

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Eliane Jucielly Vasconcelos Santos

O processo transexualizador no Sistema Único de Saúde:
um estudo de caso no serviço de referência em Pernambuco

Recife

2022

Eliane Jucielly Vasconcelos Santos

O processo transexualizador no Sistema Único de Saúde:
um estudo de caso no serviço de referência em Pernambuco

Tese de Doutorado em Saúde Pública apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do grau de doutor em Ciências.

Orientadora: Dr^a Camila Pimentel Lopes de Melo

Recife
2022

Título do trabalho em inglês: The transsexualization process in the Unified Health System: a case study in a referral service in Pernambuco.

S237p Santos, Eliane Vasconcelos.
O processo transexualizador no Sistema Único de Saúde: um estudo de caso no serviço de referência em Pernambuco / Eliane Vasconcelos Santos. -- 2022.
131 f. : il. color.

Orientadora: Camila Pimentel Lopes de Melo.
Tese (Doutorado em Programa de Pós-graduação em Saúde Pública), Recife, 2022.
Bibliografia: f. 112-122.

1. Sistema Único de Saúde. 2. Transexualidade. 3. Saúde sexual. 4. Saúde Sexual. I. Título.

CDU 614

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Adagilson Batista Bispo da Silva - CRB-1239
Biblioteca Luciana Borges Abrantes dos Santos

Eliane Jucielly Vasconcelos Santos

**O processo transexualizador no Sistema Único de Saúde:
um estudo de caso no serviço de referência em pernambuco**

Tese de Doutorado em Saúde Pública
apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública do Instituto
Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo
Cruz, como requisito parcial para
obtenção do grau de doutor em Ciências.

Aprovada em: 21 de setembro de 2022.

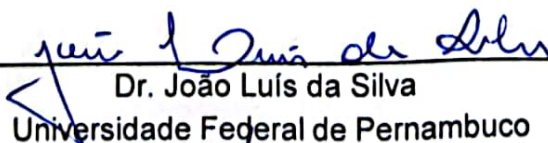
BANCA EXAMINADORA




Dr^a Camila Pimentel Lopes de Melo
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

Dr^a Naíde Teodósio Valois Santos
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

Dr^a Helena Moraes Cortes
Universidade Federal de Santa Catarina



Dr. João Luís da Silva
Universidade Federal de Pernambuco



Dr. Artur Perrusi
Universidade Federal de Pernambuco

Para Otto e Nuno, meus filhos.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar minha gratidão primeiramente a minha Família, pelo apoio incondicional de sempre.

Ao professor José Luiz do Amaral Corrêa de Araujo Júnior, por ter apostado inicialmente na orientação desse trabalho.

Ao colega Rodrigo Cariri, que solidariamente me apresentou a Camila Pimentel.

À professora Camila Pimentel, que aceitou a orientação desse trabalho já em curso e conduziu de uma forma leve e amiga. Muito, mais muito grata eu sou!!

Aos entrevistados, que interromperam suas rotinas de vida e de trabalho para colaborar.

À Glauco, da secretaria acadêmica, sempre disposto a ajudar nas questões burocráticas.

As colegas da turma de doutorado 2018, pelo compartilhamento de conhecimentos e sentimentos nessa jornada.

“O direito à leveza enquanto política de vida é um dos elementos mais fundamentais de todas as nossas lutas trans” (CAVALCANTI, 2020).

RESUMO

SANTOS, Eliane Jucielly Vasconcelos. O processo transexualizador no Sistema Único de Saúde: um estudo de caso no serviço de referência em pernambuco. 2022. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2022.

A transexualidade é um conjunto de modo e vivências de indivíduos que se identificam com os atributos sociais e sexuais que desviam do gênero designado ao nascer. O processo transexualizador é um programa que compõe a política de saúde brasileira e compreende um conjunto de estratégias de atenção à saúde, onde estão incluídos procedimentos de diferentes graus de complexidade para o processo de modificações corporais de indivíduos transexuais. O objetivo desta pesquisa foi analisar o atendimento do processo transexualizador em um serviço de referência com o propósito de compreender como esse processo, enquanto política pública, é executado na instituição. Trata-se de um estudo misto. Os dados quantitativos foram coletados através dos registros do serviço. Para os dados qualitativos foram realizadas entrevistas semiestruturadas em profundidade e realizada análise de conteúdo. Os dados coletados (N=180) indicam que parcela significativa é integrada por mulheres trans (66%). A grande maioria reside na região metropolitana do Recife (81%). Em relação à faixa etária, 65% dos usuários terem entre 18 e 30 anos. Já foram realizadas cinquenta e nove (59) cirurgias de transgenitalização em mulheres trans, dezesseis (16) implantes de próteses mamárias de silicone e dezessete (17) tireoplastia. Em homens trans, dezoito (18) realizaram mamoplastia masculinizadora e três (3) realizaram histerectomia. Os processos de identificação das pessoas entrevistadas revelaram-se conflituosos em diversos âmbitos ao longo do processo de se compreender como uma pessoa transexual; a busca pelos serviços de saúde a procura de intervenções, sejam hormonais ou cirúrgicas, estão relacionadas à busca pela humanização dos corpos. O serviço analisado é o único do Norte-Nordeste que oferece atendimento integral à pessoa trans e por isso a procura é alta e há um estrangulamento em atender às demandas e que mesmo com todas as limitações e dificuldades, o serviço propõe ser um ambiente de cuidado numa lógica despatologizante, centrado nas necessidades dos sujeitos e é uma ferramenta de saúde que consegue dar respostas as necessidades de saúde da população transexual. Contudo, as análises também apontam que existem diversas dificuldades a serem enfrentadas, que vão desde a transfobia institucional, a falta de interesse de profissionais de saúde de compor a equipe e até a falta de um efetivo apoio institucional.

Palavras-chaves: Sistema Único de Saúde; saúde sexual; transexualidade.

ABSTRACT

SANTOS, Eliane Jucielly Vasconcelos. The transsexualization process in the Unified Health System: a case study in a referral service in Pernambuco. 2022. Thesis (Doctorate in Public Health) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2022.

Transsexuality is a set of ways and experiences of individuals who identify with social and sexual attributes that deviate from the gender assigned at birth. The transsexualization process is a program that makes up the Brazilian health policy and comprises a set of health care strategies, which include procedures of different degrees of complexity for the transformation process of transsexual individuals. The objective of this research was to analyze the service of the transsexualization process in a reference service with the purpose of understanding how this process, as a public policy, is executed in the institution. This is a mixed study. Quantitative data were collected through service records. For qualitative data, in-depth semi-structured interviews and content analysis were performed. The data collected (N=180) indicate that a significant portion is made up of trans women (66%). The vast majority resides in the metropolitan region of Recife (81%). Regarding the age group, 65% of users are between 18 and 30 years old. Fifty-nine (59) reassignment surgeries have been performed on trans women, sixteen (16) silicone breast implants and seventeen (17) thyroplasty have been performed. In trans men, eighteen (18) underwent masculinizing mammoplasty and three (3) underwent hysterectomy. The processes of identification of the people interviewed proved to be conflicting in several areas throughout the process of understanding oneself as a transsexual; the search for health services, the search for interventions, whether hormonal or surgical, are related to the search for the humanization of bodies. The service analyzed is the only one in the North-Northeast that offers comprehensive care to transgender people and therefore the demand is high and there is a bottleneck in meeting the demands and that even with all the limitations and difficulties, the service proposes to be an environment of care in a depathologizing logic, centered on the subjects' needs and is a health tool that manages to respond to the health needs of the transsexual population. However, the analyzes also point out that there are several difficulties to be faced, ranging from institutional transphobia, the lack of interest of health professionals in composing the team and even the lack of effective institutional support.

Keywords: Unified Health System; sexual health; transsexuality.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABHT**- Associação Brasileira de Homens Trans
- ACS**- Agente Comunitário de Saúde
- ANTRA** - Associação Nacional de Travestis e Transexuais
- AMOTRANS**- Associação de Travestis e Transexuais de Pernambuco
- APA** - American Psychiatric Association
- APS**- Atenção Primária a Saúde
- CEDEC** - Centro de Estudos de Cultura Contemporânea
- CEP/IAM** - Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães
- CFM** - Conselho Federal de Medicina
- CIB** - Comissão Intergestores Bipartite
- CID** - Classificação Internacional das Doenças
- CISAM** - Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros
- CNS** - Conselho Nacional de Saúde
- DAGEP** - Departamento de Apoio à Gestão Estratégica e Participativa
- DSM** - Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais
- FMUSP** – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
- FTM** - Female to Male
- HC/ UFPE** – Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco
- HIV/AIDS** - Vírus da Imunodeficiência Humana
- IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IST'S**- Infecções Sexualmente Transmissíveis
- LGBTQIA+** - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Queer, Intersexuais, Assexuais
- MP** - Ministério Público
- MS** - Ministério da Saúde
- OMS** - Organização Mundial da Saúde
- ONU** - Organização das Nações Unidas
- SES/PE**- Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
- SUS** - Sistema Único de Saúde
- TCLE** - Termo de Consentimento Livre Esclarecido
- UAE** – Unidade de Atenção especializada

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	19
2.1 OBJETIVO GERAL	19
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
3 REFERENCIAL TEÓRICO	20
3.1 CORPO, SEXO E GÊNERO	20
3.2 TRANSEXUALIDADE COMO DISPOSITIVO	24
3.3 TRANSIDENTIDADES E SUAS CATEGORIAS	30
3.4 TRANSEXUALIDADE E SAÚDE	34
3.4.1 Políticas públicas e organização dos serviços no Brasil	37
3.4.2 Organização dos serviços em Pernambuco	42
3.4.3 Acesso da população transexual aos serviços de saúde	47
3.4.4 Saúde da população transexual e suas principais demandas	49
4 MÉTODO DO ESTUDO	52
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	52
4.2 O MÉTODO QUALITATIVO	52
4.3 O MÉTODO QUANTITATIVO	53
4.4 ESTUDO DE CASO	53
4.5 UTILIZAÇÃO DE DADOS SECUNDÁRIOS	54
4.6 ENTREVISTAS	55
4.7 SELEÇÃO DOS ENTREVISTADOS	57
4.8 ANÁLISE DOS DADOS	57
4.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	59
5 ARTIGOS	60
5.1 ARTIGO 1- CARACTERIZAÇÃO E ACESSO AOS CUIDADOS EM SAÚDE DE UM SERVIÇO REFERÊNCIA DO PROCESSO TRANSEXUALIZADO NO SUS	60
5.2 ARTIGO 2 - CAMINHO PERCORRIDO E ACOLHIMENTO DAS NECESSIDADES DE USUÁRIOS(AS) EM UM SERVIÇO REFERÊNCIA DO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	74

5.3 ARTIGO 3 - A INSTITUCIONALIZAÇÃO E OS DESAFIOS DO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR EM UM SERVIÇO CREDENCIADO DO SUS	89
6 ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE O ACESSO A SAÚDE DE PESSOAS TRANS EM CONTEXTO POLÍTICO DE EXTREMA DIREITA E PANDEMIA DE COVID 19	106
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	109
REFERÊNCIAS	112
APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM USUÁRIOS DO SERVIÇO	123
APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR	124
ANEXO A - PARECER COMITÊ DE ÉTICA	126
ANEXO B - SUBMISSÃO ARTIGO 2	130
ANEXO C - SUBMISSÃO ARTIGO 3	131

1 INTRODUÇÃO

A escolha do objeto dessa pesquisa está associada a inserção da autora, na condição de farmacêutica, junto ao espaço de Cuidado e Acolhimento de pessoas travestis e transexuais do Hospital das Clínicas da UFPE. A aproximação com a realidade dessa minoria tão vulnerável e tão carente de políticas públicas é muito rica, na medida em que nos desloca e coloca em discussão, pois nos faz pensar sobre nossas responsabilidades como sujeitos políticos, como profissionais do cuidado humano e como ativistas sociais.

Nesse caminho tive a oportunidade de convivência com a população transexual, com distintos atores sociais, militantes além da vivência das inúmeras tentativas de articulação institucional para a execução adequada da política na prática cotidiana. Esses momentos de grande intensidade cada vez mais aumentaram minhas inquietações e tornaram cada vez mais vivas a necessidade de buscar compreender a realidade, tanto institucional como dos usuários do serviço, a partir de outro ângulo, com o apoio dos métodos científicos. Afinal, acredito firmemente no SUS, defendo seus princípios, valores e me coloco frente ao compromisso político dessa tese para com a visibilidade das lutas e das demandas da população transexual.

Para romper as barreiras e proporcionar visibilidade, se faz necessária a projeção dessas lutas também no âmbito das discussões acadêmicas, e por isso, essa tese se comprometeu a ser um dos instrumentos dessa projeção. A temática levanta polêmicas que abrangem discussões acerca do corpo, da sexualidade e da identidade, provocando inquietações em torno de pares dicotômicos clássicos como sexo/gênero, natureza/cultura, normal/patológico e saúde/doença.

Importa pontuar que esse trabalho possui uma preocupação ética e política com relação aos encontros produzidos. São neles e com eles que esse material é construído: tecido por muitas trocas, aprendizados e afetos. Através de encontros (des)propositados, produzidos para discussão nas disciplinas cursadas, nas reuniões de equipe com as(os) profissionais, comigo mesma durante a escrita, com

as mulheres e homens trans entrevistadas(os) e com outras pessoas que puderam provocar e contribuir com essa construção.

Esta é, portanto, uma produção científica que considera o contexto em que o sujeito vive e o país em que reside. Desta forma, é importante considerar que por eu me identificar como uma mulher cisgênera, heterossexual, branca, categorias que não me restringem, mas marcam meus privilégios sociais e me conferem uma capacidade menor de subjetivação e de compreender e falar sobre o que significa ser uma pessoa transexual e as consequências destas vivências. Minha pretensão é discutir justamente o que se entende sobre a realidade das pessoas a partir deste lugar de não vivência da realidade de ser trans.

Posso afirmar que esta tese aposta nas relações da construção de si e dos outros, orientadas pela cautela, pela autonomia e pelo alargamento das práticas de liberdade. O pensar no corpo exige ir além da compreensão de um sujeito totalmente autônomo e voluntarista no que se refere às suas experiências de gênero e sexualidade, tampouco tomá-lo a partir de uma ideia de determinismo cultural, pelo qual não se vê saída diante das normas e convenções. Não pretendo ser a “doutora” cis que escreve sobre pessoas trans e cuja única conclusão é: a vida de pessoas trans é vivida na caminhada geográfica de um longo corredor da morte, que constituída pela mistanásia, culmina na morte física, a eliminação definitiva destas pessoas e sim contribuir para produzir vida potência, costurar redes e a partir de linhas de afeto, ensinar ritos de vida e linhas de fuga.

A presença e visibilidade da transexualidade é um fenômeno contemporâneo que, além de ampliar as fronteiras do gênero estabelecidas pela dicotomia feminino/masculino, traz a necessidade de discussão mais ampla do tema numa perspectiva da saúde, pois provoca questionamentos sobre a naturalização dos corpos, gêneros e sexualidades (BENTO, 2004; ARÁN, M., MURTA, D., ZAIHAFI, S, 2008).

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado e regulamentado pela Lei Federal Nº 8080/90, tornou o acesso à saúde um direito de todo cidadão brasileiro e um dever do Estado (BRASIL, 1990) e tem como princípios a universalidade do

acesso, a equidade e a integralidade da atenção. No entanto, sendo a realidade brasileira atravessada por iniquidades, são necessárias ações, atreladas a esses princípios do SUS, que proponham reverter quadros de exclusão e da violação de direitos humanos fundamentais, na perspectiva da promoção da equidade para distintos grupos sociais (LIONCO, 2008).

A Saúde tem sido pioneira e porta de entrada para acolher as populações mais vulneráveis, reconhecendo as desigualdades sociais como determinantes que geram o processo de adoecer e morrer de forma diferenciada nos diversos segmentos sociais. As políticas de promoção de equidade, em especial, que reconhecem os sujeitos políticos que sofrem preconceito e discriminação pela sua condição social, de raça/etnia, de orientação sexual ou por sua cultura são expressões de direitos e cidadania (SOUTO et al., 2016).

O Brasil é um país extremamente preconceituoso à população LGBTQIA+(Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Queer, Intersexuais, Assexuais) e, dentre esses sujeitos, as pessoas travestis e transexuais são as que mais enfrentam dificuldades ao buscarem atendimentos nos serviços públicos de saúde, por causa da transfobia institucionalizada nos espaços desses atendimentos, as quais, muitas vezes, está atrelada ao preconceito por outros marcadores sociais – como pobreza, raça/cor, aparência física –, bem como por causa da escassez de serviços de saúde específicos (ROCO et al, 2016; MELO et al).

O Relatório Mapa dos Assassinatos de Travestis e Transexuais no Brasil em 2019 (ANTRA, 2019), revela que o Brasil é o país que mais mata travestis e transexuais no mundo e que a expectativa de vida de uma pessoa trans é de 35 anos, muito menor que uma pessoa cisgênero¹, estimada em 76 anos, segundo o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 2018. É de extrema necessidade e importância conceber uma saúde integral, inclusiva e não patologizante para uma população que já vive marcada por discriminação e violência. Tais como violências

¹ Cisgênero/cisgeneridade - termo que substantiva a conformidade das pessoas à associação feita entre seus corpos e o que se espera delas, seguindo a normativa vigente que considera pênis = homem; vulva = mulher. Também pode ser referenciado como cisnormativo/cisnormatividade.

físicas e verbais, expulsões das famílias e das escolas, a distância do mercado formal de trabalho e toda uma gama de exclusão.

Segundo Fioratto et al. (2017), a maioria da população de transexuais e travestis depende exclusivamente do SUS e, seu acesso aos serviços de saúde, acontece principalmente em níveis especializados de atenção, tendo suas demandas, muitas vezes, restritas às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) e ao processo transexualizador. O mesmo autor constata ainda que atenção primária à saúde, porta de entrada preferencial ao SUS, tem dificuldade no acolhimento dessas pessoas, por questões de discriminação, o que acentua a vulnerabilidade pelo não acesso ao cuidado.

A Política Nacional de Saúde Integral LGBT foi instituída no âmbito do SUS por meio da Portaria Nº 2.836/ 2011, durante a 14ª Conferência Nacional de Saúde e possui como marca o reconhecimento dos efeitos da discriminação e do preconceito no processo de saúde-doença dessa população. Trata-se de um marco importante na constatação das necessidades de saúde desses segmentos, para além das questões referentes à pandemia de HIV/AIDS e da complexidade e diversidade dos problemas de saúde que os afetam (BRASIL, 2013).

O processo transexualizador é um programa que compõe a política de saúde brasileira e foi instituído no âmbito do SUS pela Portaria GM nº 1.707, de 18 de agosto de 2008 e regulamentado pela Portaria SAS nº 457, de 19 de agosto de 2008, onde estão incluídos procedimentos de diferentes graus de complexidade e ampla diversidade técnica, como parte da assistência à saúde destinada a pessoas transexuais.

A portaria nº 2.803 que redefine e amplia o Processo Transexualizador no SUS foi publicada em 19 de novembro de 2013. Ela garante o estabelecimento de linha de cuidado e ampliação da atenção à saúde considerando a integralidade, desde a atenção primária até a alta complexidade, incluindo procedimentos como a hormonoterapia, que garantam o atendimento a toda população de transexuais. Ela destaca a necessidade de se estabelecer padronização dos critérios de indicação para a realização dos procedimentos de transformação do fenótipo masculino para feminino e do feminino para o masculino. Para além da

centralidade da cirurgia de transgenitalização, embora esta seja um interesse na busca pelos serviços credenciados e um grande foco de direcionamento na compreensão do trabalho, o processo transexualizador tem o desafio de ofertar o cuidado integral e livre de discriminação e preconceitos.

A reestruturação dos serviços, das rotinas de atendimento e dos procedimentos na rede são desafios colocados ao SUS como um todo para que haja o respeito à diversidade e para que de fato sejam cumpridos seus princípios e determinações. Todavia, também tem se tornado fundamental a qualificação de uma atenção à saúde que possibilite a superação das discriminações.

A escolha de um serviço de referência de Pernambuco como campo do estudo deve-se a dois fatores relevantes: mesmo antes da regulamentação do processo mediante a política pública, o estado já tinha alguma experiência no atendimento à população transexual na realização da cirurgia de transgenitalização e é o único centro do estado de Pernambuco credenciado na modalidade ambulatorial e cirúrgica.

A experiência de realização de cirurgias de transgenitalização em mulheres transexuais, pessoas nascidas num corpo biológico tido como masculino, mas que se atribuem com identidade de gênero feminina, iniciou-se em 2001. A cirurgia fazia parte de uma pesquisa do Departamento de Ginecologia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e encerrou as atividades em 2010. Ela contava com a participação de profissionais da saúde, além de uma psicóloga, envolvendo os ambulatórios de ginecologia e terapia familiar no hospital.

O procedimento cirúrgico era realizado com a total responsabilidade da equipe envolvida na pesquisa e com a participação de médicos residentes, adaptando o pênis existente para a formação de uma vulva através de técnicas utilizadas pela medicina, ainda consideradas de caráter experimental naquela época (TENORIO; LIVADIAS; VIEIRA, 2017).

No entanto, o movimento social e várias usuárias qualificavam estas experiências como negativas, alegando falta de humanização, falta de integralidade no atendimento e dificuldade no acesso, além de um número restrito de pessoas atendidas ao longo de 10 anos de existência. Dificuldades no

acompanhamento, necessidade de correções cirúrgicas e diversas outras demandas não acolhidas foram responsáveis por gerar denúncias que tiveram publicidade nos jornais da cidade (MORAES, 2015).

Os atendimentos encerraram no final de 2011 sem qualquer organização do seguimento de atendimentos e várias pessoas que já haviam tido o acompanhamento de dois anos, não realizaram a cirurgia, outras ficaram desprovidas de atendimentos e sem possibilidade de reparação de cirurgia, fato que simbolizou a total falta de acesso à saúde específica para a população transexual no estado de Pernambuco. Em paralelo, o Brasil vivenciava diversos eventos e manifestações de luta pela garantia de direito ao acesso e cuidados específicos eram realizados, gerando conquistas e assegurando espaços de maior compreensão e discussão da experiência da transexualidade (TENORIO; LIVADIAS; VIEIRA, 2017).

O Ministério da Saúde, após a edição da Portaria nº 2803/2013, buscando ampliar sua rede de assistência, provocou, através da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Estado de Pernambuco, as direções dos grandes hospitais do estado e do hospital federal em Pernambuco sobre a possibilidade de criação de um serviço. Àquela época, apenas o Hospital das Clínicas se candidatou e, em combinação entre a Secretaria Estadual de Saúde SES-PE, setores da diretoria de ações estratégicas do Ministério da Saúde e o movimento social, o serviço seria criado seguindo algumas condições como: o respeito ao uso do nome social, a contratação de uma pessoa trans na equipe e a mudança na concepção da dinâmica do serviço, que antes era realizado de forma não sistemática, além de ter uma estrutura de prática patologizante (TENORIO; LIVADIAS; VIEIRA, 2017).

As Unidades de Atenção Especializada (UAE) credenciadas para o atendimento de travestis e transexuais para o acompanhamento ambulatorial e realização das cirurgias do Processo Transexualizador na rede pública de saúde pelo SUS estão localizadas em apenas cinco estabelecimentos hospitalares pelo Brasil (BRASIL, 2008; BRASIL, 2014):

- Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, Recife - PE.
- Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, Goiânia - GO;
- Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina (FMUSP) da Universidade de São Paulo - SP;
- Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro - RJ;
- Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre -RS;

Os serviços descritos acima estão regulamentados pela portaria MS nº 2803/2013 e devem oferecer acolhimento e acesso com respeito aos direitos (Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde de 2011), desde o uso do nome social, acesso à hormonioterapia até as cirurgias de adequação do corpo biológico à identidade de gênero na qual cada pessoa se reconhece. Os usuários podem ser atendidos por uma equipe multidisciplinar que prevê diversos profissionais de saúde (psicólogos, endocrinologistas, psiquiatras, ginecologistas, cirurgiões, enfermeiros, dentistas, farmacêuticos, assistentes sociais).

O objetivo desta pesquisa foi analisar o processo transexualizador em um serviço de referência com o propósito de compreender esse processo, enquanto política pública, é executado na prática na instituição, partindo do pressuposto que a construção do processo, mesmo estruturada numa lógica não patologizante é atravessado por preconceitos e de contribuir para a ampliação do conhecimento de uma temática até anos recentes invisibilizada no âmbito das políticas públicas de saúde, educação e assistência social. E se justificou pela necessidade de aprofundamento teórico e metodológico sobre a instituição de serviços credenciados para atendimento da população LGBTQIA+ e de consolidar academicamente práticas de saúde que visem à manutenção da compreensão da saúde como um direito inalienável. Adiciona-se a constatação de que existem apenas cinco estabelecimentos hospitalares credenciados como espaço de cuidados para essa população no Brasil.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o atendimento do processo transexualizador no Serviço de Referência do HC da Universidade Federal de Pernambuco, na cidade do Recife, Pernambuco.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Caracterizar o perfil dos usuários do serviço de referência e as principais demandas relativas ao processo transexualizador;
- b) Listar quantitativamente os procedimentos realizados pelo serviço de referência, como a dispensação de hormônios, cirurgia de redesignação, implantação de próteses de silicone, retirada de proeminência laríngea, mamoplastia masculinizadora e histerectomia.
- c) Compreender o processo transexualizador a partir da visão dos profissionais e usuários.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 CORPO, SEXO E GÊNERO

A definição de corpo é sempre dada no vazio da definição de pessoa. Não é absolutamente uma realidade evidente, uma matéria incontestável. O corpo existe apenas construído culturalmente pelo homem. É um olhar lançado sobre a pessoa pelas sociedades humanas, que lhe balizam os contornos sem o distinguir, na maior parte do tempo, do homem que ele encarna (LE BRETON, 2016).

Partindo de uma perspectiva da centralidade do corpo na ordem social, que é por isso mesmo, um objeto de construção, Laqueur (2001) coloca que as diferenças entre os sexos ou que a ideia biológica de dois sexos pode ser historicamente contextualizada. A existência de um modelo de dois sexos foi considerada em algum momento do século XVIII, contrariamente à percepção herdada dos gregos de que haveria apenas um sexo biológico, enquanto o gênero se apresentaria pelo menos em duas possibilidades. A diferença sexual é uma construção do saber sobre o corpo e é importante reiterar que esse saber não é puro, é produzido por sujeitos e, por isso, atende a interesses destes baseados em uma biologia da incomensurabilidade.

Em seu texto o autor traz um escrito de um médico alemão que registra a última afirmação: “visualizando o útero junto com seus anexos, notamos que ele corresponde em todos os aspectos ao membro masculino, exceto que este último está para fora, e o primeiro, para dentro” (LAQUEUR, 2001). Os órgãos reprodutivos seriam, nesta percepção, um só órgão: o masculino. O que diferiria, então, segundo os resgates apontados pelo autor, a forma como o corpo se moldaria, seria a quantidade de calor em cada corpo. Um corpo com maior quantidade de calor tornar-se-ia um corpo mais perfeito: o corpo de um homem. O corpo de uma mulher seria então aquele cuja quantidade de calor foi insuficiente para externalizar seus órgãos – um corpo imperfeito. Segundo Laqueur (2000), esse modelo permaneceu até o renascimento.

A mudança epistemológica e a mudança política dão ao corpo diferentes

visões que buscam expressar as novas demandas surgidas nos novos contextos sociais, econômicos políticos, culturais e eróticos. O corpo, o sexo, passam a ser fundação da sociedade e as diferenças biológicas passam a oferecer a base sobre as diferenças inatas entre homens e mulheres e a conseqüente necessidade de diferenciações sociais (LAQUEUR, 2001).

Em seu trabalho Fabíola Rohden (2001) faz um resgate histórico sobre as construções acerca da sexualidade e da reprodução e mostra como elas constituíram foco de disputas sociais, políticas e econômicas. Ela mostra ter havido uma maior precisão para definir uma suposta “natureza feminina” na mesma época em que a Revolução Francesa propagava “novos direitos para todos os homens” (RHODEN, 2001). O contexto de reformas e igualitarismo impulsionado na Revolução Francesa não trouxe nenhuma modificação à representação da mulher. Ao contrário, este período foi marcado por uma reafirmação da condição biológica da mulher a fim de reiterar os papéis a ela determinados de mãe e esposa. Para Rohden (2001), a esta época, a “instituição de um novo código de civilidade” fez com que fosse necessário distinguir mais precisamente os gêneros. Não se podia mais sustentar as diferenças de papéis de gênero apenas baseando-se na maior ou menor perfeição do corpo isomórfico. Tal distinção era frágil, uma vez que um comportamento inapropriado do homem poderia causar a “mudança do sexo”. Em um novo modelo, os órgãos passam então a ser distinguidos (ovários/testículos) e as características corporais determinantes dos sexos masculino e feminino, agora fundadas como verdades da biologia, surgem como base para a criação e a distribuição de poder nas relações entre os homens e mulheres (LAQUEUR, 2001).

Em um contexto de criação de novos espaços políticos, a disputa sobre qual sexo deveria ocupa-los legitimamente engatilhou a geração de evidências sobre a incapacidade mental e física das mulheres, que não seriam, portanto, hábeis o suficiente para assumir tais papéis (LAQUEUR, 2001). Como aponta Rohden (2001), a leitura do sexo a partir do corpo passa então a ser fundante para a sociedade. O diagnóstico de diferenças a partir da biologia fornece alegações para que as ciências sociais produzam sobre como as diferenças inatas entre homens e mulheres geram a necessidade de distinções sociais.

A natureza já se encarregou de postular a divisão. Cabe à sociedade respeitá-la e promover um comportamento adequado. Para os iluministas, a mulher era incapaz de assumir plenamente as responsabilidades cívicas pretendidas no contrato social. A biologia da incomensurabilidade fornecia um modo de explicar as diferenças sociais, já que na própria natureza, homens e mulheres eram diferentes, e mais do que isto, as mulheres eram naturalmente inferiores. No século XIX essas distinções e conclusões políticas a partir da natureza tornam-se inquestionáveis. E a ciência, ou a medicina, só acrescenta cada vez mais novos e intrigantes detalhes que provam a intransponibilidade da diferença. (ROHDEN, 2001).

No início do século XX, a endocrinologia foi também terreno de disputas sobre as políticas de gênero. De acordo com Fausto-Sterling (2000), diversos atores, os quais ela nomeia “mundos sociais”, conectavam-se por ideias, pessoas, laboratórios, materiais de investigação, fundos financeiros. Interesses da indústria farmacêutica, médicos, biólogos experimentais e de estudiosos da ciência sexual eram atravessados pelos interesses de feministas, defensores dos direitos dos homossexuais, eugenistas, partidários do controle de natalidade, psicólogos, entre outros. Ela ainda aponta que, ao examinar como estes “mundos sociais” se interseccionam, podemos ver como as moléculas hormonais se “converteram em parte de nosso sistema de gênero, ou como o gênero se converteu em parte da química”. Estudos do biólogo Walter Haepe, do ginecologista William Blair Bell e de Eugen Steinach, considerado o primeiro neuroendocrinologista da história, postulavam que havia um antagonismo sexual entre os hormônios, o que determinaria não só os corpos, como também os comportamentos masculinos e femininos. Assim, como afirma Fausto-Sterling (2000), “o sexo se fez químico e a química corporal se sexualizou”.

Para Foucault (1988), o sexo não é um fenômeno natural, nem um atributo do corpo, mas sim um dispositivo resultado de regulações sociais e culturais que tem como consequências o estabelecimento de parâmetros de normalidade e a instituição de categorias para definir as identidades sexuais. Na modernidade, houve mudanças significativas na concepção da diferença sexual que, teve como consequência uma instauração de uma matriz binária heterossexual e reprodutiva que impõe o alinhamento entre a anatomia e a identidade de gênero (AMARAL, 2011).

Um dispositivo é um conjunto heterogêneo de discursos e práticas sociais, uma verdadeira rede que se estabelece entre elementos tão diversos como a

literatura, enunciados científicos, instituições e proposições morais. Isto é, não é a realidade subterrânea que se apreende com dificuldade, mas a grande rede da superfície em que a estimulação dos corpos, a intensificação dos prazeres, a incitação ao discurso, a formação dos conhecimentos, o reforço dos controles e das resistências, encadeiam-se uns aos outros, segundo algumas grandes estratégias de saber e de poder (FOUCAULT, 2007, p.117).

Para Scott (1994), o olhar sob a “natureza” do sexo, ou seja, as percepções sobre a anatomia/biologia dos corpos, já se encontram marcadas por um olhar de gênero. Isto implica que o conceito de sexo no modelo dicotômico perde seu caráter “natural”, sendo também na realidade uma construção social que normatiza as possibilidades para os corpos (MACHADO, 2005). A partir desta compreensão, podemos entender o porquê dos questionamentos de Judith Butler quando a filósofa pergunta:

E o que é, afinal, o “sexo”? É ele natural, anatômico, cromossômico ou hormonal, e como deve a crítica feminista avaliar os discursos científicos que alegam estabelecer tais “fatos” para nós? Teria o sexo uma história? (...) Seriam os fatos ostensivamente naturais do sexo produzidos discursivamente por vários discursos científicos a serviço de outros interesses políticos e sociais? Se o caráter imutável do sexo é contestável, talvez o próprio construto chamado “sexo” seja tão culturalmente construído quanto o gênero; a rigor, talvez o sexo sempre tenha sido o gênero de tal forma que a distinção entre sexo e gênero revela-se absolutamente nula (Butler, 2016, p. 27).

O gênero é um saber construído sobre as diferenças sexuais de acordo com a cultura e suas relações humanas, portanto é algo relativo e não se pode considerar um verdadeiro ou mais legítimo que o outro (SCOTT, 1994). O saber é construído a partir de constructos que possuem história própria e propósito político, seus significados se dão em meio a relações de poder, de dominação e de subordinação. É um modo de organizar o mundo e produz a organização social e, dessa forma, o gênero seria um marcador que promove um modo de organização social mediante as diferenças sexuais, ou ainda, dos significados atribuídos às diferenças sexuais que variam de acordo com os grupos sociais, a temporalidade e a espacialidade.

Se o sexo é, ele próprio, uma categoria tomada em seu gênero, não faz sentido definir o gênero como a interpretação cultural do sexo. Resulta daí que o gênero não está para cultura como o sexo está para a natureza; ele também é o

meio discursivo/cultural pela qual 'a natureza sexuada' ou 'um sexo natural' é produzido e estabelecido como 'pré-discursivo', anterior à cultura, uma superfície politicamente neutra sobre a qual age a cultura (BUTLER, 2003).

O gênero só existe na prática, na experiência e sua realização se dá mediante reiterações cujos conteúdos são interpretações sobre o masculino e o feminino, em um jogo, muitas vezes contraditório e escorregadio, estabelecido com as normas de gênero. O ato de pôr uma roupa, escolher uma cor, acessórios, o corte de cabelo, a forma de andar, enfim, a estética e a estilística corporal, são atos que fazem o gênero. Que visibilizam e estabilizam os corpos na ordem dicotomizada dos gêneros. Também os/as homens/mulheres biológicos/as se fazem na repetição de atos que se supõe que sejam os mais naturais. A partir de uma citacionalidade de uma suposta origem, transexuais e não transexuais igualam-se (BENTO, 2006, p. 228).

Para Butler, os discursos sobre o gênero são uma ficção produzida e difundida pelo sistema da heterossexualidade compulsória, que restringe as formas possíveis de produção de identidade dentro de uma matriz heterossexual. Nesse sistema, os corpos possíveis são aqueles que seguem a linearidade de concordância compulsória entre gênero, sexualidade e corpo (BENTO, 2006).

3.2 TRANSEXUALIDADE COMO DISPOSITIVO

A compreensão de como se dá a construção do dispositivo no pensamento de Michel Foucault é fundamental para compreensão de como os corpos e sexualidades, a partir dos séculos XVIII e XIX, transformaram-se em espaços de produções de verdades e de relações de forças, marcada, cada vez mais, pela produção e pelo controle de subjetividades e das vivências corporais. Foucault (2002) apresenta o dispositivo como:

[...] em primeiro lugar, um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos. Em segundo

lugar, gostaria de demarcar a natureza da relação que pode existir entre estes elementos heterogêneos. Sendo assim, tal discurso pode aparecer como programa de uma instituição ou, ao contrário, como elemento que permite justificar e mascarar uma prática que permanece muda; pode ainda funcionar como uma reinterpretação dessa prática, dando acesso a um novo campo de racionalidade. Em suma, entre esses elementos discursivos ou não, existe um tipo de jogo, ou seja, modificações de funções, que também podem ser muito diferentes. Em terceiro lugar, entendo dispositivo como um tipo de formação que, em um determinado momento histórico, teve como função principal responder a uma urgência. O dispositivo tem, portanto uma função estratégica dominante (FOUCAULT, 2002)

Dessa forma, os dispositivos se articulam e produzem-se em determinados momentos históricos uma rede de saber e poder que toma os corpos dos indivíduos como espaço privilegiado de controle, produção de verdades e resistências e foi assim com a transexualidade a partir do século XX.

A identificação com o sexo oposto vivenciada por transexuais analisada sob uma compreensão de gênero como um aspecto imutável foi um fator no qual médicos e cientistas, no fim da década de 60, começaram a utilizar o conceito de identidade de gênero baseados em etiologias biológicas como em origem psicogênica e a proposição de modelos de tratamento para adequação entre corpo e mente (HAUSMAN, 1995).

A primeira referência conceitual sobre a transexualidade é Henry Benjamin através da publicação do livro “O fenômeno transexual”, em 1953. Na obra, a transexualidade foi definida e classificada com contornos e especificidades de um objeto próprio no campo das patologias sexuais. A singularidade foi dada em oposição ao hermafroditismo, à homossexualidade e ao transvestitismo, estabelecendo uma tipologia gradativa que ia do pseudo transexual ao transexual verdadeiro. Também estabeleceu uma condução terapêutica que iria se transformar numa referência na segunda metade do século XX, através do Instituto *Henry Benjamin*, em uma das maiores e mais influentes autoridades no campo da transexualidade (SANTOS, 2010).

Na década de 1960, o nome de John Money aparece com força na cultura norte-americana e liga-se particularmente a um grupo de trabalho do Jonh Hopkins

Hospital. Desenvolveram pesquisas no âmbito da clínica de identidade sexual que representaram um conjunto de formulações teóricas e práticas de intervenções clínicas fundamentais na separação da transexualidade dos casos de intersexualidade. A introdução de uma dimensão sociológica e psicológica a partir das noções de identidade e papéis sexuais na compreensão e explicação do fenômeno da transexualidade foram importantes nos trabalhos desenvolvidos pelo grupo (SANTOS, 2010).

As pesquisas de Roberto Stoller em relação à noção de gênero na compreensão e explicação da transexualidade foi outro ponto importante na produção e controle de subjetividades que tomou os corpos dos indivíduos como espaço privilegiado de controle, produção de verdades e resistências. Foi a partir da consolidação dessas matrizes, desenvolvidas nas pesquisas de Benjamin, Money e Stoller, *que* a transexualidade se instituiu como norma, capturando uma pluralidade de expressões e vivências através do diagnóstico patológico (SANTOS, 2010).

O entendimento da transexualidade, ao longo do século XX, como um objeto capturado pelo modelo biomédico passível de ser modelado e transformado onde os corpos e subjetividades poder e devem ser adaptados às normas sociais traz como consequência o apagamento das diferenças, das pluralidades. No seu lugar, os papéis de gênero e a matriz heteronormativa assumem como modelo hegemônico e norteador das conduções (LIMA, 2010).

O conceito de gênero, reelaborado e distante de noções essencialistas e naturalizantes, é fundamental para se analisar tanto o poder normalizador – produtor voraz de corpos masculinos ou femininos, corpos coerentes e inteligíveis, daí a intervenção médica no corpo intersexual ou no corpo transexual, que devem ser ou masculinos ou femininos, não havendo lugar para ambiguidades – quanto para a produção de resistência de minorias sexuais, que procuram elaborar performances de gênero em seus corpos que são ininteligíveis para norma heterossexual (NEVES, 2015).

A inteligibilidade é atingida pelos sujeitos dentro de uma matriz que produz a sensação de uma estabilidade, expressa através das ideias naturalizadas do que é ser mulher e, ser homem. Essa naturalização ocorre a partir de atributos sociais

e culturais que perfazem o universo da dicotomia dos corpos e, conseqüentemente do gênero. O funcionamento dessa matriz parece tranquilizar em relação aos papéis sexuais esperados culturalmente, pois a função de inteligibilidade acaba por conduzir as práticas sociais, sejam elas institucionalizadas ou não (LIMA, 2011).

Segundo Butler (2003), gêneros inteligíveis são aqueles que, em certo sentido, instituem e mantêm relações de coerência e continuidade entre sexo, gênero, prática sexual e desejo. Em outras palavras, os espectros de descontinuidade e incoerência, eles próprios só concebíveis em relação a normas existentes de continuidade e coerência, são constantemente proibidos e produzidos pelas próprias leis que buscam estabelecer linhas causais ou expressivas de ligação entre o sexo biológico, o gênero culturalmente constituído e a ‘expressão’ ou, ‘efeito’ de ambos na manifestação do desejo sexual por meio da prática sexual.

A compreensão naturalizada de uma continuidade imediata entre sexo e gênero vem sendo largamente problematizada a partir de uma crítica a esse modelo binário heterossexual e à concepção de uma identidade estável. Nessa perspectiva, que está em pauta é uma discussão a respeito da distinção fundamental entre o gênero-cultural e da normatividade própria às matrizes de gênero (AMARAL, 2011). Butler (1993, 2003) contesta que mesmo a morfologia dos sexos seja remetida a uma binaridade, o gênero não deve ser reconhecido dessa mesma maneira ou como um simples reflexo do sexo anatômico, pois isto o torna tão fixo e pré determinado quanto os aspectos biológicos.

O sexo e gênero como efeitos de práticas reguladoras que governam a materialização dos corpos possibilitam sua inscrição no campo da inteligibilidade cultural, ou seja, identidades que conservam relações de coerência e continuidade entre sexo, gênero, prática sexual e desejo a partir de determinadas normas de gênero. Nessa perspectiva, são as práticas humanas que tornam possíveis espectros de descontinuidade e incoerência em relação às normas existentes, viabilizando um território de exclusão e a noção de que há um “verdadeiro sexo” (BUTLER, 2003).

Na visão foucaultiana sobre o poder, a utilização de práticas e discursos

disciplinares na gestão do corpo social e na determinação da individualização das pessoas, produziu uma normatividade que atua de forma imanente na cultura e estabelece fronteiras entre o normal e o anormal, entre o inteligível e o ininteligível; funcionamento que ele denominou de biopoder (FOUCAULT, 1988, 2004).

O conceito de biopoder é definido em oposição ao de poder soberano que está baseado na repressão sistemática e em uma engenharia social mais complexa. Nessa perspectiva, o poder é concebido ao mesmo tempo como algo externo e interno que exerce uma pressão sobre o sujeito como aquilo que torna viável sua condição de existência, por delimitar a trajetória do desejo (BUTLER, 1997).

A partir da produção de discursos reguladores, normas sociais são operadas e passam a constituir as subjetividades e os ideais que definem modelos identitários; a partir de um padrão de normalidade estabelecido. Esse tipo de poder regulador opera sobre normas culturais e sociais, incluindo, com destaque, o gênero (BUTLER, 2003). O gênero, como norma reguladora, institui seu próprio regime disciplinar e é através de instrumentos legais que se delimitam processos ou dispositivos pelos quais um sujeito é reconhecido.

Nesse sentido, as regulações do gênero são uma modalidade específica de regulação que constitui a subjetividade e governa a inteligibilidade social reconhecendo algumas práticas e ações como compreensíveis e excluindo outras a partir de uma matriz binária, por definição heterossexual.

O dispositivo da transexualidade encontra-se em constantes transformações na contemporaneidade, marcada por uma discussão acerca da despatologização da transexualidade, evidenciando a resistência à norma no âmbito do próprio dispositivo. Mergulhar nessa seara é perceber a historicidade do dispositivo, suas constituições, seus jogos e contradições. É perceber como subjetividades e modos de vida são capturados dentro de uma rede que vai desde as produções discursivas às práticas de intervenções.

O dispositivo da transexualidade, ao construir uma trajetória de subjetivação única para as pessoas trans e, dessa maneira, impor funções avaliativas às equipes médicas, funciona como um manual onde as narrativas de transexual verdadeiro

produzida pelos saberes que sustentam o dispositivo exige que se façam ver performances estereotipadas do feminino e do masculino e que se conte uma história de vida que repita esta trajetória trans universal: descoberta da transexualidade bem jovem, repúdio pelos órgãos genitais, educação e prática corporais estereotipadas, heterossexualidade, desejo permanente pelas cirurgias de adequação, tendência ao suicídio e à depressão, etc. Nesse sentido, o dispositivo fala pelas pessoas trans e obstrui a multiplicidade de vivências e processos de subjetivação que as constituem (BORBA, 2016).

Numa perspectiva no qual indivíduos transexuais têm a capacidade de se nomear arrancada e a voz contestada por um imperativo psiquiátrico patologizante consequência da racionalidade biomédica homogeneizante, a potência do dispositivo têm-se tensionado desde a emergência do movimento internacional pela despatologização das identidades trans, o STP-2012 (Stop Trans Pathologization 2012), título que foi motivado pela revisão do DSM, cuja nova versão seria publicada naquele ano (SUESS, 2012). Naquela ocasião, a APA manteve a categorização psiquiátrica, mas mudou o nome de “transtorno de identidade de gênero” para “disforia de gênero”.

A questão da despatologização, no entanto, sofre alguns obstáculos aqui no Brasil, mesmo entre a população trans, pois a materialização da transexualidade enquanto patologia, classificada através do DSM e do CID garante a condição do acesso aos serviços trans-específicos no SUS. O argumento contra a despatologização no âmbito nacional é que sem a classificação do CID, o SUS seria legalmente proibido de custear o atendimento (BORBA, 2016)

A CID-11, publicada em 2019, retira a transexualidade da classificação dos *transtornos de identidade de gênero* do capítulo de doenças mentais e passa a ser chamada de *incongruência de gênero*, e está inserido no capítulo sobre saúde sexual. Segundo a OMS, existem evidências de que a *incongruência de gênero* não se trata de um transtorno mental, mas que ainda “há a necessidade de garantir atendimento às demandas específicas de saúde da população trans”, o que explica o fato de o termo não ter sido retirado totalmente da CID (OMS, 2019).

O movimento pela despatologização não busca somente a retirada da transexualidade dos manuais diagnósticos internacionais, como também demanda uma releitura das práticas trans-específicas. O modelo de avaliação e decisão centrado na interpretação das equipes médicas sobre o que as pessoas trans lhes mostram e dizem em consultório tem sido centro de críticas por ativistas trans e todos(as) que estão engajados na luta pelo protagonismo trans (GEISLER, 2015). Nessa perspectiva, o que se busca é a ruptura de um dispositivo que tem como alicerce o impedimento do reconhecimento do outro como sujeito capaz de dizer e decidir por si mesmo (TEIXEIRA, 2013).

A mudança da prática clínica implica um afastamento do paradigma de enfermidade pelo paradigma de direitos humanos, tendo em vista que a livre expressão da identidade de gênero é um direito fundamental reconhecido por declarações internacionais recentes, como os Princípios de Yogyakarta que é um documento que reúne os consensos da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre uma série de princípios legais que visam fomentar a aplicação da Carta Internacional dos Direitos Humanos no que se refere à orientação sexual e identidade de gênero (PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA, 2007).

Os pilares do SUS que valorizam a autonomia dos usuários/as, a capacidade de decisão e as adversidades de suas histórias de vida no encontro clínico estão em consonância com a Política Nacional de Humanização do SUS (BRASIL, 2004), que visa estimular o protagonismo dos sujeitos que constituem o sistema de saúde e dele usufruem. O projeto de humanizar o SUS também está presente na Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (BRASIL, 2013). Com a despatologização e a potencialização da humanização do processo transexualizador, visto que ele se insere nessa política nacional, as pessoas trans teriam centralidade na assistência como indivíduos que podem ter autonomia de falar por si (BORBA, 2014).

3.3 TRANSIDENTIDADES E SUAS CATEGORIAS

O conceito de gênero trouxe novas reflexões aos estudos sobre sexualidade ao indicar os limites impostos pela abordagem biomédica e

essencialista das diferenças entre homens e mulheres. A possibilidade de pensar, as certezas internas inerentes ao ser, para além da anatomia e genitália do corpo, proporcionou a reflexão sobre como as identidades sexuais e de gênero são gestadas e sua relação com as normas comportamental prevista para cada corpo sexuado (SANTOS, 2014).

A recolocação do debate de compreensão de diferenças entre o sexo e o gênero no campo social retoma as discussões no que se opõem a perspectiva binarista, pois é nele, corpo social, que se constroem e se reproduzem as relações entre os sujeitos que vivem feminilidades e masculinidades de formas diversas e que, portanto, muitas vezes, não são reconhecidos de forma verdadeira pela estreita concepção binária (LOURO, 2008).

A tentativa de fixação de identidades sexuais e de gênero é um esforço presente na sociedade contemporânea e utiliza a figura de que os sujeitos transpassam ou vivem na fronteira para demonstrar o caráter fabricado das identidades fixas, constatando que tais identidades são recursos artificiais que tentam aprisionar os indivíduos aos padrões identitário e de gênero vigentes (SILVA, 2000).

Travestis e transexuais são sujeitos que subvertem as normas identitárias sexuais e de gênero vigentes e, de formas diferenciadas, são trazidos para as normas: transexuais via processo de patologização, tendo o recurso hormono-cirúrgico com tecnologia de controle e medicalização do corpo e com as travestis via processo de estigmatização cuja aceitação dependerá de uma mudança nos sistemas sexo-gênero hegemônico (SANTOS, 2014).

O reconhecimento das limitações e das reduções ou esvaziamentos da subjetividade que as tentativas de conceituar, classificar ou padronizar as identidades de gênero produzem é algo presente nos estudos. Um estudo com travestis de São Carlos – SP, identificou diversas nomenclaturas pelas pessoas que entrevistou e por isso adotou o conceito de *travestilidades* por considerar a possibilidade de alargamento nas categorias identitárias, pois o termo travesti pode ser bastante simplificador quando busca contemplar a gama de possibilidades dessa experiência (PELÚCIO, 2009).

O estudo de Damasio (2009) refere ter encontrado dificuldade de utilizar as categorias existentes para analisar as experiências de travestis e transexuais, pois os sujeitos pesquisados surgiam como capazes de revelar a ineficácia das taxionomias, na medida em que a feminilidade inscrita em corpos anatomicamente masculinos não se reduzia aos caracteres sexuais, mas a um conjunto de atributos de comportamento reavaliados, negociados e rearranjados.

Sabendo que o campo científico necessita de uma categorização, uma nomenclatura para que o sujeito exista e possa ser problematizado é importante, pois, ao classificar os sujeitos, toda sociedade estabelece divisões e atribuem rótulos que pretendem fixar as identidades, definindo e separando de formas sutis ou violentas (LOURO, 1999). Butler (1999) considera que nomear é, ao mesmo tempo, estabelecer uma fronteira e também a repetição de uma norma. Então, se a norma precisa ser repetida para que os sujeitos nomeados a ela se adequem o que se percebe é que os sujeitos a ela não se sujeitam e que a norma não consegue capturar a multiplicidade de formas de existir e viver o gênero e a sexualidade.

Com relação aos homens transexuais e sua categorização como sujeitos que nascem em corpo com genitália de fêmeas humanas e vivem no gênero considerado masculino, a comunidade *transgender* norte-americana utiliza o termo *Female to Male* (FTM) para designar os transexuais masculinos. Beirutti (2010), utiliza o termo “opção” para a identidade de gênero transexual o que faz refletir a ideia que existem múltiplas identidades de gênero e sexuais e que a escolha/opção por uma ou mais delas implica em assumir os encargos sociais que todas elas trazem em seu interior e no silenciamento de tantas outras identidades sociais que se pode assumir cotidianamente.

Por conta da sua forma de viver o gênero – que se contrapõe às imposições essencialistas sobre a relação sexo e gênero –, os homens transexuais enfrentam, no seu cotidiano, situações de violência voltadas à sua identidade de gênero masculina. Uma dessas situações é o desrespeito ao nome social adotado e a possibilidade desses homens viverem a sua masculinidade para além dos marcadores falocêntricos, característicos do universo masculino (SANTOS, 2014).

A rápida capacidade de *passing*, que é a passabilidade social da condição

transexual, devido ao uso da testosterona os deixa bastante próximo fisicamente às expectativas sociais de como deve parecer um homem e favorece uma vivência menos estressante da identidade masculina e, ao mesmo tempo, torna-os invisíveis.

Apesar das diferenças e semelhanças entre as categorias “transexual” e “travesti” existe uma necessidade de produzir uma nova categorização que de forma didática e discursiva possa referir-se a estes sujeitos de forma coletiva, mesmo sabendo do risco de novamente limitar e engessar a multiplicidade de formas de viver o gênero (SANTOS, 2014).

No âmbito da produção de categorias identificatórias coletivas, alguns termos têm sido utilizados por pesquisadores, políticos e mesmo dentro do movimento LGBTQIA+, dentre os quais os mais comuns são “transgênero”, “identidade trans” e “pessoas trans”.

O termo “transgênero” não tem consenso na comunidade travesti e transexual no Brasil quanto ao uso coletivo que engloba tais identidades de gênero, porém na literatura teórica e também em estudos empíricos esse termo é utilizado (JAYME, 1994; VENCATO, 2003). Berutti (2010) frisa que o termo se enquadra na categoria de gênero e não de uma identidade sexual e tem o sentido de “cruzar, cruzando fronteiras”, o que indica uma mobilidade identitária e exerce uma função guarda-chuva, englobando outras categorias tais como: cross-dresses, transexuais e travestis, drag queens, drag kings e intersexuais.

Já o termo “identidade trans”² refere-se às pessoas que se identificam com sexo/gênero diferente daquele que lhe foi designado ao nascer (FERNANDEZ, 2009), porém o termo “pessoa trans” tem sido utilizado com mais frequência para se referir às pessoas travestis e transexuais entre os autores brasileiros (SANTOS, 2014).

A utilização do termo “identidade trans” é uma tentativa de destacar os

² Nesse trabalho utilizaremos o termo “trans” para nos referenciar as identidades que se contrapõem a “cisgeneridade”, compreendendo que a vivência “trans” vai além da identidade transexual, havendo as travestilidades, o não binarismo, entre outras identidades de gênero.

elementos que aproximam as pessoas que vivenciam uma transidentidade, pois procura discursivamente valorizar as trajetórias sociais e identitárias, os rituais de modificação corporal, as violências enfrentadas no cotidiano e as dificuldades que travestis e transexuais compartilham no decorrer da vida, por subverterem os cânones sobre gênero e sexualidade e a formatação heteronormativa de performatizar a relação corpo, genitália, gênero e desejo (SANTOS, 2013).

Então, fica evidente que as categorias identitárias, além de serem permeadas por processos históricos e políticos na sua construção e definição, são fluidas e não dão conta da subjetividade e da diversidade de expressão de gênero entre essa população (CARVALHO, 2013).

3.4 TRANSEXUALIDADE E SAÚDE

A construção da categoria transexual iniciada no século passado foi transformando a imagem de aberração, moldada pela mistificação e atingindo o patamar de patologia, ao ser classificada como anormalidade que generaliza e unifica seus comportamentos. Os diferentes, apropriados pela medicina, passaram a receber seus rótulos de doença e a possibilidade de tratamentos normalizadores (GASPODINI; RISSI, 2013).

O livro “Transsexualism and Sex Reassignment” que foi publicado em 1969, reúne artigos de pesquisadores afiliados às principais instituições de assistência e pesquisa sobre transexualidade do período. Ele contém planos detalhados de como selecionar pacientes e tratá-los com hormônios e cirurgia. Essa produção serviu como um manual para médicos que se propunham a atender transexuais a partir da definição de quatro etapas básicas no processo assistencial: (1) triagem – entrevistas, testes e avaliação por psiquiatras, psicólogos e cirurgiões para descartar psicose e observação da permanência da identificação com o sexo oposto; (2) avaliação – estudos metabólicos e cromossômicos para realização de hormonioterapia; (3) tratamento – realizações de intervenções cirúrgicas; e (4) acompanhamento – avaliação pós-cirúrgica por tempo indeterminado para monitoramento e verificação da necessidade de realização de outros procedimentos (MONEY; SCHWARTZ, 1969)

O Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM III) foi lançado em 1980 pela American Psychiatric Association (APA) e a transexualidade classificada como distúrbio psicosssexual. Nas versões mais atuais do DSM, a transexualidade continua tendo uma caracterização psicopatológica das manifestações da sexualidade e do gênero e o termo disforia de gênero surge como uma nova classificação (RUSSO, 2004).

A transexualidade é descrita como transexualismo e é considerada um transtorno de identidade sexual na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID 10, de 1990. Sua definição requer a presença de: desconforto com o sexo anatômico natural; desejo expresso de eliminar os genitais, perder as características primárias e secundárias do próprio sexo e ganhar as do sexo oposto; permanência desses distúrbios de forma contínua e consistente por no mínimo dois anos, em que a expressão do gênero no meio social é importante; ausência de transtornos mentais (ARÁN; MURTA; LIONÇO, 2009).

A eleição de um discurso no qual a discordância entre sexo e gênero tem um caráter patológico e o desejo de adequação entre estes delimita a especificidade da experiência transexual, médicos e cientistas definiram a transexualidade como uma condição passível de intervenção terapêutica. Nessa composição, considerando que a percepção de pertencimento ao sexo oposto seria um aspecto irreversível, alguns médicos propuseram modelos de atenção baseados no acolhimento da demanda por modificações corporais e deram início a um processo de formalização dessa prática (AMARAL, 2011).

No Brasil, a ocorrência de cirurgias de readequação sexual são anteriores à sua normalização pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), como descrito, nas duas autobiografias “Erro de Pessoa – Joana ou João”, publicada em 1984 e “Viagem solitária – memórias de um transexual 30 anos depois”, pelo transhomem brasileiro João W. Nery que fez a mamoplastia masculinizadora e a pan-histerectomia durante a ditadura militar em 1977, vinte anos antes das cirurgias serem legalizadas (NERY *et al.*, 2015).

O processo de legalização da cirurgia de transgenitalização e de procedimentos afins foi longo e cercado de diversas discussões que tiveram início

em 1979, quando o Conselho Federal de Medicina (CFM) foi consultado pela primeira vez sobre a inclusão de próteses mamárias em pacientes do sexo masculino. As discussões eram sempre amparadas no Código de Ética Médica e no Código Penal, colocavam em pauta a licitude ética e penal da cirurgia de conversão sexual, já que se considerava inicialmente a mesma mutilação grave e ofensa à integridade corporal (CFM, 1979).

Em 1997, o CFM aprovou a resolução nº 1.482/1997 que autorizava a realização de cirurgias em caráter experimental de transgenitalização e de procedimentos complementares nos casos de transexualismo, onde apenas hospitais universitários ou públicos que fossem adequados a pesquisa deveriam fazer esse tipo de intervenção ainda estabelecia a obrigatoriedade de um acompanhamento psiquiátrico prévio de, no mínimo, 2 anos (BRASIL, 1997).

A edição de uma nova resolução foi realizada após avaliação dos efeitos orientadores da antiga resolução sobre transgenitalização e considerou que através dos bons resultados estético e funcional das neocolpovulvoplastias e/ou procedimentos complementares, as cirurgias para redesignação sexual poderiam ser praticadas em hospitais públicos ou privados, independentemente da atividade de pesquisa, mas que precisavam continuar seguindo os critérios já estabelecidos, como também reafirmou alguns princípios do acompanhamento e assistência aos usuários desse serviço (CFM, 2002).

A problematização e desconstrução do conceito de “transexual verdadeiro” e a despatologização desta experiência é necessária, pois nem todos os transexuais desejam as mesmas intervenções afinal desejos distintos fazem parte da condição humana. O não encaixe na norma biomédica, que decide e reitera verdades tidas como legítimas, deve ser respeitado para que os direitos sejam garantidos (NEVES, 2015). O deslocamento da necessidade de traduzir o desejo transexual numa estrutura ou norma de funcionamento padrão pode permitir a diversos profissionais o escape à patologização (ARAN, ZAIHAF & MURTA, 2006).

A divulgação recente da CID-11 classifica a transexualidade num patamar diferenciado e a coloca com incongruência de gênero que se categoriza entre as condições relativas à saúde sexual e são descritas da seguinte maneira:

Incongruência de gênero

- HA60 – Incongruência de gênero na adolescência ou idade adulta

A incongruência de gênero na adolescência e na idade adulta é caracterizada por uma incongruência acentuada e persistente entre o gênero experiente de um indivíduo e o sexo designado, o que muitas vezes leva a um desejo de 'transição', a fim de viver e ser aceito como pessoa do experiente sexo, por meio de tratamento hormonal, cirurgia ou outros serviços de saúde, para alinhar o corpo do indivíduo, tanto quanto desejado e na medida do possível, com o sexo experiente. O diagnóstico não pode ser atribuído antes do início da puberdade. O comportamento e as preferências das variantes de gênero por si só não são uma base para atribuir o diagnóstico.

- HA61 – Incongruência de gênero na infância

A incongruência de gênero na infância é caracterizada por uma acentuada incongruência entre o sexo experimentado / expresso de um indivíduo e o sexo atribuído em crianças pré-púberes. Inclui um forte desejo de ter um gênero diferente do sexo atribuído; uma forte antipatia por parte da criança de sua anatomia sexual ou características sexuais secundárias antecipadas e / ou um forte desejo pelas características sexuais primárias e / ou secundárias previstas que correspondam ao sexo experimentado; e brincadeiras de fantasia ou fantasia, brinquedos, jogos ou atividades e companheiros de brincadeira que são típicos do sexo experimentado, e não do sexo designado. A incongruência deve ter persistido por cerca de 2 anos. O comportamento e as preferências das variantes de gênero por si só não são uma base para atribuir o diagnóstico (CID-11, 2019).

Compreendendo que o cuidado em saúde ocorre apenas para aquelas condições catalogadas no CID e dessa forma a transexualidade deve está no catálogo para que não seja negado o cuidado especializado em saúde se faz importante salientar, que as transexualidades não se resumem aos diagnósticos presentes nos DSMs ou nas CIDs e suas versões. É um fenômeno plural vivenciado por pessoas reais, com experiências distintas sobre o processo, e que constroem suas identidades das mais variadas maneiras que vão além da descrição esperada pelo diagnóstico médico (BENTO, 2014).

3.4.1 Políticas públicas e organização dos serviços no Brasil

Falar de transexualidade na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS) é trazer à tona questões que há bem pouco tempo eram desconhecidas por grande parte de acadêmicos e da população em geral. Foi a partir da epidemia da AIDS que se iniciou a entrada de grande parte dessa população no SUS pela maior propensão de infecção pelo vírus.

O movimento organizado LGBTQIA+ desde sempre esteve a frente dos debates e encaminhamentos das suas demandas para as conferências nacionais de

políticas públicas que, no Brasil, foram realizadas duas. O desenvolvimento de políticas públicas específicas para a população trans tem o intuito de possibilitar acesso a direitos que geralmente são negados. A partir das conferências foram encaminhadas as propostas para serem efetivadas e desde a primeira em 2008 o ministério da saúde foi quem mais efetivou as propostas de políticas.

A saúde tem sido pioneira e porta de entrada para acolher as populações mais vulneráveis, reconhecendo as desigualdades sociais como determinantes que geram o processo de adoecer e de morrer de forma diferenciada nos diversos segmentos sociais. As políticas de promoção de equidade, em especial, que reconhecem os sujeitos políticos que sofrem preconceito e discriminação pela sua condição social, de raça/etnia, de orientação sexual ou por sua cultura são expressões de direitos e cidadania (SOUTO et al., 2016).

No ano de 2004, instituiu-se o Comitê Técnico Saúde da População LGBTQIA+ no âmbito do Ministério da Saúde, através da Portaria 2.227/GM - D.O.U. 14/11/2004 (Brasil, 2004b). A principal atribuição desse comitê era justamente sistematizar proposta de uma política nacional da saúde para a população LGBT, com vista a garantir a equidade na atenção à saúde para esses segmentos populacionais.

O efeito de uma ação do Ministério Público do Rio Grande do Sul impulsionou, paralelamente à institucionalização do Comitê Técnico Saúde da População LGBTQIA+, em 2004, sob a responsabilidade da Coordenação Geral de Alta Complexidade da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, a instituição de um grupo de trabalho para discutir a inclusão da cirurgia de transgenitalização e procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários na tabela de procedimentos do SUS (ARAN; MURTA e LIONÇO.; 2009).

No ano de 2006, o Ministério da Saúde, através do Comitê Técnico Saúde da População LGBTQIA+, desencadeou reunião sobre o Processo Transexualizador no SUS, articulando, em um mesmo espaço de formulação, representantes do Ministério da Saúde, do Coletivo Nacional de Transexuais, profissionais da rede

pública de saúde que atuavam com transexuais e pesquisadores que se dedicavam ao tema (ARAN; MURTA; LIONÇO., 2009).

As recomendações decorrentes da reunião sobre o Processo Transexualizador no SUS foram: inclusão do processo transexualizador entre os procedimentos rotineiros do SUS, mantendo-se a visão crítica sobre a medicalização das identidades trans; inclusão da identidade de gênero na carta dos Direitos dos Usuários do SUS, com o direito ao uso do nome social em seus cadastros; implementação de práticas de educação permanente para os profissionais de saúde incluindo a temática LGBTQIA+; mudanças nos formulários, prontuários e sistemas de informação do SUS.

O Processo Transexualizador foi instituído no âmbito do SUS pela Portaria GM nº 1.707, de 18 de agosto de 2008 e regulamentado pela Portaria SAS nº 457, de 19 de agosto de 2008. Essas Portarias denominam como Processo Transexualizador, o atendimento prestado a mulheres transexuais para realização de modificações corporais no contexto do SUS, no Brasil, estabelecendo protocolos de atendimento. Por meio destas Portarias, o Ministério da Saúde formalizou diretrizes técnicas e éticas para a atenção ao Processo Transexualizador, indicando sua importância como parte de uma visão integral e sistêmica da saúde da população LGBTQIA+.

O Processo transexualizador compreende um conjunto de estratégias de atenção à saúde que implicam no processo de transformação dos caracteres sexuais pelos quais passam indivíduos transexuais em determinado momento de suas vidas e, no contexto da saúde pública, são ações necessárias à garantia do direito à saúde circunscritas à passagem para a vivência social no gênero em desacordo com o sexo de nascimento (LIONÇO, 2008).

O uso do nome social no SUS foi garantido pelo decreto Ministerial que revisou a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, a Portaria nº 1820, de 13 de agosto de 2009, que estabeleceu o seguinte direito à usuária e ao usuário da saúde: I – identificação pelo nome e sobrenome civil, devendo existir em todo documento do usuário e usuária um campo para se registrar o nome social, independente do registro civil, sendo assegurado o uso do nome de preferência, não podendo ser

identificado por número, nome ou código da doença ou outras formas desrespeitosas ou preconceituosas.

A primeira política pública nacional voltada especificamente para a garantia de direitos da população LGBTQIA+ foi o Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra LGBTQIA+ e de Promoção da Cidadania Homossexual, mais conhecido como Brasil sem Homofobia. O Programa foi planejado pela Secretaria de Direitos Humanos, do Paraná (SEDH/PR), a partir de uma perspectiva interministerial e as políticas previstas não são de sua exclusiva responsabilidade (BRASIL, 2009). Entre as ações previstas no capítulo intitulado “Direito à Saúde: consolidando um atendimento e tratamentos igualitários”, observa-se a origem da Política integral LGBTQIA+ pela criação do comitê Técnico de Saúde Integral, instituído pelo Ministério da Saúde, em 2004.

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais foi aprovada no Conselho Nacional de Saúde em 2009 e instituída no âmbito do SUS por meio da Portaria nº 2.836, de 1 dezembro de 2011, durante a 14ª Conferência Nacional de Saúde e possui como marca o reconhecimento dos efeitos da discriminação e do preconceito no processo de saúde-doença dessa população. Trata-se de um marco importante na constatação das necessidades de saúde desses segmentos para além das questões referentes à epidemia de AIDS e da complexidade e diversidade dos problemas de saúde que os afetam (BRASIL, 2013).

As diretrizes e os objetivos dizem respeito a mudanças nos determinantes sociais da saúde, que afetam a população LGBTQIA+. A Política reconhece que a orientação sexual e a identidade de gênero são fatores de vulnerabilidade para a saúde, não apenas por implicarem práticas sexuais e sociais específicas, mas por exporem a população LGBTQIA+ a agravos decorrentes do estigma, dos processos discriminatórios e de exclusão social, violando seus direitos à dignidade, à autonomia e ao livre desenvolvimento (BRASIL, 2013).

A realização de um seminário pelo Ministério da Saúde em Junho de 2012 sobre o processo transexualizador no SUS foi um momento de troca de experiência entre os serviços credenciados e de referência para o processo transexualizador nos

estados e discussão da nova proposta de portaria no SUS com participação de representantes dos movimentos sociais, gestores e pesquisadores onde a partir de então foi criado um grupo de trabalho para elaboração de proposta de alteração da Portaria 457/08, com objetivo de ampliar o Processo Transexualizador no SUS.

A portaria nº 2.803 que redefine e amplia o Processo Transexualizador no SUS foi publicada em 19 de novembro de 2013. Ela garante o estabelecimento de linha de cuidado e ampliação da atenção à saúde considerando a integralidade, desde a atenção primária até a alta complexidade, incluindo procedimentos como a hormonoterapia com/sem indicação para a cirurgia de transgenitalização, que garantam o atendimento não só à população de transexuais, mas também de travestis e o atendimento à população de homens transexuais.

A constituição do processo transexualizador se deu de forma desordenada em uma convergência de fatores determinantes envolvendo o judiciário, os pesquisadores, os coordenadores e profissionais que prestavam essa assistência nos hospitais universitários pioneiros e pelos técnicos do MS, todavia, é importante demarcar a importância e o significado da atuação política do movimento social nesse processo, particularmente, das travestis e transexuais. Parte significativa do que se conseguiu construir em termos de organização política e pressão sobre o Estado, notadamente no campo da saúde, teve a presença da mobilização do segmento transexual com sua incidência nos espaços de controle social dentro da gestão, principalmente a partir da interlocução com a Secretaria de Gestão Estratégica, via Departamento de Apoio à Gestão Estratégica e Participativa (DAGEP) (SANTOS, 2020).

A estruturação dos serviços que prestam assistência a transexuais no Brasil se constituíram de formas diferenciadas, seja em relação às técnicas cirúrgicas, às abordagens psicológicas, aos profissionais envolvidos, ao tempo de espera e à realização das cirurgias, ao acompanhamento pós-cirúrgico, à assessoria jurídica, entre outros. Embora todos tenham se constituídos através de equipes multidisciplinares, a implantação dos programas foi bastante lenta e sofreu muitas resistências institucionais, as quais vão desde a dificuldade de construção de um espaço de acolhimento e de cuidado para essa clientela (devido a preconceitos por

parte de outros pacientes e funcionários), passam por conflitos a propósito da equidade do acesso ao tratamento público (já que a maioria dos hospitais estabelece outras prioridades de assistência), até problemas éticos e jurídicos das mais diversas ordens. (ARAN, 2007).

A estruturação dos serviços, das rotinas de atendimento e dos procedimentos na rede são desafios colocados ao SUS como um todo para que haja o respeito à diversidade e para que de fato sejam cumpridos seus princípios e determinações. Todavia, também tem se tornado fundamental a qualificação de uma atenção à saúde que possibilite a superação das discriminações.

Outro grande desafio que a população transexual enfrenta é em relação a distribuição geográfica dos serviços habilitados para o atendimento cirúrgico e ambulatorial, pois só existem cinco hospitais credenciados em todo território nacional (QUADRO 1).

Quadro 1 - Distribuição geográfica dos hospitais habilitados para modalidade cirúrgica e ambulatorial pelo SUS

SUL	Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre -RS
SULDESTE	Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina (FMUSP) da Universidade de São Paulo - SP; Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro - RJ
CENTRO-OESTE	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, Goiânia - GO
NORTE	Não há unidade com habilitação
NORDESTE	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, Recife - PE

Fonte: Brasil (2021).

3.4.2 Organização dos serviços em Pernambuco

O serviço do HC/UFPE foi o último serviço habilitado na modalidade hospitalar e ambulatorial do processo transexualizador no SUS mesmo tendo uma

experiência anterior, que fazia parte de um projeto de extensão e que vigorou entre 2001 e 2010. A equipe era constituída por um cirurgião ginecologista, uma psicóloga, um psiquiatra e uma assistente social, que atuavam amparados pela Resolução do CFM de 1997.

Durante aquele período foram realizados 25 procedimentos cirúrgicos em mulheres trans num processo institucional muito mal avaliado pela população usuária, tanto no que diz respeito à forma como eram tratados/as quanto no que diz respeito aos resultados das cirurgias. Havia reclamações da população usuária quanto ao desrespeito do nome social, quanto a dificuldades de acesso e de diálogo com a equipe, de ausência de acompanhamento médico no pós-cirúrgico, de cirurgias mal sucedidas, entre outros problemas (TENÓRIO, LIVDIAS, VIEIRA, 2017).

As mulheres trans foram submetidas a procedimentos sem que o médico responsável tivesse pleno domínio da técnica cirúrgica, resultando em sequelas que obrigaram essas pessoas a fazerem diversos reparos, além de terem que lidar com limitações estéticas da neovagina. Os procedimentos foram suspensos em 2011 sob a justificativa de aposentadoria do médico responsável pelos procedimentos. Daquele período, restou o subsequente abandono institucional das pessoas que eram atendidas. Assim, além do desrespeito ao sofrimento psíquico das pessoas trans abandonadas no curso de seus atendimentos, ocorreu também uma desresponsabilização institucional. A desresponsabilização se expressou na ausência de encaminhamentos para o acompanhamento pós-cirúrgico após a aposentadoria do médico, na ausência de encaminhamentos das várias situações de cirurgias mal sucedidas que tornavam necessários reparos imediatos (SANTOS, 2020).

A suspensão das cirurgias fez com que grande mídia passasse a dar destaque às diversas denúncias de violação a que as pessoas trans foram submetidas no HC/UFPE durante os anos de funcionamento das atividades. Essas denúncias também chegaram ao Ministério Público do Estado, que instaurou um processo de investigação acerca dos fatos ocorridos no hospital naqueles últimos anos. Toda essa mobilização fez com que o movimento trans e travesti ganhasse força para exigir maior rapidez nos processos de reparação dos danos causados por

aquela mal sucedida experiência do HC/UFPE. A pressão também era sobre a gestão do HC para que assumisse sua responsabilidade institucional e sobre os encaminhamentos que deveria dar a essa questão (SILVA, 2019).

Concomitantemente, outras ações foram encaminhadas, primeiro por iniciativa individual de alguns/algumas técnicos/as do HC que por volta de 2011/2012 descobriram que as mais de 20 cirurgias realizadas nas pessoas trans não haviam sido remuneradas. Só naquele período a gestão descobriu que existia a Portaria 457 de 2008, que permitia o pagamento desses procedimentos pelo Ministério da Saúde. Ao ativar essa questão a gestão também descobriu que os/as usuários do serviço havia procurando o Ministério Público para tentar forçar a instituição a se posicionar frente a desassistência que estavam submetidos/as. A partir daí, decidiu procurar a Promotoria de Direitos Humanos para entender como poderia enfrentar essa questão, ao que foi instruída a gerar um documento institucional relatando toda a problemática para que o Ministério Público (MP) pudesse intervir (SANTOS, 2020). A resposta do MP foi a notificação ao MS que, a partir daí, começou a se envolver nesta discussão, num período em que já conduzia as discussões em torno da revisão da Portaria de 2008.

A sensibilidade e mobilização interna por profissionais que se indignaram e se envolveram com a situação de descaso e desassistência enfrentada pelas pessoas trans na instituição foi fundamental nesse processo. Elas potencializaram os espaços de discussão e criaram caminhos internos institucionais para o enfrentamento do problema (SILVA, 2019). Toda a mobilização interna e externa em torno da institucionalização do atendimento às pessoas trans dentro do HC/UFPE teve um outro desdobramento de grande importância que foi a iniciativa de criação de uma Diretoria LGBT vinculada diretamente ao Gabinete do Reitor, tendo por finalidade execução da “Política LGBT da UFPE”, cujo objetivo primordial é garantir o acolhimento, a inserção e a permanência da comunidade LGBT dentro da Universidade por meio da implementação de ações afirmativas e os projetos relacionados aos direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais e Intersexuais³ (UFPE, 20).

³ Ver <https://www.ufpe.br/diretoria-lgbt>.

A convergência de mobilizações institucionais tanto na esfera do HC/PE quanto dentro da gestão do MS foi fundamental para que o processo de organização interna fosse protagonizado pela gestão do hospital. O programa voltou caracterizado como uma ação da instituição e não como uma iniciativa ou projeto de determinado profissional. Assim, antes que algum profissional médico personificasse a lógica do serviço, esses profissionais não médicos que atuavam na organização da assistência, conseguiram subverter essa lógica por dentro da gestão, dando um outro direcionamento à organização do novo serviço (SANTOS, 2020).

A implementação de uma política como esta é resultante de um processo de intensa mobilização e reivindicação dos movimentos sociais de travestis e transexuais de Pernambuco junto ao Governo Estadual e Federal. Nesse sentido, importa destacar o papel exercido pela Associação de Travestis e Transexuais de Pernambuco – AMOTRANS e a Associação Brasileira de Homens Trans – ABHT (SILVA, 2019).

A construção do Espaço de Acolhimento e Cuidado para Pessoas Trans do HC/UFPE, foi atravessada por diversos determinantes e se constituiu numa experiência marcada por singularidades que diferem dos outros serviços habilitados no país. Dentre as características singulares do serviço as que se destacam são: o serviço não é coordenado por médicos/as, não se pauta pela lógica psiquiatrizante e não tem a cirurgia como meta do cuidado.

O Espaço de Acolhimento e Cuidado para Pessoas Trans do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, ou simplesmente o “Espaço Trans”, instituído pela Portaria n. 1.055, de 13 de outubro de 2014, é um espaço onde a prática de cuidado é pautada no entendimento da transexualidade como reflexo da diversidade humana e uma experiência social legítima que não pode ser formatada ou reduzida a uma única forma de comportamento ou expressão.

A assistência a saúde das pessoas trans em Pernambuco se fez via pactuação do acesso ao processo transexualizador pela secretaria estadual de saúde: pactuou-se a assistência nas instâncias protocolares, uma vez que é condição a política ser discutida na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), mas o

investimento na estruturação da rede assistencial e qualificação/formação dos recursos humanos, e mesmo dos/as gestores/as municipais, foi e continua sendo insuficiente. O que se observou é que a pactuação na CIB teve como único propósito, o atendimento burocrático das normativas exigidas pela Portaria n. 2803/13 e não a oferta efetiva e qualificada da assistência (SANTOS, 2020).

O estado de Pernambuco habilitou o serviço do HC/UFPE por meio da Resolução CIB/PE n. 2399 de 09 de setembro de 2013, antes da habilitação via MS, que ocorreu em 13 de outubro de 2014, essa antecipação de credenciamento pelo estado revela que as tratativas entre o estado, o serviço e o MS já estavam em curso. Essa relativa rapidez do estado em se adequar às exigências normativas para habilitar o serviço não foi acompanhada, entretanto, por ações concretas para a estruturação e qualificação da rede em todo o estado, fazendo com que o acesso das pessoas aos postos de saúde fosse apenas uma forma de solicitar a regulação/encaminhamento para o serviço especializado (SANTOS, 2020).

A rede básica de saúde, que deveria estar preparada para atender às necessidades de saúde de qualquer pessoa, ainda apresenta uma série de entraves para o atendimento da população trans, que vão desde ações explicitamente preconceituosas e discriminatórias até a total ausência de qualificação de seus profissionais. Um caminho que o estado seguiu foi a criação de ambulatórios especializados como alternativa à ausência ou ao despreparo das equipes de saúde na rede básica, como uma possibilidade de ampliar o acesso à assistência ao processo transexualizador.

A Política Estadual de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PESILGBT), instituída por meio da portaria SES/PE nº 60, de 11 de março de 2015 e, desde então, a coordenação tem atuado no desenvolvimento de iniciativas voltadas ao público, sobretudo a partir de ações educativas e de formação dos/as profissionais de saúde para minimizar os preconceitos e afirmar os direitos de pessoas LGBTQIA+. O trabalho realizado possibilitou a inauguração de alguns serviços específicos para a população transexual no Recife: O Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM), o ambulatório LGBT Patrícia Gomes da Policlínica Lessa de Andrade, e no

ambulatório LBT do Hospital da Mulher Além disso, foi inaugurado em 2018 em Camaragibe, o Ambulatório LGBT – Espaço Darlen Gasparelle.

Atualmente, o que se percebe em relação à estruturação da rede de atenção às pessoas trans em Pernambuco é que há um grande esforço da coordenação da política LGBT, empenho dos/as profissionais que atendem nos serviços especializados e um comprometimento e cobrança por parte do movimento trans e travesti para a ampliação da oferta de serviços. Todavia, o atual contexto político ultra conservador, quanto às restrições impostas pelo próprio estado em função do desfinanciamento das políticas públicas, o que se expressa, inclusive, no reduzido número de profissionais para desenvolver o trabalho são fatores que comprometem a estruturação e manutenção de unidades de atenção a população transexual (SANTOS, 2020).

3.4.3 Acesso da população transexual aos serviços de saúde

Ayres et al (2005; 2006) relata que a questão do acesso da população trans aos serviços de saúde e à saúde integral se relaciona com fatores que podem ser localizados em três dimensões: individual, social e programática e que estão intimamente relacionado com o aumento ou diminuição da vulnerabilidade do adoecimento dessas pessoas.

Os processos de estigmatização e discriminação que são sujeitos as pessoas trans – travestis e transexuais homens ou mulheres –, mesmo havendo políticas públicas que busquem garantir o acesso aos serviços públicos de saúde, impossibilitam o acesso, assim como comprometem a qualidade prestada nesses serviços de saúde (TAGLIAMENTO, 2013).

Os debates sobre a transexualidade, em todos os níveis de atenção e cuidado na saúde, mas mais especificamente na atenção básica, com foco na equipe técnica e nas/os agentes comunitários de saúde (ACS), ainda continuam associando o universo da diversidade sexual à temática do HIV/AIDS ou ao manejo do encaminhamento para instituições de saúde especializadas no caso, quando houver. A ignorância ou preconceito por parte dos profissionais da saúde, independente de

sua área de conhecimento, em abordar questões ligadas à sexualidade revelada ou em lidar com um “corpo diferente”. O estranhamento, muitas vezes, cria resistência e repulsa em ambos os agentes na atenção à saúde, quando não, omissão ou indiferença. Isso interfere em muito na produção do cuidado em saúde, no projeto terapêutico singular e na conduta dos trabalhadores (DUARTE, 2014).

Ao analisar, a busca pelo acesso a saúde, mesmo em situações de agravo não relacionadas ao processo de transição e redesignação sexual, o estudo de Rogers et al (2016) mostrou que a experiência de acesso na Atenção Primária à Saúde (APS) de modo geral é negativa, e, portanto determina a resistência à procura desse e de outros serviços oferecidos nos diversos âmbitos do SUS. Assim, apresenta-se uma situação de iniquidade no acesso, agravando a situação de vulnerabilidade à qual essa população está inserida, uma vez que, de forma velada e indireta, o acesso é atribuído à uma série de situações vexatórias e humilhantes.

Um estudo, que pesquisou sobre o itinerário de cuidados em saúde das travestis percorrendo os espaços mais frequentados pelas participantes, percebeu que elas raramente buscam os serviços de saúde, evidenciando vários relatos sobre ausência de acolhimento e, assim, a dificuldade de acesso aos serviços. Os autores destacam a fala de uma das entrevistadas quando a mesma afirma: “a saúde não é diferente do dia a dia. Tratam a gente como não humana, por isto eu não vou ao SUS, de jeito nenhum” (p.150) (SOUZA & PEREIRA, 2015).

Ferreira et al. (2017) entrevistaram seis travestis que residem em Teresina (PI) a fim de compreenderem suas vivências acerca da atenção à saúde no SUS. Os autores enfatizam que a discriminação foi mencionada por todas as participantes, concluindo que os fatos narrados refletem os valores heteronormativos presentes na sociedade.

Outros estudos buscando compreender a trajetória de mulheres trans nas políticas públicas de saúde mostram que a existência de políticas públicas, por si só, não garante o acesso da população trans aos serviços de saúde, visto que este, ou mesmo a falta dele, é dificuldades como a falta de preparo dos profissionais de saúde, a patologização da experiência transexual e, principalmente, a falta de

acolhimento ainda se fazem presentes (FERREIRA et al, 2017; OLIVEIRA & ROMANINI,2020).

A população trans enfrenta um dos piores índices de acesso à saúde e aos cuidados relacionados à saúde em geral, à transição ou à saúde específica. Enfrentando ainda uma formação médica deficiente para o cuidado dos corpos trans, além das transfobias institucionais nas unidades de saúde que acabam por não respeitar a identidade de gênero ou o nome social, causando o afastamento da população na buscas pelos cuidados em saúde.

3.4.4 Saúde da população transexual e suas principais demandas

Em quase todos os países, incluindo o Brasil, são escassos os dados a respeito da situação de saúde e do impacto do processo de exclusão e de marginalização social sobre os vários aspectos da vida da população trans, mesmo sabendo que esses processos resultam em desfechos mais desfavoráveis de saúde quando comparados com a população em geral, tais como altas taxas de infecção pelo HIV, experiência de violência, ideação suicida, entre outros (UNDP, 2013; BRASIL, 2012; BARAL et al, 2013)

O município de São Paulo fez o 1º Mapeamento de Pessoas Trans e publicou em janeiro de 2021. Esse mapeamento foi realizado pelo CEDEC (Centro de Estudos de Cultura Contemporânea), em parceria com o SMDHC (Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania do Município de São Paulo) e os dados mostram que 47% dos participantes da pesquisa já passaram por atendimento psicológico ou psiquiátrico por motivo de depressão e 25% devido à ansiedade combinada com nervosismo e estresse (CEDEC, 2021).

Quanto as questões de saúde mental das pessoas trans, existe um viés estigmatizante e patologizante que coloca a que a Travestilidade ou Transexualidade em si, são fatores que causariam ideações suicidas, depressão, ansiedade ou outras questões de saúde mental. Esse viés ignora os resultados positivos de uma transição em ambientes acolhedores, com apoio dos pais, amigos e familiares, acesso a tratamentos de saúde e acompanhamento nas questões de transição para quem deseja ou precisa, garantia de atendimento humanizado, respeito e uso de

nome social e banheiro de acordo com a identidade de gênero nos espaços sociais, são alguns dos fatores que podem vir a garantir a qualidade e melhora da saúde mental de nossa população.

A violência verbal, institucional e física são questões vivenciadas pela grande maioria da população trans. Grande parte do sofrimento psíquico vem da discriminação que existe nos equipamentos de saúde, na educação e na própria família. Estima-se que 42% da população Trans já tentou suicídio. Recentemente, um relatório chamado “Transexualidades e Saúde Pública no Brasil”, do Núcleo de Direitos Humanos e Cidadania LGBT e do Departamento de Antropologia e Arqueologia, revelou que 85,7% dos homens trans já pensaram em suicídio ou tentaram cometer o ato. Mas não aprofundou sobre as motivações e outros dados sobre o tema. Simplesmente não se pode negar tratamento a um grupo altamente estigmatizado que tem uma prevalência de 42 a 46% de tentativas de suicídio, comparado a 4,6% da população em geral (ANTRA,2018).

De acordo com a Antra, 30% dos casos de suicídio catalogados entre pessoas trans em 2020 foram de homens trans/transmasculinos e 70% de mulheres trans/trevestis. No dossiê consta que esse fenômeno ocorre devido ao processo de exclusão social, a marginalização, discriminação e estigmatização, que se concretiza no dia a dia de pessoas trans como tentativas de homicídio e violação dos direitos humanos.

O sofrimento mental causado dentro do âmbito familiar, pela rejeição e violência, que muitas vezes, vem desde a infância, onde muitos transexuais buscam estratégias de minimizar represálias e punições é apontado como um dos grandes problemas de saúde dessa população. O apoio familiar é um dos fatores que melhoram significativamente a questão da saúde mental (FERREIRA, 2018).

Estima-se que 42% da população transexual já tentou suicídio, A ONG Internacional National Gay and Lesbian Task Force aponta que 41% dos transexuais já tentaram suicídio nos EUA em algum momento, contra 1,2% da população cisgêneros. Uma pesquisa do Instituto Williams de Los Angeles publicada em 2014 estimou que 40% dos transexuais já tentaram cometer suicídio. Já uma pesquisa da Universidade de Columbia informa que o índice de suicídio é 5 vezes mais frequente

entre LGBT (ALVES, 2018).

Produzindo padrões, o modelo binário de gênero faz com que os transexuais busquem corpos que sejam considerados parte do modelo natural. Esses ajustes de corpos e o fato de se sentir aprisionado em um corpo que não os pertence acarreta conflitos severos a saúde mental. Estes, relativos às tensões do indivíduo consigo mesmo, com os outros e com as instituições sociais e familiares. Conflitos que podem ocasionar transtornos mentais, autocastração e até mesmo o suicídio (SOARES et al, 2011; VENTURA; SCHARAMM, 2008).

A busca imediata pelos resultados satisfatórios para a auto-imagem tem como consequência a procura por métodos não oficiais ou o abandono repetitivo do processo transexualizador. Essa carga de se adequar a todo custo aos padrões sociais interfere diretamente na saúde integral dos transexuais, já que se expõem a riscos com métodos ilegais e tem a sua saúde mental prejudicada devido a não aceitação das fases e do tempo que dura a transição. Em função das expectativas pelos resultados, procedimentos cirúrgicos como a mastectomia, ansiedade por mudanças como o crescimento de pelos ou dos cabelos, esse processo de transição pode ser considerado mais um estressor que pode contribuir para o surgimento de transtornos depressivos e do humor (FERREIRA, 2018).

4 MÉTODO DO ESTUDO

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo misto. Quantitativamente descritivo, transversal e exploratório e qualitativamente fenomenológico, pois buscou percepções representações sociais.

No presente estudo, foram utilizados dados secundários para conhecer o perfil sócioeconômico e cultural da população atendida, as necessidades de intervenções e o quantitativo de intervenções realizadas. Já os métodos qualitativos foram utilizados para identificar a compreensão de usuários quanto ao serviço ofertado e o conteúdo das falas dos profissionais em relação ao processo transexualizador no SUS.

Para a abordagem qualitativa foram realizadas entrevistas com 4 mulheres e 4 homens trans para compreensão do que ele(a)s acham da oferta de cuidado e com os 6 profissionais vinculados ao processo para percepção dos conteúdos quanto ao processo transexualizador no SUS.

4.2 O MÉTODO QUALITATIVO

É um método capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes às atitudes, às relações e às estruturas sociais. Ele procura compreender a lógica interna de sujeitos, grupos ou instituições, no que se refere aos valores culturais e às suas representações sobre sua história e os temas específicos, as relações entre sujeitos, instituições e movimentos sociais e também dos processos históricos, sociais e de implementações de políticas (MINAYO, 2014).

A abordagem qualitativa em pesquisa caracteriza-se, entre outras coisas, pelo foco nos processos, pelo caráter descritivo e explicativo de suas análises e pela centralidade do pesquisador na construção e análise das informações (TRIVIÑOS, 1995).

Para o acesso às informações e para as diversas práticas interpretativas do processo de análise numa pesquisa de natureza qualitativa são empregadas

várias estratégias que geram um conjunto complexo de etapas e estratégias de levantamento e análise de informações, cuja trajetória, muitas vezes, encontra linearidade apenas na elaboração do texto final (DENZIN; LINCOLN, 2006).

O método qualitativo não tem a pretensão de generalizar seus resultados, mas de aprofundar, abranger e diversificar a compreensão de um fenômeno. Portanto, sua estratégia amostral é definida a partir da escolha de uma amostra que reflita as múltiplas dimensões do objeto de estudo, e não, por meio de cálculos matemáticos (MINAYO, 2014).

4.3 O MÉTODO QUANTITATIVO

A abordagem quantitativa é caracterizada pela quantificação de características na coleta de informações e o tratamento delas por meio de técnicas estatísticas. É uma abordagem empregada quando se há necessidade de definir características objetivas de um fenômeno ou parte dele (RICHARDSON, 1999).

O método quantitativo se insere nos fenômenos a partir da apresentação de dados que geram indicadores e tendências observáveis. É útil para se apreenderem questões sociais relacionadas a grandes aglomerados de dados e conjuntos demográficos e descrevê-los por meio de variáveis (MINAYO; SANCHES, 1993).

4.4 ESTUDO DE CASO

Um estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro do seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos (YIN, 2005).

Os estudos de caso examinam o conjunto das variações dentro do sistema. Consistem em uma análise em profundidade de um fenômeno em seu contexto. Nos estudos de caso são utilizadas poucas unidades de análise, contudo com um potencial explicativo importante, decorrente da análise do caso em profundidade e que tem por objetivo captar as circunstâncias e condições comuns, de modo que as lições aprendidas possam fornecer importantes informações sobre as

experiências das pessoas ou instituições estudadas (YIN, 2005). Quanto à escolha do estudo de caso como estratégia de investigação. Para Robert Yin (Yin e Grassi, 2005), “um estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro do seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”. No presente trabalho, será realizada a investigação empírica do processo transexualizador no SUS, sendo este um fenômeno atravessado pela necessidade de construção do trabalho em saúde norteador por uma política e pela reconstrução da própria vida dos usuários do serviço. A pergunta norteadora para a escolha do estudo de caso como estratégia de investigação foi: *como se dá o processo transexualizador no Serviço de Referência do HC/UFPE, na cidade do Recife, Pernambuco?*

O Espaço Trans está localizado no ambulatório de saúde mental do Hospital das Clínicas – HC, instituição federal de ensino superior ligada à Universidade Federal de Pernambuco – UFPE. O HC-UFPE foi credenciado em outubro de 2014 através da Portaria nº 1.055/2014 do Ministério da Saúde como estabelecimento de saúde habilitado a disponibilizar o Serviço de atenção especializada do Processo Transexualizador no SUS nas modalidades ambulatorial e hospitalar. O serviço trabalha numa perspectiva não patologizante das identidades de gênero e tem como interesse o caráter dialógico e de promoção da saúde no acompanhamento exigido no processo transexualizador no SUS.

4.5 UTILIZAÇÃO DE DADOS SECUNDÁRIOS

O levantamento dos dados secundários foi realizado através dos registros do serviço. Esses dados foram utilizados para traçar o perfil sócio-demográfico, listar quais e quantas são as demandas por intervenções dos usuários cadastrados e que estão em acompanhamento no serviço e quantas intervenções já foram realizadas e o quantitativo de hormônios distribuídos.

A variáveis coletadas foram:

Quadro 1: Variáveis demográficas

Gênero
Procedência
Idade
Cor da pele

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 2: Variáveis Sociais

Situação conjugal
Interesse em filhos
Grau de instrução
Vinculação Familiar
Vinculação Empregatória
Renda Familiar
Benefícios assistenciais
Retificação de nome
Engajamento Político

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 3: Demandas por intervenções e intervenções realizadas

Cirurgia de transexualização
Implantação de mamas de silicone
Mamoplastia masculinizadora
Histerectomia
Tireoplastia

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 4: Hormônios distribuídos

Acetato de ciproterona 50mg
Valerato de estradiol 1mg
Valerato de estradiol 2mg
Undecilato de testosterona
Cipionato de testosterona

Fonte: Elaborado pela autora

A análise foi feita através de contagem de frequência simples e construção de tabelas.

4.6 ENTREVISTAS

As entrevistas em campo, tanto com usuários, quanto com profissionais que atuam o processo transexualizador do HC/UFPE, foram utilizadas neste trabalho com o intuito de lançar um olhar mais próximo das necessidades de cuidado e dos

problemas enfrentados por quem é usuário e quem é agente executor da política pública.

As entrevistas com os usuários, também permitiram o resgate dos caminhos realizados por aqueles que necessitam das ações de equidade de uma política pública que busca atender as demandas específicas da população transexual. Enquanto as entrevistas realizadas com os profissionais, permitiram identificar como se deu a construção de execução da política e os desafios institucionais vividos no cotidiano da prática.

A compreensão do fenômeno em questão da pesquisa proposta se encontra em um cenário de complexidade crescente, com atores com interesses, percepções e entendimentos distintos e até mesmo contraditórios sobre o tema (DESLANDES; MINAYO, 2005). Assim, a entrevista foi capaz de identificar essas questões a partir da discussão com um foco, em tópicos específicos e diretivos. Nesse contexto, ela se configurou como uma forma de interação social, um diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados, e a outra se apresenta como fonte de informação (GIL, 2008).

Roteiros de entrevista semiestruturados foram elaborados para os diferentes envolvidos, usuários e profissionais (APENDICE 1). A entrevista com os usuários(as) buscou a compreensão do ponto de vista da população usuária, das histórias de vidas, das necessidades necessárias durante o processo de transição, da experiência de utilização e quais as expectativas em relação ao serviço. Já a entrevista com os profissionais buscou a compreensão do ponto de vista dos mesmos, sobre de que forma o processo transexualizador foi instituído, como foi a chegada dos profissionais ao processo, as principais dificuldades no atendimento a população trans, como é o olhar da instituição para o processo, quais os limites e avanços e quais são as perspectivas futuras. Em relação ainda aos profissionais, era importante saber de que forma as demandas da população chegava em suas áreas específicas e quais eram os limites e possibilidades da atuação em cada especialidade.

4.7 SELEÇÃO DOS ENTREVISTADOS

Na seleção dos usuário(as) foi utilizada uma amostra por conveniência. A diversidade amostral se guiou na lógica quali/quantitativa do universo, por isso buscou-se usuário(as) com características distintas: usuários(as) com tempo de acompanhamento maior que um ano, usuários que eram assíduos ao serviço, usuárias que já tinham feito a cirurgia de transexualização, usuárias que queriam cirurgia de transexualização, usuárias que não queriam cirurgia de transexualização, usuários que já tinham feito mastoplastia masculinizadora e usuários que não tinham feito mastoplastia masculinizadora.

Para Fontanella e colaboradores (2008), numa pesquisa qualitativa importa menos o número de pessoas entrevistadas do que exatamente quem são estas pessoas e o que elas representam. Em muitos casos, a redundância de informações ou saturação determina a hora de parar a coleta de dados através das entrevistas. A saturação é identificada através do processo contínuo de análise dos dados, quando as informações relevantes se repetem e as entrevistas apenas reforçam as informações anteriormente coletadas.

Os profissionais entrevistados foram todos que, de alguma maneira, faziam parte do processo transexualizador e que aceitaram participar das entrevistas. Os profissionais entrevistados foram: Coordenação do serviço e psicóloga, assistente social, enfermeira, médico urologista, médica ginecologista e médico endocrinologista.

4.8 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi realizada por meio do diálogo entre os diferentes métodos, técnicas e fontes de dados utilizados, estratégia de análise por triangulação de métodos. Os dados obtidos nas fontes secundárias, pesquisa de campo e o referencial teórico, ofereceram diferentes perspectivas, permitindo a construção de um conhecimento que leva em consideração múltiplas dimensões do problema estudado (MINAYO, ASSIS E SOUZA, 2005).

Os dados quantitativos coletados através dos arquivos do serviço, que são armazenados em planilhas, fichas do acolhimento e no sistema de informação hospitalar, conformaram planilhas próprias de análise as quais possibilitaram a análise através de contagem simples e apresentação no formato de tabelas .

O material coletado nas entrevistas foi analisado através da proposta de análise de conteúdo, modalidade análise temática. Segundo Minayo (2014), trata-se de uma abordagem indicada para os trabalhos de investigação qualitativa em saúde, que consiste em encontrar e evidenciar os núcleos de sentido da comunicação, relacionando a presença ou frequências desses núcleos com o objeto de estudo. Operacionalmente, foram seguidas as seguintes etapas: 1) transcrição do material coletado nas entrevistas; 2) realização de leitura compreensiva e exaustiva de todo o material, permitindo a observação horizontal das respostas, buscando elaborar pressupostos iniciais e elaborar formas iniciais de classificação; 3) exploração do material distinguindo trechos (unidades de análise) através do esquema de classificação inicial (baseado nos objetivos da pesquisa); identificação dos núcleos de sentido em cada classe do esquema de classificação, confronto dos núcleos de sentidos com os pressupostos iniciais, elaboração de novos pressupostos quando necessário; reagrupamento dos trechos do texto por temas e agrupamento de temas em categorias (Quadro 2); 4) Construção de um texto por categoria, relacionando os sentidos dos textos com os conceitos teóricos que orientam a análise, estabelecendo assim uma síntese interpretativa, conectando os temas com os objetivos, questões, hipóteses e pressupostos da pesquisa (MINAYO et al., 2012).

Quadro 2 - Descrição das categorias de análise estabelecidas através da análise temática das entrevistas

Categorias de análise	
1	Caracterização do serviço
2	Caminho percorrido pelos usuários
3	Acolhimento das necessidades pelo serviço e repercussões na vida cotidiana
4	Oferta e demanda do processo transexualizador

5	Desafios institucionais do processo transexualizador

Fonte: Elaborado pela autora

Para Minayo (2013) o pesquisador deve considerar, na interpretação das falas dos entrevistados, que a experiência de cada indivíduo se transforma em um conhecimento singular de acordo com as vivências prévias e capacidade reflexiva de cada um. Dessa forma, a mesma experiência é traduzida de maneiras diversas por cada um que a vivência, cabendo ao pesquisador estar atento a isto. Sendo assim, na presente pesquisa a leitura do material qualitativo buscou a compreensão das visões de mundo e experiências de cada um, não de uma verdade absoluta.

4.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Todos os aspectos éticos da pesquisa científica foram observados desde a sua elaboração, execução, até a interpretação. Primeiramente, com a devida citação de ideias, procedimentos e dados provenientes de outros autores. Somente foram apresentados como dados desta tese aqueles levantados ou produzidos por mim. Além disso, foi tomada devida precaução de não causar nenhum malefício aos sujeitos envolvidos na pesquisa, tanto através da garantia do anonimato, quanto através do direito de escolha sobre sua participação, conforme determina a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) para pesquisas envolvendo seres humanos.

Os diferentes participantes da pesquisa, usuários do serviço e profissionais, receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 4), o qual foi lido em voz alta e assinado por aqueles que concordaram em participar das entrevistas. Além disso, este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de pesquisa Aggeu Magalhães (CEP-IAM, Fiocruz, PE) através do parecer de Nº 4.886.310 (Anexo1).

5 ARTIGOS

Nessa seção, serão apresentados os artigos científicos que trazem os resultados da pesquisa.

5.1 ARTIGO 1- CARACTERIZAÇÃO E ACESSO AOS CUIDADOS EM SAÚDE DE UM SERVIÇO REFERÊNCIA DO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR NO SUS ⁴

Characterization and Access to Health Care in a Reference Service for the Transsexualization Process in SUS

Caracterización y Acceso a la Atención en la Saúde en un Servicio de Referencia para el Proceso de Transexualización en el SUS

Recebido: 10/03/2022 | Revisado: 19/03/2022 | Aceito: 25/03/2022 | Publicado: 31/03/2022

Eliane Jucielly Vasconcelos Santos
 ORCID: <https://orcid.org/000000024236035X>
 Instituto de Pesquisa Aggeu Magalhães, Brasil
 E-mail: eliane.rtza@hotmail.com

Camila Pimentel Lopes de Melo
 ORCID: <https://orcid.org/0000000275119925>
 Instituto de Pesquisa Aggeu Magalhães, Brasil
 E-mail: camila.pimentel@fiocruz.br

Resumo

Introdução: A transexualidade é um conjunto de modo e vivências de indivíduos que se identificam com os atributos sociais e sexuais que desviam do gênero designado ao nascer. O processo transexualizador é um programa que compõe a política de saúde brasileira e compreende um conjunto de estratégias de atenção à saúde, onde estão incluídos procedimentos de diferentes graus de complexidade para o processo de transformação de indivíduos transexuais. **Objetivo:** Caracterizar o perfil dos usuários de um serviço de referência, os números produzidos pelo serviço e as principais demandas relativas ao processo transexualizador. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo e exploratório. Os dados foram coletados através dos registros dos usuários que estão vinculados ao processo e dos procedimentos realizados pelo serviço. **Resultados:** Os dados coletados (N=180) indicam que parcela significativa é integrada por mulheres trans (66%). A maioria reside na região metropolitana do Recife (81%). Em relação à faixa etária, 65% estão entre 18 e 30 anos. Já foram realizadas Cinquenta e nove (59) cirurgias de transegenitalização em mulheres trans, dezesseis (16) implantes de próteses mamárias e dezessete (17) tireoplastia. Em homens trans, dezoito (18) realizaram mamoplastia masculinizadora e três (3) realizaram histerectomia. O serviço analisado é o único do Norte-Nordeste que oferece atendimento integral à pessoa trans e por isso a procura é alta e há um estrangulamento em atender às demandas. Atualmente existe uma lista de aproximadamente 580 pessoas na fila de espera. **Palavras-Chaves:** Sistema Único de Saúde; Acesso aos Cuidados de Saúde; Transexualidade

Abstract

Introduction: Transsexuality is a set of ways and experiences of individuals who identify with social and sexual attributes that deviate from the gender assigned at birth. The transsexualization process is a program that makes up the Brazilian health policy and comprises a set of health care strategies, which

⁴ Research, Society and Development, v. 11, n. 5, e13411527902, 2022 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i5.27902>

include procedures of different degrees of complexity for the transformation process of transsexual individuals. Objective: To characterize the profile of users of a reference service, the numbers produced by the service and the main demands related to the transsexualization process. Methodology: This is a cross-sectional, descriptive and exploratory study. Data were collected through user records that are linked to the process and procedures performed by the service. Results: The data collected (N=180) indicate that a significant portion is made up of trans women (66%). Most live in the metropolitan region of Recife (81%). Regarding the age group, 65% of users are between 18 and 30 years old. Fifty-nine (59) reassignment surgeries have been performed on trans women, sixteen (16) silicone breast implants and seventeen (17) thyroplasty have been performed. In trans men, eighteen (18) underwent masculinizing mammoplasty and three (3) underwent hysterectomy. The service analyzed is the only one in the North-Northeast that offers comprehensive care to transgender people and therefore demand is high and there is a bottleneck in meeting surgical demands. Currently there is a list of approximately 580 people on the waiting list without the prospect of being welcomed.

Keywords: Unified Health System; Health Services Accessibility; transsexuality.

Resumen

Introducción: La transexualidad es un conjunto de formas y experiencias de los individuos que se identifican con atributos sociales y sexuales que se desvían del género asignado al nacer. El proceso de transexualización es un programa que conforma la política de salud brasileña y comprende un conjunto de estrategias de atención a la salud, que incluyen procedimientos de diferente grado de complejidad para el proceso de transformación de las personas transexuales. Objetivo: Caracterizar el perfil de los usuarios de un servicio de referencia, los números producidos por el servicio y las principales demandas relacionadas con el proceso de transexualización. Metodología: Se trata de un estudio transversal, descriptivo y exploratorio. Los datos fueron recolectados a través de registros de usuarios que están vinculados al proceso y procedimientos realizados por el servicio. Resultados: Los datos recolectados (N=180) indican que una parte importante está conformada por mujeres trans (66%). La gran mayoría reside en la región metropolitana de Recife (81%). En cuanto al grupo de edad, el 65% de los usuarios tiene entre 18 y 30 años. Se han realizado cincuenta y nueve (59) cirugías de reasignación a mujeres trans, se han realizado dieciséis (16) implantes mamarios de silicona y diecisiete (17) tiroplastias. En hombres trans, dieciocho (18) se sometieron a mamoplastia masculinizante y tres (3) a histerectomía. El servicio analizado es el único en el Norte-Nordeste que ofrece atención integral a personas transgénero y por lo tanto la demanda es alta y existe un estrangulamiento para satisfacer las demandas quirúrgicas. Actualmente hay una lista de aproximadamente 580 personas en lista de espera sin perspectivas de ser acogidas.

Palabras clave: Sistema Único de Salud; Accesibilidad a los Servicios de Salud; transexualidad.

1. Introdução

A presença e visibilidade da transexualidade é um fenômeno contemporâneo que, além de ampliar as fronteiras do gênero estabelecidas pela dicotomia feminino/masculino, traz a necessidade de discussão mais ampla do tema numa perspectiva da saúde, pois provoca questionamentos sobre a naturalização dos corpos, gêneros e sexualidades (Bento, 2004; Arán, M., Murta, D., Zaidhaft, S, 2008).

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado e regulamentado pela Lei Federal Nº 8080/90, tornou o acesso à saúde um direito de todo cidadão brasileiro e um dever do Estado (Brasil, 1990) e tem como princípios a universalidade do acesso, a equidade e a integralidade da atenção. No entanto, sendo a realidade brasileira atravessada por iniquidades, são necessárias ações, atreladas a esses princípios do SUS, que proponham reverter quadros de exclusão e da violação de direitos humanos fundamentais, na perspectiva da promoção da equidade para distintos grupos sociais (Lionco, 2008).

A Saúde tem sido pioneira e porta de entrada para acolher as populações mais vulneráveis, reconhecendo as desigualdades sociais como determinantes que geram o processo de adoecer e morrer de forma diferenciada nos diversos segmentos sociais. As políticas de promoção de equidade, em especial, que reconhecem os sujeitos políticos que sofrem preconceito e discriminação pela sua condição social, de

raça/etnia, de orientação sexual ou por sua cultura são expressões de direitos e cidadania (Souto et al., 2016).

O Brasil é um país extremamente preconceituoso à população LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais) e, dentre esses sujeitos, as pessoas travestis e transexuais são as que mais enfrentam dificuldades ao buscarem atendimentos nos serviços públicos de saúde, por causa da transfobia institucionalizada nos espaços desses atendimentos, as quais, muitas vezes, está atrelada ao preconceito por outros marcadores sociais – como pobreza, raça/cor, aparência física –, bem como por causa da escassez de serviços de saúde específicos (Roco et al, 2016 & Melo et al, 2011).

O processo transexualizador é um programa que compõe a política de saúde brasileira e foi instituído no âmbito do SUS pela Portaria GM nº 1.707, de 18 de agosto de 2008 e regulamentado pela Portaria SAS nº 457, de 19 de agosto de 2008, onde estão incluídos procedimentos de diferentes graus de complexidade e ampla diversidade técnica, como parte da assistência à saúde destinada a pessoas transexuais.

A portaria nº 2.803 que redefine e amplia o Processo Transexualizador no SUS foi publicada em 19 de novembro de 2013. Ela garante o estabelecimento de linha de cuidado e ampliação da atenção à saúde considerando a integralidade, desde a atenção primária até a alta complexidade, incluindo procedimentos como a hormonoterapia, que garantam o atendimento a toda população de transexuais. Ela destaca a necessidade de se estabelecer padronização dos critérios de indicação para a realização dos procedimentos de transformação do fenótipo masculino para feminino e do feminino para o masculino. Para além da centralidade da cirurgia de transgenitalização, embora esta seja um interesse na busca pelos serviços credenciados e um grande foco de direcionamento na compreensão do trabalho, o processo transexualizador tem o desafio de ofertar o cuidado integral e livre de discriminação e preconceitos.

As Unidades de Atenção Especializada (UAE) credenciadas para o atendimento de travestis e transexuais para o acompanhamento ambulatorial e realização das cirurgias do Processo Transexualizador na rede pública de saúde pelo SUS estão localizadas em apenas cinco estabelecimentos hospitalares pelo Brasil (Brasil, 2008; Brasil, 2014).

Os serviços estão regulamentados pela portaria MS nº 2803/2013 e devem oferecer acolhimento e acesso com respeito aos direitos (Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde de 2011), desde o uso do nome social, acesso à hormonioterapia até as cirurgias de adequação do corpo biológico à identidade de gênero na qual cada pessoa se reconhece. Os usuários podem ser atendidos por uma equipe multidisciplinar que prevê diversos profissionais de saúde (psicólogos, endocrinologistas, psiquiatras, ginecologistas, cirurgiões, enfermeiros, dentistas, farmacêuticos, assistentes sociais).

O objetivo desta pesquisa foi caracterizar o perfil dos usuários de um serviço de referência, os números produzidos pelo serviço e as principais demandas relativas ao processo transexualizador com o propósito de contribuir para a ampliação do conhecimento de uma temática até anos recentes invisibilizada no âmbito das políticas públicas de saúde, educação e assistência social.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e exploratório. No presente estudo, foram utilizados dados

secundários para conhecer o perfil sócioeconômico e cultural da população atendida, as necessidades de intervenções e o quantitativo de intervenções realizadas.

A abordagem quantitativa é caracterizada pela quantificação de características na coleta de informações e o tratamento delas por meio de técnicas estatísticas. É uma abordagem empregada quando se há necessidade de definir características objetivas de um fenômeno ou parte dele (Richardson, 1999).

O método quantitativo se insere nos fenômenos a partir da apresentação de dados que geram indicadores e tendências observáveis. É útil para se apreenderem questões sociais relacionadas a grandes aglomerados de dados e conjuntos demográficos e descrevê-los por meio de variáveis (Minayo & Sanches, 1993).

O levantamento dos dados secundários foi realizado através dos registros do serviço. Esses dados foram utilizados para traçar o perfil sócio-demográfico, listar quais e quantas são as demandas por intervenções dos usuários cadastrados e que estão em acompanhamento no serviço e quantas intervenções já foram realizadas e o quantitativo de hormônios distribuídos.

O serviço de referência está localizado em um hospital escola de grande porte na cidade do Recife-PE e foi credenciado em outubro de 2014 através da Portaria nº 1.055/2014 do Ministério da Saúde como estabelecimento de saúde habilitado a disponibilizar o Serviço de atenção especializada do Processo Transexualizador no SUS nas modalidades ambulatorial e hospitalar. O serviço trabalha numa perspectiva não patologizante das identidades de gênero e tem como interesse o caráter dialógico e de promoção da saúde no acompanhamento exigido no processo transexualizador no SUS.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães da FIOCRUZ -PE através do parecer de Nº 4.886.310.

3. Resultados e Discussão

A caracterização do perfil sociodemográfico e as condições de vida da população trans que está vinculada ao processo de acompanhamento e é fundamental para que órgãos públicos e outras organizações que atendam essa população possam obter mais informações sobre a diversidade que a compõe. Também se justifica pela quase inexistência de dados a seu respeito devido principalmente à sua exclusão de censos demográficos, o que exige esforços em relação à obtenção de elementos fidedignos para sua caracterização. Apesar de algumas limitações na coleta de dados, o que vamos apresentar aqui é a caracterização dos usuários em acompanhamento. A tabela 1 descreve o número de pessoas atualmente inscritas no espaço trans.

Tabela 1: Número de pessoas inscritas no espaço trans

Gênero	Quantidade	%
Mulheres Trans	219	69%
Homens Trans	95	30%
Intersexo Feminino	4	1%
Total	315	100%

Fonte: autoria própria com base nos dados fornecidos pelo espaço trans, 2021.

As variáveis demográficas e sociais dos/as usuários/as encontra-se registrados nas fichas de acolhimento. Essas fichas dispõem de informações necessárias para que haja o conhecimento do perfil das

pessoas acompanhadas pelo trans. Por dificuldades em relação ao acesso a essas fichas, pois muitas delas estão anexadas aos prontuários, e o hospital estava passando por um momento de implantação de prontuário eletrônico, então o acesso aos prontuários físicos ficou quase que impossível, visto que os mesmos não estavam mais armazenados no hospital e outras fichas não foram encontradas, só foram levantados os dados contidos em 180 fichas de um total de 315 usuários, totalizando 57% da população usuária. A tabela 2 descreve os dados demográficos.

A inexistência de um censo nacional da população trans dificulta o estabelecimento de relações entre o perfil da população trans e o da população em geral. Como já destacado, há poucas informações sobre o seu perfil, tanto em nível nacional, quanto estadual ou municipal. Essa dificuldade não se refere apenas à sua quantificação, mas, sobretudo, em relação ao conhecimento de suas características, de sua localização, de suas condições de moradia, nível de escolaridade, situação de trabalho e renda, bem como da vivência de situações de violência e impedimento ao exercício da cidadania (Centro de Estudos de Cultura Contemporânea, 2021).

Tabela 2: Variáveis Demográficas de usuários ativos no espaço trans

Variáveis	Ocorrência	%
Gênero		
Feminino	118	66
Masculino	62	34
Procedência		
Região Metropolitana	146	81
Interior de Pernambuco	30	16
Outros estados	4	3
Idade		
18 a 30 anos	117	65
Acima de 30	63	35
Cor da pele		
Preta/ Parda	127	70
Amarela/ Branca/ Outra	46	25
Não declarado	7	5

Fonte: autoria própria com base nos dados fornecidos pelo espaço trans, 2021

Com relação ao gênero, os dados coletados (N=180) indicam que parcela significativa é integrada por mulheres trans (66%) e 34% são usuários que se identificam com o gênero masculino. É importante destacar que nenhum usuário considerara-se pessoa não binária. Dados de um censo realizado em São Paulo corroboram com a maior incidência do gênero feminino (Centro de Estudos de Cultura Contemporânea, 2021).

Considerando que para o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) negros e pardos configuram a maioria da população no Brasil, a maioria das pessoas (70%) em acompanhamento no espaço trans se intitulam como pretos/ pardos. A grande maioria reside na região metropolitana do Recife (81%). Em relação à faixa etária, observa-se que se trata de uma população bastante jovem, com 65% dos usuários terem entre 18 e 30 anos. Os demais se distribuem pelas outras faixas.

Na tabela 3 onde estão descritas as variáveis sociais, observa-se que a maioria das pessoas usuárias do serviço (82%) se declararam sem companheiro(a) e uma parcela significativa (47%) relatou ter interesse em filhos.

Tabela 3: Variáveis Sociais de usuários ativos no espaço trans

Variáveis	Ocorrência	%
Situação conjugal		
Sem companheiro	148	82
Com companheiro	32	18
Interesse em Filhos		
Não	103	57
Sim	77	43
Grau de instrução		
Fundamental completo	12	6,6
Fundamental Incompleto	23	13
Ensino médio completo	74	41
Ensino médio incompleto	11	6,1
Ensino superior completo	13	7,2
Ensino superior incompleto	43	24
Pós-Graduado/a	2	1,1
Vinculação Familiar		
Boa convivência	125	69
Vínculos rompidos	36	20
Vínculos conflituosos ou distantes	19	11
Vinculação Empregatícia		
Formal	53	29
Informal/ autônomo	67	37
Desempregado(a)	60	34
Renda Familiar		
Inferior a um salário mínimo	23	13
1 salário mínimo	57	31
2 salários mínimos	59	32
3 salários mínimos ou mais	41	22
Recebe benefícios Assistenciais		
Sim	31	17
Não	149	83
Retificação do Nome		
Solicitado	84	46
Não solicitado	86	47
Retificado	10	7
Engajamento Político		
Sim	18	10
Não	162	9

Fonte: autoria própria com base nos dados fornecidos pelo espaço trans, 2021

Quanto à escolaridade, os dados indicam que 41% dos usuários completaram o ensino médio, seguida de 6,6% de concluintes do ensino fundamental. Em relação à educação superior, o índice foi de 7,2%. Esses

índices revelam que a escolaridade da população trans se concentra em níveis de ensino diferentes aos verificados para a totalidade da população adulta (18 anos ou mais) do estado de Pernambuco. De acordo com as informações divulgadas pela Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios Contínua – PNADC, 27% da população pernambucana estudou até concluir o ensino médio e 13,9 % concluíram o ensino superior (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2014).

Sobre a classe social, a grande maioria encontra-se na faixa classe baixa, pois 72% sobrevive com uma renda de dois ou menos salários mínimos. Vale destacar que embora não conseguiremos adensar teoricamente na discussão das relações entre gênero, classe e raça, sabemos que são atravessamentos fundamentais para a compreensão das experiências e que partem de condições e opressões diversas (Hirata, 2014).

Uma parcela considerável dos usuários (69%) possui uma boa vinculação familiar, seguido de 20% dos usuários que tem vínculos rompidos e 11% com vínculos distantes. A fragilidade da vinculação familiar se deve ao fato de a pessoa não ter ou não terá aceitação, no núcleo familiar, caso se identifique com um gênero diferente ao de seu nascimento. Motivos como expulsão de casa e conflitos familiares também são causas frequentes que levam a população trans a não morar com a família (Centro de Estudos de Cultura Contemporânea, 2021).

Dos usuários do espaço trans, apenas 29% tem formalidade na vinculação Empregatícia, seguidos de 37% em trabalho autônomo e 34% estão desempregados. A população trans apresenta sérias restrições no acesso ao mercado de trabalho em razão principalmente dos preconceitos que enfrenta em várias esferas da sociedade. As pessoas trans também têm que lidar com barreiras referentes à escolaridade, à qualificação profissional e aos demais requisitos exigidos para o desempenho de funções específicas no mundo do trabalho. A saída precoce de casa e da escola tem levado mulheres trans e travestis ao desempenho de atividades relacionadas ao mercado do sexo, aos serviços de estética, beleza e atividades artísticas (Centro de Estudos de Cultura Contemporânea, 2021).

Dados do mapeamento de pessoas trans na cidade de São Paulo (Centro de Estudos de Cultura Contemporânea, 2021) mostram que o tipo de vínculo de trabalho mais comum entre as travestis é o emprego informal ou autônomo, temporário e sem contrato que atinge 72%. Esse tipo de relação de trabalho é mais comum também entre as mulheres trans (62%) e pessoas não binárias (59%). A exceção, nesse caso, ocorre dentre os homens trans, em que o emprego formal com carteira assinada é a relação de trabalho mais significativa, representando 49% dos ocupados.

Em relação ao recebimento de benefícios Assistenciais, 83% dos usuários não são beneficiários e 17% recebia algum tipo de auxílio. Esse dado é interessante e pode ter sido alterado frente aos efeitos da crise econômica e sanitária provocada pela epidemia do COVID 19. Segundo uma pesquisa com população trans antes da pandemia, 62% da população trans entrevistada não era beneficiária de programas sociais, exceto do “Transcidadania” (20%) e do “Bolsa Família” (18%). Com a pandemia, a situação se alterou. Verificou-se que a população beneficiada por alguma política pública cresceu em 12 pontos percentuais e, passou de 38% para 50%. Entrou no contexto, o apoio do Auxílio Emergencial, que foi acessado por 41% da população trans entrevistada (Centro de Estudos de Cultura Contemporânea, 2021)

Devido à natureza instável e a elevada informalidade dos trabalhos realizados por grande parte das pessoas trans usuárias (os) do serviço (71%), é importante pontuar que durante a fase inicial e intermediária da pandemia, em que as atividades econômicas foram paralisadas, o auxílio emergencial pode ter sido essencial para garantir a sobrevivência das(os) usuárias(os) impossibilitados de trabalhar.

A variável social que se refere à retificação do nome é importante marcadora de questões rotineiras de violências vivenciadas pela população trans. Apesar da decisão do STF, de agosto de 2018, em autorizar a mudança de nome e gênero no registro civil das pessoas trans (com ou sem procedimento cirúrgico de redesignação de sexo), por decisão judicial ou diretamente no cartório, os resultados revelam que a medida legal está longe de se efetivar na prática. Da população trans usuária do serviço, apenas 7% tinham alterado o nome e o gênero. 46% tinham solicitado retificação e 47 não tinha dado entrada em nenhum processo de alteração de seus documentos.

O serviço em números

As cirurgias de transgenitalização e mastectomia são realizadas desde o início, a primeira se mantém até hoje uma vez por mês, enquanto a outra esteve paralisada por algum tempo em virtude do afastamento temporário das médicas que realizam o procedimento, e os outros mastologistas não se interessam em realizar o procedimentos. O mesmo ocorre com as próteses de silicone que além de ter o número muito reduzido, que não conta com uma regularidade por falta de próteses.

Desde sua regulamentação, em outubro de 2014, foram realizados os seguintes procedimentos cirúrgicos: Cinquenta e nove (59) cirurgias de transgenitalização em mulheres trans, dezesseis (16) implantes de próteses mamárias de silicone e dezessete (17) tireoplastia. Em relação aos homens trans, dezoito (18) realizaram mamoplastia masculinizadora e três (3) realizaram histerectomia (Tabela 4).

Tabela 4: Número de cirurgias realizadas pelo processo transexualizador no HC/UFPE

Cirurgias	Quantidade
Trangenitalização	59
Mamoplastia masculinizadora	18
Tireoplastia	17
Implantação de próteses mamárias	15
Histerectomia	3

Fonte: autoria própria com base nos dados fornecidos pelo espaço trans, 2021

A cirurgia de transgenitalização é realizada mensalmente. Esse quantitativo de realização é similar ao de outros serviços habilitados no país (Santos, 2020) e longe de atender a demanda, o que contribui para uma fila de espera significativa (Tabela 5).

Na mamoplastia masculinizadora, a cirurgia é realizada conjuntamente com a equipe da Cirurgia Plástica e a da Mastologia. As duas equipes entram juntas no bloco cirúrgico onde a mastologia retira as glândulas mamárias e a cirurgia plástica faz o acabamento estético do procedimento. A cirurgia não tem regularidade de acontecimento, seja por falta de profissionais ou insumos.

Com relação às cirurgias de Tireoplastia, os dados registrados na tabela acima só chegaram ao serviço em uma reunião onde a diretoria convocou todas as clínicas que tinham relação com o processo transexualizador. Na prática, não existe comunicação entre o serviço de otorrinolaringologia e a equipe nuclear do serviço. Além disso, é de conhecimento do programa que a otorrino trabalha com a técnica de encurtamento das cordas vocais, para modulação de voz e que este procedimento não é coberto pela Tabela de Procedimentos do SUS, sendo uma ação que o departamento realiza de forma autônoma, o que dificulta a identificação deles nos registros hospitalares.

Um dos caminhos para a reconstrução das práticas de saúde para o efetivo cuidado integral é o trabalho entre as profissões em que se parte de seu núcleo de conhecimento para construir ações em equipe a partir da

troca e diálogo entre as áreas e se caracteriza como trabalho interdisciplinar, esse que é oposto a fragmentação e compartimentalização da atenção (Ayres, 2009).

Assim, por questões de ordem da estrutura institucional e das próprias áreas, a mamoplastia masculinizadora, a colocação de prótese mamária e a Tireoplastia ainda não contam com a regularidade de realização. Quanto às cirurgias de transgenitalização dos homens trans, por serem consideradas experimentais no país e não haver capacitação técnica dos(a)s profissionais da equipe cirúrgica do Espaço Trans para desenvolvê-las, não existe o oferecimento desse procedimento cirúrgico para os homens trans.

O serviço é o único no Norte-Nordeste que oferece atendimento integral à pessoa trans e por isso a procura é alta e há um estrangulamento, além das questões institucionais, na capacidade do serviço atender às demandas cirúrgicas, mesmo que nem todas as pessoas em atendimento desejem intervenções. A tabela 5 mostra o quantitativo de pessoas na fila de espera por procedimentos cirúrgicos.

Tabela 5: Fila de espera para cirurgias a serem realizadas pelo processo transexualizador no HC/UFPE

Cirurgias	Quantidade
Trangenitalização	48
Mamoplastia masculinizadora	16
Tireoplastia	SEM DADOS
Implantação de mamas de silicone	SEM DADOS
Histerectomia	SEM DADOS

Fonte: autoria própria com base nos dados fornecidos pelo espaço trans, 2021

O não conhecimento do quantitativo de pessoas à espera pelas cirurgias de Tireoplastia, implantação de mamas de silicone e Histerectomia, se deve ao fato dessas cirurgias serem agendadas diretamente pelas clínicas em questão e de não haver uma comunicação entre elas e o serviço.

Mesmo sem todos os dados de espera por procedimentos cirúrgicos, o que podemos observar que a oferta é significativamente menor que a demanda. A realidade de disponibilidade do bloco cirúrgico é a mesma desde 2015 que consiste em um turno por semana para as demandas do serviço, inclusive quando ocorre algum problema no dia disponibilizado, não há reposição e o serviço perde o turno da cirurgia.

Em seu estudo Livadias (2019) constatou que todos os serviços referem um grande número de pessoas sendo acompanhadas, longas filas de espera para o acompanhamento requerido para ter acesso aos procedimentos. Dentre os serviços entrevistados no seu estudo, todos referiram uma demanda reprimida de pessoas já consideradas aptas para os procedimentos cirúrgicos. Um desses serviços está fechado para novas admissões desde 2012, com cerca de 280 pessoas em acompanhamento e aptas a realizar cirurgias.

Sendo assim, as motivações que impedem que se ampliem as cirurgias são muitas como observadas acima, dentre elas: questões da logística hospitalar, desinteresse dos médicos em realizar as cirurgias, falta de insumos além da falta de prioridade das demandas da população transexual. Aliado a todas essas também tem diretamente o ausente ou escasso financiamento direcionado ao serviço.

Um dos grandes problemas devido a falta de acesso aos procedimentos cirúrgicos pelas mulheres trans é o uso do silicone industrial para promover a feminização corporal. Essa utilização acarreta em graves riscos à saúde, visto que a aplicação ocorre de forma clandestina e material inadequado. Além disso, ocorre em geral em lugares insalubres com condições inadequadas de higiene, uma vez que as bombadeiras (Mulheres transexuais que transformam o corpo de outras por meio de aplicação de silicone industrial com substâncias e procedimentos

impróprios) não possuem nenhuma formação. A aplicação além de extremamente dolorosa, pois envolve muitas perfurações sem nenhuma anestesia, ainda pode gerar acidentes e culminar com muitas sequelas, como inflamações e infecções de diversas ordens (Prates, 2014).

O acesso a esses procedimentos no SUS é de fundamental importância, como forma de impedir que as pessoas trans busquem procedimentos que possam colocar em risco suas vidas além de não ter acompanhamento. Essa é uma forma de preservar a saúde dessas pessoas e de ofertar um cuidado completo e seguro que corresponda às suas demandas (Ricardo, 2020).

É interessante constatar que a assistência em saúde às pessoas trans no estado de Pernambuco fez um percurso que guarda muitas semelhanças com o que acontece nos estados onde houve pactuação do acesso ao processo transexualizador pelas secretarias estaduais de saúde: pactua-se a assistência nas instâncias protocolares, uma vez que é condição a política ser discutida na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), mas o investimento na estruturação da rede assistencial e qualificação/formação dos recursos humanos, e mesmo dos(as) gestores municipais, é insuficiente. Assim, à semelhança do que se viu em outros estados, a pactuação na CIB tem como único propósito, o atendimento burocrático das normativas exigidas pela Portaria n. 2803/13 e não a oferta efetiva e qualificada da assistência (Santos, 2020).

A tabela 6 identifica a demanda reprimidas de pessoas que estão na lista de espera em busca de acesso ao processo transexualizador no serviço estudado. Dada à ausência de números que expressem o quantitativo de pessoas trans e travestis e que demandam alterações corporais, a fila de espera existente pode dar um indicativo, no entanto essa busca não se dá apenas por procedimentos, mas também pelo cuidado em saúde.

Tabela 6: Número de pessoas na lista de espera para acompanhamento pelo espaço trans

Gênero	Quantidade	%
Mulheres Trans	398	68%
Homens Trans	182	32%
Total	580	100%

Fonte: autoria própria com base nos dados fornecidos pelo espaço trans

Estar na fila de espera não significa que essas pessoas serão acolhidas pelo serviço, visto que desde abril de 2018, nenhuma pessoa é acolhida, exceto adolescentes, idosas(os) e deficientes, compreendidos(as) como prioritários(as). Essa demanda reprimida pode perdurar por muitos anos, pois é necessário além de um aumento de profissionais na equipe uma articulação com a rede de atenção básica a nível estadual que facilite o acesso para a assistência básica e as referências/contrarreferências necessárias para uma efetiva assistência em saúde dentro do modelo preconizado pelo SUS.

As pessoas trans não têm conseguido ser assistidas nas unidades básicas de saúde em suas demandas mais elementares, que não necessariamente necessita de especialistas. A rede básica de saúde, que deveria estar preparada para atender às necessidades de saúde de qualquer pessoa, seja qual for a expressão de gênero, tem se revelado, continuamente, como espaço que repele as pessoas trans, seja em função de ações explicitamente preconceituosas e discriminatórias, seja por total ausência de interesse e qualificação de seus profissionais (Santos, 2020)

O relatório preliminar que trouxe um panorama dos serviços voltados para a população trans, já mencionava este contingente de procura maior que a oferta de vagas (Arán & Murta, 2006), como também é

destacado por Sampaio e Coelho (2012) que a longa lista de espera é uma das maiores dificuldades encontradas para a realização do processo transexualizador.

E o que as pessoas trans fazem enquanto estão na fila? Como são cuidadas? Eis aí outro desafio posto, sobretudo, aos municípios. Essa oferta será exclusivamente de responsabilidade dos ambulatórios especializados? Ela será ofertada de maneira híbrida dividida entre ambulatórios especializados e postos de saúde/clínicas da família? Será exclusivamente disponibilizada pelos postos de saúde e clínicas da família? São questões que envolvem a dimensão programática da política de saúde, a serem discutidas e decididas, sob pena de que essas pessoas não saiam da encruzilhada assistencial na qual se encontram e que na busca por cuidados em saúde, seja ambulatorial ou hospitalar.

A falta de assistência é um problema que precisa ser enfrentada pela sociedade, sobretudo, pelos(as) gestores(as) da política de saúde. No estado de Pernambuco, a cobrança por assistência impulsionou movimento trans e travesti e demais sujeitos que atuam nesse campo, têm se construindo um caminho seja na tentativa do fortalecimento da atenção primária na absorção das demandas por hormonização e acompanhamento psicossocial, ou na criação de ambulatórios específicos, os chamados “Ambulatórios trans ou trans específicos” (Santos, 2020).

Em relação à estruturação da rede de atenção ambulatorial que façam atendimento a pessoas trans em Pernambuco, hoje se tem alguns serviços como é o caso dos ambulatórios LGBTIQ+ existentes nas cidades de Recife e Camaragibe. Em Recife, tem o ambulatório LGBT Patrícia Gomes da Policlínica Lessa de Andrade e o ambulatório LBT do Hospital da Mulher, atendendo especificamente mulheres lésbicas, bissexuais e transexuais. Além disso, foi inaugurado em 2018 em Camaragibe, o Ambulatório LGBT – Espaço Darlen Gasparelle (Jornal Leia Já, 2019).

No que se refere especificamente às pessoas trans, além do serviço em estudo, também existem atendimentos ambulatoriais ocorrendo no Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM), da Universidade de Pernambuco (UPE), que iniciou atendimentos com foco nos homens trans, mas atualmente tem sua atenção voltada tanto para homens quanto para as mulheres trans e o Hospital Oswaldo Cruz (HUOC), também vinculado à mesma universidade, iniciou um projeto piloto para atendimentos cirúrgicos de pessoas trans, tendo realizado uma única cirurgia de mamoplastia em 2017. Desde então, não houve novos procedimentos e a instituição alega como justificativa para a interrupção do atendimento a necessidade de acompanhamento prévio de dois anos e o fato de não haver mais cirurgião plástico na equipe (Santos, 2020).

O processo transexualizador em sua dimensão ambulatorial prevê procedimentos ambulatoriais que dispensem hormônios (ciproterona, testosterona e estradiol). Esses medicamentos não estão na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (BRASIL, 1988) do SUS, exceto a ciproterona, e devem ser comprados pelo hospital na medida em que houver necessidade. Um grande impasse na garantia ao acesso aos medicamentos é o processo de compra via licitação, pois nem sempre as empresas participam do processo pelo quantitativo solicitado que nem sempre é interessante. Outra opção é a compra por dispensa de licitação, mas que também não consegue ter uma constância pela limitação do valor de compra e também por falta de interesse das empresas que ofertam os hormônios.

A Política Nacional de Medicamentos prevê acesso da população aos medicamentos essenciais que constem da Relação Nacional de Medicamentos (Rename) (Brasil, 1988). Os constantes são apenas acetato de ciproterona, finasterida e alguns estrogênios conjugados, o que não compreende todas as possibilidades de

prescrição. Tal fato pode ser atribuído à falta de um Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) baseado em evidências para subsidiar uma mudança na Rename, seguindo as diretrizes de acesso ao Processo Transsexualizador previstas na Política Nacional de Saúde Integral LGBT (PNSILGBT) (Brasil, 2013).

A oferta de hormônios é de fato intermitente (Tabela 7). Em 2015 houve a compra de Undecilato de Testosterona suficiente para ofertar a pelo menos 40 homens trans por 3 anos, enquanto a do estradiol foi fracassada. A ciproterona, que também é utilizada na oncologia e estava garantida no hospital e começou ser dispensada em 2016 (Tenório, Livadias e Vieira, 2017). Atualmente o hospital dispõe de todos os hormônios, pois conseguiu, por meio de licitação própria a compra dos estradiol 1mg, item com mais dificuldade de aquisição.

TABELA 7: Quantitativo de distribuição de hormônios pelo processo transsexualizador do HC/UFPE

Hormônios Feminilizantes	Quantidade distribuída por ano						
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Valerato de Estradiol 1mg comprimido	0	0	11980	0	0	0	11984
Valerato de Estradiol 2mg comprimido	0	0	0	18480	0	0	0
Acetato de ciproterona 50mg comprimido	0	5000	13000	12260	15000	13300	3600
Hormônios Masculinizantes							
Undecilato de Testosterona 250mg/mL ampola	20	120	40	90	70	24	0
Cipionato de Testosterona 100mg/mL ampola	0	0	0	0	18	78	27

Fonte: autoria própria com base nos dados fornecidos pelo espaço tran, 2021

Estudo realizado por Krüger et al (2019), que investigou as características do uso de hormônios por travestis e mulheres transexuais do Distrito Federal brasileiro, encontrou que o acesso aos hormônios eram frequentemente (84%) comprados nas farmácias, sem receituário médico e mais da metade delas relatou ter recebido orientações sobre o uso do medicamento por meio de seus pares (outras mulheres transexuais ou travestis).

Quanto à obtenção de hormônios diretamente nos balcões das farmácias, sem indicação ou receituário médico, a Pesquisa Nacional de Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) (Brasil, 2016) encontrou uma prevalência de automedicação de 16,1%. A PNAUM traz, ainda, uma estratificação por classe de medicamentos que mostra prevalência de utilização de medicamentos contraceptivos hormonais igual a 32,7%, sendo 28,2% contraceptivos orais e 4,5% contraceptivos injetáveis. Os casos de automedicação chegam a 3,1% nessa classe farmacológica. O estudo também aponta que a maioria das usuárias referiu usar contraceptivo oral combinado monofásico (estrogênio e progesterona), representando 73,9% do total dos contraceptivos identificados.

As mulheres transexuais e travestis se automedicam por falta de acesso a serviços e insumos de saúde, barreira imposta pela precariedade da assistência a essa população, pela negação da sua existência pública, pela estigmatização e pela discriminação. Isso também se reflete na escassa orientação profissional sobre o uso destes hormônios (Kruger et al 2019; Rocon et al, 2018; Arán et al 2009).

4. Considerações Finais

Ao chegar à finalização desse trabalho, após ter empreendido o desafio de caracterizar o perfil dos usuários de um serviço de referência, os números produzidos pelo serviço e as principais demandas relativas ao processo transexualizador, foi possível compreender alguns dos muitos desafios entranhados nessa assistência.

Os resultados apresentam alta frequência de mulheres trans no processo e que o serviço estudado, mesmo sendo o único do Norte-Nordeste, absorve principalmente a demanda da população residente na região metropolitana do Recife.

Os achados mostram uma necessidade ampliação para o acesso ao serviço, pois há uma alta procura por esse tipo de assistência seja em nível de acompanhamento ambulatorial quanto para a realização de procedimentos cirúrgicos.

Além da coleta de dados fidedignos, esta pesquisa, de caráter inédito, constituiu-se em uma possibilidade de conhecer e ampliar a divulgação de demandas de saúde das pessoas trans e o debate envolvendo questões pertinentes ao acesso em saúde dessas pessoas que, na maioria das vezes, são ignorados em sua identidade de gênero e, sobretudo, transgredidos em relação aos seus direitos de cidadão. Espera-se que os resultados obtidos possam contribuir efetivamente para a implementação de políticas públicas que repercutam decisivamente sobre a ampliação e efetivação dos direitos sociais da população trans em relação à saúde.

Referências

- Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA). Mapa dos assassinatos de Travestis e Transexuais no Brasil em 2017. disponível em: <https://antrabrasil.files.wordpress.com/2018/02/relatc3b3rio-mapa-dos-assassinatos-2017-antra.pdf>.
- Amaral, D. M. (2011). *Os desafios da despatologização da transexualidade: reflexões sobre a assistência a transexuais no Brasil*. [Tese de Doutorado em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social da Universidade do Rio de Janeiro].
- Arán, M., Murta, D. & Zaidhaft, S. (2008). Transexualidade: corpo, subjetividade e saúde coletiva. *Psicologia e Sociedade*. ABRAPSO. Porto Alegre, v.20, n° 1, p. 70-79.
- Ayres, J. R. (2009). Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. In: *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde*. 1ª edição. CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO.
- Bento, B. (2004). Da transexualidade oficial às transexualidade. In: A. Piscitelli (Org), *Sexualidade e saberes: convenções e fronteiras*. Garamond.
- Bento, B. (2014). A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual. Natal: EDUFRRN
- Brasil. (1990). Ministério da Saúde. Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF.
- Brasil. (2008). Portaria n. 457/SAS, de 19 de agosto de 2008. Regulamenta o Processo Transexualizador no SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF.
- Brasil. (2014). Portaria n° 1.055, de 13 de outubro de 2014. Habilita estabelecimento de saúde para realização do Componente Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidades ambulatorial e hospitalar. Diário Oficial da União, Brasília, DF.
- Brasil. (2008). Portaria n°. 1.707/GM, de 18 de agosto de 2008. Institui, no âmbito do SUS, o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial da União, Brasília, DF.
- Brasil. (2013). Portaria n. 2803/GM/MS. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Centro de Estudos de Cultura Contemporânea (CEDEC). (2021). Mapeamento das Pessoas Trans na Cidade de São Paulo: relatório de pesquisa. São Paulo.
- Hirata, H. (2014). Gênero, classe e raça Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. *Tempo Social*, 26(1), 61-73. <https://doi.org/10.1590/S0103-20702014000100005>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2014). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Síntese dos Indicadores da PNAD. 97p. Rio de Janeiro.
- Krüger, A. S., Sperandei, X. P., Bermudez, C.D., Hamann, E.M. (2019). Características do uso de hormônios por travestis e mulheres transexuais do Distrito Federal brasileiro. *Rev. bras. epidemiol.* 22 (Suppl 1). <https://doi.org/10.1590/1980-549720190004.supl.1>
- Lionco, T. (2008). Que direito à saúde para a população LGBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. *Saúde e Sociedade*, V. 17, N. 2, P. 11-21, São Paulo.
- Livadias, S K. (2019). *Do apelo à demanda? Uma análise da atuação de psicólogos/os no processo transexualizador no sus*. [Dissertação apresentada ao Programa de PósGraduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco].
- Minayo, M. C. S & Sanches, O. (1993). Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*, v.9, n.3,

p.239-262, Rio de Janeiro.

Mello, L.; Perilo, M.; Braz, C.A & Pedrosa, C. (2011) Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Sex salud soc*, 9:7-28.

Prates, A. (2014). A redução de danos aplicada ao uso de silicone líquido e hormônios. In: Coelho, M. T. Á. D & Sampaio, L. L. P. *Transexualidades: um olhar multidisciplinar*. 1. ed. Salvador: EDUFBA.

Ricardo, K. S. (2020). *Resistente como flor: avanços, resistências e impasses da política de saúde LGBT e do processo transexualizador no espaço trans- Hospital das Clínicas/UFPE*. [Dissertação apresentada ao Programa de PósGraduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco].

Richardson, R. J. (1999), Pesquisa social: métodos e técnicas. 3. ed. São Paulo: Atlas.

Rocon, P. C.; Rodrigues, A. R.; Zamboni, J & Pedrini, M. D. (2016) Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 21, n. 8, p. 2517-2526.

Sampaio, L. L.P. & Coelho, M. T. Á.D. (2012). Transexualidade: aspectos psicológicos e novas demandas ao setor saúde. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.16, n.42, p.637-49.

Santos, M. C. B. (2020). *Aos trancos e barrancos: uma análise do processo de implementação e capilarização do processo transexualizador no Brasil*. [Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós graduação em serviço social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro].

Silva, L.M. P. (2007). *Nos nervos, na carne, na pele : uma etnografia sobre prostituição travesti e o modelo preventivo de AIDS*. [Tese de Doutorado em Ciências Humanas Universidade Federal de São Carlos].

Souto, K.M. B., Sena, A. G.N., Pereira, V. O. M & Santos, L. M. (2016). Estado e políticas de equidade em saúde: democracia participativa?. *Saúde debate [online]*, vol.40, pp.49-62. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000500049&lng=pt&nrm=iso

Tenório, L. F. P., Vieira, L. L. F. & Livadias, S. K. (2017). Da luta à execução do processo transexualizador: experiência no Hospital das Clínicas da UFPE. IN: Oliveira, A. D. & Pinto, C. R. B. (orgs.) *Transpolíticas públicas*. Campinas. Papel Social.

5.2 ARTIGO 2- CAMINHO PERCORRIDO E ACOLHIMENTO DAS NECESSIDADES DE USUÁRIOS(AS) EM UM SERVIÇO REFÊNCIA DO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) ⁵

Path taken and reception of users' needs in a reference service of the transsexualization process in the Unified Health System (SUS)

Resumo

Os serviços de saúde são pioneiros no acolhimento das populações mais vulneráveis, pois reconhecem as desigualdades sociais como determinantes que geram o processo de adoecer e morrer de forma diferenciada nos diversos segmentos sociais. O Processo Transexualizador é um programa da política de saúde brasileira direcionado à saúde trans-específica, o qual oferta procedimentos que vão desde a hormonioterapia até as cirurgias de redesignação sexual. O objetivo deste artigo foi analisar o caminho percorrido e o acolhimento das necessidades de usuários(as) em um serviço de referência do processo transexualizador, na cidade do Recife, Pernambuco. Foi realizada pesquisa qualitativa com entrevistas semiestruturadas em profundidade e realizada análise de conteúdo. Foram selecionados(as) 08 participantes numa amostra por conveniência, porém se buscou características distintas dos entrevistados(as). Os resultados mostraram que os processos de identificação das pessoas entrevistadas revelaram-se conflituosos em diversos âmbitos ao longo do processo de se compreender como um(a) transexual; que a busca pelos serviços de saúde a procura de intervenções, sejam hormonais ou cirúrgicas, estão relacionadas à busca pela humanização dos corpos e que mesmo com todas as limitações e dificuldades, o serviço estudado é uma ferramenta de saúde que consegue dar respostas as necessidades de saúde da população transexual.

Palavras Chaves: Sistema Único de Saúde; Cuidados de Saúde; Transexualidade

Abstract

Health services are pioneers in welcoming the most vulnerable populations, as they recognize social inequalities as determinants that generate the process of falling ill and dying in a differentiated way in the different social segments. The Transsexualizing Process is a Brazilian health policy program aimed at trans-specific health, which offers procedures

⁵ artigo submetido na revista Saúde e Sociedade da Universidade de São Paulo (ANEXO 2).

ranging from hormone therapy to sex reassignment surgeries. The objective of this article was to analyze the path taken and the reception of the needs of users in a reference service of the transsexualization process in the SUS, in the city of Recife, Pernambuco. Qualitative research was carried out semi-structured interviews and content analysis. Eight participants were selected in a convenience sample, however, different characteristics of the interviewees were sought. The results showed that the processes of identification of the people interviewed proved to be conflicting in different areas throughout the process of understanding oneself as a transsexual; that the search for health services and the search for interventions, whether hormonal or surgical, are related to the search for the humanization of bodies and that even with all the limitations and difficulties, the service studied is a health tool that manages to respond to the health needs of the transsexual population.

Keywords: Unified Health System; Health Services; transsexuality.

Introdução:

As políticas de promoção de equidade, em especial, que reconhecem os sujeitos políticos que sofrem preconceito e discriminação pela sua condição social, de raça/etnia, de orientação sexual ou por sua cultura são expressões de direitos e cidadania principalmente nas questões de saúde, visto que os serviços de saúde são pioneiros no acolhimento das populações mais vulneráveis, pois reconhecem as desigualdades sociais como determinantes que geram o processo de adoecer e morrer de forma diferenciada nos diversos segmentos sociais (Souto et al., 2016).

A maioria da população de transexuais e travestis depende exclusivamente do SUS e, seu acesso aos serviços de saúde, acontece principalmente em níveis especializados de atenção, tendo suas demandas, muitas vezes, restritas às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) e ao processo transexualizador. O mesmo autor constata ainda que atenção primária à saúde, porta de entrada preferencial ao SUS, tem dificuldade no acolhimento dessas pessoas, por questões de discriminação, o que acentua a vulnerabilidade pelo não acesso ao cuidado (Ferreira et al., 2017).

A Política Nacional de Saúde Integral LGBT foi instituída no âmbito do SUS por meio da Portaria Nº 2.836/ 2011, durante a 14ª Conferência Nacional de Saúde e possui

como marca o reconhecimento dos efeitos da discriminação e do preconceito no processo de saúde-doença dessa população. Trata-se de um marco importante na constatação das necessidades de saúde desses segmentos, para além das questões referentes à pandemia de HIV/AIDS e da complexidade e diversidade dos problemas de saúde que os afetam (Brasil, 2013).

Um dos componentes da política de saúde do Brasil é o processo transexualizador que foi instituído no âmbito do SUS pela Portaria GM nº 1.707, de 18 de agosto de 2008 e regulamentado pela Portaria SAS nº 457, de 19 de agosto de 2008. O mesmo processo foi redefinido e ampliado pela portaria nº 2.803 publicada em 19 de novembro de 2013. Nessa redefinição foi garantido o estabelecimento de linha de cuidado e ampliação da atenção à saúde considerando a integralidade, desde a atenção primária até a alta complexidade, incluindo procedimentos como a hormonioterapia, que garantam o atendimento a toda população de transexuais.

O serviço estudado está regulamentado pela portaria MS nº 2803/2013 e deve oferecer acolhimento e acesso com respeito aos direitos (Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde de 2011), desde o uso do nome social, acesso à hormonioterapia até as cirurgias de adequação do corpo biológico à identidade de gênero na qual cada pessoa se reconhece. Os usuários devem ser atendidos por uma equipe multidisciplinar que prevê diversos profissionais de saúde (psicólogos, endocrinologistas, psiquiatras, ginecologistas, cirurgiões, enfermeiros, dentistas, farmacêuticos, assistentes sociais).

A porta de entrada para o serviço se dá tanto pelo sistema de regulação ambulatorial do SUS (via encaminhamento de outros serviços de saúde), por demanda espontânea (a pessoa liga por telefone e agenda o primeiro acolhimento, ou vai pessoalmente), e por interconsulta via encaminhamento interno do próprio hospital. Partindo desta perspectiva, o objetivo deste artigo foi analisar o caminho percorrido e o acolhimento das necessidades de usuários(as) em um serviço de referência do processo transexualizador no SUS, na cidade do Recife, Pernambuco.

Métodos:

Foi realizada pesquisa qualitativa que teve como cenário de pesquisa o único serviço de referência do processo transexualizador no SUS do Norte/Nordeste do país. Ressalta-se que só existem 5 serviços habilitados pelo SUS na modalidade ambulatorial e cirúrgica desse processo no Brasil.

Na seleção dos usuário(as) foi utilizada uma amostra por conveniência, no entanto buscou-se usuário(as) com características distintas: usuários(as) com tempo de acompanhamento maior que um ano, usuários que eram assíduos ao serviço, usuárias que já tinham feito a cirurgia de transexualização, usuárias que queriam cirurgia de transexualização, usuárias que não queriam cirurgia de transexualização, usuários que já tinham feito mastoplastia masculinizadora e usuários que não tinham feito mastoplastia masculinizadora.

Foram feitas entrevistas semiestruturadas em profundidade, todas realizadas no hospital no qual o serviço está vinculado. Foram entrevistados(as) 4 mulheres e 4 homens trans. As entrevistas permitiram lançar um olhar mais próximo das necessidades de cuidado e dos problemas enfrentados pelos usuários, como também permitiram o resgate dos caminhos realizados por aqueles que necessitam das ações de equidade de uma política pública que busca atender as demandas específicas da população transexual.

A compreensão do fenômeno em questão da pesquisa proposta se encontra em um cenário de complexidade crescente, com atores com interesses, percepções e entendimentos distintos e até mesmo contraditórios sobre o tema (Minayo, 2005). Assim, a entrevista foi capaz de identificar essas questões a partir da discussão com um foco, em tópicos específicos e diretivos. Nesse contexto, ela se configurou como uma forma de interação social, um diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados, e a outra se apresenta como fonte de informação (Gil, 2008).

O material coletado nas entrevistas foi analisado através da proposta de análise de conteúdo, modalidade análise temática que foram analisadas nas seguintes categorias de análises: Caminho percorrido pelos usuários, Acolhimento das necessidades pelo serviço e repercussões na vida cotidiana.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães da FIOCRUZ -PE através do parecer de Nº 4.886.310 e a participação consentida a

partir do Termo de Consentimento Livre-Esclarecido (TCLE). Como necessidade de garantia do anonimato, a fim de não identificar os(as) narradores(as), não são apresentados nomes, bem como não é realizada caracterização.

Resultados e Discussão

O quadro 1 mostra o perfil dos usuários(as) entrevistados(as) composto por alguns marcadores sociais. A média de idade foi de aproximadamente 34 anos, sendo a mais nova com 25 e os dois mais velhas com 43, e todos/as concluíram o Ensino Médio, sendo que três deles/as (uma mulher trans e dois homens trans) adentraram o curso superior, mas nenhum ainda concluiu.

QUADRO 1: Características dos Usuários Entrevistados

Nome	Profissão/ Ocupação	Idade	Situação conjugal	Cor/ raça	Cidade onde mora
Usuária 1	Técnica de enfermagem	43	Casada	Branca	Recife
Usuária 2	Estudante Universitária	31	Casada	Negra	Recife
Usuária 3	Cabeleleira e modelo	25	Solteira	Branca	Caruaru
Usuária 4	Secretaria	36			Recife
Usuário 5	Superior incompleto - jornalismo Desempregado	35	Noivo	Branco	Recife
Usuário 6	Mídia digital	34	Solteiro	Branco	Recife
Usuário 7	Desempregado	43	Solteiro	Branco	Ibimirim
Usuário 8	Motoboy	33	Solteiro	branco	Recife

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados coletados no trabalho de campo.

A autoidentificação como um processo constituído nas experiências vividas pelas pessoas entrevistadas se mostra como importante e decisivo por se considerar um divisor que descreve a descoberta do não pertencimento à identidade de gênero conforme designada em

seu nascimento. Essa fase é marcada, principalmente, pelo estranhamento do próprio corpo físico. Com alguns(algumas) dos(as) transexuais entrevistados(as), tal estranhamento se manifestou na infância, ao perceberem uma não correspondência entre o corpo biológico e o sentir-se homem ou mulher.

Na construção social do gênero, os padrões de comportamento heteronormativos e cisgêneros são moldados nas crianças fundamentalmente nas instituições familiares, pois são esses que a sociedade valida e aceita.

As normas reguladoras, que preconizam o que é tido como normal em questões de gênero e sexo, impõe maneiras de ser, de agir, de se comportar e, por conseguinte, trazendo consequências diversas à vida das pessoas trans. O sistema binário de gênero, que distingue os padrões de masculino e feminino, pode ser interpretado por aqueles(as) que não se identificam com o gênero do nascimento como um aspecto conflituoso, podendo se expressar como uma forma de violência, já que a sociedade impõe regras sobre as normas de gênero (Bento, 2014; Lionço, 2017).

Com relação às histórias de vida e processo de transição todos os outros usuários(as) entrevistados relataram que, desde crianças, sentiam certo estranhamento com o corpo e com as normas sociais impostas de comportamento para homens e mulheres.

Os processos de identificação das pessoas entrevistadas revelaram um processo conflituoso consigo, com familiares e amigos, pois sentiram-se não compreendidos(as) de diversas formas. Alguns dos entrevistados relataram que, em um primeiro momento, houve identificação com a homossexualidade, mas que aquela associação não era suficiente para a identificação como um todo.

Apesar da falta de apoio, vivenciadas pela maioria dos entrevistados, o tempo e as redes sociais se mostraram grandes aliados no processo de identificação e transição, pois essas pessoas conseguiram se auto perceber dentro do gênero com o qual se identificam. A usuária 2 relata que a sua primeira referência trans foi uma garota chamada Mandy Candy, que na época ela morava no Hong Kong na China e estava começando no youtube com vídeos. Ela diz que entrou em contato pelo facebook e a pessoa respondeu, e foi a garota que disse que no Brasil já tinha alguns ambulatórios e sugeriu que ela procurasse ver se em Recife tinha. Entre informações e outras, foi a garota da rede social que passou a primeira receita hormonal para a

usuária. A usuária 2 considera que teve muita sorte, pois foi a partir dessa busca de conhecimento que ela entrou no processo transexualizador.

A busca por um serviço de saúde acompanhou a trajetória de todos(as) os(as) entrevistados(as), visando tanto à compreensão de sua situação de não identificação com o corpo biológico quanto à busca por procedimentos de transição, sejam eles hormonais ou cirúrgicos. De maneira geral, os usuários se consideram “sortudos” por estarem em acompanhamento em um serviço de referência, mas por outro lado reclamam da falta de uma articulação maior dos serviços envolvidos dentro do próprio hospital, da desimportância dada a população, pois consultas são rotineiramente desmarcadas, poucos os procedimentos cirúrgicos são realizados, cirurgias também são desmarcadas.

O que observamos em todos(as) as entrevistas é que, mesmo frente as dificuldades de aceitação pela família e de reconhecimento pela sociedade, os(as) entrevistados(as) perseguem trajetórias em busca do seu processo de transição de gênero, processo esse que é uma busca pelo equilíbrio da identidade trans com o corpo físico e é nessa busca que as redes de cuidados em saúde se fazem necessárias.

A busca pelas modificações corporais, seja pela hormonização ou pelas tecnologias, é parte do processo de transição de todos(as) e é nos serviços de saúde que encontram esse suporte com profissionais capacitados para a prescrição correta dos hormônios, e sobre os procedimentos de modificação corporal.

A passabilidade social, que é entendida como a capacidade de se fazer vista ou visto, de acordo com a identidade de gênero com a qual se identifica (Wittmann, 2016) é algo que os(as) levam a uma maior aceitação social e pode estar relacionada com um sentimento de urgência em modificar o corpo. Os hormônios, no primeiro momento do processo de transição, se tornam então um agente social e político, que inventa possibilidades de humanidade, ao instaurar tecnologias de gênero particulares, nesse processo de cuidado em saúde (Leite, 2018).

Os entrevistados(as), ao iniciarem seus processos de transição, fizeram uso de hormônios através de duas práticas distintas e que podem ter impactos significativos nas questões de saúde. Uns começaram pela auto-hormonização, que é a prática de uso por conta

própria sem acompanhamento de um profissional de saúde (Almeida, 2018) enquanto outros seguiram a hormonização enquanto uma pratica do tratamento prescrito e com devido acompanhamento médico. O uso indiscriminado e sem orientação de um médico é um grave problema para a saúde de transexuais. Há reconhecida relação entre o uso de hormônios femininos e masculinos e a ocorrência de diversos efeitos adversos que impactam na saúde, podendo levar a mortes ou sequelas importantes. (Almeida, 2018)

O usuário 7 relatou que após o início de uso de hormônios ele teve a sensação de um encaixe, um evento marcante em seu percurso de vida, como se sua essência tivesse realmente encaixada naquele corpo, onde ele passou a gostar daquele corpo. Apesar desse termo “encaixe” ter sido utilizado somente por um usuário, a fim de denominar o início do uso do hormônio masculino, observou-se a presença de relatos semelhantes nas demais entrevistas. Os(as) participantes evidenciam a hormonioterapia como um evento marcante, tal como resume o usuário 8 “ É o início, o primeiro passo na busca para ser que eu sou...”

Experiência de utilização e expectativas em relação ao serviço

A busca por um serviço de saúde acompanhou a trajetória de todos(as) os(as) entrevistados(as), visando tanto à compreensão de sua situação de não identificação com o corpo biológico quanto à busca por procedimentos de transição, sejam eles hormonais ou cirúrgicos. O saber da existência do espaço trans e a forma como chegaram ao serviço variou entre os entrevistado(as). O usuário 7, que mora no sertão de Pernambuco, descobriu em uma reunião com gestores da política estadual LGBT em sua cidade que havia um serviço de referência no Recife e veio encaminhado por meio da rede referenciada. O usuário 5 soube do Espaço Trans através de uma palestra realizada pelo AHTM (Associação de Homens Trans e Masculinidades), onde a partir dali articulou seu primeiro contato de forma presencial no hospital, onde fez sua inscrição e pouco tempo depois foi acolhido no serviço. Os usuários(as) 2, 6 e 8 chegaram por conta própria, após saberem da existência, seja pela Internet ou por meio de pessoas conhecidas.

As experiências com o serviço são diversas e ocorreram de forma diferente para cada um(a) deles(as). A usuária 1 relatou que em sua experiência no processo todas as suas expectativas foram atendidas. O principal interesse dela era a cirurgia e ela “encontrou até mais do que buscava” que foi o acesso gratuito aos hormônios. Um ponto interessante que ela

relata em sua fala foi a importância de uma fisioterapeuta, que fazia estágio na época de sua cirurgia, na questão relacionada à consciência pélvica do novo órgão, pois a fisioterapia orientava com relação a tamanho, força e como fazer exercícios com o órgão recém construído.

De maneira geral, os usuários se consideram “sortudos” por estarem em acompanhamento em um serviço de referência, mas por outro lado reclamam da falta de uma articulação maior dos serviços envolvidos dentro do próprio hospital, da desimportância dada a população, pois consultas são rotineiramente desmarcadas, poucos os procedimentos cirúrgicos são realizados, cirurgias também são desmarcadas, como podemos observar no relato do Usuário 8 ‘Mas o que eu vejo muito é que é justamente isso achar que não é tão importante, consultas são remarçadas, cirurgias não tem tanto " vamos dizer" não tem pressa...’”

Os indivíduos nem sempre reclamam da falta de conhecimento por parte dos profissionais de saúde, quando do seu atendimento, mas, sim, da “falta de interesse e de responsabilização dos serviços de saúde sobre as suas demandas (Merhy, 2013).

O usuário 8 descreve o seguinte relato: “aqui o processo da mastectomia não é tão importante como uma pessoa que tá com câncer, eu entendo. Mas são questões diferentes, porque também tem pessoas se matando por terem disforias, por não conseguirem lidar até chegar o processo cirúrgico e adequar o corpo e a mente, se matando... Não é fácil, não é fácil você conviver com uma coisa que você não quer, entende? Não que você precisa viver um padrão, mas você precisa estar bem. No meu caso é isso, eu preciso estar bem, para estar bem eu preciso passar por esses processos cirúrgicos. Porque o homem que eu consigo enxergar existe sim, mas ele não tá 100 %... Entende? Eu não consigo tirar a blusa.”

Para Merhy et al (2014), a questão do acesso vai além da dimensão físico-geográfica e das normas que dizem quais caminhos deve-se trilhar para alcançar os serviços e por isso podemos compreender o acesso como analisador da produção de cuidado em saúde, ou seja como o modo o modo que o cuidado é operacionalizado. Nessa perspectiva, podemos entender que mesmo em situações em que a equipe se sente mobilizada para a produção do acesso barreiras também podem existir.

O usuário 5 descreve sua trajetória para a realização da mastectomia: “ Eu lembro que na época para eu fazer a mastectomia eu sofri um pouquinho com relação a alguns setores da cardiologia, para eu conseguir o parecer cardiológico. Eu não sei como está hoje, mas na época se não fosse a assistente social, eu acho que eu não teria conseguido fazer essa cirurgia por aqui, iria ficar muito encima para a gente conseguir o parecer. Porque o acesso a gente tem, mas as barreiras que tem no meio do caminho é que faz com que os outros meninos, eu acredito, não tenha paciência e acabam deixando de lado, não corre mais atrás. Na época eu ainda tive a sorte de fazer alguns exames fora, ainda tive condições, mas o parecer cardiológico eu tive que refazer, porque eu já tinha feito lá fora, mas como o hospital demorou muito a decidir quando é que seria a minha cirurgia, acabou que perdeu o prazo dessa validação do parecer cardiológico e eu tive que refazer e não iria gastar mais, e foi ai que. Então, foram essas partes burocráticas que deveriam melhorar”.

Quando uma pessoa trans busca assistência em saúde para ajudar a si própria nesse processo de uma nova produção de vida, ela não pode encontrar nos serviços a produção da sua própria morte. Esses desejos não são caprichos. Muitas pessoas trans quando procuram os serviços, já sabem como pretendem viver, e muitas já o fazem, elas só precisam que determinados profissionais as auxiliem a tornarem esses desejos reais.

Diante destas considerações, reforço a relevância do cuidado em saúde no atendimento à população trans e a importância do cuidado ético e integral, pois as experiências nem sempre revelam uma atenção de forma responsável. Na fala do usuário 5, observamos que houve uma negligência em relação a sua cirurgia “ Na plástica aconteceu do processo de retirar os pontos e o residente esqueceu um ponto embaixo do enxerto e esses pontos apodreceu e necrosou, e aconteceu do mamilo cair. Quando ele puxou o enxerto veio e saiu tudo e o ponto ainda ficou, ele cortou, ele viu depois que saiu o mamilo. Então eu acho que deveria acompanhar, você é um residente ou uma residente, você está me acompanhado hoje nesse processo de retirada de ponto, então você não continua na próxima consulta? Então complica porque faz aquele rodízio de alunos, então que atendeu na retirada, não foi o mesmo na semana seguinte, foi outra pessoa”.

Nesse fato observamos uma séria negligência por parte do responsável pela clínica, pois sendo um hospital escola, onde existem diversos residentes, o delegar de funções deve

ser supervisionado, pois os estudantes estão em processo de formação e por isso é que existe o superior, que é o responsável.

Importante pontuar que nas expectativas de todos os usuários entrevistados, o que chama atenção é o receio de perder o acesso aos cuidados do processo transexualizador, pois a portaria que rege o processo transexualizador estabelece o mínimo dois anos de acompanhamento multiprofissional, pré cirurgias, e de um ano, após a realização da cirurgia, não dizendo nada além disso sobre a garantia de atendimento no pós-cirúrgico. A escassez dos serviços para essa população e a extensa fila de pessoas que precisam e esperam por atendimento, parece colocar em risco inclusive o acesso a quem dele já tem. São acolhidos(as) os pelo Espaço Trans, acessam hormônios, atendimentos e cirurgias e em seguida parece permear a ideia de que precisam deixar de frequentar o serviço para dar o lugar a outras pessoas que estão na fila.

A complexidade que necessita de integralidade

As demandas trazidas pela população trans são de grande complexidade e que necessitam de um cuidado de fato integral e articulado. O rompimento de vínculos familiares, a violação de direitos, as violências, preconceitos, privações e exclusões, enfim um sistema complexo que necessita de atenção nos cuidados em saúde. A compreensão de que a família é ambiente de cuidado e proteção não garante esse suporte, pois é lá que muitas vezes acontece a violação de direitos. A grande maioria da população trans é violentada e humilhada nesse ambiente no que tange à incompreensão e rejeição que os/as fazem traçar caminhos de exclusão e incertezas (Ikemoto, 2017).

Na perspectiva de receber um cuidado integral em saúde, diversas pessoas transexuais e travestis foram se reconhecendo e projetando expectativas de satisfação nesse espaço, fazendo com que rapidamente o espaço ganhasse outras formas de visibilidade e se tornasse referência no cuidado em saúde para esse público. Evidencia-se na proposta trabalho a retirada do lugar da cirurgia como única alternativa para uma vida plena, resultado de esforços coletivos para romper radicalmente com o paradigma da transexualidade do supracitado “transexual de verdade” (Silva, 2019).

A população transexual sofre com as marcas da dominação, humilhação, desrespeito, que se tornam traços presentes no cotidiano dessas pessoas. Sentem na pele a intolerância da sociedade injusta, preconceituosa e que nega a existência dessas pessoas como sujeitos livres e possuidores de direitos (Lima et al, 2016). Essas expressões de violência fazem parte das demandas recebidas pelo espaço trans e que são acolhidas de forma humanizada na tentativa de uma redução dos danos psíquicos ou físicos.

Os procedimentos cirúrgicos e a hormonização consistem nas maiores demandas apresentadas pelos(as) usuários(as) que em grande parte dos casos se inserem no serviço com o intuito de alcançar as metas cirúrgicas e hormonais que anseiam. A redesignação sexual feminina (cirurgia que transforma o pênis e os testículos em uma vagina) é o procedimento mais procurado pelos pacientes que estão em acompanhamento no Processo Transexualizador.

A usuária 3 relata que após começar a frequentar o espaço trans ela não acessa nenhum outro serviço de saúde, pois no hospital ela consegue realizar o acompanhamento com psicóloga, endócrino e está a espera do seu maior sonho, que é a cirurgia de redesignação, além de ser respeitada por ser quem é. A usuária, mesmo morando no município de Caruaru-PE, construiu uma relação de confiança no serviço que faz que ela só o frequente.

Um dos caminhos para a reconstrução das práticas de saúde para o efetivo cuidado integral é o trabalho entre as profissões em que se parte de seu núcleo de conhecimento para construir ações em equipe a partir da troca e diálogo entre as áreas e se caracteriza como trabalho interdisciplinar, esse que é oposto a fragmentação e compartimentalização da atenção (Ayres, 2009).

As condições financeiras dos(a)s usuários(a)s é um fator limitante no que concerne a frequência ao hospital para participação nos grupos e, que faz parte da exigência do acompanhamento de dois anos, ida a consultas médicas. A grande maioria faz uso de transporte público e os(as) que são do interior do estado utilizam o Tratamento Fora do Domicílio (TFD).

Pensar o cuidado da forma que o Espaço Trans se propõe a realizar requer que ocorram articulações dentro do próprio hospital, articulações intersetoriais e diálogo permanente com outras políticas sociais e movimentos sociais. Essa articulação se baseia pela

necessidade de trabalho interdisciplinar, intersetorial e articulado com outras políticas públicas e outros serviços de saúde para que consiga se efetivar plenamente o cuidado em saúde integral (Brasil, 2013)

Considerações Finais

O acesso ao processo transexualizador no SUS é de fundamental importância, como forma de impedir que as pessoas trans busquem procedimentos que possam colocar em risco suas vidas além de não ter o acompanhamento adequado as suas necessidades de saúde. Essa é uma forma de preservar a saúde dessas pessoas e de ofertar um cuidado completo e seguro que corresponda às suas demandas.

A realidade aponta que as pessoas trans têm seus direitos corriqueiramente violados e têm acesso restrito a direitos elementares. No que tange ao direito à saúde, esse sempre apareceu como bandeira de luta desses indivíduos, visto que é uma população com necessidades e vulnerabilidades específicas e que requer cuidado direcionado às suas especificidades. Porém, ao tentar acessar o direito à saúde tem de lidar com as dificuldades impostas pelo preconceito e pela transfobia que se expressam no cotidiano dos serviços de saúde.

É importante pontuar que, mesmo com todas as limitações e dificuldades, o processo transexualizador no serviço estudado é uma ferramenta de saúde que consegue dar respostas às necessidades de saúde da população transexual que utiliza o serviço.

É possível que essa pesquisa, apesar de suas lacunas e limitações, traga alguma contribuição para o campo do conhecimento dos(as) estudiosos(as), analistas e Trabalhadores(as) do SUS e da Saúde Coletiva, pois constituiu se em uma possibilidade de conhecer e ampliar a divulgação de demandas de saúde das pessoas trans e o debate envolvendo questões pertinentes ao acesso em saúde dessas pessoas que, na maioria das vezes, são ignorados em sua identidade de gênero e, sobretudo, transgredidos em relação aos seus direitos de cidadão.

Referências bibliográficas

ALMEIDA, A. S. Vidas em espera: uma etnografia sobre a experiência do tempo no processo transexualizador [dissertação]. Goiânia: Universidade Federal de Goiás; 148 p. 2018.

AYRES, J. R. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. In: Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. AYRES, JRCM. 1ª edição. CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO. Rio de Janeiro. 2009.

BENTO, B. A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual. Natal: EDUFRN, 2014.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.707. Diário Oficial da União 18/08/2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.836. Diário Oficial da União, 01/12/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.803. Diário Oficial da União 19/11/2013.

FERREIRA, Breno O. et al. Vivências de travestis no acesso ao SUS. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 27, n. 4, p. 1.023-1.038, 2017.

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

IKEMOTO, L. Transexuais e travestis sofrem violência dentro de casa. Disponível em:<http://especiais.correiobraziliense.com.br/transexuais-e-travestissofrem-violencia-dentro-de-casa>. Acesso em: 04 nov. 2021.

LEITE, A.F.S. Tecnologias de gênero e magia: hormonioterapia e as experiências de vida de mulheres trans. *Ex aequo*, Lisboa, n. 38, p.83-94, dez. 2018.

LIMA, M. F. Corpos, Gêneros, Sexualidades: Políticas de Subjetivação. Porto Alegre: Rede Unida, 2016.

LIMA, M. D. A. et al. Os desafios a garantia de direitos da população LGBT no sistema único de saúde (SUS). *Revista Interfaces*, v.3, n.11, 2016.

MERHY, E. E. O cuidado é um acontecimento e não um ato. In: Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos/ org. Tulio Batista Franco, Emerson Elias Merhy, 1 ed. – São Paulo: Hucitec, 2013a.

MERHY, E. E. et al. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua – Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*, v 52, p 153-164, 2014.

MINAYO, M. C. S. Conceito de Avaliação por triangulação de métodos .In:

MINAYO, Maria Cecília; DESLANDES, Suely Ferreira; RAMOS, Ednilza, (Org.). Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

SILVA, H. C. “Cala o recado, mona”: condicionantes políticos, econômicos e culturais no processo transexualizador no SUS – a experiência do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. Dissertação (Mestrado em Serviço Social), 2019.

SOUTO, K. M. B. et al. Estado e políticas de equidade em saúde: democracia participativa?. Saúde debate [online]. 2016, vol.40.

WITTMANN, I. Corpo, gênero e identidade: Experiências transgênero na cidade de Manaus [dissertação]. Manaus: Universidade Federal do Amazonas; 153 p. 2016.

5.3 ARTIGO 3- A INSTITUCIONALIZAÇÃO E OS DESAFIOS DO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR EM UM SERVIÇO CREDENCIADO DO SUS⁶

The institutionalization and challenges of the transsexualization process in a SUS accredited service

Resumo

O Processo transexualizador é um programa que faz parte da política de saúde brasileira e engloba um conjunto multidisciplinar de atenção à saúde que implicam em modificações das características sexuais de indivíduos transexuais. A instituição pesquisada foi o último serviço habilitado na modalidade hospitalar e ambulatorial do processo transexualizador no SUS, mesmo tendo uma experiência anterior em relação às questões cirúrgicas. O objetivo desse trabalho foi analisar o processo de institucionalização e os desafios do processo transexualizador nesse serviço. Foi realizada pesquisa qualitativa com entrevistas semiestruturadas em profundidade e realizada análise de conteúdo. Foram entrevistados 06 profissionais de saúde que fazem parte da equipe do processo transexualizador. Os resultados mostraram que o serviço estudado, mesmo com muita dificuldade, propõe ser ambiente de cuidado numa lógica despatologizante, centrado nas necessidades dos sujeitos, focando no ideário de que possuem autonomia sobre seus corpos, buscando dialogar com outros espaços da unidade de saúde como forma de garantir que a circulação dessas pessoas seja respeitosa, acolhedora, humanizada e não-transfóbica. Contudo, as análises também apontam que existem diversas dificuldades a serem enfrentadas, que vão desde a transfobia institucional, a falta de interesse de profissionais de saúde de compor a equipe e até a falta de um efetivo apoio institucional.

Palavras Chaves: Sistema Único de Saúde; Serviço de Saúde; Transexualidade

Abstract

The Transsexualizing Process encompasses a set of health care processes that imply the process of changing the sexual characteristics of transsexual individuals. It is a program that is part of the Brazilian health policy. The service was the last service enabled in the hospital and outpatient modality of the transsexualization process in the SUS, despite having a previous

⁶ artigo submetido na revista Saúde em debate do CEBES (ANEXO 3).

experience in relation to surgical issues. The objective of this work was to analyze the institutionalization process and the challenges of the transsexualization process in this service. Qualitative research was carried out with in-depth semi-structured interviews and content analysis. Six health professionals who are part of the team of the transsexualization process were interviewed. The results showed that the service studied, even with great difficulty, proposes to be a care environment in a depathologizing logic, centered on the needs of the subjects, those who have autonomy over their bodies and who seek to dialogue with other spaces of the health unit as a way to guarantee that the movement of these people be respectful, welcoming, humanized and non-transphobic. However, it faces several difficulties ranging from institutional transphobia, the lack of interest of health professionals to compose the team and even the lack of effective institutional support.

Keywords: Unified Health System; health services; transsexuality.

Introdução

O Processo transexualizador engloba um conjunto de procedimentos de atenção à saúde que implicam no processo de modificações dos caracteres sexuais pelos quais passam indivíduos transexuais em determinado momento de suas vidas e, no contexto da saúde pública, são ações necessárias à garantia do direito à saúde à para a vivência social no gênero em qual o indivíduo se identifica¹. Objetivamos, nesse artigo, analisar o processo de institucionalização e os desafios do processo transexualizador em um serviço especializado no atendimento a pessoas trans numa cidade do Nordeste do Brasil.

É um programa que faz parte da política de saúde brasileira e foi estabelecido no âmbito do SUS pela Portaria GM nº 1.707, de 18 de agosto de 2008 e redefinido e ampliado pela portaria nº 2.803 em 19 de novembro de 2013^{2,3}. Esta última garante o estabelecimento de linha de cuidado e ampliação da atenção à saúde considerando a integralidade, desde a atenção primária até a alta complexidade, incluindo procedimentos como a hormonoterapia, que garantam o atendimento a toda população de transexuais.

A constituição do processo transexualizador se deu de forma desordenada em uma convergência de fatores determinantes envolvendo o judiciário, os pesquisadores, os coordenadores e profissionais que prestavam essa assistência nos hospitais universitários

pioneiros. Todavia, é importante demarcar a importância e o significado da atuação política do movimento social nesse processo, particularmente, das travestis e transexuais. Parte significativa do que se conseguiu construir em termos de organização política e pressão sobre o Estado, notadamente no campo da saúde, teve a presença da mobilização do segmento transexual com sua incidência nos espaços de controle social dentro da gestão⁴.

A estruturação dos serviços que oferecem assistência a transexuais no Brasil se constituíram de formas diferenciadas, seja em relação às técnicas cirúrgicas, às abordagens psicológicas, aos profissionais envolvidos, ao tempo de espera e à realização das cirurgias, ao acompanhamento pós-cirúrgico, à assessoria jurídica, entre outros. Embora todos tenham se constituídos através de equipes multidisciplinares, a implantação dos programas foi bastante lenta e sofreu muitas resistências institucionais, as quais vão desde a dificuldade de construção de um espaço de acolhimento e de cuidado para essa clientela (devido a preconceitos por parte de outros pacientes e funcionários), passam por conflitos a propósito da equidade do acesso ao tratamento público (já que a maioria dos hospitais estabelece outras prioridades de assistência), até problemas éticos e jurídicos das mais diversas ordens⁵.

O Ministério da Saúde, após a edição da nº 2.803, buscando ampliar sua rede de assistência, provocou, através da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Estado de Pernambuco, as direções dos grandes hospitais do estado e do hospital federal em Pernambuco sobre a possibilidade de criação de um serviço. O serviço estudado foi o único a se candidatar e, em combinação entre a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, setores da diretoria de ações estratégicas do Ministério da Saúde e o movimento social, o serviço seria criado seguindo algumas condições como: o respeito ao uso do nome social, a contratação de uma pessoa trans na equipe e a mudança na concepção da dinâmica do serviço em relação ao prestado anteriormente⁶.

O serviço estudado foi o último habilitado na modalidade hospitalar e ambulatorial do processo transexualizador no SUS mesmo tendo uma experiência anterior, que fazia parte de um projeto de extensão e que vigorou entre 2001 e 2010, amparado pela Resolução do CFM de 1997. Durante aquele período foram realizados 25 procedimentos cirúrgicos em mulheres trans num processo institucional muito mal avaliado pela população usuária, tanto no que diz respeito à forma como eram tratados(as) quanto no que diz respeito aos resultados das cirurgias. Havia reclamações da população usuária quanto ao desrespeito do nome social,

quanto a dificuldades de acesso e de diálogo com a equipe, de ausência de acompanhamento médico no pós-cirúrgico, de cirurgias mal sucedidas, entre outros problemas ⁶.

A construção do Espaço de Acolhimento e Cuidado para Pessoas Trans do serviço pesquisado, foi atravessada por diversos determinantes (experiência prévia, pactuação com o estado) e se constituiu numa experiência marcada por singularidades se comparada a outros serviços habilitados no país. A partir das análises derivadas da pesquisa foi possível elencar, dentre tais particularidades, alguns destaques: o serviço não é coordenado por médicos(as), não se pauta pela lógica psiquiatrizante e não tem a cirurgia como meta do cuidado, como veremos adiante.

Métodos

Foi realizada pesquisa qualitativa que teve como cenário de pesquisa um serviço de referência do processo transexualizador no SUS. A equipe que compõe o serviço é multidisciplinar e, como forma de garantir a diversidade das perspectivas de cada área especializada, todas as especialidades que, de alguma maneira, faziam parte do processo transexualizador e que aceitaram participar das entrevistas, foram incluídas na coleta de dados.

As entrevistas semiestruturadas em profundidade foi a técnica de coleta escolhida, porque permitem lançar um olhar mais próximo da proposta de cuidado e dos problemas enfrentados, como também permitiram o resgate dos caminhos percorridos para a estruturação do serviço e os desafios que são postos na prática diária. Esse passo metodológico foi realizado no hospital no qual o serviço está vinculado, sob a conveniência dos(as) participantes. Ao todo, 6 profissionais de saúde participaram da pesquisa.

O material coletado nas entrevistas foi analisado através da proposta de análise de conteúdo, modalidade análise temática⁷. Conforme apresentado por Minayo⁷, ela compreende três etapas: 1ª) pré-análise mediante a escolha dos documentos que serão analisados; retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa, podendo reformulá-las, confrontando-as com o material coletado e na elaboração de indicadores que possam orientar a interpretação final dos dados; 2ª) exploração do material, quando o investigador busca categorias que configurem expressões ou palavras com significados relativos ao conteúdo de

uma fala – esta categorização consiste em um processo de redução do texto às palavras e expressões significativas; 3^a) tratamento e interpretação dos resultados obtidos.

O roteiro de entrevista voltado para os profissionais de saúde se estruturou em dois blocos voltados para questões sobre estruturação do serviço na instituição e questões pessoais de atuação no processo. Para o presente artigo, as perguntas sobre dificuldades e resistências institucionais com relação à organização e oferta de atendimento, as principais dificuldades que observa para o atendimento, o funcionamento do programa e suas perspectivas compuseram o material analítico que contribuíram para a compreensão dos desafios institucionais que o programa enfrentou e ainda enfrenta desde a sua implantação. Assim, a partir dos passos analíticos acima descritos, chegamos a algumas categorias construídas a partir do material empírico que serão aprofundadas em detalhes na próxima seção.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães da FIOCRUZ -PE através do parecer de Nº 4.886.310 e a participação consentida a partir do Termo de Consentimento Livre-Esclarecido (TCLE). Como necessidade de garantia do anonimato, a fim de não identificar os(as) narradores(as), não são apresentados nomes, bem como não é realizada nenhuma descrição profissional ou caracterização.

Resultados e Discussão

O processo transexualizador está perpassado por uma multiplicidade de sentidos e desejos, revelando a necessidade de um cuidado integral e centrado na pessoa. Na trajetória de busca pela construção de subjetividades e identidades sociais que estejam em alinhamento com as representações do corpo, as necessidades de saúde se apresentam de forma múltipla e, nem sempre, têm como finalidade única a cirurgia de redesignação sexual.

Respeitando os valores do SUS e alinhado com os debates sobre essa polifonia semântica e desejanete, o programa quando foi instituído, contou com elementos e discussões que já questionavam a centralidade da cirurgia e propunham a perspectiva da integralidade do cuidado. Esse aspecto é um diferencial bastante importante em relação aos quatro serviços que foram habilitados anteriormente, uma vez que a nova unidade de atenção especializada pode desconstruir a lógica pautada no saber/poder médico hegemônico, a partir tanto das polêmicas no âmbito da revisão da Portaria no MS, quanto nos percursos construídos no processo de discussão dentro do estado.

As primeiras ações que precisaram ser materializadas na fase da institucionalização do programa diziam respeito à articulação de uma equipe multiprofissional para lidar com as

diferentes demandas apresentadas por esta população. No cotidiano do serviço, a equipe envolvida no processo é muito pequena, essa que não consegue suprir a demanda dos usuários, e a coordenadora do serviço é também uma profissional de saúde que presta atendimento, fato que acarreta uma sobrecarga na profissional que além das questões burocráticas também precisa dar conta das questões clínicas.

O quadro 1 elenca os profissionais de saúde que compõem o programa, onde os resultados das entrevistas serão utilizadas como dados de realidade, para subsidiar as discussões sobre como se deu(dá) o processo transexualizador no serviço analisado.

Quadro 1: Profissionais de saúde que compõem o programa

Profissionais de saúde que compõem o programa
Psicóloga
Assistente Social
Enfermeira
Médica Ginecologista
Médico Urologista
Médico Psiquiatra
Médico Cirurgião plástico
Médico Mastologista
Médico Endocrinologista ⁷

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados coletados no trabalho de campo.

Os desafios institucionais

Apesar de todos os avanços, reordenamentos e posturas que diferenciam esse serviço, tanto da experiência anterior, no próprio hospital, quanto de outros existentes no país, existem pontos nevrálgicos e urgentes a serem resolvidos que se coloca como desafio a pensar com mais profundidade sobre os processos que condicionam as formatações desse serviço na atualidade.

Uma dessas questões se relaciona com o funcionamento do serviço na atualidade. Sobre esse aspecto, alguns profissionais relataram que a equipe está reduzida como podemos perceber nas falas a seguir:

⁷ As especialidades entrevistadas não serão especificadas ao logo da discussão para a manutenção do sigilo e anonimato

Hoje piorou a nossa equipe reduziu em 50%, a gente tinha duas assistentes sociais e duas psicólogas, eu acho que a própria compreensão de inserção de profissionais e de número de profissionais diferente de uma lógica hospitalar de enfermaria também dificultou a presença de especialidade diversa, que já é uma realidade do hospital, também presente no espaço trans. Então isso foi um dificultador, porque ter duas pessoas daquela profissão inseridas já que na enfermaria só tem um. E a gente tenta também disseminar a ideia de que são atuações diferentes, são demandas inclusive o pedido para ter duas assistentes sociais e duas psicólogas vinha muito pela lógica da paridade, então ter quantidades paritárias de profissionais de várias categorias, fazia com que a gente também tivesse uma correlação de forças de pensamento e de olhares também mais ou menos paritários, não ter o outro, inclusive a nossa preocupação também era como a medicina atuaria na medida em que a gente também queria uma horizontalidade em todos os profissionais envolvidos (Profissional de saúde 1).

Eu acho que a gente tá também pauperizado, porque para atender essa população a gente também sofre as repercussões de estar nesse lugar reivindicando aquilo que não se convencionou como, são pessoas que não são compreendidas como alvo de políticas, [...] é como a gente tivesse desviando os recursos do estado para atender essas pessoas, então é muito desafiador porque com a redução da equipe, dificuldade muito grande de agregar equipe médica, então uma centralidade numa única pessoa, qualquer problema com essa pessoa desvirtua tudo, a gente tem uma fila de 600 pessoas, quer dizer, você vê o nível de fragilidade, já uma fila muito grande de espera, toda uma dificuldade de comunicação com essa rede para de que maneira a gente encaminha, porque veja, para começar o acompanhamento não tem muita necessidade tecnológica, é um protocolo que se cumpre na atenção básica, essas pessoas eram para estar todas assistidas nos ambulatórios de hormonioterapia, aqui era para recepcionar para a intervenção cirúrgica só que assim, poucos são os profissionais que querem trabalhar com essa questão pela questão do preconceito principalmente então há uma centralidade num profissional e isso é um problema, a gente precisa, por exemplo, ter isso aqui como campo de formação, as pessoas tem de passar por aqui porque a visão da transexualidade é uma visão produzida, negatizada (Profissional de saúde 2)

A partir das falas acima, percebe-se a manutenção de dificuldades de funcionamento, essas são questões que nem sempre são compartilhadas por todos os profissionais que compõem a equipe. Alguns apontam outros aspectos, como vê-se abaixo:

Em relação ao nosso processo, olhe eu acho que a gente veio evoluindo desde o início, com as pessoas que tinham no início, fomos fazendo parcerias, ampliando as coisas, eu só acho especificamente que a gente é um serviço muito inchado para poucos profissionais. Acho que era pra gente, no máximo, ter 60 pacientes, 30 femininas e 30 masculinos, porque o foco principal da gente, queira ou não é a cirurgia, que a gente é o único serviço que tem cirurgia, então os outros serviços que estão surgindo aí que vão dá o acompanhamento, vão dá a hormonização, mas a gente é a cirurgia, então com 30 pessoas você vai mantendo, operando, a pessoa entra no serviço passa ali um ano dois e no segundo ano é operado e no terceiro tem alta e já dá outra vaga, então são justamente 30 meses. A gente tem um serviço inchado, um serviço que precisa de alguma organização maior nesse sentido e as vezes nosso serviço é muito paternalista... se a gente tem um projeto, esse projeto a gente segue o projeto, a ideia do ministério da saúde e tem aquele tempo de acompanhamento, que tem que ter no mínimo duas consultas ao mês sabe eu acho que a gente tinha de ser mais incisivo nisso até mesmo para reduzir o número de pacientes e ficar aquelas que tão realmente seguindo e fazendo as coisas. Por exemplo, tem uma das meninas que tá na fila que já era para tá operada há 3 anos... aí vai quer, não quer, quer, não quer... aí dá outra chance, outra não sei o que lá, vamos discutir, aí isso cada cirurgia que você perde é uma paciente que você deixa de beneficiar ((Profissional de saúde 5)

As indecisões e dúvidas em relação à cirurgia redesignação sexual são aspectos muito comuns não apenas no serviço estudado, mas está presente em outros programas. Pesquisas anteriores já apontaram esse quadro complexo e subjetivo sobre as decisões mais invasivas. O estudo de Oliveira & Romanini (2020)⁸ aponta que essas dúvidas vivenciadas colocam em xeque a transexualidade vivenciadas por essas pessoas.

As relações e dinâmicas que têm repercutido para a atual configuração do Processo Transexualizador no serviço estudado são complexas e envolvem desde a redução de profissionais sem a devida restituição quanto a articulação de uma equipe multiprofissional para lidar com as diferentes demandas apresentadas por esta população. A recusa de muitos(as) profissionais de saúde de diferentes especialidades médicas em atender a esta população foi e é uma dificuldade. Quanto a dificuldade para o atendimento das demandas a profissional 1 faz o seguinte relato:

Bem, a falta de profissionais! A falta de vaga nas clínicas que seriam de interesse, ao

grande demanda de pessoas para um serviço que não tem e mesmo que houvesse uma equipe grande, um só serviço não vai da conta, então na verdade a gente tem uma escassez de oferta de serviços e de profissionais para compor as equipes. Essa compreensão também teórico metodológica, da própria transexualidade e desse cuidado, subvertendo essa lógica de apenas cuidar para a cirurgia, mas de cuidar e de entender inclusive os determinantes sociais do sofrimento psíquico das pessoas, isso é algo que carece de conhecimento, as pessoas não falam sobre isso, nos últimos anos acho que quatro, cinco anos, a gente vem em queda nas academias e isso é uma discussão mais presente, mas ainda é bastante escassa (Profissional de saúde 1).

O Espaço Trans atua em diálogo permanente com diversos setores intra e extra-hospitalares, posto que existe necessidade de que o cuidado dessa população se dê de forma intersetorial para contemplar a integralidade e a universalidade. O serviço não conta com equipe específica para atender todas as necessidades clínicas e sociais dessa população e por isso necessita se articular a outros setores para que consiga dar conta das demandas. No contexto intra-hospitalar há relatos tanto de dificuldades como de possibilidades de diálogo, depende bastante do setor e da gestão da clínica, como também da vontade dos profissionais em estarem abertos ao conhecimento da realidade da população trans e de suas necessidades.

O estudo de Santos⁴ destaca que as equipes dos diferentes programas credenciados do processo transexualizador no SUS, enfrentam problemas em comum, sobretudo os referentes ao crescimento da demanda frente aos limites estruturais dos serviços, bem como as limitações das equipes em respondê-los. Ela ainda ressalta que as diminutas equipes dedicadas aos atendimentos se dividem entre outras inúmeras interpelações do cotidiano institucional, particularmente difíceis e multifacetadas, por se tratarem todas de instituições de alta complexidade e, também, responsáveis por pesquisa/ensino.

Uma característica do processo transexualizador no serviço estudado é o personalismo vinculado à coordenação do espaço trans, que sempre está a frente de busca de parcerias institucionais e demais recursos para a formação da equipe. O isolamento institucional também se faz presente, pois quase todas as questões são resolvidas sem o efetivo envolvimento da gestão institucional, onde os(as) profissionais de saúde responsáveis pela condução da assistência são oficialmente reconhecidos(as), dentro e fora da instituição, como os(as) únicos(as) responsáveis por responderem por elas.

Na trajetória de constituição institucional do processo transexualizador alguns/algumas coordenadores(as) tiveram que labutar intensamente para convencer colegas endocrinologistas, ginecologistas, cirurgiões(ãs) plásticos(as), psiquiatras, entre outras especialidades, para colaborarem na prestação dessa assistência e, muitas vezes, não obtiveram sucesso, ou quando conseguiram, essa parceria por vezes era pontual ou focada num indivíduo especificamente, obrigando-os a sempre manter essa peregrinação. Esse *modus operandi* é resultante de uma compreensão institucional de não direito e na deslegitimação das necessidades de saúde de pessoas trans e colabora para a sobrecarga dos(as) profissionais que estão à frente desses serviços ⁴.

A pouca expressividade do Espaço Trans no cotidiano do hospital também é reflexo de uma cultura de desvalorização de um nível de saúde e de determinadas políticas sociais em detrimento de outras; de uma forte prevalência de formações de profissional que não são formados na integralidade das práticas de saúde; da pouca exploração das potencialidades de cada nível de saúde e política social; de escassas ou inexistentes formações continuadas para os profissionais e trabalhadoras do SUS que desconhecem as redes de serviço existentes ⁹.

Um aspecto importante que se destaca é a resistência institucional devido não apenas ao preconceito, à homofobia e à discriminação incutidas em algumas práticas de saúde, como também a dificuldades de compreensão da importância do princípio da equidade. A dificuldade no envolvimento de profissionais da medicina é um entrave à ampliação de serviços e incorporação de práticas no cotidiano da assistência que contemplem as especificidades da população trans ¹⁰.

Outra questão é a transfobia que aparece com frequência para os sujeitos transexuais que frequentam a instituição. Essa violência, que se potencializa a partir de diversos marcadores (raça, classe, religião e orientação sexual, por exemplo) tem colocado desafios emblemáticos para a dinâmica do processo transexualizador no serviço estudado.

É importante destacar que por transfobia não se compreende apenas o ato de conscientemente e diretamente atacar fisicamente pessoas transexuais, mas também por sonegar, impedir ou negligenciar acessos a dispositivos que promovam harmonia entre a identidade vivida por aquele sujeito e o reconhecimento social. Um desses instrumentos bastante desrespeitado é o nome social. Esse, embora esteja normativamente garantido desde

2009 no âmbito do SUS¹¹, não tem sido garantido no cotidiano hospitalar. Parte dessas posturas foram registradas pelos(as) profissionais de saúde entrevistados(as).

Eu acho que talvez o hospital negligencie, faça vista grossa! Porque como um hospital que é credencial como sendo um dos cinco do país, que é habilitado, para cirurgias de redesignação, que faz parte do processo transexualizador do SUS, eu acho que a quantidade de queixas que chegavam à ouvidoria, deveria ter uma postura mais ativa para combater isso, das pessoas entenderem que ela pode até ter o preconceito lá dentro, mas que ela não pode expressar. Se fosse no hospital particular, eu duvidava. É uma exigência da instituição, enquanto funcionário desse hospital, respeitar e tá aqui a cartilha, é assim que tem que se portar; ter uma campanha teve, mas tem que ter o seguimento, tem que ter as advertências. A gente continua tendo a transfobia na enfermaria das cirurgias, ainda continuam não respeitando o nome social e todas as questões que a gente bem sabe (Profissional de saúde 4).

As profissionais também relatam encontrar dificuldades nos encaminhamentos necessários dentro da própria política de saúde, principalmente no sentido de ampliar os vínculos do processo transexualizador por meio do encaminhamento daquelas pessoas que já cumpriram seu tempo no serviço. Posto que a Política de Saúde LGBT¹² propõe que a descentralização e territorialização dos serviços, responsabilidades específicas, ampliação dos serviços, diálogo entre esses para propiciar a integralidade.

Construção da equipe e caracterização do processo de trabalho

Quanto as ações na construção do processo de institucionalização, as profissionais de saúde 1 e 2 trazem o seguinte relato:

O que aconteceu foi que eu me vi na necessidade de buscar suporte teórico, suporte interventivo, aí eu fiz um contato como CECH (Centro Estadual de Combate a Homofobia), a primeira busca foi essa, aí tinha uma advogada lá, ela inclusive já tinha feito naquela altura uma especialização em transexualidade lá com o pessoal de psicologia da UFPE aí ela veio e já tinha uma imersão nas particularidades aí ajudou muito a introduzir o debate da transexualidade e ajudar a gente a se organizar isso antes da formalização do processo com o MS, isso na transição. (Profissional de saúde 2).

A gente encontrou uma dificuldade dos profissionais que a gente percebia como preconceito, muitos profissionais não queriam, embora tivesse tido um processo de conversa e de convocação dos profissionais daqueles com as expertises que tinha sentido para o processo, do interesse em se envolverem. Então nessas reuniões todas as chefias se colocavam disponíveis, aptas para aquele procedimento, mas no cotidiano a gente percebia muitas resistências dos profissionais em associarem seus nomes, a prática (Profissional de saúde 1).

A convergência de mobilizações institucionais tanto na esfera do serviço estudado quanto dentro da gestão do MS foi fundamental para a quebra da lógica tão frequente no processo transexualizador, que é personalização do serviço, como era dado anteriormente. O programa renasceu caracterizado como uma ação da instituição e não como uma iniciativa ou projeto individualizado de uma categoria profissional. Assim, antes que algum profissional médico personificasse a lógica do serviço, esses profissionais não médicos que atuaram na organização da assistência, conseguiram subverter essa lógica por dentro da gestão, dando outro direcionamento à organização do novo serviço.

Borba¹³ relata que em seu trabalho de campo, onde teve acesso a um serviço de atendimento às(aos) transexuais, percebeu uma dificuldade na equipe em lidar com uma usuária que não se enquadrava no perfil do que os serviços definiam enquanto transexuais, portanto, legítimas(os) candidatas(os) às cirurgias de transexualização. Os profissionais tentavam enquadrá-la, a partir do saber/poder médico hegemônico, de qualquer indício que denunciasse a sua condição de não transexual.

Nesse sentido, no Espaço Trans o que predomina é a compreensão de que a transexualidade é reflexo da diversidade humana, uma experiência social legítima nessa sociabilidade em que habitamos todos, não podendo ser formatada ou reduzida a uma única forma de comportamento ou expressão¹⁴.

O espaço trans foi construído dentro de uma proposta de cuidado não baseada na lógica cirúrgica e na psiquiatrização das identidades e isso permitiu uma organização onde os/as profissionais e usuários/as/as têm a possibilidade de construir uma relação de cuidado em saúde mais horizontal, possibilitando a ambos o constante questionamento dos padrões de corpo e comportamentos fundados na cisgeneridade e nas transexualidades.

Divergências entre a prática clínica e as políticas normatizadoras

A interpretação diferenciada das diretrizes da Portaria n. 2803/13, que regulamenta o processo transexualizador no SUS e que está pautada num modelo biomédico que considera a transexualidade como um transtorno mental e ainda exige o diagnóstico, mas que permite a flexibilização do protagonismo do psiquiatra nas equipes, fez com que o serviço não fosse construído pelas diretrizes da Resolução do CFM n.1955/2010 que determina aos médicos em seu artigo quarto que a seleção das pessoas trans para a cirurgia de transgenitalização deveria obedecer à avaliação de equipe multiprofissional constituída por médico psiquiatra, cirurgião, endocrinologista, psicólogo, assistente social, obedecendo os critérios de diagnóstico médico de transgenitalismo, idade acima de 21 anos, ausência de características físicas inapropriadas para a cirurgia.

O movimento pela despatologização da transexualidade estabelece que o tratamento especializado à população trans não deve ser pautado em um diagnóstico, logo as consultas obrigatórias com psiquiatras devem ser dispensadas. Pois, se o dever do(a) profissional é de acompanhar e auxiliar nas demandas psicológicas e sociais do(a) usuário(a), profissionais como psicólogos(as) e psicoterapeutas seriam suficientes para lidar com esses aspectos. Para isso os(as) profissionais precisam estar atualizados com os debates sobre gênero e despatologização das trans identidades⁹.

Teixeira¹⁵, em discussão sobre como se configura a organização dos serviços, tendo como referência as portarias regulamentares, discorre sobre a ideia que centralizar a entrada no serviço pelas especialidades médicas é enfatizar o lugar de poder daquele que supostamente deteria o conhecimento técnico para o acompanhamento às cirurgias. Além de reforçar o caráter de centralidade do procedimento cirúrgico.

A construção da equipe de trabalho se deu perante algumas negociações com a diretoria do hospital e com a coordenadora do serviço, mas também de forma voluntária de alguns profissionais que tinham interesse na temática. A recusa de muitos(as) profissionais de saúde de diferentes especialidades médicas em atender a esta população foi(é) uma realidade. Em relação a isso, destacamos que o cenário atual não é tão diferente. Apesar da existência de

uma política regulamentada, até hoje o hospital enfrenta resistências de algumas especialidades médicas e de algumas outras profissões em se envolverem com o programa e com o atendimento a pessoas trans.

Mas eu acho que no hospital o que falta é institucionalizar a política, ela é institucionalizada para inglês ver, como tudo no país da gente é feito para inglês ver. “Eu aceito negro, porque politicamente é correto tá numa roda de conversa e dizer que eu não tenho preconceito, mas por dentro eu sei que eu tenho que escutar as piadas de negro, as piadas de gay, então eu faço porque é bonito, o discurso é bonito, então eu tenho que fazer o discurso que todo mundo quer ouvir, porque todo mundo quer ouvir aquilo que ele quer ver”. E aí o que eu vejo é que aqui no HC não tem essa “ se eu tenho uma mastologista que precisa ter no programa, uma endócrino, a fisioterapia, a psicologia, se eu tenho uma rede aqui dentro, a otorrino, a plástica, eu tenho uma equipe aqui toda formada, a nutrição, mas eu não sou articulada não tem articulação, não se conversa , não está firmado no programa; esta muitas vezes fazendo por favor “ estou fazendo um favorzinho, bote um caso, eu abro uma vaga” mas não funciona de fato e de verdade, a política não esta institucionalizada, então vai ter as suas fragilidades. É muito complicado e infelizmente não tem um núcleo definido pela instituição, não existe e ai fica solto, agora é bonito quando tem as palestras, quando se fala do espaço trans, vai falar dos procedimentos que faz, aí é tudo lindo.(Profissional de saúde 3).

Atualmente o espaço trans tem na formação de sua equipe nuclear uma psicóloga, que também é a coordenadora do serviço, uma assistente social e uma enfermeira. As clínicas e especialidades que colaboram são: urologia, psiquiatria, ginecologia, mastologia, cirurgia plástica e endocrinologia. A equipe nuclear é a responsável pela recepção e o acompanhamento por, no mínimo, dois anos as pessoas trans que demandam assistência no programa.

A psicologia, o Serviço Social e Enfermagem compõem o primeiro momento de acolhimento do(a) usuário(a) no serviço e acontecem de forma separada e de forma diferenciada no que concerne à questão da despatologização. Em outras palavras, o diagnóstico não possui funcionalidade durante esses atendimentos¹⁶. A não centralização em uma lógica cirúrgica, nem psiquiatrizante das identidades de gênero permitiu uma organização onde os(as) profissionais e usuários(as) têm a possibilidade de construir uma relação de cuidado em saúde mais horizontal, possibilitando a ambos o constante

questionamento dos padrões de corpo e comportamentos fundados na cisgeneridade.

Na perspectiva da oferta de um cuidado integral em saúde, diversas pessoas transexuais e travestis foram se reconhecendo e projetando expectativas de satisfação naquele espaço, fazendo com que rapidamente aquele novo serviço ganhasse outras formas de visibilidade e se tornasse referência no cuidado em saúde para esse público. O deslocamento da centralidade da cirurgia como única alternativa para uma vida plena, resultado de esforços coletivos para romper radicalmente com o paradigma do “transexual verdadeiro” é direcionada para a oferta de serviços que dialoguem com as diversas dimensões da vida dos sujeitos a partir de um acolhimento multiprofissional e inteiramente reflexivo, além de participativo do ponto de vista de quem recebe as intervenções ¹³.

As demandas em saúde das pessoas trans e travestis, são permeadas por várias questões e não somente as que estão descritas atualmente na portaria em vigor do processo transexualizador. Ainda é preciso considerar que para a construção do cuidado integral com as pessoas trans e travestis, é necessário se atentar a outras marcações sociais, não somente o gênero, mas também a raça, classe, orientação sexual, geração, entre outras. A delimitação desses marcadores na produção do cuidado visa pontuar os lugares estabelecidos nas interações sociais das práticas e busca visibilizar que tais processos, de modos diferenciados, impactam na saúde das pessoas ¹⁰.

Considerações Finais

A trajetória dessa assistência, com as características até aqui apontadas, explica um pouco a situação que esse serviço se encontra na atualidade. A situação atual é marcada pelo isolamento institucional, pela solidão dos(as) técnicos(as) e grande dispêndio de energia, para garantir o mínimo da assistência. Atualmente, cada uma das especialidades profissionais envolvidas no atendimento, enfrenta dificuldades, sendo a mais significativa delas, a falta de estrutura hospitalar, a falta de insumos, além da precariedade dos recursos humanos.

Um dos grandes desafios repousa no fato desse programa não ter sido efetivamente instituído como uma linha de cuidado no hospital, visto a ausência efetiva de um apoio institucional para implementação da política. O que se sobressaiu foram os esforços personificados de executores da política que estão no dia-a-dia e a precariedade do serviço de

uma maneira geral que tem uma grande dificuldade de interlocução entre os setores envolvidos.

Sabendo que a portaria que regula o processo transexualizador carrega em si um paradoxo entre a oferta de cuidado integral e a centralidade da intervenção cirúrgica, estabelecendo condições de acesso ao cuidado apenas àquelas(es) que pretendem modificar o corpo e diminuir as diferenças que seguem a matriz normativa cisgênera estabelecida como masculina e feminina. O serviço estudado, mesmo com muita dificuldade, propõe ser ambiente de cuidado numa lógica despatologizante, centrado nas necessidades dos sujeito, esses que têm autonomia sobre seus corpos e que busca dialogar com outros espaços da unidade de saúde como forma de garantir que a circulação dessas pessoas seja respeitosa, acolhedora, humanizada e não-transfóbica. Porém, a população ainda vivencia transfobia explícitas e veladas, institucionais e individualizados.

A falta de articulação da rede de serviços do SUS não permite a fluidez da assistência aos usuários(as) e acompanhados no Espaço Trans, contribuindo significativamente para a superlotação do serviço, já que este tem se tornado para muitas pessoas o único espaço onde existe acesso ao cuidado em saúde.

Referências bibliográficas

1. Lionço T. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. *Saude soc.* 2008; 17(2):11-21.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.707. Diário Oficial da União 18/08/2008.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.803. Diário Oficial da União 19/11/2013.
4. Santos, MCB. Aos trancos e barrancos: uma análise do processo de implementação e capilarização do processo transexualizador no Brasil. [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2020. 508p.
5. Arán M, Murta D, Lionço T. Transexualidade e Saúde Pública no Brasil. *Cienc. Saúde Colet.* 2009; 14(4): 1141-9.
6. Tenório LFP, Vieira L LF, Livadias SK. (2017). Da luta à execução do processo transexualizador: experiência no Hospital das Clínicas da UFPE. In: Oliveira AD, Pinto C RB, organizadores. *Transpolíticas públicas*. Campinas. Papel Social; 2017.p.113-138.

7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 2010.

8. Oliveira, ID & Romanini, M. (Re) escrevendo roteiros (in) visíveis: a trajetória de mulheres transgênero nas políticas públicas de saúde. *Saúde e Sociedade*, 29, 2020.

9. Borba R. O (des) aprendizado de si: transexualidades, interação e cuidado em saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014.

10. Silva, HC. “Cala o recado, mona”: condicionantes políticos, econômicos e culturais no processo transexualizador no SUS – a experiência do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. [Dissertação]. Pernambuco: Universidade Federal de Pernambuco; 2019. 163p.

11. Amaral DM. Os desafios da despatologização da transexualidade: reflexões sobre a assistência a transexuais no Brasil. [Tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade do Rio de Janeiro; 2011

12. Teixeira F. Dispositivos de dor: saberes-poderes que (con)formam as transexualidades. São Paulo: Annablume, 2013

13. Bastos J L, Faerstein E. Discriminação e Saúde: Perspectivas e Métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.

14. Livadias SK. Do apelo à demanda? Uma análise da atuação de psicólogas/os no processo transexualizador no SUS. [Dissertação]. Pernambuco: Universidade Federal de Pernambuco; 2019. 102p.

15. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Brasília, 2009.

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

6 ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE O ACESSO À SAÚDE EM CONTEXTO POLÍTICO DE EXTREMA DIREITA e COVID 19

Apesar de alguma produção de políticas e normativas direcionadas à questão da diversidade sexual e de gênero para a garantia de direitos baseados no princípio da equidade, não vislumbro uma ideia de consenso na sociedade sobre o tema, pois as dificuldades e dilemas parecem residir justamente na necessidade de mudança de crenças, valores e tradições há muito prevalentes no imaginário coletivo em nossa sociedade.

O ano de 2019 iniciou-se com a posse de um novo presidente da República, Jair Bolsonaro, homem branco ultraconservador, escolhido nas últimas eleições nacionais para ser o chefe do governo federal, num contexto de pós-verdade e polarizações de ideias, perpassado por diversos episódios jurídicos e midiáticos que se avolumaram desde o *impeachment*, palavra amplamente disseminada para representar o eufemismo do golpe de Estado dado para retirada da presidenta eleita democraticamente em 2014.

O atual presidente, que deu diversas declarações discriminatórias contra a população LGBTQIA+ durante sua longa vida parlamentar anterior ao cargo atual e também agora, como chefe maior do poder executivo, num claro afrontamento à diversidade e a parâmetros mínimos de igualdade de direitos humanos. Contexto político que favorece uma implosão de discursos moralistas e religiosos na sociedade, o que acentua preconceitos e discriminação no cotidiano das pessoas e no acesso aos serviços de saúde.

Além do discurso conservador e fundamentalista presente entre os parlamentares e gestores, estamos vivendo cada vez mais com cortes de recursos estruturais e uma política de incentivo à privatização de serviços essenciais, num claro desmonte do sistema de saúde público e gratuito. Há um total desinvestimento do SUS e de políticas já existentes, que inviabilizam a continuidade dos trabalhos, através da escassez de recursos e da precarização das relações de trabalho.

Associada ao contexto político, a pandemia do COVID 19, iniciada em 2020, impactou significativamente o acesso das pessoas trans aos serviços de saúde. Em 2020, o número de atendimentos no processo transexualizador no SUS caiu

drasticamente: as cirurgias diminuíram em 70% e a terapia hormonal em 6,5% em comparação com o ano anterior, segundo dados do DATASUS até novembro de 2020.

O processo transexualizador já atende número bem inferiores em relação a necessidade da população transexual e no período da pandemia houve um esvaziamento e subatendimento no processo. No caso do programa do HC/UFPE não foi realizado nenhum procedimento cirúrgico, os grupos e atendimentos psicológicos tentaram ser realizados via on-line e as consultas clínicas também não foram realizadas. Essa população sofreu um impacto maior da pandemia, que acentuou as desigualdades de acesso à saúde com repercussões diretas no cotidiano de suas vidas, como o aumento no número de tentativas de suicídio, rupturas familiares e das violências vivenciadas por essa população.

É importante pontuar que, mesmo com todas as limitações e dificuldades, nos últimos anos, o número de atendimentos do processo transexualizador vinha aumentando no SUS. No DATASUS, os dados do processo aparecem só a partir de 2014, quando foram realizadas 32 cirurgias de mudança corporal e nenhum tratamento hormonal. Em 2019, esse número aumentou para 133 cirurgias e 3.910 tratamentos hormonais. Já em 2020, foram realizadas apenas 38 cirurgias e 3.653 tratamentos hormonais.

Nesse contexto, é preciso ampliar e garantir a participação social no serviço através da consolidação de espaços de debates, onde as pessoas compreendam que transexualidade também se faz com debate, com reflexão. Criticizar esse processo de transformação dos corpos e fazer as pessoas entenderem exatamente o que elas vão atender com as transformações a que se propõem, partindo do pressuposto que a sociedade não irá mudar apenas com as adequações dos corpos. A sociedade precisa se transformar coletivamente e somente numa perspectiva de uma maior politização é que essa transformação virá.

A responsabilidade, enquanto profissional de saúde, pesquisadora e militante por um Sistema Único de Saúde que atenda as pessoas transexuais, aumenta no contexto que estamos, onde a democracia está cada vez mais ameaçada, dado a

vulnerabilidade dessa população. Essas pessoas são em maior parte usuárias desse sistema público de saúde, e no serviço do estudo, observamos que há muitas pessoas sem atendimento por tempo indeterminado. É preciso lutar pela democracia. É preciso defender o SUS. A resistência é necessária justamente quando é mais difícil resistir. É pelas fissuras que abrem, pelas concessões que são feitas, pelos recuos estratégicos que os oportunistas e seu projeto de poder vencem e o pior acontece.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao chegar à finalização desse trabalho, após ter empreendido um mergulho profundo no processo transexualizador vinculado ao Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, foi possível compreender alguns dos muitos desafios entranhados nessa assistência que procurei identificar nesta tese.

Um desses desafios repousa no fato desse programa não ter sido efetivamente instituído como uma linha de cuidado no hospital, visto a ausência efetiva de um apoio institucional para implementação da política. O que se sobressaiu foram os esforços personificados de executores da política que estão no dia-a-dia e a precariedade do serviço de uma maneira geral que tem uma grande dificuldade de interlocução entre os setores envolvidos.

Ao longo de todas as exposições feitas nos artigos percebemos que as transexualidades são um elemento da diversidade humana e aparecem como enfrentamento aos padrões de gênero impostos pela sociabilidade em que estamos inseridos. Imposição que considera o gênero como atrelado diretamente ao sexo biológico e que exige congruência de todos os indivíduos. No entanto, observamos que essas novas compreensões da realidade humana ainda são desconhecidos ou descaracterizados pelo o corpo profissional e que o respeito e uso do nome social e das referências ao gênero de identificação da pessoa ainda é uma grande dificuldade.

Sabendo que a portaria que regula o processo transexualizador carrega em si um paradoxo entre a oferta de cuidado integral e a centralidade da intervenção cirúrgica, estabelecendo condições de acesso ao cuidado apenas àquelas(es) que pretendem modificar o corpo e diminuir as diferenças que seguem a matriz normativa cisgênera estabelecida como masculina e feminina. O serviço estudado, mesmo com muita dificuldade, propõe ser ambiente de cuidado numa lógica despatologizante, centrado nas necessidades dos sujeito, esses que têm autonomia sobre seus corpos e que busca dialogar com outros espaços da unidade de saúde como forma de garantir que a circulação dessas pessoas seja respeitosa,

acolhedora, humanizada e não-transfóbica. Porém, a população ainda vivencia transfobia explícitas e veladas, institucionais e individualizados.

A falta de articulação da rede de serviços do SUS não permite a fluidez da assistência aos usuários(as) e acompanhados no Espaço Trans, contribuindo significativamente para a superlotação do serviço, já que este tem se tornado para muitas pessoas o único espaço onde existe acesso ao cuidado em saúde.

A realidade aponta que as pessoas trans têm seus direitos corriqueiramente violados e têm acesso restrito a direitos elementares. No que tange ao direito à saúde, esse sempre apareceu como bandeira de luta desses indivíduos, visto que é uma população com necessidades e vulnerabilidades específicas e que requer cuidado direcionado às suas especificidades. Porém, ao tentar acessar o direito à saúde tem de lidar com as dificuldades impostas pelo preconceito e pela transfobia que se expressam no cotidiano dos serviços de saúde

Eu acredito que consegui atingir os objetivos que me orientaram ao longo da pesquisa, que eram, sobretudo identificar as principais características do atendimento do processo transexualizador no Serviço de Referência do HC/UFPE, a partir da implementação da política. No entanto, penso também que a diversidade de determinações precisa ser mais bem elucidada para que se possa compreender com mais clareza o papel desempenhado por cada um dos sujeitos partícipes da construção dessa modalidade assistencial, bem como as intensas dificuldades que esse programa carrega, para que se possa também construir respostas mais adequadas a alguns dos dilemas expressados por meio dele.

Além da coleta de dados fidedignos, esta pesquisa, de caráter inédito, constituiu se em uma possibilidade de conhecer e ampliar a divulgação de demandas de saúde das pessoas trans e o debate envolvendo questões pertinentes ao acesso em saúde dessas pessoas que, na maioria das vezes, são ignorados em sua identidade de gênero e, sobretudo, transgredidos em relação aos seus direitos de cidadão. Espera-se que os resultados obtidos possam contribuir efetivamente para a implementação de políticas públicas que repercutam decisivamente sobre a ampliação e efetivação dos direitos sociais da população trans em relação à saúde.

É possível que essa pesquisa, apesar de suas lacunas e limitações, traga alguma contribuição para o campo do conhecimento dos(as) estudiosos(as), analistas e Trabalhadores(as) do SUS e da Saúde Coletiva. É um trabalho incompleto e cheio de lacunas, e penso que é bom que seja assim. Fico feliz por, através da escrita, poder passar esse bastão aos que estão chegando e sigo na expectativa que os múltiplos sujeitos que fazem parte dessa história não sejam invisibilizados, pois “ Nada temos a perder ao defendermos uma sociedade que compreenda que a maior riqueza de uma nação está na existência de uma sociedade diversa, plural e que compreenda a diferença não como anormalidade, mas como condição mesma do humano” (BENTO, 2018)

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Anderson Santos. Vidas em espera: uma etnografia sobre a experiência do tempo no processo transexualizador. 2018. 148 p. Dissertação. Universidade Federal de Goiás, Goiás, 2018.

AMARAL, Daniela Murta. Os desafios da despatologização da transexualidade: reflexões sobre a assistência a transexuais no Brasil. 2011. 106f. Tese. Doutorado em Saúde Coletiva - Instituto de Medicina Social da Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

ANTRA - Associação Nacional de Travestis e Transexuais. Mapa dos assassinatos de Travestis e Transexuais no Brasil em 2017. 2018.

ARÁN, M. ; MURTA, D.; LIONÇO, T. Transexualidade e Saúde Pública no Brasil. Cienc. Saúde Colet., v.14, n.4, p.1141-9, 2009.

ARÁN, M., MURTA, D., Zaidhaft, S. Transexualidade: corpo, subjetividade e saúde coletiva. Psicologia e Sociedade. ABRAPSO. Porto Alegre, v.20, nº 1, p. 70-79, 2008.

ARRETCHE, M. Dossiê Agenda de Pesquisa em Políticas Públicas. Revista Brasileira de Ciências Sociais. São Paulo, 2003.

AYRES, J. R. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. In: Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. AYRES, JRCM. 1ª edição. CEPESC –IMS/UERJ – ABRASCO. Rio de Janeiro. 2009.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. 1. ed. São Paulo: Edições 70, 2011.

BASTOS, J. L.; FAERSTEIN, E. Discriminação e Saúde: Perspectivas e Métodos. Ed. Fiocruz. Rio de Janeiro. 2012.

BEIRUTTI, E. B. Gays, lésbicas, transgenders: o caminho do arco-íris na cultura norte-americana. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2010.

BENTO, B. Da transexualidade oficial às transexualidade. In: PISCITELLI, Adriana (Org). Sexualidade e saberes: convenções e fronteiras. Rio de Janeiro: Garamond,

2004.

BENTO, B. A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual. Natal: EDUFRN, 2014.

BORBA, R. O (des) aprendizado de si: transexualidades, interação e cuidado em saúde. In: O (Des) Aprendizado de Si: transexualidades, interação e cuidado em saúde. 2016. p. 237-237.

BORBA, R. Sobre os obstáculos discursivos para a atenção integral e humanizada à saúde de pessoas transexuais. Sexualidad, Salud y Sociedad. vol. 17, Rio de Janeiro, Centro Latinoamericano em Sexualidade e Direitos Humanos/CLAM/UERJ, 2014, pp.66-97.

BOSI, M. L. M; MERCADO, F. J. (Org.). Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis. Vozes, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção especializada e hospitalar: acesso e regulação. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/atencao-especializada-e-hospitalar/especialidades/processotransexualizador-no-sus/acesso-e-regulacao>. Acesso em 15 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Componente populacional: resultados. Série PNAUM - Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil. Caderno 3. Brasília, DF. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 1998. Disponível em: <http://bit.ly/2LCAujR>. Acesso em 20 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF, 1990.

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, DF. Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.227/GM, de 14 de outubro de 2004. Dispõe sobre a criação do Comitê Técnico para a formulação de proposta da política nacional de saúde da população de gays, lésbicas, transgêneros e bissexuais - GLTB. Brasília, DF, 14 out. 2004b. Seção II, p. 24.

BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República. Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais). Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República. Brasília. SEDH, PR, 2009.

BRASIL. Portaria nº. 1.707/GM, de 18 de agosto de 2008. Institui, no âmbito do SUS, o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 de agosto de 2008(a).

BRASIL. Portaria n. 457/SAS, de 19 de agosto de 2008. Regulamenta o Processo Transexualizador no SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 de agosto de 2008(b).

BRASIL. Portaria nº 1.055, de 13 de outubro de 2014. Habilita estabelecimento de saúde para realização do Componente Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidades ambulatorial e hospitalar. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 14 de outubro de 2014.

BRASIL. Portaria n. 2803/GM/MS, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html>. Acesso em maio de 2010.

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. Ministério da Saúde, Secretariade Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília : 1. ed., 1. reimp. Ministério da Saúde, 2013. 32 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva. Brasília, 2010.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Autoriza a título experimental, a

realização de cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia, neofaloplastia e ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários com o tratamento dos casos de transexualismo. Resolução nº 1.482, de 19 de Setembro de 1997. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Poder Executivo, Brasília, DF. 19 Set 1997; sec. 1, p. 20944.

BUTLER, J. Problemas de gênero. Feminismo e subversão da identidade. 12ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2016.

BUTLER, J. The Psychic Life of Power. Theories in Subjection. Stanford: Stanford University Press; 1997.

Carvalho M, Carrara S. Em direito a um futuro trans? Contribuição para a história do movimento de travestis e transexuais no Brasil. Sex Salud Soc. Rio de Janeiro. 2013; 8:319-51.

CEDEC. Centro de Estudos de Cultura Contemporânea. Mapeamento das Pessoas Trans na Cidade de São Paulo. relatório de pesquisa. São Paulo, 2021.

CRESWELL, J. W. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DENZIN, N; LINCOLN, Y. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: DENZIN, Norman; LINCOLN, Yvonna. O Planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 15-41.

DAMÁSIO, A. C. Botando corpo e (re) fazendo gêneros. Revista Bagoas, n.6, p.211-241, 2011.

DUARTE, M. J. de O. Saúde, cuidado e diversidade sexual: a temática da transexualidade na atenção básica em saúde. In.: COELHO, M.T.D.C; CHNAIDERMAN, M. (Org). Transexualidades : um olhar multidisciplinar. Salvador : EDUFBA, 2014. 272 p.

FAUSTO-STERLING, A. Sexing the body. New York: Basic Books. 2000.

FERNANDEZ, J. Política y regulación sexual: los cuerpos disidentes em la ciência, el derecho y el feminismo. Quaderns, n.25, p. 89-107, 2009.

FERREIRA, B. O. et al. Vivências de travestis no acesso ao SUS. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 27, n. 4, p. 1.023-1.038, 2017.

FERREIRA S. C. C. O Processo Transexualizador no SUS e a Saúde Mental de Travestis e Transexuais. 2018. 71 f. (Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação). Universidade do Estado do Pará. Belém, 2018.

FIOROTTO, O. L. et al. Acesso aos Serviços de Saúde por Travestis e Transexuais Residentes no Estado de São Paulo. X Congresso Brasileiro de Epidemiologia. 2017.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas (Saturation sampling in qualitative health research: theoretical contributions). Cad saúde pública, v. 24, n. 1, p. 17–27, 2008.

FOUCAULT, M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal, 2002a.

FOUCAULT, M. História da Sexualidade I. A vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FOUCAULT, Michel. O verdadeiro sexo. In: Ditos e escritos V. Ética, sexualidade e política. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

FRANCO, T. B.; MERHY, E.E. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. São Paulo: Hucitec; 201.

FREY, K. Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. Brasília, 2000.

GEISLER, A. (Org.). Protagonismo trans: política, direito e saúde na perspectiva da integralidade. Niteroi: Alternativa, 2015.

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HAUSMAN, B. Changing Sex: transsexualism, technology and the idea of gender. Durham: Duke University Press, 1995.

IKEMOTO, L. Transexuais e travestis sofrem violência dentro de casa. Disponível em: <http://especiais.correiobraziliense.com.br/transexuais-e-travestis-sofrem-violencia-dentro-de-casa>. Acesso em: 04 nov. 2021.

JAYME, J. G. Montar-se: discutindo corpo e incorporação entre transgêneros. In: Reunião de antropologia do mercosul, 4, 2001a, Curitiba. Sentidos do Gênero, Anais. Curitiba: UFPR, 1994.

KRÜGER, Alícia et al. Características do uso de hormônios por travestis e mulheres transexuais do Distrito Federal brasileiro. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 22, 2019.

LAQUEUR, T. Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2001.

LE BRETON, D. Antropologia do Corpo. 4. ed. - Petrópolis, RJ: Vozes, 2016.

LEITE, A. F. S.; SANTOS, C. Tecnologias de gênero e magia: hormonioterapia e as experiências de vida de mulheres trans. Exaequo. Lisboa, n. 38, p.83-94, dez. 2018.

LIMA, M. F. Corpos, Gêneros, Sexualidades. Políticas de Subjetivação. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

LIMA, M D A; DA SILVA SOUZA, A; DANTAS, M F. Os desafios a garantia de direitos da população LGBT no sistema único de saúde (SUS). Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia, v. 3, n. 11, 2015.

LIONÇO, T. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. Saúde e sociedade, v. 17, p. 11-21, 2008.

LIONÇO, T. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. Physis: revista de saúde coletiva, v. 19, p. 43-63, 2009.

LOURO, G L. Gênero, Sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista. Petrópolis/RJ: Editora Vozes, 2008.

LOURO, G. L. (Org.). O corpo educado: pedagogias da sexualidade. Belo

Horizonte: Autêntica, 1999.

MACHADO, P. S. O sexo dos anjos: um olhar sobre a anatomia e a produção do sexo (como se fosse) natural. Cadernos Pagu, n. 24, p. 249–281, 2005.

MARQUES, A.; PINHEIRO, R.; ASENSI, F. D. Justiça e integralidade em saúde: Apontamentos sócio-teórico-políticos sobre o aumento da judicialização da saúde. Persp. Online: biol. & saúde, Campos dos Goytacazes, 18 (5), 76, 2015.

MELLO, L; PERILO, M; BRAZ, C.A; PEDROSA, C. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. Sex salud soc. 2011; 9:7-28.

MERHY, E. O cuidado é um acontecimento e não um ato. In: FRANCO, T.B; MERHY, E.E. (Org). Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. 1 ed. – São Paulo: Hucitec, 2013a.

MINAYO, M. C. DE S. et al. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 32. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

MINAYO, M. C. DE S.; ASSIS, S. G. DE; SOUZA, E. R. DE (EDS.). Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2005.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. 407 p. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.239-262, 1993.

MONEY, J; SCHWARTZ, F. Public opinion and social issues intranssexualism: a case study in medical sociology. In: GREEN, R; MONEY, J. (org). Transsexualism and Sex reassignment. Baltimore: The Johns Hopkins Press, 1969.

MONTEIRO, M. S. A.. Os dilemas do humano: reinventando o corpo em uma era (bio)tecnológica. São Paulo: Annablume, 2012.

MORAES, F. O nascimento de Joicy: transexualidade, jornalismo e os limites entre repórter e personagem. Porto Alegre: Arquipélago Editorial, 2015.

NERY, J. W.; COELHO, M. T. A. D.; SAMPAIO, L. L. P. João W. Nery – A trajetória de um trans homem no Brasil: do escritor ao ativista. Periodicus. n. 4, v. 1 nov 2015.-abr. 2016 p. 169-178.

NEVES, Benjamim Braga de Almeida. Transmasculinidades e o cuidado em saúde: desafios e impasses por vidas não-fascistas. 2015. 130f. Dissertação (Mestrado em Clínica Médica) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

OLIVEIRA, A.D.; PINTO, C.R.B (org). Transpolíticas Públicas. Campinas: Papel Social, 2017.

OLIVEIRA, I de; ROMANINI, M. (Re) escrevendo roteiros (in) visíveis: a trajetória de mulheres transgênero nas políticas públicas de saúde. Saúde e Sociedade. v. 29, p. e170961, 2020.

PELÚCIO, L. Abjeção e desejo: uma etnografia travesti sobre o modelo preventivo da AIDS. Annblume, FAPESP, 2009.

PEREIRA, F. Q.; GOMES, J. M. C. Pobreza e gênero: a marginalização de travestis e transexuais pelo direito. Revista Direitos Fundamentais & Democracia. v. 22, n. 2, p. 210-224, 2017.

PRATES, A. A redução de danos aplicada ao uso de silicone líquido e hormônios. In: COELHO, M. T. Á. D; SAMPAIO, L. L. P. Transexualidades: um olhar multidisciplinar. 1. ed. Salvador: EDUFBA, 2014.

PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA: princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero. Tradução Jones de Freitas. jul. 2007. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/sos/gays/principios_de_yogyakarta.pdf>. Acesso em: 30 set. 2021.

RICHARDSON, R. J. Pesquisa social: métodos e técnicas. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROCON, P. C. et al . Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro , v. 21, n. 8, p. 2517-2526, Aug. 2016 .

ROGERS, J.; TESSER-JUNIOR, Z. C.; PIRES, R. O. M.; KOVALESKI, D. F. Pessoas trans na atenção primária: análise preliminar da implantação no município de Florianópolis. Saúde & Transformação Social. Florianópolis, v.7, n.3, p.49-58, 2016.

ROHDEN, F. Uma Ciência Da Diferença: Sexo e gênero na Medicina da Mulher. 224p. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2001.

RUFINO, A. Políticas Públicas para a Saúde de Lésbicas no Brasil Relatório da Oficina “Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais. Brasília de 23 a 25 de abril de 2014.

RUSSO, J. A. Do desvio ao transtorno: A medicalização da sexualidade na nosografia psiquiátrica contemporânea. In: PISCITELLI; GREGORI; CARRARA (org.). Sexualidades e saberes: Convenções e Fronteiras. Rio de Janeiro: Garamond, 2004. 95-114 pp.

SILVA, F. A.; MELLO, I. S. P. B. Psicologia e a despatologização da transexualidade. Tempus, actas de saúde colet. Brasília, 11(1), 81-95, mar, 2017.

RICARDO, Kellyane de Santana. Projeto ético político do Serviço Social e despatologização da transexualidade: caminhos, possibilidades e contribuições. 2017. 71f. Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social, Recife, 2017.

ROCON, P. C. et al. O que esperam pessoas trans do Sistema Único de Saúde?. Interface-Comunicação, Saúde, Educação. v. 22, p. 43-53, 2017.

SALGADO, G. B. Políticas Públicas de Saúde: uma análise crítica. Universidade Federal de Juiz de Fora: Juiz de Fora, 2010.

SAMPAIO, L. L.P.; COELHO, M. T. Á.D. Transexualidade: aspectos psicológicos e novas demandas ao setor saúde. Interface - Comunic., Saude, Educ. v.16, n.42, p.637-49, jul./set. 2012.

SANTOS, Maria de Fátima Lima. A construção do dispositivo da transexualidade: saberes, tessituras e singularidades nas experiências trans. 2010. 182f. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

SANTOS, Márcia Cristina Brasil. Aos trancos e barrancos: uma análise do processo de implementação e capilarização do processo transexualizador no Brasil. 2020. 508f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós graduação em serviço social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

SCOTT, J. W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. Educação & Realidade. Porto Alegre, V. 20, n.2, p 71-99, jul./dez. 1995.

SILVA, T T (Org.). Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais. Petrópolis/RJ: Editora Vozes, 2000

SILVA, Camilla Garcino da. Conservadorismo e LGBTfobia: Reflexões para o Serviço Social. 2019. 206f. (Dissertação) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2019. 206 f. Rio de Janeiro, 2019.

SILVA, Larissa Maués Pelúcio. Nos nervos, na carne, na pele : uma etnografia sobre prostituição travesti e o modelo preventivo de AIDS. 2007. 313 f. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2007.

SILVA, Henrique da Costa. “Cala o recado, mona”: condicionantes políticos, econômicos e culturais no processo transexualizador no SUS – a experiência do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco. CCSA, 2019.

SOARES M.; FEIJÓ M. R.; VALÉRIO N. I.; SIQUIERI C. L. S. M.; PINTO M. J. C. O. Apoio da rede social a transexuais femininas. Paidéia. v. 21 n.48. Ribeirão Preto. 2011.

SOUTO, K. M. B. et al. Estado e políticas de equidade em saúde: democracia participativa?. Saúde em Debate. v. 40, p. 49-62, 2016.

SOUZA, M. H. T.; PEREIRA, P. P. G. Cuidado com saúde: as travestis de Santa Maria, Rio Grande do Sul. Texto & Contexto Enfermagem. v. 24, n.1, p. 146-153, 2015.

STOLLER, Robert. A experiência transexual. Rio de Janeiro: Imago, 1982.

SUESS, A. A campanha pela despatologização das identidades trans: entrevista com o ativista Amets Suees. Revista de Estudos Feministas. 20(2): 481-484, 2012.

TAGLIAMENTO, G. A arte dos (des)encontros: Mulheres trans e a saúde integral. Rio de Janeiro. Multifoco, 2013.

TEIXEIRA, F. Dispositivos de dor: saberes-poderes que (con)formam as transexualidades. São Paulo. Annablume, 2013.

TRIVIÑOS, Augusto. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1995.

YIN, R K. Estudo de caso: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre. Bookman, 2005.

VENCATO, A. P. Confusões e estereótipos: o ocultamento das diferenças na ênfase de semelhanças entre transgêneros. Cadernos AEL. v.10, n, 18-19, 2003.

VENTURA, M. et al. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. Physis. 2010, v. 20, n. 1, p. 77-100.

VIANA, A. L. Abordagens Metodológicas em políticas Públicas. Revista de Administração Pública. São Paulo, 1996.

WALT, G. et al. 'Doing' health policy analysis: methodological and conceptual reflections and challenges. Health Policy and Planning. Oxford, 2008.

WALT, G.; GILSON, L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. Health Policy and Planning. Oxford, 1994

WITTMANN, I. Corpo, gênero e identidade: Experiências transgênero na cidade de Manaus (dissertação). 153p. 2016. Manaus. Universidade Federal do Amazonas. 2016.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM USUÁRIOS DO SERVIÇO

- Qual sexo biológico que foi designado ao nascer?
- Com relação a sua identidade de gênero, como você se identifica?
- Qual a sua orientação sexual?
- Com qual cor/raça você se identifica?
- Idade
- Escolaridade
- Profissão/Ocupação
- Com quem reside e onde?
- Militância Política (ONGs, partido político, outros) - Quanto tempo?
- Tempo que frequenta o espaço trans?
- Quando você percebeu que sua identidade de gênero não correspondia ao sexo designado no seu nascimento?
- Como você chegou ao espaço trans?
- Como está sendo seu processo de acompanhamento no espaço trans?
- O que você acha do processo transexualizador oferecido pelo SUS?
- O que você mudaria enquanto usuária(o) do serviço?
- O que mudou na sua vida após frequentar o espaço trans?
- Quais eram suas expectativas antes de começar o acompanhamento? E agora?
- Você já realizou alguma intervenção cirúrgica? E o que você espera dessas intervenções?
- E aos medicamentos, com o tratamento hormonal?
- E o tratamento da equipe multidisciplinar no geral?

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

BLOCO I

- Tempo que atua, de forma direta ou indireta, no processo transexualizador?
- Percepções acerca da transexualidade e de como vivem as pessoas trans?
- O que é o Processo transexualizador? Como o programa surgiu? Quando surgiu? Porque surgiu? Quais os sujeitos envolvidos na criação do programa?
- Como era o contexto sócio político em que se deu a criação da política. Quais atores envolvidos?
- Como se deu o credenciamento da instituição junto ao MS?
- A instituição é habilitada junto a SES?
- Houve atuação do movimento social em relação ao programa? Como se deu/dá essa atuação?
- Houve atuação de instancias do judiciário em relação ao programa? E como está a relação do judiciário hoje em relação ao programa?
- Houve atuação dos pesquisadores e da universidade em relação ao programa? Como se deu/dá essa atuação?
- Quais áreas do MS estiveram e estão envolvidas com a oferta/organização do programa?
- Que pensa sobre a portaria 457/08? Quais foram seus avanços e limites? Porque precisou ser modificada?
- Que pensa sobre a portaria 2803/13? Quais foram seus avanços e limites?

BLOCO II

- Como passou a trabalhar no Processo Transexualizador? Houve treinamentos, a partir de que demandas?
- Conhece a história do processo transexualizador na instituição?
- Caracterização dos tipos de atendimento existente na unidade (equipes envolvidas, quantidade de atendimentos ambulatorial por mês e quantitativo de

cirurgias realizadas por mês, serviços oferecidos, características da coordenação ambulatorial e hospitalar do processo transexualizador).

- Como se dá o acompanhamento endocrinológico e a oferta de dispensação de hormônios?
- Observa dificuldades e resistências institucionais com relação a organização e oferta de atendimento de pessoas trans? Quais? Como elas se dão?
- Como se dá o acesso das pessoas trans ao processo transexualizador? Como é o fluxo interno?
- Quais as principais demandas de pessoas trans que chegam ao serviço?
- Quais as principais dificuldades que observa para o atendimento às demandas da população trans?
- Como está o funcionamento do programa na atualidade? Quais suas perspectivas futuras?
- Quais são os limites e avanços atuais?
- Como se deu o acompanhamento do programa por parte do MS ao longo dos 5 anos de sua existência? E atualmente?
- O ministério tem realizado ações para melhorar/ampliar o programa?
- Observou mudanças na relação com o MS de acordo com as mudanças de governo?
- O que sabe sobre a Política Nacional Integral de Saúde LGBT e sua relação com o processo trans?

ANEXO A - PARECER COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O PROCESSO TRANSEXUALIZADOR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE : UM ESTUDO DE CASO NO SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM PERNAMBUCO

Pesquisador: Eliane Jucielly Vasconcelos Santos

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 44788721.6.0000.5190

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.886.310

Apresentação do Projeto:

As informações dos campos Apresentação do Projeto, Objetivo da Pesquisa e Avaliação dos Riscos e Benefícios foram retiradas do documento: PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1714537.pdf de 22.03.2021, cujo preenchimento foi realizado pela pesquisadora responsável.

De acordo com a Declaração de Responsabilidade da Equipe de Pesquisa, trata-se de um projeto de doutorado em Saúde Pública do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do IAM, sob a orientação da Profa. Camila Pimentel.

Resumo:

O processo transexualizador é um programa que compõe a política de saúde brasileira e foi instituído no âmbito do SUS pela Portaria GM nº 1.707, de 18 de agosto de 2008 e regulamentado pela Portaria SAS nº 457, de 19 de agosto de 2008, onde estão incluídos procedimentos de diferentes graus de complexidade e ampla diversidade técnica, como parte da assistência a saúde destinada a pessoas transexuais. A portaria nº 2.803 que redefine e amplia o Processo Transexualizador no SUS foi publicada em 19 de novembro de 2013. Ela o estabelecimento de linha de cuidado e ampliação da atenção à saúde considerando a integralidade, desde a atenção primária até a alta complexidade, incluindo procedimentos como a hormonoterapia, que

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.670-420
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2101-2639 **Fax:** (81)2101-2639 **E-mail:** cep.iam@fiocruz.br



Continuação do Parecer: 4.886.310

ser apresentados, pelo menos, semestralmente. Qualquer alteração no protocolo no decorrer da pesquisa, como também mudança de equipe, devem ser informados via emenda. Todas as ações deve ser realizadas via Plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Respostas às pendências do parecer n.841559:

1. Apresentar a metodologia corretamente em todos os documentos anexados à Plataforma Brasil (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO, projeto na íntegra e carta resposta), incluindo as seções de metodologia e de detalhamento sobre o uso de dados secundários nas informações básicas do projeto". ATENDIDA.

2. No documento PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1714537.pdf, item "Cronograma de Execução" - coleta de dados ajustada.

Conclusão: O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas sociais envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, de 07 de abril de 2016 e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP.

Considerações Finais a critério do CEP:

Vale ressaltar que, em relação ao protocolo de pesquisa, é previsto na Resolução 466/2012 no item XI - DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL, que o pesquisador deve apresentar ao CEP relatórios parciais e finais (subitem: d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final). Pede-se que o pesquisador entregue os relatórios como previsto no texto da resolução. Informamos que a entrega dos relatórios parciais precisam ser feitas a cada semestre, conforme cronograma de execução da pesquisa, via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1714537.pdf	19/07/2021 09:33:45		Aceito
Outros	CARTARESPosta2.pdf	14/06/2021 14:23:13	Eliane Jucielly Vasconcelos Santos	Aceito

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.670-420
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2101-2639 **Fax:** (81)2101-2639 **E-mail:** cep.iam@fiocruz.br



Continuação do Parecer: 4.886.310

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetoajustadoparacomitenovolimp.pdf	14/06/2021 14:21:14	Eliane Jucielly Vasconcelos Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetoajustadoparacomitenovo.pdf	14/06/2021 14:20:53	Eliane Jucielly Vasconcelos Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcleajustadonovolimp.pdf	14/06/2021 14:18:49	Eliane Jucielly Vasconcelos Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEAJUSTADOnovo.pdf	14/06/2021 14:18:04	Eliane Jucielly Vasconcelos Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetoajustadocomitelimp.pdf	11/05/2021 11:57:24	Eliane Jucielly Vasconcelos Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetoajustadocomite.pdf	11/05/2021 11:55:29	Eliane Jucielly Vasconcelos Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcleajustadolimp.pdf	11/05/2021 11:53:31	Eliane Jucielly Vasconcelos Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcleajustado.pdf	11/05/2021 11:52:08	Eliane Jucielly Vasconcelos Santos	Aceito
Outros	cartarespostapendencias.pdf	11/05/2021 11:49:25	Eliane Jucielly Vasconcelos Santos	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassinada.pdf	22/03/2021 14:48:18	Eliane Jucielly Vasconcelos Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuenciahc.pdf	08/03/2021 20:57:50	Eliane Jucielly Vasconcelos Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	08/03/2021 20:56:32	Eliane Jucielly Vasconcelos Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetocompletocomite.pdf	08/03/2021 20:55:17	Eliane Jucielly Vasconcelos Santos	Aceito
Declaração de concordância	declaracaocompromisso.pdf	08/03/2021 20:54:10	Eliane Jucielly Vasconcelos Santos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaoresponsabilidade.pdf	08/03/2021 20:52:07	Eliane Jucielly Vasconcelos Santos	Aceito

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.670-420
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2101-2639 **Fax:** (81)2101-2639 **E-mail:** cep.iam@fiocruz.br



Continuação do Parecer: 4.886.310

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 05 de Agosto de 2021

Assinado por:
Maria Almerice Lopes da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.670-420
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2101-2639 **Fax:** (81)2101-2639 **E-mail:** cep.iam@fiocruz.br

ANEXO B - SUBMISSÃO DO ARTIGO 2

ScholarOne Manuscripts

<https://mc04.manuscriptcentral.com/sausoc-scielo>

Saúde e Sociedade

[🏠 Início](#)[✍ Autor](#)

Confirmação da submissão

[🖨 imprimir](#)

Obrigado pela sua submissão

Submetido para

Saúde e Sociedade

ID do manuscrito

SAUSOC-2022-0376

Título

Caminho percorrido e acolhimento das necessidades de usuários(as) em um serviço referência do processo transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS)

Autores

SANTOS, ELIANE

Pimentel, Camila

Data da submissão

10-mai-2022

[Painel do autor](#)

ANEXO C - SUBMISSÃO DO ARTIGO 3

Saúde em Debate

← Back to Submissões

Submissão Avaliação Edição de Texto Editoração

Arquivos da Submissão

78563 Artigo para saude em debate desafios institucionais pronto.doc julho 26, 2022 Texto do artigo

Buscar

Baixar Todos os Arquivos

Discussão da pré-avaliação

Adicionar comentários

Nome	De	Última resposta	Respostas	Fechado
Comentários para o editor	elianev	-	0	<input type="checkbox"/>
	2022-07-26 08:24			