



Eixo: Serviço Social, relações de exploração/opressão de gênero, raça/etnia, sexualidades.

Sub-eixo: Sexualidades, identidades de gênero e direitos.

## ESTADO, POLÍTICAS PÚBLICAS E DIVERSIDADE DE GÊNERO: LIMITES DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE PESSOAS TRANSEXUAIS NO BRASIL

MARCIA CRISTINA BRASIL SANTOS<sup>1</sup>  
GUILHERME SILVA DE ALMEIDA<sup>2</sup>

**Resumo:** O presente trabalho trata dos limites do processo transexualizador enquanto uma política pública vinculada ao Sistema Único de Saúde no Brasil. Este programa inclui procedimentos e condutas profissionais de diferentes graus de complexidade e ampla diversidade técnica como parte da assistência em saúde destinada a pessoas transexuais. Obstante às prerrogativas do Ministério da Saúde, todas as unidades enfrentam significativas dificuldades na condução da assistência prestada. Tais dificuldades são de diversas ordens, dentre elas apontamos como a mais significativa, a contrarreforma do Estado e o desmantelamento das políticas públicas no marco da ofensiva do Capital no atual momento histórico.

**Palavras-chave:** Processo Transexualizador; Políticas públicas; Contrarreforma do Estado.

**Abstract:** The present work deals with the limits of the transexualizador process as a public policy linked to the Unified Health System in Brazil. This program includes professional procedures and conduct of varying degrees of complexity and broad technical diversity as part of health care for transgender people. Under the prerogatives of the Ministry of Health, all units face significant difficulties in conducting the care provided. These difficulties are of several orders, among them we point out as the most significant, the counterreformation of the State and the dismantling of public policies within the framework of the offensive of Capital in the current historical moment.

**Keywords:** Transsexual Process; Public Policies; State Counter-Reformation.

### INTRODUÇÃO:

#### 1.0 - DESAFIOS PARA A CONSOLIDAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE TRANSEXUAIS NO BRASIL.

O processo transexualizador é um programa que compõe o Sistema Único de Saúde – SUS como parte da assistência em saúde direcionada a

<sup>1</sup> Estudante de Pós-Graduação. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: <mcristinabrasil@hotmail.com>

<sup>2</sup> Professor com formação em Serviço Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

pessoas transexuais<sup>3</sup> tendo se efetivado como uma política pública do Estado brasileiro em 2008 por meio da Portaria 457 do Ministério da Saúde. Essa efetivação deve ser compreendida no bojo de um conjunto de ações articuladas entre movimentos sociais e o governo de Luís Inácio Lula da Silva que, desde o início de seu primeiro mandato, demonstrou abertura às justas e históricas demandas do Movimento LGBT por reconhecimento de direitos. O marco embrionário do Processo Transsexualizador se deu com a Resolução nº1482 de 1997 do Conselho Federal de Medicina - CFM, que deu as diretrizes legais para que as cirurgias de transgenitalização fossem realizadas nos Hospitais Universitários em caráter experimental. Tais intervenções foram subordinadas às normas e diretrizes éticas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/1996 (Arán, 2008).

Assim, tais dispositivos legais ao instituírem o processo transsexualizador no SUS engendraram as prerrogativas necessárias para o credenciamento das unidades de saúde que se tornaram responsáveis pela condução desse conjunto de procedimentos no Brasil, principalmente diante da ausência de uma legislação específica acerca do tema no país. Neste contexto, tem cabido às unidades credenciadas constituírem um aprimoramento técnico e político que responda às atribuições que delas se esperam, sobretudo ao que se refere o apoio a implantação das Diretrizes do Processo Transsexualizador no SUS.

Esse aprimoramento técnico e político, de acordo com as Portarias e Resoluções do Ministério da Saúde, devem se pautar na integralidade da atenção, não restringindo ou centralizando a meta terapêutica às cirurgias de transgenitalização e demais intervenções somáticas, na humanização da atenção, promovendo um atendimento livre de discriminação, inclusive através da sensibilização dos trabalhadores e demais usuários da unidade de saúde para o respeito às diferenças e à dignidade humana, bem como na constituição de equipe interdisciplinar e multiprofissional (BRASIL, 2008).

---

<sup>3</sup> Refere-se à condição do indivíduo que possui uma identidade de gênero diferente da designada ao nascimento. Cf. BENTO, Berenice. O que é Transexualidade? São Paulo: Editora Brasiliense. 2008.

Ou seja, observa-se nestas prerrogativas e expectativas do Ministério da Saúde uma série de problemas, dentre os quais a responsabilização das unidades credenciadas e profissionais de saúde por ações que os mesmos são incapazes de responder dado as limitações impostas pelo próprio estado num contexto de contrarreforma e destituição de direitos sociais. Exige-se das unidades credenciadas pelo Programa e de seus profissionais que os mesmos materializem uma política pública dessa natureza num cenário de desfinanciamento das políticas sociais, desmonte do Sistema Único de Saúde e um contundente conservadorismo que penetra toda a tessitura social, pautado por uma política moral de controle da sexualidade e de comportamentos julgados como desviantes pelos “defensores da família, da moral e dos bons costumes”.

Assim, obstante às prerrogativas do Ministério da Saúde todas as unidades enfrentam significativas dificuldades na condução da assistência prestada posto que impere nessa realidade uma junção dos obstáculos impostos pela precariedade presente no Sistema Único de Saúde - SUS com o forte preconceito institucional envolvendo a transexualidade em função das concepções morais de parte dos agentes institucionais e demais sujeitos políticos envolvidos com essa política. Nesse sentido, são frequentes os questionamentos acerca da legitimidade da atenção requerida por esses usuários sob um argumento que hierarquiza as necessidades dos sujeitos que procuram assistência.

Em relação às dificuldades oriundas da forma como o SUS se constitui no atual momento histórico é possível encontrar em todas as unidades de atenção especializada uma série de questões que atravancam o pleno funcionamento do programa. Desde elementos das políticas locais dos estados e municípios que, em geral, são ausentes na implantação de políticas integrais que contemplem as necessidades específicas de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT’s e por isso sobrecarregam as Unidades de Atenção especializadas, até a compreensão e posicionamento do judiciário acerca dos direitos de pessoas LGBT’s.

O desenho atual da política de atendimento a transexuais no SUS é marcado pela ausência de materialização do marco regulatório legal sendo constatável o escasso ou nenhum envolvimento das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde na formulação de uma rede assistencial que dê suporte às unidades credenciadas para a atenção especializada à pessoa transexual, que por isso acabam isoladas e sobrecarregadas na condução dessa assistência.

Diante da expectativa de direitos por um lado e a dificuldade de acesso, por outro, os usuários demandantes têm frequentemente acionado o sistema judiciário para terem suas requisições asseguradas. Tal medida gera uma série de outros problemas tanto para as unidades especializadas quanto para os próprios usuários, sem que haja uma responsabilização dos gestores nacional e subnacionais na condução da política nos Estados e Municípios. Além disso, cria uma animosidade dos usuários contra as unidades credenciadas e contra os profissionais pois localizam nestes, a “culpa” pela não implementação plena da política e não funcionamentos dos serviços.

O caso do Rio de Janeiro é ilustrativo nesse sentido na medida em que não há por parte do Gestor Estadual nenhuma pactuação entre ele e os municípios que garanta, no âmbito do estado, o atendimento à transexuais e travestis a partir do desenho de linhas de cuidados e fluxos de atendimentos. Dessa maneira, não há definição das competências e dos papéis de cada ente na condução desse tipo de assistência, o que significa o não cumprimento da Política Nacional Integral de Saúde LGBT que, por sua vez, reitera em seu conteúdo o objetivo de “aprimoramento do processo transexualizador” (BRASIL. 2012:10).

Assim, poucos dos 92 municípios do estado do Rio de Janeiro apresentam algum tipo de atenção voltada para as necessidades específicas de saúde de pessoas transexuais e travestis. Das ações destinadas à LGBT's, boa parte delas se concentra no campo da prevenção e cuidado em HIV/AIDS, o que na visão dos próprios usuários, é estigmatizante.

Assim como no Rio de Janeiro, muitos outros estados da federação enfrentam situações semelhantes sem que o Governo Central, por meio do Ministério da Saúde, crie dispositivos de indução de maior comprometimento das secretarias estaduais e municipais de saúde com o direito à saúde LGBT, dentre as quais as travestis, os homens e as mulheres transexuais.

## **DESENVOLVIMENTO**

### **2.0 - CAPITALISMO MONOPOLISTA, ESTADO E POLÍTICAS PÚBLICAS: BREVES CONSIDERAÇÕES**

Examinar o atendimento a transexuais no âmbito do SUS implica necessariamente pensar na constituição da política de saúde pública no Brasil e nos seus dilemas contemporâneos. Inicialmente é importante demarcar que o campo dos direitos sociais, em especial o direito a Saúde, tem sido historicamente marcado por forte presença do capitalismo internacional que associado aos interesses de grupos monopolistas locais tenta sobrepor os interesses de rentabilidade do capital às necessidades e direitos sociais da população.

Nesse sentido não nos parece exagero afirmar que uma política de saúde pública que atendesse as amplas necessidades da sociedade nunca ocupou lugar central dentro da política do Estado brasileiro, posto que no âmbito do capitalismo monopolista a necessidade primária é a viabilização de um único objetivo: o aumento dos lucros capitalistas e não na oferta estatal de uma política pública abrangente para todos os sujeitos (NETTO, 1992). Por outro lado, é necessário lembrar que a luta dos trabalhadores é inerente a esse modo de produção e todo o processo de ampliação e garantia de direitos que tem se dado no campo das políticas sociais tem sido fruto do poder de organização e reivindicação dos movimentos sociais organizados e segmentos da classe trabalhadora, nunca como uma dádiva de um Estado árbitro de classes divergentes.

Um Estado, que na análise de Mandel (1985) é apresentado como uma

instancia que opera para propiciar as condições necessárias à acumulação e à valorização do capital. De acordo com este pensador, o Estado é produto da divisão social do trabalho. Surgiu da autonomia crescente de certas atividades superestruturais, mediando a produção material, cujo papel era sustentar uma estrutura de classe e relações de produção.

Netto (1992) ao analisar a produção de Mandel (1985) aponta que o capitalismo monopolista ampliou acentuadamente as contradições da ordem burguesa já desveladas por Marx, alterando significativamente a dinâmica inteira da sociedade burguesa.

De acordo com Netto (1992) o capitalismo monopolista conduz ao ápice a contradição elementar entre a socialização da produção e a apropriação privada: Internacionalizada a produção, grupos de monopólio controlam-na por cima de povos e Estados. Neste cenário, a contradição forças produtivas/relações de produção é adicionalmente tencionada pelos condicionantes característicos à organização monopólica e tudo que a envolve. Com isso, para efetivar-se com chances de êxito essa organização demanda mecanismos de intervenção extra econômicos. Tem-se, então, a refuncionalização e o redimensionamento do poder extra econômico por excelência: o Estado.

Netto aponta que (1992 p 20) sob pressão da burguesia ascendente, o Estado sempre interveio no processo econômico capitalista, no entanto, com o ingresso do capitalismo no estágio monopolista, esta intervenção muda funcional e estruturalmente. Até então, o Estado atuava como o guardião das condições externas da produção capitalista. Só ultrapassava a fronteira de garantidor da propriedade privada dos meios de produção burgueses em situações muito precisas e através de um intervencionismo emergencial, episódico e pontual. Na idade dos monopólios, ao contrário, além da preservação das condições externas da produção capitalista, a intervenção estatal incide na organização e na dinâmica econômicas desde dentro, e de forma contínua e sistemática. No capitalismo monopolista as *funções políticas* do Estado imbricam-se organicamente com suas *funções econômicas* (NETTO,1992).

A necessidade de uma nova modalidade de intervenção do Estado decorre primeiramente da necessidade que o capitalismo tem de um vetor extra econômico para assegurar seus objetivos estritamente políticos: ou seja, o eixo da intervenção estatal no capitalismo monopolista é direcionado para garantir os superlucros dos monopólios - e para tanto, como poder político e econômico, o Estado desempenha uma multiplicidade de funções.

Netto (1992) retomando a leitura de Marx e Engels e conduzido pelas análises de Mandel, resgata a ideia de que o Estado no capitalismo monopolista é, no nível de suas finalidades econômicas, o *comitê executivo* da burguesia, operando para propiciar o conjunto de condições necessárias à acumulação e à valorização do capital monopolista. Para exercer esse papel, ele deve legitimar-se *politicamente* incorporando outros protagonistas sócio-políticos a partir do alargamento de sua base de sustentação e legitimação sócio-política, mediante a generalização e a institucionalização de direitos e garantias cívicas e sociais, o que lhe permite organizar um consenso que assegure o seu desempenho, configurando assim, a possibilidade de “ampliação” do Estado (NETTO, 1992).

Pensar sobre os limites da assistência à saúde de pessoas transexuais no Brasil implica, necessariamente pensar o papel do Estado e das políticas públicas no atual contexto sócio histórico, uma vez que a análise dessa questão pressupõe a compreensão da formação do estado brasileiro e a constituição das políticas públicas, em particular as de saúde, nesse processo. É válido lembrar que a constituição sócio histórica das políticas de saúde é indissociável da constituição político-social do país, de maneira geral, que por meio das lutas e embates dos trabalhadores e movimentos sociais tem buscado a ampliação da esfera pública num contexto extremamente adverso onde o Estado, capturado pela lógica burguesa, opera no sentido de garantir os interesses rentistas de grupos capitalistas contrários ao protagonismo desses sujeitos<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> A esse respeito consultar BRAVO. Maria IS. Política de Saúde no Brasil. IN: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: 2009; BOSCHETTI, I. A política de seguridade social no Brasil. In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: 2009.

configurando, assim, o imbricamento das funções políticas do estado com suas funções econômicas, que Netto apontou a partir de sua leitura dos clássicos (NETTO,1992).

## **2.1 - LIMITES DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE PESSOAS TRANSEXUAIS NO BRASIL NO CONTEXTO DA CONTRARREFORMA DO ESTADO.**

É no bojo dessa análise que situamos o engendramento de políticas como a saúde, a previdência e a assistência social no campo da Seguridade Social Brasileira que tendo como marco embrionário a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões em 1923, perpassa todo o período sócio histórico chegando até a atualidade construindo uma trajetória marcada pelo protagonismo da luta dos trabalhadores e movimentos sociais que conseguiram desenhar um modelo de proteção social e inscrever direitos radicalmente democráticos no marco regulatório legal, ainda que o contexto sócio político dessa trajetória tenha sido atravessado por embates políticos, propostas antagônicas e forte presença da ofensiva capitalista impondo a lógica do mercado e da priorização dos lucros frente aos direitos dos cidadãos.<sup>5</sup>

É importante demarcar que a Política de Saúde, no Brasil, nesse contexto é perpassada pelas tensões e propostas entre os dois grandes projetos em confronto categorizados por Bravo (2001) como o *Projeto de Reforma Sanitária* - construído nos anos 80 e inscrito na Constituição Brasileira de 1988 e o *Projeto de Saúde articulado ao mercado ou privatista*, hegemônico na segunda metade da década de 1990, processo que vai caracterizar a trajetória das políticas de saúde nos anos seguintes.

---

3 Para análise desse percurso histórico conferir, entre outros: AGUIAR, Zenaide Neto. Antecedentes Históricos do Sistema Único de Saúde – Breve Histórico da Política de Saúde no Brasil. In: Antecedentes Históricos do Sistema Único de Saúde – Breve Histórico da Política de Saúde no Brasil. – São Paulo: Martinari, 2011. 1ª edição; BRAVO. Maria Inês Souza. Saúde e Serviço social no Brasil: Da prática liberal à intervenção do Estado. In: Saúde e Serviço Social no capitalismo: Fundamentos sócio-históricos. 1º edição. São Paulo, Cortez Editora, 2013.; Paim, J.S. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008; BRAVO. Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. In: Política Social e Democracia. São Paulo: Cortez: Rio de Janeiro: UERJ, 2001; BRAVO, Maria Inês Souza. Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais - São Paulo: Cortez / UFRJ. 1996.



O sistema Único de Saúde inscrito na Constituição Federal de 1998 e regulamentado pelas leis 8090/90 e 8142/90 representam um compromisso do Estado com o bem-estar social sendo o ápice de um processo de luta pela garantia de um modelo de saúde que sendo um direito de cidadania, considera as amplas necessidades da população. Ocorre que tais conquistas se deram no bojo do acirramento da ofensiva neoliberal que a partir dos anos 90 do século passado progressivamente alcançou hegemonia no cenário brasileiro impondo uma série de reformas burguesas no interior do Estado e promoveu o “desmonte” de conquistas sociais tão duramente construídas<sup>6</sup>.

De acordo com a análise de Bravo (2001) a política de saúde no Brasil, na década de 90, passou por momentos distintos em relação às conquistas da reforma sanitária, mesmo com a consolidação do conceito de saúde como direito do cidadão e dever do Estado e das conquistas jurídico-institucionais inscritas na Constituição Federal de 1988 e nas legislações do SUS. Há um questionamento das proposições de saúde como direito social e do próprio SUS pela ideologia conservadora ao mesmo tempo em que surgem propostas de normatizações visando consolidar a contrarreforma na saúde.

No que tange a contrarreforma é importante sinalizar que o Brasil tem vivido desde a década de 1970, uma crise global que tem como desdobramentos intensas transformações na estrutura societária. Transformações essas que precisam ser consideradas tanto a partir da crise no modo de produção capitalista registrada no início daquele período onde a lógica da acumulação entrou em declínio e a solidez do modo de produzir e de pensar foi questionado, quanto por fatores externos como a crise do petróleo, o colapso do sistema financeiro internacional, os efeitos associados à terceira Revolução Industrial e à globalização que se traduziram em pressão de agências internacionais em favor de políticas de estabilização e ajuste.<sup>7</sup>

---

4 A este respeito, considerar análises de: BEHRING, Elaine Rossetti. Brasil em Contra-Reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003; COSTA, Nilson do Rosário - O Banco Mundial e a Política Social nos anos 90: A Agenda para a Reforma do Setor Saúde no Brasil. In: Política de Saúde e Inovação Institucional: Uma Agenda para os anos 90 - Rio de Janeiro: ENSP. 1997; LESBAUPIN, I. O Desmonte da Nação – balanço do Governo FHC. Vozes, 1999; NETTO, JP. Crise do socialismo e ofensiva neoliberal. SP: Cortez, 1993.

5 BHERING (2003) implementa uma densa análise crítica sobre esse processo, desmistificando a naturalização e evolutividade inexorável com que, em geral, essa realidade é apresentada.

Assim a partir dos anos 1970 a implementação do projeto neoliberal passou a ser a resposta que a burguesia necessitava para revolucionar suas bases produtivas e suas formulações ideológicas. A crise presente no modo de produzir impulsionou o avanço científico e tecnológico engendrando as condições para a reestruturação da produção<sup>8</sup>.

Tal direção, fundamentada na racionalidade conservadora burguesa, foi gradativamente alcançando hegemonia e tecendo intensas transformações nas dinâmicas societárias com repercussões profundas, sobretudo no mundo do trabalho. Sob o comando dos organismos multilaterais instaurou-se em escala mundial uma intensa financeirização<sup>9</sup> com repercussões em toda a economia das regiões atingidas provocando o fechamento das empresas nacionais, das indústrias, favorecendo investimentos especulativos em detrimento da produção, agravando o desemprego e radicalizando a “questão social”.<sup>10</sup>

No caso do Brasil, os impactos da mundialização do capital atingiram uma realidade já profundamente marcada pela injustiça e pela desigualdade social, sobretudo por conta da vigência de um padrão de proteção social bastante precário e ainda incipiente. Além disso, ainda que os anos da década de 1980 tenham sido favoráveis para o fortalecimento da sociedade civil, culminando com a construção de um arcabouço jurídico legal onde direitos sociais jamais alcançados foram assegurados, a década de 1990 chegou trazendo à arena política o confronto das classes antagônicas onde já não era mais possível ignorar a hegemonia da classe dominante.

No campo da saúde tais transformações se iniciam no Governo de Fernando Henrique Cardoso em 1995, se acirrando com a criação do Ministério

---

Brasil em Contra- Reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos. Paulo: Cortez, 2003.  
06 A esse respeito ver as análises de HARVEY, David. *Condição Pós-Moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural*. 6 ed. São Paulo: Loyola, 1996; e de CHESNAIS, François. *A Mundialização do Capital*, São Paulo, Xamã, 1996.

07 para análise consistente dessa categoria ver CHESNAIS, François. *A mundialização do capital*. São Paulo: Xamã, 1996. Ver também: IAMAMOTO, Marilda Villela. *Serviço Social em tempos de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social*. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2007.

08 ver IAMAMOTO. M. *Serviço Social na Cena Contemporânea*. IN: *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: 2009. IAMAMOTO. M. *Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e Formação Profissional*. SP: Cortez, 2001.

da Administração Federal e Reforma do Estado – MARE, cujo objetivo, segundo seus ideólogos, era o fortalecimento do Estado e recuperação de suas finanças a partir de uma administração gerencial e eficiente em oposição à “*administração pública burocrática*” e ineficiente característica do Brasil até então. De acordo com o entendimento de Bresser-Pereira, a **Reforma da Gestão Pública** compreenderia três dimensões<sup>11</sup>:

a) uma dimensão institucional-legal, voltada à descentralização da estrutura organizacional do aparelho do Estado através da criação de novos formatos organizacionais, como as agências executivas, regulatórias, e as organizações sociais;

b) uma dimensão da gestão, definida pela maior autonomia e a introdução de três novas formas de responsabilização dos gestores – a administração por resultados, a competição administrada por excelência, e o controle social – em substituição parcial dos regulamentos rígidos, da supervisão e da auditoria, que caracterizam a administração burocrática e

c) uma dimensão cultural, de mudança de mentalidade, visando passar da desconfiança generalizada que caracteriza a administração burocrática para uma confiança maior, ainda que limitada, própria da administração gerencial.

A partir dessa assertiva, podemos compreender que para os ideólogos da reforma do Estado a origem da crise e dos problemas enfrentados pelo poder público se dá em função de sua “ineficiência” e não como uma crise estrutural do capitalismo. Nessa visão tecnicista a crise é tratada como se fosse oriunda de uma forma inadequada de gestão do Estado, bastando mudar a “cultura”, a “mentalidade” e promover a refuncionalização de seu aparato para uma mudança de rumo (BRAVO, 2001).

A (contra)Reforma do Estado atingiu o setor saúde de forma contundente no aspecto em que sinaliza em que medida o Estado vai se relacionar com os serviços sociais e científicos uma vez que entende que estes não devem ser executados pelo Estado, mas também não devem ser

---

09 Ver: Luiz Carlos Bresser-Pereira. Da administração pública burocrática à gerencial. In Bresser Pereira e Spink, orgs. (1998).

privatizados. A solução encontrada aqui seria a transformação desses serviços em Organizações Públicas não Estatais ou Organizações Sociais, fato que hoje é realidade incontestável no setor saúde.

A agenda dos organismos internacionais, dentre eles o Banco Mundial na consolidação da Reforma do Estado brasileiro e em estreita sintonia com os dirigentes do estado capitalista prevê a flexibilização da gestão pública que tem implicações na precarização do trabalho, na relação entre o público e o privado e na retração do controle social, que progressivamente perde espaço e poder de controle.

O protagonismo do Banco Mundial sobre a política de saúde revela-se nos documentos por ele produzidos sobre a área contendo orientações sobre as diretrizes da política no Brasil e que questiona a responsabilidade do estado sobre o setor. De acordo com Correia (2010) o documento do Banco Mundial de 1987 intitulado: *“Financiando os Serviços de Saúde nos Países em Desenvolvimento: uma Agenda para a Reforma”* destaca o “fortalecimento dos setores não governamentais ligados à prestação de serviços e a descentralização dos sistemas públicos de saúde” (CORREIA, 2010: 343).

As recomendações do Banco Mundial sobre a Saúde preveem a descentralização das responsabilidades do Estado para instâncias não governamentais desresponsabilizando o Estado da execução direta desses serviços, mas repassando verbas públicas para subsidiá-los. No caso do Brasil, o Banco Mundial produziu documentos de orientações específicos, um do ano de 1991 e outro de 1995 conforme aponta Correia (2010)<sup>12</sup>.

Em ambos defende a ampliação do setor privado na prestação de serviços de saúde, enfatizando o papel regulador e financiador do Estado, incentivando-o a repassar recursos para entidades não governamentais para a prestação dos serviços e justificando a defesa da participação da rede privada por sua maior eficiência e melhor qualidade dos serviços prestados. Na avaliação do Banco mundial, os serviços prestados pelas empresas de saúde

---

<sup>12</sup> O documento de 1991 se intitulava “Brasil: novo desafio à Saúde do Adulto” e o de 1995 ficou conhecido como: “A organização, prestação e financiamento da saúde no Brasil: uma agenda para os anos ’90. Ver: CORREIA, 2010 In: COSTA, G. et all. Crise Contemporânea e Serviço Social. Maceió: UFAL, 2010

privada são comprovadamente superiores aos serviços públicos disponíveis.

Seguindo esta direção o governo brasileiro elaborou em 1995 um documento conjunto entre o Ministério da saúde e o Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado intitulado “Sistema de Atendimento de Saúde do SUS” em consonância com o documento do Banco Mundial também de 1995, já sinalizado acima. Neste documento que sintetiza a proposta de reforma para o setor, o governo de Fernando Henrique Cardoso propôs uma reforma administrativa do sistema de atendimento hospitalar cujo eixo é o mesmo das reformas recomendadas pelo Banco Mundial (CORREIA: 2010)<sup>13</sup>. Assim, os problemas e contradições do SUS são atribuídos às questões de âmbito administrativo/gerencial e de gestão surgindo uma variedade de propostas que visam otimizar e melhorar o sistema.

Tal processamento vai ser confirmado e agudizado ao longo das gestões governamentais de Fernando Henrique Cardoso, perpassando os governos seguintes. Em 2007, por exemplo, na gestão do governo de Luís Inácio Lula da Silva foi elaborado um novo documento do Banco Mundial intitulado “*Governança do Sistema Único de Saúde no Brasil: aumento da qualidade do gasto público e da administração de recursos*” que apresenta princípios norteadores para que o SUS tenha maior autonomia e autoridade para o gerenciamento de recursos. Dentre tais princípios encontram-se recomendações direcionadas a gestão autônoma das unidades maiores, principalmente os hospitais de referência<sup>14</sup> e a gestão descentralizada de unidades menores.

De acordo com Soares (2011)<sup>15</sup>, no campo do aprofundamento das

---

<sup>13</sup> Detalhamentos críticos sobre essa proposta podem ser encontrados em BRAVO. Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. In: Política Social e Democracia. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001 e em CORREIA, 2010 In: COSTA, G. et al. Crise Contemporânea e Serviço Social. Maceió: UFAL, 2010.

<sup>14</sup> De acordo com as orientações do Banco Mundial esses serviços teriam autonomia plena para administrar e aplicar seus recursos físicos e humanos, devendo apenas seguir as políticas de Saúde do SUS e cumprir um conjunto de metas previamente definidas. Cf.: CORREIA, 2010. In: COSTA, G. et al. Crise Contemporânea e Serviço Social. Maceió: UFAL, 2010.

<sup>15</sup> Sobre análise da saúde no Governo Lula, ver: Soares, Raquel Cavalcante. A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao serviço social. Tese (Doutorado) Universidade Federal de Pernambuco. CCSA. Serviço Social, 2011.

reformas, o governo Lula teve como facilitador político uma grande margem de ação e legitimidade social em função alto índice de aprovação do governo à época, além de contar com um intenso movimento de transformismo das lideranças dos trabalhadores que passaram a defender projetos coerentes com o neoliberalismo e com os interesses econômicos do grande capital nacional e internacional, como a continuidade da política econômica conservadora, processo que alcançou o Governo Dilma e se aprofundou drasticamente nos dias atuais, acirrando a agenda da contrarreforma do Estado.

Assim, o cenário de privatização que vem atingindo o SUS com a transferência dos recursos públicos da saúde para a rede filantrópica/privada, ou com a entrega direta dos serviços para serem geridos por organizações não estatais, pelas Fundações Estatais ou pelas Empresas Brasileiras de Serviços Hospitalares respondem a esse processo de contrarreforma do Estado, fazendo parte do contexto de financeirização do capital no qual este, para atingir suas taxas de lucros, viu na mercantilização dos direitos sociais um mercado rentável.

O perfil dos gastos em saúde não atende as necessidades e anseios almejados pelo projeto da Reforma Sanitária. A tendência de queda acentuada da participação do governo federal nos gastos com saúde se mantém e se acentua no atual momento histórico com cortes e contingenciamento nas verbas destinadas ao setor da saúde<sup>16</sup>.

De acordo com Soares (2014) o percentual do gasto público em saúde está situado num patamar que não condiz com um sistema universal de saúde, estando distante de sistemas semelhantes, como ocorre em alguns países da Europa, e próximo dos gastos do sistema privado americano (SOARES, 2014).

De acordo com o referido autor, o desembolso do governo federal com a saúde não cresceu em relação ao PIB e as razões das dificuldades de evolução dos gastos podem ser explicadas, em parte, pelo compromisso do governo central em fazer superávit primário para pagamento da dívida pública em detrimento do aumento substancial e necessário dos investimentos com saúde, o que leva a crer, nesse cenário, que “o subfinanciamento do SUS é de

---

<sup>16</sup> Cf: <http://g1.globo.com/economia/noticia/2015/05/cidades-saude-e-educacao-lideram-valor-de-cortes-no-orcamento.html>.

fato uma política de Estado” (SOARES, 2014:25)<sup>17</sup>. Dado o exposto, pode-se considerar que a direção atual assumida pelo setor de saúde no Brasil no contexto da atual crise do capital são apenas alguns dos desdobramentos das inflexões dessa mesma crise nas políticas sociais brasileiras.

### **3.0 - CONCLUSÃO**

Analisar o processo transexualizador e seus dilemas nesse cenário implica situá-lo no âmago das políticas sociais públicas no atual contexto histórico, pois é daí que surgem os principais entraves para a materialização dessa política, uma vez que não obstante o marco normativo que fundamenta a importância do processo transexualizador no SUS é preciso considerar os impactos da contrarreforma no setor saúde que vão resultar nas várias questões das mais diferentes naturezas a envolvê-lo e limitá-lo, das quais reiteramos algumas:

- A ofensiva do capital no atual contexto sócio histórico brasileiro atravessa o Sistema Único de Saúde dilacerando-o e desmontando as parcas e frágeis conquistas dos movimentos sociais e trabalhadores a partir do desfinanciamento das ações voltadas para a saúde da população em geral, e em particular as ações de saúde para as populações estigmatizadas;
- O Ministério da Saúde, juntamente com os demais âmbitos das políticas setoriais são atravessados pela lógica do desmonte do bem público, pela lógica privatizante e de rentabilidade para o grande capital, restringindo dessa maneira, as ações voltadas para as necessidades reais da população.
- O Ministério da Saúde não é um espaço neutro, enfrentando suas disputas internas e sua possibilidade de influência na implementação regionalizada do Processo Transexualizador é restringida pelos limites do pacto federativo;

---

<sup>17</sup> Soares, A. Santos. N.R. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. SAÚDE DEBATE: RIO DE JANEIRO, V. 38, N.100 P. 18-25, JAN-MAR 2014

- Apesar da base normativa, as atribuições e competências da saúde de âmbito estadual e municipal precisam ser pactuadas nos fóruns específicos em cada Unidade Federativa (Planos Estaduais e Municipais de Saúde, Comitês Intergestores Bi-partides, entre outros) o que envolve uma intensa correlação de forças em um cenário extremamente adverso, marcado pelo ajuste econômico, pelo *desfinanciamento* e desresponsabilização do Estado no campo social, lembrando aqui que a pactuação das diretrizes de ação envolve investimento estatal com a política pactuada..

Nesse ambiente de destituição de direitos sociais e de precarização da assistência pública, a garantia do acesso a uma atenção integral em saúde bem como às ações específicas a estes usuários se constituem um grande desafio para os amplos segmentos de sujeitos que lutam por um SUS universal e equânime demandando uma pauta de luta que não se limite às (justas) reivindicações específicas do movimento LGBT mais que vá além delas, alcançando a luta mais geral em prol de um sistema único de saúde para todos e radicalmente democrático. Para tanto, urge o deciframento de como se configura a política de saúde num contexto societário marcado pela atual ofensiva do capital em um país de capitalismo dependente como é o caso do Brasil.

#### 4.0 Referências

AGUIAR, Zenaide Neto. Antecedentes históricos do Sistema Único de Saúde – Breve Histórico da Política de Saúde no Brasil. In: ANTECEDENTES Históricos do Sistema Único de Saúde: breve Histórico da Política de Saúde no Brasil. São Paulo, 2011.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em Contra-Reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

BENTO, Berenice. **O que é transexualidade**. São Paulo: Brasiliense, 2008.

BOSCHETTI, I. A política de seguridade social no Brasil. In: SERVIÇO Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: 2009.



BOSCHETTI, I. et al. **Política social no capitalismo**: tendências contemporâneas. São Paulo: Cortez, 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. **Brasil Sem Homofobia**: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde** n.8.080 de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>. Acesso em agosto de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.1.707 de 18 de agosto de 2008**. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, DF, 19 ago. 2008. Seção 1, p.43. Institui no âmbito do SUS o processo transexualizador a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.2.836 de 01 de dezembro de 2011**. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, DF, 02 dez. 2011. Seção 1 n.231, p.37. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.457 de 19 de agosto de 2008. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 ago. 2008. Seção 1, p. 69. Aprova a regulamentação do processo transexualizador no âmbito do SUS.

BRASIL. PORTARIA Nº 2.836, DE 1º DE DEZEMBRO DE 2011. **Política Nacional de Saúde Integral LGBT**). Brasília, 2011.

BRASIL. Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. Brasília, 2013.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. A saúde nos governos Lula e Dilma: algumas reflexões. In: SAÚDE na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011. 76 p.

\_\_\_\_\_, Maria I S. **Serviço social e reforma sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. SP: Cortez, 1996.

\_\_\_\_\_. Maria Inês Souza. Saúde e Serviço social no Brasil: Da prática liberal à intervenção do Estado. In: SAÚDE e Serviço Social no capitalismo: Fundamentos sócio-históricos. São Paulo: Cortez, 2013.

\_\_\_\_\_. Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. In: POLÍTICA social e democracia. São Paulo: Cortez: Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

\_\_\_\_\_. Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. IN: SERVIÇO Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: 2009.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. **Da administração pública burocrática à gerencial**. In: Bresser Pereira e Spink, orgs. (1998).

CORREIA, M.V.C In: COSTA, G. et al. **Crise Contemporânea e Serviço Social**. Maceió: UFAL, 2010.

COSTA, Nilson do Rosário - O Banco Mundial e a Política Social nos anos 90: A Agenda para a Reforma do Setor Saúde no Brasil. In: POLÍTICA de Saúde e Inovação Institucional: Uma Agenda para os anos 90. Rio de Janeiro: ENSP. 1997.

HARVEY, David. **Condição Pós-Moderna**: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. 6. ed. São Paulo: Loyola, 1996;

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R de. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil. Esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. São Paulo: Cortez, 1982.

\_\_\_\_\_, Marilda Vilela. **O serviço social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 9. ed. São Paulo: Cortez. 2004.

\_\_\_\_\_, Marilda Villela. **Serviço Social em tempos de capital fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

\_\_\_\_\_, M. Serviço Social na Cena Contemporânea. IN: SERVIÇO Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: 2009.

LESBAUPIN, I. **O Desmonte da Nação**: balanço do Governo FHC. Petropolis: Vozes, 1999.

MANDEL, E. **O Capitalismo Tardio**. São Paulo: Nova Cultural, 1985.

MELLO L. et al. Por onde andam as Políticas Públicas para a População LGBT no Brasil. **Revista Sociedade e Estado**, v. 27, n. 2, maio 2012.

NETTO, JP. **Capitalismo monopolista e serviço social**. São Paulo: Cortez, 1992.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

POLIGNANO, M. C. "**História das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão". Disponível em: file:///C:/Users/pc33/Downloads/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-[16-030112-SES-MT].pdf. Acesso em: 15 set. 2015.

SANTOS. S.M. de M. dos. "Direitos, Desigualdades e Diversidades. In: POLÍTICA social no capitalismo: tendências contemporâneas. São Paulo: Cortez, 2009.

SOARES, A. SANTOS. NR. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n.100, p. 18-25, Jan.Mar. 2014.

SOARES, Raquel Cavalcante. **A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje**: impactos e demandas ao serviço social. Tese (Doutorado em Serviço Social)- Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, 2011.