

DESAFIOS DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE TRANSEXUAIS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE A PARTIR DO OLHAR DE UMA EQUIPE DE ASSISTENTES SOCIAIS

Márcia Cristina Brasil Santos¹
Zélia Lima Gebrath²
Elisa Teruszkin Prestes³
Samantha Guedes Clemente Rodrigues⁴
Guilherme Silva de Almeida⁵

RESUMO

Trata-se de reflexão sobre a assistência a saúde de pessoas transexuais no SUS, tendo como aspecto central o Processo Transexualizador - modelo assistencial que compõe a política de saúde brasileira incluindo procedimentos e condutas profissionais de diferentes graus de complexidade e diversidade técnica, como parte da assistência em saúde destinada a pessoas transexuais. Parte-se de autores vinculados ao paradigma da reforma sanitária, ao debate de gênero e ao campo marxista. O estudo se deu por meio de levantamento bibliográfico e documental, bem como por observação participante. Discute-se nesse artigo os limites do programa frente a contrarreforma do Estado no âmbito da saúde, que com o sistemático desfinanciamento e desresponsabilização por parte dos governos, deixam parcelas significativas desses sujeitos à margem de cuidados básicos e com suas demandas específicas de saúde negligenciadas ou atendidas de forma insuficiente na maior parte dos estados e municípios do país. Não obstante o marco normativo que fundamenta a importância do processo transexualizador no SUS é preciso considerar que as disputas em torno da oferta pública estatal das políticas de saúde configuram uma realidade que marca a história do Brasil. Um país em que a luta pelo direito universal a saúde é uma pauta persistente e nunca plenamente contemplada. Assim, a contrarreforma do Estado nos anos 90, trará impactos para o setor saúde que irão acentuar os desafios de um campo já muito disputado, resultando em determinações limitantes para o próprio setor, e mais especificamente para as ações relativas ao processo transexualizador.

Palavras-chave: processo transexualizador, assistência à saúde, contrarreforma do Estado, desfinanciamento.

INTRODUÇÃO

Nossa intenção nesse artigo é refletir sobre os limites do processo transexualizador e da assistência à saúde de pessoas transexuais no Brasil, tentando apontar os desafios impostos ao

¹ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Assistente social e Coordenadora Técnica Ambulatorial do Processo Transexualizador do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. mcristinabrasil@hotmail.com;

² Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Desenvolvimento Regional da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense, RJ. zeliagebrath@hotmail.com;

³ Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Desenvolvimento Regional da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense, RJ. lilatp77@gmail.com

⁴ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Desenvolvimento Regional da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense, RJ. Assistente da Sub-reitoria de Assistência estudantil da UFRJ.

samanthaguedes@hotmail.com;

⁵ Professor orientador: Doutor. Professor Adjunto da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, gsdealmeida@gmail.com.

campo da seguridade social, em especial ao Sistema Único de Saúde, em um contexto de contrarreforma do Estado num país de capitalismo dependente na atual fase imperialista do Capital. Buscamos apontar como esses determinantes (capitalismo dependente, capital imperialista e contrarreforma do Estado brasileiro) atravessam a configuração das políticas públicas de saúde, corroendo desde dentro a constituição de uma política de atenção às necessidades específicas de pessoas que se auto identificam como travestis ou transexuais, fazendo com que o processo transexualizador tenha as características que hoje apresenta.

Nessa direção é necessário considerar a formação sócio histórica e cultural brasileira tendo em vista que no Brasil as particularidades de nossa constituição enquanto sociedade é atravessada por elementos como racismo, mandonismo, patrimonialismo, elitismo, moralismo que a todo momento circulam entre os espaços públicos e privados e muitas vezes se materializam nas disputas em torno da constituição das políticas públicas, fazendo que algumas políticas “peguem” e outras não, algumas sejam privilegiadas e outras rechaçadas, como parece ser o caso das políticas com o recorte da diversidade sexual e de gênero, sobretudo, as voltadas para pessoas transexuais e travestis. A motivação para realização de tal reflexão se deve, sobretudo ao fato de percebermos os significativos entraves e precariedades na oferta pelo poder público de assistência a saúde de pessoas travestis e transexuais à partir de nossa experiência de inserção profissional.

METODOLOGIA

O percurso metodológico para a elaboração desse artigo parte de nossa inserção enquanto assistentes sociais em equipe de saúde que atende as demandas de pessoas travestis e transexuais numa das unidades do Processo Transexualizador no Brasil. A partir dessa experiência, que se dá no Hospital Universitário Pedro Ernesto, no Rio de Janeiro, pudemos observar alguns entraves que dificultam a oferta de assistência a saúde de tais grupos, sobretudo o que tange a gestão da política de saúde voltada para pessoas trans. Além da observação participante, nos fundamentamos em levantamento e análise bibliográficas e documentais de material que versa sobre políticas de saúde, Sistema Único de Saúde, gênero e diversidade, bem como nas experiências dos atendimentos realizados na rotina diária do trabalho.

DESENVOLVIMENTO



O processo transexualizador é um modelo assistencial que compõe a política de saúde brasileira incluindo procedimentos e condutas profissionais de diferentes graus de complexidade e diversidade técnica, como parte da assistência em saúde destinada a pessoas transexuais⁶. Dentre tais procedimentos destacam-se as cirurgias de transgenitalização. Essa modalidade assistencial se originou como uma ação política do Ministério da Saúde (MS) em 2008 por meio da Portaria 457, no entanto, seu marco embrionário se deu com a Resolução nº1482 de 1997 do Conselho Federal de Medicina - CFM, que, ao normatizar a atuação médica em relação aos procedimentos médico-cirúrgicos relacionados ao “paciente transexual”, apontou as diretrizes para que as cirurgias de transgenitalização fossem incorporadas pelo Ministério da Saúde e passassem a ser realizadas nos Hospitais Universitários em caráter experimental (Arán, 2008).

Assim, tais dispositivos normativos ao instituírem o processo transexualizador no SUS, paulatinamente, engendraram os desdobramentos necessários à habilitação 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 país⁷. É importante ressaltar que a materialização do processo transexualizador por meio das ações assistenciais do MS é resultante de uma intensa mobilização e disputas políticas envolvendo segmentos do movimento social, de pesquisadores e acadêmicos, de profissionais da área de saúde, da área da justiça, entidades corporativas, sobretudo da área médica, técnicos do Ministério, entre outros.

Nesse campo de disputas, as resoluções e Portarias tanto do CFM quanto do MS sintetizam na superfície, o que naquele momento foi possível construir nas entranhas do processamento político no qual os diferentes sujeitos envolvidos tencionaram em torno do poder de controlar os corpos e a vida daqueles que ousaram desafiar as normas

⁶ 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.

⁷ Não existe no Brasil uma legislação Federal com alcance nacional que contemple as necessidades humanas específicas incluindo-se as sociais (saúde, educação, assistência social, civil, entre outras) de pessoas transexuais, considerando o marcador de sua diversidade identitária e sexual. Boa parte das mínimas garantias que essas pessoas têm são muito frágeis, limitando-se à Resoluções e Portarias emitidas por determinados setores das políticas sociais, como o Ministério da Saúde e da Ministério da Educação, por exemplo. Recentemente o poder judiciário, por meio do STF Julgou uma ADIn autorizando pessoas transexuais e travestis a retificarem nome e gênero no registro civil, sem necessidade de ajuizar uma ação em todo o território nacional. Uma Ação Direta de Inconstitucionalidade é a ação que tem por finalidade declarar que uma lei ou parte dela é inconstitucional, ou seja, contrária a Constituição Federal.



comportamentais/morais vigentes e de decidir que existências são legítimas e quais não são, que saberes são protagonistas e quais são periféricos.

Decisões essas que não podem ser descoladas da nossa formação socio histórica e cultural nem da realidade material que informa a nossa existência enquanto sujeitos constituídos numa fase do capitalismo cuja essência é a desumanização, o desamparo, a desproteção social, a desresponsabilização. Ou seja: a luta pela constituição de políticas de saúde voltadas para as pessoas transexuais, se deu num contexto de contrarreforma do Estado, no qual a seguridade social vinha sofrendo sucessivos processos de desfinanciamento.

Assim, as particularidades dessa política envolvem tanto as disputas de saberes, de controle do corpo, de moralidades, quanto as de financiamento propriamente dito, haja visto que a organização e desenvolvimento de uma linha de cuidado dessa natureza demanda investimentos, gasto de dinheiro público na organização e manutenção do cuidado num momento em que o estado tem privilegiado o contingenciamento de recursos públicos para a seguridade social e em favor do pagamento da dívida pública aos banqueiros nacionais e transnacionais.

Ainda que o processo transexualizador tenha sido engendrado num governo mais aberto as demandas das chamadas “minorias” identitárias, isso não foi o bastante para minimizar as questões relativas ao financiamento das políticas públicas, visto que a tendência de desmonte do SUS e do ideário da reforma sanitária foi uma característica marcante no Governo Lula, que não foi capaz de conter/reverter os processos de contrarreforma do estado que já vinham em curso desde o início da década de 1990 no Brasil.

É neste contexto e com essas particularidades que foram desenhadas as diretrizes do processo transexualizador no SUS. No bojo das disputas políticas em torno da elaboração dessa ação o MS, que há muito tempo abandonou os ideais da reforma sanitária, respondeu as demandas dos movimentos sociais, dos profissionais de saúde, dos pesquisadores da temáticas de maneira bastante tortuosa uma vez que além de ter se deixado pautar pelas diretrizes do CFM na construção dessa linha de atenção, também desrespeitou a própria organização do SUS ao centralizar inicialmente as ações dessa assistência na meta cirúrgica, deixando descoberto um rol de infinitas necessidades assistenciais de homens e mulheres transexuais que não foram alcançados/as pelo cuidado integral, incluindo a atenção básica, ainda que o discurso do MS apontasse o contrário, como veremos ao longo desse estudo.

Desta maneira, o MS credenciou verticalmente as quatro primeiras unidades assistenciais que foram os hospitais universitários da UERJ, no Rio de Janeiro, da USP, em São

Paulo, da UFRGS, no Rio Grande do Sul, da UFG, em Goiás sem que esse cuidado assistencial tenha sido inicialmente pactuado com as secretarias de saúde nos respectivos estados. A escolha dessas unidades, ao que parece se deveu ao envolvimento que alguns profissionais, sobretudo médicos, já tinham com essa ação bem como a tendência política do MS em constituir políticas mais por resoluções e portarias “vindos por cima” e menos por costuras internas, sobretudo num contexto de descrédito e burocratização das estruturas e canais internos do SUS.

Na ausência do comprometimento de parte das Secretarias Estaduais e Municipais de saúde com a assistência à saúde das pessoas transexuais coube às unidades credenciadas a incumbência de constituírem um aprimoramento técnico e político que respondesse às atribuições que lhes foram demandas em função da implantação das Diretrizes do Processo Transexualizador no SUS. Isso por si só já se constituiu uma inversão de papéis que dificultou por dentro da política a construção de ações ou diretrizes assistenciais que tivessem um caráter mais universalizante.

Curiosamente e paradoxalmente, esse aprimoramento técnico e político, de acordo com as Portarias e Resoluções do Ministério da Saúde, deve 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). Parece que temos aqui uma demanda incompatível com a forma como o processo transexualizador foi construído pelo próprio MS, sem contar que, em geral, as unidades habilitadas receberam pouco ou nenhum investimento estrutural/material para que pudessem organizar internamente suas respostas institucionais às novas demandas, permanecendo o personalismo calcado nos profissionais que já desenvolviam suas ações neste campo⁸.

Ou seja, observa-se nestas prerrogativas e expectativas do MS uma série de problemas, dentre os quais a responsabilização das unidades credenciadas e profissionais de saúde por ações que os mesmos encontram dificuldades de responder dada a forma como a política foi desenhada, sobretudo no que diz respeito ao envolvimento dos sujeitos políticos no interior da estrutura institucional do SUS, tais como secretários estaduais e municipais de saúde, conselhos

⁸ É comum nas 4 primeiras unidades credenciadas no Processo Transexualizador a organização da assistência prestada ficar restrita aos profissionais que a desempenham, sem uma interlocução com o conjunto da unidade, e sem envolver os demais profissionais, inclusive a Direção, é isso que denominamos aqui como personalismo.

estaduais e municipais de saúde e todo o aparato político-institucional que uma ação dessa natureza requer.

É importante destacar que a forma como essa política foi se constituindo precisa ser compreendida a partir das limitações inerentes a um Estado capturado pela lógica contrareformista, que mesmo num governo situado mais à esquerda, aprofundou a fragilização da seguridade social e dos direitos a ela relacionados. No caso particular do processo transexualizador, há uma forte ambiguidade na construção da política, uma vez que se reconheceu a necessidade da atenção sem o efetivo comprometimento do Estado no financiamento e dotação de verbas orçamentárias correspondentes ao aumento de investimento na área de saúde considerando essa nova ação.

Assim, 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, ausência de fluxos nos estados e municípios para o norteamento da assistência considerando os protocolos do SUS além do aprofundamento da moralidade conservadora que perpassa toda a tessitura social e se manifesta na tendência vigente de controle dos corpos, da sexualidade e dos comportamentos julgados como desviantes e ameaçadores para os padrões comportamentais hegemônicos na atualidade.

Desta maneira, obstante as prerrogativas do Ministério da Saúde, percebe-se que as unidades que executam o processo transexualizador enfrentam dificuldades na condução da assistência prestada em função tanto dos obstáculos decorrentes do desfinanciamento e burocratização que caracterizam o SUS na atualidade quanto em decorrência da resistência e falta de compreensão de parte de agentes institucionais acerca do atendimento a transexuais no SUS em função das concepções morais/comportamentais ou religiosas.

Nesse sentido, são frequentes os questionamentos acerca da legitimidade da atenção requerida por esses/as usuários/as em particular por uma lógica que frequentemente hierarquiza as necessidades dos sujeitos que procuram assistência, classificando algumas das necessidades de saúde atendidas pelo SUS como mais legítimas e outras como desnecessárias⁹.

⁹ É bastante comum em nossa inserção profissional ouvir profissionais de saúde e usuários do SUS questionarem a legitimidade da assistência prestada a pessoas trans alegando ser algo menos importante frente as “reais” necessidades de pessoas com doenças graves. Em geral tais indivíduos consideram que as demandas dessas pessoas estão associadas a um desejo de transformação estética que não deveriam ser cobertas pelo Estado. Tal pensamento, encharcado de senso comum, desconsidera o conceito ampliado de saúde e banaliza a dor e desamparo vocalizados por esses sujeitos quando procuram as unidades de saúde em busca de assistência especializada, um direito já reconhecido pelo próprio SUS.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O desenho atual da política de atendimento a transexuais no SUS é marcado por dificuldades na materialização do marco regulatório, sendo constatável o escasso ou nenhum envolvimento de boa parte das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde na formulação de uma rede assistencial que dê de fato suporte às unidades habilitadas para a atenção especializada à pessoa transexual. Tais unidades de saúde acabam, por isso, isoladas e sobrecarregadas na condução dessa assistência, o que contraria a lógica da integração em rede.

A noção de rede, por sua vez, enquanto elemento fundante do SUS remete a necessidade de *integração dos serviços interfederativos*. Assim, uma rede de ações e serviços de saúde pressupõe conexões e integração uma vez que um serviço de saúde não conseguirá sozinho resolver as demandas que lhes chegam e que terá que contar com outros serviços de saúde (de menor ou maior complexidade), bem como com outras redes que se articulam com o setor saúde e que lhe dão suporte, como a assistência social, a educação, a de ciência e tecnologia, entre outras.

Assim, mediante da expectativa de direitos por um lado e da dificuldade de acesso, por outro, os/as usuários/as demandantes do processo transexualizador no SUS têm frequentemente acionado o sistema judiciário para terem suas requisições asseguradas. Tal medida, conhecida como judicialização da saúde¹⁰, gera uma série de outros problemas tanto para as unidades especializadas quanto para os/as próprios/as usuários/as, sem que haja uma responsabilização dos gestores nacional e subnacionais na condução da política nos estados e municípios. Além disso, cria-se, muitas vezes, uma animosidade dos/as usuários/as contra as unidades credenciadas e contra os/as profissionais de saúde, pois localizam nestes, a “culpa” pela não implementação plena da política e pelo não funcionamento dos serviços.

O caso do Rio de Janeiro é ilustrativo nesse sentido, na medida em que ainda não houve uma pactuação do Processo Transexualizador no Estado no sentido da construção de linhas de cuidados, fluxos de atendimento e redes de atenção envolvendo os municípios e os Gestores Estadual/municipais para que se garanta, no âmbito desse estado, a organização do atendimento às pessoas transexuais e travestis desde a atenção básica até os demais níveis de atenção.

Por parte dos municípios, respeitando-se a autonomia que dispõem para definirem suas ações de saúde na atenção primária independentemente do Gestor estadual, também não se

¹⁰ Para aprofundamento do tema acerca da “judicialização da Saúde” tendo como referência o SUS, ver entre outros, Mirian Ventura da Silva, que vem pesquisando e discutindo o tema tanto em sua tese de doutoramento quanto em artigos e livros recém-publicados.

percebe em grande parte dos municípios iniciativas de acolhimento das demandas apresentadas por esses sujeitos. 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 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 a pessoas LGBTIQ+¹¹ como um todo, boa parte delas se concentra no campo da prevenção e cuidado em HIV/AIDS¹², o que na visão dos/as próprios/as usuários/as, é estigmatizante e insuficiente.

Além do 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 dessas pessoas, ainda que o movimento LGBTIQ+ tenha lutado e continue reivindicando o comprometimento do Estado frente as suas necessidades de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não obstante o marco normativo que fundamenta a importância do processo transexualizador no SUS é preciso considerar que as disputas em torno da oferta pública estatal das políticas de saúde configuram uma realidade que marca a história do Brasil. Um país em que a luta pelo direito universal a saúde é uma pauta persistente e nunca plenamente contemplada. Assim, a contrarreforma do Estado nos anos 90, trará impactos para o setor saúde que irão acentuar os desafios de um campo já muito disputado, resultando em determinações

¹¹ Atualmente a sigla identitária mais utilizada para qualificar Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e pessoas Intersexuais é **LGBTI**. Em termos de movimentos sociais, uma denominação que vem ganhando força é **LGBTQI+**, incluindo além da orientação sexual e da diversidade de gênero a perspectiva teórica e política dos Estudos Queer. O símbolo de “mais” englobaria outras variantes identitárias. No entanto, algumas vezes nos referiremos ao movimento e a política LGBT da forma já reconhecida histórica e institucionalmente, sobretudo nos documentos oficiais, respeitando assim a história processual desse movimento

¹² Ao longo desse estudo, nos deteremos mais cuidadosamente sobre essa persistente vinculação entre políticas voltadas para LGBT e prevenção/combate ao HIV/AIDS. Esse não é um tema qualquer porque todas as políticas no SUS produzidas a partir dos anos 80 e 90 e voltadas à população LGBT encontram sua gênese nas políticas de enfrentamento ao HIV/Aids.

limitantes para o próprio setor, e mais especificamente para as ações relativas ao processo transexualizador, 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;
- 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;
- Os recursos financeiros e de pessoal das unidades de saúde são limitados para o atendimento da crescente demanda;
- O acesso de novos/as usuários/as na maioria dos programas é extremamente limitado;
- Há pouquíssimo controle social incidindo no que é desenvolvido no âmbito das unidades de saúde prestadoras de assistência à transexuais e travestis no país;
- O tempo médio de realização de modificações corporais pode ser muito superior ao que é previsto nos marcos normativo-legais (dois anos), podendo chegar há dez anos de espera por procedimentos em alguns casos.

Tais reflexões e elementos aqui dispostos configuram apenas alguns dos muitos desafios presentes na ainda escassa e frágil assistência às pessoas transexuais no sistema único

de saúde. Tais problemáticas exigem dos assistentes sociais e de todos os profissionais que lutam em defesa da seguridade social e do respeito à diversidade humana um amplo e inequívoco posicionamento político em tempos de preocupantes retrocessos.

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 as ações específicas para esses/as usuários/as 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 LGBTQI+, mas que vá além delas, alcançando a luta mais geral em busca de um sistema único de saúde para todos e radicalmente democrático.

Para tanto, urge a decifração acerca 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.

REFERÊNCIAS

- ARÁN. Márcia; Murta. Daniela; Lionço, Tatiana. Transexualidade e saúde pública no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(4):1141-1149, 2009.
- 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. SP: 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 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde PORTARIA Nº 807, DE 21 DE MARÇO DE 2017
- 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 2.803, DE 19 DE NOVEMBRO DE 2013.

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

BRAVO, M. I. S. e 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. 1. ed. – 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;

IRINEU, B. MELLO, L. FROEMMING, C. Políticas Públicas de trabalho, Assistência Social e Previdência social para a População LGBT no Brasil: sobre desejos e realizações. **Revista de Ciências Sociais**, Fortaleza, v. 44, n. 1, jan/jun, 2013, p. 132-160

_____, B. 10 Anos do Programa Brasil Sem Homofobia: notas críticas. **REVISTA TEMPORALIS**. Brasília (DF), ano 14, n. 28, p. 193-220, jul./dez. 2014

KUSCHNIR. Rosana; Lima. Luciana Dias de; Faria. Baptista. Tatiana Wargas de; Machado. Cristiani Vieira. **Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS.** In Qualificação de gestores do SUS. / Organizado por Roberta Gondim de Oliveira, Victor Grabois e Walter Vieira Mendes Júnior. – Rio de Janeiro, RJ : EAD/ENSP, 2009.

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.

POLIGNANO, M. C. “**História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**”. CADERNOS DO INTERNATO RURAL - Faculdade de Medicina/UFMG, 2001. Disponível em: [file:///C:/Users/pc33/Downloads/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-\[16-030112-SES-MT\].pdf](file:///C:/Users/pc33/Downloads/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-[16-030112-SES-MT].pdf). Acesso em 15 de setembro de 2018.

SANTOS. S.M. de M. dos. “Direitos, Desigualdades e Diversidades. In: **Política social no capitalismo** - tendências contemporâneas. SP: 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) Universidade Federal de Pernambuco. CCSA. Serviço Social, 2011.

TEIXEIRA. F.B. Dispositivos de dor? Poderes que (con)formam as transexualidade. 1. Ed. São Paulo: Annablume/FAPESP, 2013.

TEIXEIRA, Sônia Fleury. **Saúde e democracia**: a luta do CEBES (org.) São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

VIEIRA, F. S., SÁ E BENEVIDES, R. P. de. O Direito à Saúde no Brasil em Tempos de Crise Econômica, Ajuste Fiscal e Reforma Implícita do Estado. Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas V.10 N.3, 2016 ISSN: 1984-1639 1.

<file:///C:/Users/usuario/Desktop/EC%2095%20e%20os%20impactos%20na%20saude%20publica.pdf>