as categorias. O corpus foi tratado com base na Análise do Discurso do Sujeito Coletivo, para melhor compreensão dos resultados sistematizamos, os dados são apresentados em seis categorias: Despreparo no atendimento; Melhorias no atendimento a transexuais e travestis; Ineficiência do serviço; Desrespeito ao uso do nome social; Importância do nome social Tratamento preconceituoso.

A partir da leitura destas poder-se-á notar em que parâmetro a política pública abordada se encontra, podendo perceber seu engendramento social, e potenciais falhas no processo de concretização dos objetivos trazidos pela Política Nacional de Saúde Integral de LGBTs.

Quadro 1 - Discurso do sujeito coletivo das categorias pesquisadas.

<i>Categoria</i>	<i>DSC</i>
<i>Despreparo no atendimento</i>	Eu acho que o sistema único de saúde, SUS, poderia se especificar mais em relação a gente. O tratamento é muito, muito, deixa muito a desejar, porque se tem a política pública LGBT para a saúde, por que eles não tratam a gente? Porque os funcionários do posto de saúde, do hospital, não fazem um curso, uma reciclagem pra saber tratar o travesti e o transexual na hora de ser atendido no posto de saúde, na hora de ser atendida num, num hospital. Eu acho que o prefeito, junto com a secretaria de saúde poderia, é... elaborar palestras, ou cursos mesmo, profissionalizantes, pra quando a gente chegar eles ter uma forma de abordagem melhor pra tratar a gente.
<i>Melhorias no atendimento a transexuais e travestis</i>	Bom, em questão de... dos SUS, de hospitais, essas coisas, é... eu nunca fui maltratada não, acho que tá melhor, o atendimento para travestis, transexuais. Sou bem atendida nos postos de saúde quando eu chego, e... é isso, eu acho que tá melhorando. A cada

	<p>ano, eu acho que as pessoas estão tendo mais consciência de que nós somos seres humanos, né? Precisamos de um atendimento de qualidade, assim como todas as outras pessoas, e eu acho que é isso. Sempre que precisei do serviço dos SUS, sempre fui bem atendida, os procedimentos foram feitos corretamente, atendimento e médicos foram super gentis comigo. Eu acho que as pessoas estão se conscientizando mais, que somos seres humanos, por isso elas estão nos tratando melhor, eu espero que seja isso, ou então é pura falsidade.</p>
<p><i>Ineficiência do serviço</i></p>	<p>Eu relembro que o tratamento não foi adequado, desde 2011 o Crato fica a desejar no atendimento a nós transexuais, travestis, do meio LGBT, aqui no Crato principalmente. Eu ainda acho muito baixo como eles ainda tratam a gente. Certo, que eles oferecem, mas só que, vamos dizer assim, numa fila, sempre a gente é jogada pra trás. Entendeu? porque eu acho o que só deveria ter, é que eles deveria atender nós melhor, Ali onde eu moro, nem, bendizer, nem agente de saúde tem (...), já tá cum sete ano que eu moro ali. Nunca um agente de saúde foi lá em casa.</p>
<p><i>Desrespeito ao uso do nome social</i></p>	<p>Eu vejo que a gente é tratada diferente, tem uns que olham a gente torto, tem uns que faz questão de chamar a gente pelo nome de batismo, nome masculino, não trata a gente pelo nome feminino, nem pergunta se a gente quer ser tratada pelo nome feminino. Em posto de saúde, sempre me trataram pelo nome masculino. É uma coisa que desagrada muito, qualquer travesti ou transexual não se sente bem, você ser tratada, você tando toda feminina, chegando toda feminina, e a pessoa te tratar com o nome masculino, isso é horrível! É triste você chegar num local e ser tratada com o nome masculino, você se sentindo uma mulher, você se ver como mulher e a pessoa te destratar, pra mostrar, pra dizer: “Não, você não é! Você foi batizada com tal nome, você tem que ser tratada com tal nome!” É muito constrangedor!. Tem pessoas que pejeja pra mim dizer o nome verdadeiro, mas eu não digo. Como diz eles ‘como é seu nome verdadeiro? Eu não falo. O documento de identidade ainda causa muita estranheza em algumas pessoas. Na foto um menino de quatorze anos, com um nome de homem, e ao vivo uma mulher. Teve uma vez que uma moça ficou olhando pra mim e para</p>

	<p>o meu RG com cara de pasmada. A gente coloca lá (nome social da entrevistada) só que eles termina perguntando o nome normal da pessoa. Isso constrange muito. Quando é assim, dentista essas coisas, eles grita no meio do povo. Eles chama pelo nome de registro, trata a gente com ignorância, trata a gente pelo nome masculino, num trata a gente como qualquer outra pessoa. Eu já passei, cheguei em alguns cantos e pedi pra pôr o nome que gosto de ser chamada, e eles falaram que não fariam, e várias outras coisas.</p>
<p><i>Importância do nome social</i></p>	<p>As vezes até me perguntam como prefere, ‘você prefere ser chamada de ele, de ela? Eu inclusive semana passada fui no posto, e a moça me perguntou ‘você escolhe que eu coloque aqui sexo feminino ou masculino?’ Eu disse, bote feminino, então, ela me fez uma pergunta boa, gostei! Eu, a primeira vez que eu me senti bem aqui Crato, que eu fui tratada bem, foi quando eu fui passar no hospital, é...hospital São Camilo, que agora é São Francisco e eu vi meu nome na entrada. Foi o dia mais feliz da minha vida, vi meu nome (nome da entrevistada). E me chamaram pelo nome de (nome da entrevistada). Quando falou (nome da entrevistada), aí eu me levantei e fui ser atendida. Quer dizer, a partir daquele momento, eu me senti uma nova pessoa, como se eu tivesse sido reconhecida, recebendo um prêmio daqui do, por ser cidadã cratense, por tá com nome novo. Eu me senti, nossa! Foi o dia mais feliz da minha vida!</p>
<p><i>Tratamento preconceituoso</i></p>	<p>Porque a gente, eles dão, realmente, os atendimento a gente, mas aí, além de ser demorado, em certos casos a pessoa passa por tipos de preconceito. Além da fila de espera do SUS, que é enorme, você ainda é mal tratada, mal recebida, complica um bocado, tem umas pessoa que ver a gente como outra pessoa de outro mundo, como se fosse um et. Se chegar eu e outra pessoa atrás do mesmo exame, que não seja uma trans, que seja um homem mesmo, eles diz logo pra gente que não tem vaga, enquanto oferece pra eles, até no modo da pessoa se comportar, eles, eles veem até isso, o modo como a pessoa se comporta, modo como a pessoa se veste e... o tratamento deles muda em relação a isso, eu acho. Eu fui impedida de doar sangue, porque... Assim na minha</p>

	cabeça, por ser talvez homossexual, gay, travesti, não sei o que! A gente assim muitas chega no posto, no hospital, a gente vê que eles trata a gente diferente dos outros.
--	---

Fonte: Elaborado pelos(as) autores(as) com dados da pesquisa.

A categoria denominada “despreparo no atendimento” evidencia a ineficiência nos serviços públicos de saúde, no município de Crato – CE, a mulheres transexuais e travestis, trazendo à tona relatos das entrevistadas que demonstram a ausência/fragilidade de tratamentos humanizados e respeitosos à população tratada, em organizações públicas de saúde da supramencionada cidade. O que pode representar a inexistência/escassez de capacitações dos(as) funcionários(as) das Unidades Básicas de Saúde/Postos de Saúde e/ou a permanência de comportamentos preconceituosos mesmo com a realização de formações que objetivam a construção de atendimentos públicos de saúde mais equânimes, acolhedores e humanizados, capacitações estas que integram os pressupostos básicos estabelecidos na carta dos direitos dos usuários do SUS (BRASIL, 2006). Realidade que contradiz, ainda, o artigo 2º, objetivo específico III, da Política Nacional de Saúde Integral de LGBTs, que pressupõe: “qualificar a rede de serviços do SUS para a atenção e o cuidado integral à saúde da população LGBT” (BRASIL, 2013, p. 20).

Logo, cabe-se mencionar a conclusão de Lionço (2009) ao afirmar que apenas a criação de uma política pública estatal destinada a atender a este público não é suficiente, sendo assim, faz-se necessário a existência de empenho conjunto e integrado dos elos envolvidos, corroborando, de tal maneira, para a coprodução dos bens e serviços públicos, especialmente no tocante a capacitações voltadas aos profissionais da saúde que atuam diretamente nos atendimentos do processo transexualizador. Já que os “burocratas de linha de frente” – funcionários de incidência direta nos serviços públicos – são atores substanciais ao bom funcionamento da implementação da política pública (SECCHI, 2013).

A categoria “melhorias no atendimento a transexuais e travestis” destaca uma relativa evolução nas formas de tratamento dos(as) funcionários(as) para com as pacientes travestis e transexuais em unidades básicas de saúde, apontando para experiências benfazejas, nas quais os(as) profissionais de saúde desenvolveram suas

ações buscando tratar travestis e transexuais sem as constranger e/ou tolhê-las de um atendimento humanizado e respeitoso. Tal resultado decorre, conforme sugerem as entrevistadas, de um processo de construção de uma consciência coletiva calcada no respeito às diferenças e no reconhecimento da relevância da dignidade humana das pessoas “trans” – travestis e transexuais.

O discurso intitulado “ineficiência do serviço” denota uma persistente deficiência nos serviços públicos de saúde, deixando a desejar no processo de assistência a mulheres transexuais e travestis, especialmente no tocante à abordagem e atendimento em unidades básicas/postos de saúde no território em discussão. Questão simbolicamente exposta na metáfora empregada no discurso, em que se diz que em uma “fila” as mulheres “trans” sempre são “jogadas para trás”. O que reforça a perspectiva de Barreto (2017) ao indicar que o pensamento social estratificado termina por levar o grupo em questão a uma condição de inferioridade e subalternidade. Sinalizando o existente distanciamento da equidade almejada pelo Sistema Único de Saúde, ao considerarmos a ausência de serviços essenciais, como acompanhamento domiciliar por agentes comunitários de saúde – atenção básica de saúde – , problema exposto no discurso. Ora, as fragilidades no acesso aos serviços públicos de saúde por pessoas “trans” podem ser vistas como um efeito da abjeção dos corpos dissidentes à dicotomia de gênero. Conforme Butler (2013), os sujeitos abjetos são tornados “outros” devido às suas expulsões do corpo social, logo, são análogos a excrementos. Assim, segundo Bento (2017) “las mujeres trans serian la personificación de los sujetos abyectos, no-humano” (p. 72), a quem a humanidade é negada.

Essas deficiências que regularmente dificultam a concretização da equidade idealizada pelo SUS, são orinundas, segundo Amaral (2011), do paradigma da persistente patologização da transexualidade/travestilidade, que por sua vez acarreta problemáticas como a ausência de reconhecimento e respeito à individualidade das pessoas “trans”, sobretudo na atenção básica. Coadunando, dessa maneira, para a ideia apresentada por Rodrigues (2014), a qual afirma a presença de uma resistência social ao entendimento das dissidências de gênero, refletindo, pois, nos serviços públicos de áreas fundamentais como a saúde.

A categoria “desrespeito ao uso do nome social” revela que os serviços públicos de saúde, no município em pauta, persistem permeados por diferentes e latentes formas de tratamento desrespeitoso ao uso do nome social de mulheres transexuais e travestis. O que gera, conforme os discursos analisados, notórios constrangimentos e desconfortos dos sujeitos para com situações deste porte. Destaca-se que o nome social encarna a personalidade do sujeito, sendo algo substancial para a afirmação de sua identidade de gênero e conseqüente estado de bem-estar, consistindo, pois, em um relevante signo de autoafirmação social (DE ALBUQUERQUE, 2012). Logo, respeitar seu uso é fundamental, fator garantido pela Política Nacional de Saúde Integral de LGBTs, que em seu artigo 2º, objetivo específico XVII, preceitua: “garantir o uso do nome social de travestis e transexuais, de acordo com a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde” (BRASIL, 2013, p. 21).

Embora tenha o reconhecimento do seu uso positivado em diversas normativas do SUS, o respeito ao uso do nome social em serviços públicos de saúde ainda é um proeminente problema que afeta pessoas “trans”, tal qual conclui Rocon (2016) ao pesquisar sobre o acesso de pessoas “trans” ao SUS no Espírito Santo, o que contribui para inferência de que o problema exposto perpassa o território municipal de Crato – CE, fazendo-se presente em outros contextos, produzindo assim, negativos efeitos que podem ser interpretados, baseando-se nos pensamentos de Secchi (2013), como políticas públicas marcadas pela discriminação e omissão de agentes, incluindo o Estado, que idealmente devem primar pelo bem-estar social indiscriminado de todos os cidadãos.

No tocante à categoria “Importância do nome social”, narram-se experiências exitosas nos serviços públicos de saúde, no que diz respeito ao uso do nome social. Revelam-se ocasiões em que os atendimentos dos(as) funcionários(as) das unidades básicas/postos de saúde de Crato – CE atenderam as instruções do SUS e trataram as travestis e transexuais adequadamente. O discurso relata que, determinada entrevistada, ao ser atendida em uma unidade básica de saúde no município pesquisado, é indagada por uma servidora pública sobre o seu desejo em relação ao nome a ser utilizado no atendimento. O que gerou um estado de satisfação na mencionada usuária do SUS, a julgar pelas expressões de elogio relatadas. Estado que reflete o complexo processo

transexualizador previsto na Portaria 1707/2008 – marco garantidor da terapia hormonal, acompanhamento profissional médico e psicossocial, além de cirurgias de transgenitalização – que não se restringe à mudança do fenótipo, mas, engloba uma série de questões, a exemplo da congruência entre o corpo e signos a ele remetidos, como o nome. Desse modo, destaca-se que, bem como conclui Rocon (2016), problemas como o desrespeito ao uso do nome social consistem em dramáticos empecilhos que, não raras às vezes, dificultam o acesso integral, universal e equânime da população “trans” ao SUS.

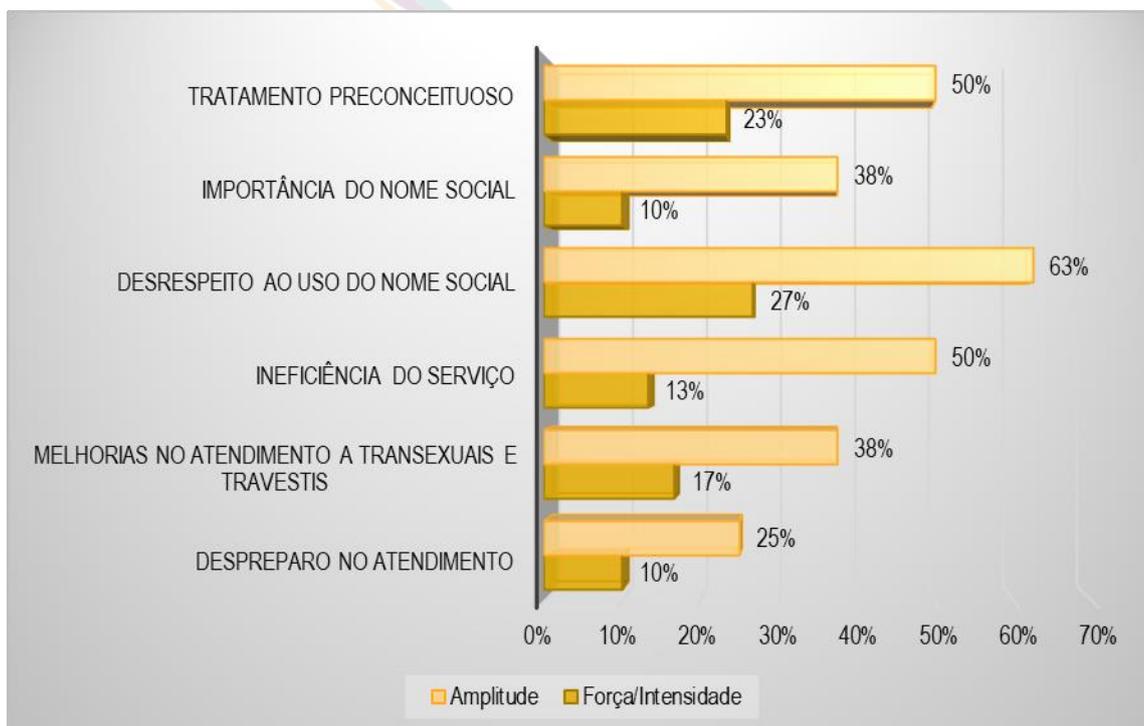
A Política Nacional de Saúde Integral de LGBTs surgiu almejando aplacar as realidades discriminatórias nos serviços públicos de saúde, consubstanciados no seio do Sistema Único de Saúde. Entretanto, este objetivo não vem se constatando em experiências reais. A categoria “tratamento preconceituoso” ilustra esse dilema, pois, o discurso esclarece uma diferenciação de tratamento entre pessoas cisgêneras e transgêneras, estas sendo alvo de abandono e àquelas, privilégios, o que conflui com o apontado por Fraser (2008), quando este afirma o desprivilegio de status que acomete pessoas “trans” em estruturas sociais em que os valores hegemônicos vilipendiam a diversidade sexual e as performances de gênero destoantes da lógica cisgênera, ou seja, obstando os comportamentos transviados da retidão exigida pelo que Foucault (2017) denomina “dispositivos”.

Segundo os relatos, o tratamento é inteiramente desigualado, em que para travestis e transexuais existe a instauração de uma gama de dificuldades e negações, já aos(as) outros(as), os meios e possibilidades são entregues com menores percalços. Algo claramente perceptível em palavras contidas no discurso da categoria analisada, em que se afirma que travestis e transexuais são tratadas como “pessoas de outro mundo”. Resultado que transparentemente acusa as dificuldades vivenciadas por sujeitos “trans”, o que na visão de Mello (2011) consiste em um produto do, ainda, enraizado preconceito institucional, que amiúde dificulta/tolhe cidadãos - “outros” - de direitos fundamentais que facilmente deveriam ser acessados por todos os sujeitos.

As problemáticas em tela não se restringem ao município aqui pesquisado. Desse modo, mesmo considerando as particularidades históricas e sociopolíticas dos territórios, nota-se um compartilhamento dos problemas denunciados pelas “trans”

entrevistadas e as realidades dos serviços de saúde na Argentina. Neste país, a Lei de Identidade de Gênero, aprovada em 2012 e considerada uma das mais avançadas do mundo, possibilita a retificação de documentos e o acesso aos serviços públicos de saúde por pessoas “trans”. Todavia, Colling (2015) aponta que tais serviços ainda são muito precários. O que leva o autor a indicar que a mera aprovação de leis não implica na edificação de políticas públicas e ações concretas por parte dos poderes públicos.

Gráfico 1: Força/intensidade e amplitude dos discursos analisados.



Fonte: Produzido pelos(as) autores(as) com dados da pesquisa.

Segundo a ADSC, os valores referentes à força/intensidade iguais ou superiores a 30% indicam seu status de “grande”. Ademais, tratando-se da amplitude, os percentuais iguais ou superiores a 50% denotam o “alto” nível da categoria em análise. Nesse sentido, abaixo constam as situações quantitativas das categorias formuladas na presente pesquisa, bem como suas implicações práticas.

A categoria nomeada “tratamento preconceituoso” apresenta baixa força/intensidade por equivaler a 23%. Porém, a amplitude apresenta o percentual de 50%, o que a torna alta.

Já o discurso referente à “importância do nome social”, mostra baixa força/intensidade por exibir o valor de 10%. Em relação à amplitude, a categoria ora tratada ostenta o quantitativo de 38%, indicando-a baixa.

Sobre o “desrespeito ao uso do nome social”, existe baixa força/intensidade, por apresentar o valor de 27%. Entretanto isso não se aplica à amplitude, pois esta expõe o percentual de 63%, sendo assim, alta.

Em relação à “ineficiência do serviço”, existe uma baixa força/intensidade, por esta ser igual a 13%. Situação contrastada pela alta amplitude, relativa ao valor de 50%.

Tratando da ramificação categórica “melhorias no atendimento a transexuais e travestis”, encontra-se baixa força/intensidade, por a mesma mostrar o resultado de 17%. No tocante à amplitude, diagnostica-se 38%, o que a torna baixa.

Apointa-se, ainda, que o “despreparo no atendimento” exprime baixa força/intensidade por exibir 10%. Situação semelhante ao se observar a baixa amplitude referente à quantia de 25%.

Cabe-se destacar os direcionamentos realizados por Lefevre e Lefevre (2012) para as possíveis interpretações ligadas aos resultados quantitativos da análise do discurso do sujeito coletivo. Nesse sentido, situações em que há baixas força e amplitude sugerem a presença de representações isoladas do campo estudado, sendo pertencentes a restritos segmentos, o que conflui com seu baixo compartilhamento, sinalizando novas representações, ou, antigas ainda persistentes. Em ocasiões com grande força e alta amplitude, significa o alto compartilhamento de dada categoria pelo grupo. Já quando houver baixa força e alta amplitude, infere-se o espalhamento da categoria por todo – grande parte – do campo pesquisado, entretanto, existindo baixa frequência.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Mulheres transexuais e travestis constituem um grupo socialmente vulnerável, que necessita da salvaguarda estatal para a garantia dos seus direitos fundamentais. No entanto, a Política Nacional de Saúde Integral de LGBTs falha na sua implementação no município de Crato – CE, não conseguindo efetivar aquilo que ela mesma se propõe. Tal fator fica evidente ao se observar os resultados desta pesquisa, em que se notam

problemas como o despreparo dos profissionais da saúde, conduzindo a atendimentos precários e, em determinados casos, produzindo situações de desconforto e constrangimento para mulheres transexuais e travestis.

A insistência para o conhecimento e aplicação do nome civil não retificado nos processos de atendimento põe enfoque luminar à questão referente ao despreparo profissional, apontando claramente para a importância e eminente necessidade de ações de capacitação no seio destas instituições, a fim de tornar a saúde pública verdadeiramente plural. Sendo esta, capaz de construir atendimentos humanizados e focados no ser humano em sua complexidade, atentando à diversidade e sendo capaz de dialogar perante ela. Ações como estas são fundamentais para romper com as representações sociais responsáveis pela marginalização de travestis e transexuais.

A inserção de densos discursos em relação a tratamentos preconceituosos, desrespeito ao uso do nome social, além da ineficiência dos serviços públicos de saúde no contexto social de travestis e transexuais, demonstram-se altamente inseridos na parcela pesquisada. Tal fator é determinante, pois coaduna diversas discussões ligadas ao preconceito institucional, ainda presente no SUS. A alarmante incapacidade dos profissionais de construir atendimentos que primem pela diversidade e dignidade da pessoa humana segue reafirmando estereótipos preconceituosos, que persistem em restringir a multiplicidade de gênero a uma patologização antiquada e segregacionista.

Entretanto, faz-se fundamental a observação de que há um processo de evolução em curso, mesmo ainda se apresentando de forma concentrada, restringindo-se a grupos específicos. Existe um processo de melhoria no atendimento a travestis e transexuais nos serviços públicos de saúde. Neste aspecto é importante denotar que os espaços sociais vêm abrindo-se lentamente para discussão sobre a questão de gênero e suas dissidências, no sentido de entendê-la e buscar atender adequadamente aqueles(as) cujas identidades de gênero fogem à lógica cisgênera/binária. Logo, o fato de haver melhorias localizadas e a recente abertura para questão em voga, encontram-se diretamente relacionadas.

Nota-se que a política pública de saúde em questão não vem se concretizando eficazmente no município de Crato – CE. Mulheres transexuais e travestis seguem sendo vítimas de atendimentos constrangedores, tolhendo-as a oportunidade de

desfrutar do SUS e de suas possibilidades. Resguardando-as uma posição periférica em relação às prioridades governamentais. Portanto, é fundamental que se busquem meios de efetivação da Política Nacional de Saúde Integral de LGBTs, a fim de garantir a concretização dos direitos sexuais, isonomia, respeito e “humanidade” a um grupo que a muito se encontra cerceado destes fins.

## REFERÊNCIAS

AMARAL, Daniela Murta. **Os desafios da despatologização da transexualidade: reflexões sobre a assistência a transexuais no Brasil**. 2011. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

BARRETO, Danielle Jardim; Gerônimo Ferreira, José Augusto & de Oliveira, Leticya Grassi. “Problematizações (im)pertinentes: (sobre)vivências das travestis nos serviços de atenção básica em saúde no Brasil”. **Athenea Digital**, Barcelona, vol. 17, nº 1, pp. 117-143, 2017.

BENEVIDES, Bruna; NOGUEIRA, Sayonara Naidier Bonfim. “Mapa dos Assassinatos de Travestis e Transexuais no Brasil. 2018”. **Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA)**. Disponível em: <https://antrabrasil.files.wordpress.com/2019/01/dossie-dos-assassinatos-e-violencia-contra-pessoas-trans-em-2018.pdf>, 2019. Acesso em: 27 fev 2020.

BEAUVOIR, Simone. **O segundo sexo: fatos e mitos**. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1960.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. “OMS retira a transexualidade da lista de doenças mentais”. **ONU Brasil**, Brasília, 06 de jun. 2019. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/oms-retira-a-transexualidade-da-lista-de-doencas-mentais/>. Acesso em 20 de fevereiro de 2020.

BORTONI, Larissa. “Expectativa de vida de transexuais é de 35 anos, metade da média nacional”. **Senado Notícias**, Brasília, 10 de jun. 2017. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/especial-cidadania/expectativa-de-vida-de-transexuais-e-de-35-anos-metade-da-media-nacional/expectativa-de-vida-de-transexuais-e-de-35-anos-metade-da-media-nacional>. Acesso em 28 de julho de 2018.

BRASIL. “Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”. **Diário Oficial da União**: v. 128, n. 182, 1990.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.

BRASIL. **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, [2006]. Disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha\\_integra\\_direitos\\_2006.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_integra_direitos_2006.pdf). Acesso em 30 de julho de 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **SUS: a saúde do Brasil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL, Presidência da República. **Direitos humanos: percepções da opinião pública: análises de pesquisa nacional** / organização Gustavo Venturi. – Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 maio 2016. Seção 1, n. 98, p. 44-46.

BUTLER, Judith R. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

BUTLER, Judith. **A vida psíquica do poder: teorias da sujeição**. Tradução Rogério Bettoni. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2018.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo de 2010**. Disponível em: <http://www.censo.ibge.gov.br>. Acesso em 08 de fevereiro de 2020.

Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde – CISCPS. **Declaração de Alma-Ata**. URSS, 1978. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 01 de junho de 2019.

MARANHÃO FILHO, Eduardo Meinberg de Albuquerque. ““Inclusão” de travestis e transexuais através do nome social e mudança de prenome: diálogos iniciais com Karen Schwach e outras fontes”. **Oralidades**, São Paulo, v. 6, n. 11, p. 89-116, 2012.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: A vontade de saber**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

FOUCAULT, Michel. “Sujeito e Poder”. In: DREYFUS, H e RABINOW, P. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica: (para além do estruturalismo e da hermenêutica)**. Tradução de Vera Porto Carreiro. Rio de Janeiro: Universitária, 1995.

FOUCAULT, Michel. **Segurança, território, população: curso dado no College de France (1977-1978)**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

Vol. 03, N. 11, Jul. – Set., 2020 - <http://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/rebeh/index>

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 6 ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2017.

FLY, Peter. **O que é homossexualidade**. São Paulo: Abril Cultural: Brasiliense. 1985.

FRASER, Márcia Tourinho Dantas; GONDIM, Sônia Maria Guedes. “Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa”. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 28, p. 139-152, 2004.

FRASER, N. “Redistribuição, reconhecimento e participação: por uma concepção integrada da justiça”. In: SARMENTO, D.; IKAWA, D.; PIOVESAN, F. (orgs.). **Igualdade, diferença e direitos humanos**. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2008. p. 167–190.

GIL, Antonio C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

HALL, Calvin S.; LINDZEY, Gardner; CAMPBELL, John B. **Teorias da personalidade**. São Paulo: Artmed Editora, 2000.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti. **Pesquisa de representação social: um enfoque qualiquantitativo**. 2. ed. Brasília: Liber Livro Editora, 2012.

LIONÇO, Tatiana. “Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios”. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 43-63, 2009.

MARTINS, Catarina. “Desalinhar abismos no reverso do moderno: perspectivas feministas pós-coloniais para um “pensamento alternativo das alternativas””. In: SANTOS, Boaventura de Souza; MARTINS, Bruno Sena (Orgs.). **O pluralismo dos Direitos Humanos: a diversidade das lutas pela dignidade**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019. p. 485-506.

MELLO, Luiz et al. “Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade”. **Sexualidad, Salud y Sociedad-Revista Latinoamericana**, n. 9, p. 7-28, 2011.

REIDEL, Marina. “Identidades Trans: Onde estamos? Para onde vamos?”. In: FERRARI, Anderson; CASTRO, Roney Polato (Orgs.). **Diversidades Sexuais e de Gênero: Desafios e Potencialidades de um Campo de Pesquisa e Conhecimento**. Campinas, SP: Pontes Editores, 2017.

ROCON, Pablo Cardozo et al. “Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde”. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 2517-2526, 2016.

RODRIGUES, Ana Maria Mujica. **Experiências de atenção à saúde e percepções das pessoas transgênero, transexuais e travestis sobre os serviços públicos de saúde em Florianópolis/SC**. 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2014.

Vol. 03, N. 11, Jul. – Set., 2020 - <http://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/rebeh/index>

RUBIN, Gayle; BUTLER, Judith. “Tráfico sexual: entrevista”. **Cadernos Pagu**, São Paulo, n. 21, p. 157-209, 2003.

SARAIVA, Marcio Sales. **Estado, democracia, políticas públicas e direitos LGBT**. Rio de Janeiro: Metanóia, 2017.

STOLLER, Robert. **Recherches sur l'Identité Sexuelle**. Paris: Gallimard, 1978.

SECCHI, Leonardo. **Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. São Paulo: Cengage Learning, 2013.

### **PUBLIC POLICIES AND GENDER DISSENT IN THE UNIFIED HEALTH SYSTEM:**

perceptions of transsexual and transvestite women on the implementation of the National Policy for Integral Health of Lesbians, Gays, Bisexuals, Transvestites and Transsexuals in Crato, Ceará.

**Abstract:** The research that resulted this article aimed to evaluate the implementation of the National Policy for the Integral Health of Lesbians, Gays, Bisexuals, Transvestites and Transsexuals in the municipality of Crato-CE. The aforementioned public policy was regulated in 2011 and seeks to promote the integral health of this population, eliminating discrimination and institutional prejudice and, further, contributing to the reduction of inequalities and the consolidation of SUS as a universal, comprehensive and equitable system. The investigation is characterized as a case study, the production/collection of data took place through in-depth interviews with transsexual and transvestite women SUS users and the treatment of the corpus was based on the “analysis of the discourse of the collective subject”. The following categories were formulated: Unpreparedness in attendance; Improvements in the care of transsexuals and transvestites; Service inefficiency; Disrespect to the use of the social name; Importance of the social name; Prejudiced treatment. Synthetically, through analysis of the synthesis speeches and their respective strength and breadth, it can be said that public policy has not been carried out efficiently in the territory, since in addition to the political and economic reality that compromises the services, the public is subjected to embarrassing care, diminishing the opportunity to enjoy SUS satisfactorily.

**Keywords:** Public Policy Evaluation; Health Unic System; Gender Dissidences; Right to health.

**Recebido: 19/05/2020**

**Aceito: 21/07/2020**