

Desafios enfrentados por pessoas trans para acessar o processo transexualizador do Sistema Único de Saúde

Challenges faced by transgender people in accessing the transexualizer process of the Brazilian National Health System (abstract: p. 14)

Desafíos enfrentados por personas trans para tener acceso al proceso transexualizador del Sistema Brasileño de Salud (resumen: p. 14)

Pablo Cardozo Rocon^(a)

<pablocardoz@ufmt.br> 

Francis Sodré^(b)

<francisodre@uol.com.br> 

Alexsandro Rodrigues^(c)

<xela_alex@bol.com.br> 

Maria Elizabeth Barros de Barros^(d)

<betebarros@uol.com.br> 

Kallen Dettmann Wandekoken^(e)

<kallendw@gmail.com> 

^(a) Departamento de Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso. Avenida Fernando Corrêa, 2367, Boa Esperança. Cuiabá, MT, Brasil. 78060-900.

^(b) Departamento de Serviço Social, Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas, Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Vitória, ES, Brasil.

^(c) Departamento de Teorias do Ensino e Práticas Educacionais, Centro de Educação, Ufes. Vitória, ES, Brasil.

^(d) Departamento de Psicologia, Centro de Ciências Humanas e Naturais, Ufes. Vitória, ES, Brasil.

^(e) Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Ufes. Vitória, ES, Brasil.

A transformação do corpo pode se constituir em determinante social à saúde da população trans. Neste artigo, são analisados três desafios à universalização do acesso ao processo transexualizador do Sistema Único de Saúde (SUS), serviço de saúde específico às demandas por transformação do corpo da população trans. Foi realizada pesquisa qualitativa com dados produzidos a partir de entrevistas narrativas gravadas em áudio. Os atuais desafios são: 1. A distribuição geográfica dos programas com concentração de seis das dez unidades habilitadas para a oferta do processo transexualizador do SUS na região Sudeste, bem como ausência de unidades na região Norte. 2. A realidade de discriminação e desrespeito ao nome social que impedem o acesso aos serviços de saúde. 3 O diagnóstico de transexualismo, que, ao se orientar por normas socialmente construídas para o gênero, impede o acesso aos serviços transexualizadores.

Palavras-chave: Acesso. Saúde. Processo transexualizador. Transexualidade. Gênero.

Introdução

A transformação do corpo pode se constituir em determinante social à saúde da população trans (transexuais e travestis), uma vez que, ao buscarem na modificação de seus corpos a produção de uma coerência entre as estruturas físico-corporais e as expectativas de gênero que desejam viver, lançam mão do uso de recursos médico-farmacológicos e estéticos que podem engendrar hormonioterapia, cirurgias, etc., e passam assim a compor as variáveis envoltas nos processos saúde-doença dessa população¹⁻⁹.

A oferta de serviços em saúde transespecíficos no Brasil possui como marco a Resolução 1482/1997 do Conselho Federal de Medicina¹⁰, que teve por finalidade a autorização do livre exercício médico sobre os corpos trans com fins de modificações corporais para o trânsito no gênero. A partir dessa resolução com suas normas e regras, passou-se a autorizar a oferta de hormonioterapia e cirurgias de alteração fenotípica e genital em hospitais brasileiros públicos e habilitados para pesquisa.

Em 2008, o Ministério da Saúde (MS) criou o Processo Transexualizador do SUS (PTSUS) por meio da Portaria 1707/2008¹¹, passando a permitir o faturamento dos procedimentos transgenitalizadores, incorporando-os na tabela de procedimentos do SUS. O programa foi redefinido e ampliado pela Portaria 2803/2013¹², passando a incorporar como usuários do processo transexualizador do SUS os homens trans e as travestis, tendo em vista que até então apenas as mulheres trans eram assistidas pelo serviço.

A criação do processo transexualizador do SUS sinaliza-se como importante avanço na universalização desta à população trans brasileira; contudo, a efetivação desse programa ainda coloca alguns desafios para gestores e trabalhadores do SUS. Nessa direção, o presente artigo discutirá três importantes desafios enfrentados pela população trans brasileira para acessar ao processo transexualizador do SUS.

Metodologia

Compreende-se que a metodologia qualitativa é a ideal para analisarmos os “produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam” (p. 57)¹³. Essa se tornou a escolha metodológica utilizada na presente pesquisa tendo em vista o objeto desta: dificuldades narradas para acessar o processo transexualizador.

Os dados foram produzidos a partir de nove entrevistas narrativas com mulheres transexuais que foram pacientes do processo transexualizador de um hospital universitário localizado na região sudeste entre 1998 e janeiro de 2016 (período em que foi iniciada a pesquisa). Castellanos¹⁴ afirma que “a narrativa é considerada uma forma universal de construção, mediação e representação do real que participa do processo de elaboração da experiência social” (p. 1068).

As nove participantes foram selecionadas pela metodologia bola de neve, “forma de amostra não probabilística, que utiliza cadeias de referência. Torna-se útil para estudar determinados grupos difíceis de serem acessados” (p. 203)¹⁵. O número de participantes alcançou a saturação teórica, momento em que novas entrevistas não apresentam elementos substancialmente novos¹⁶.

Foram entrevistadas somente mulheres que realizaram cirurgias de redesignação sexual, tendo em vista a concentração de pesquisas^{1-4,6,8} sobre o processo transexualizador realizadas com pacientes em acompanhamento nos serviços transexualizadores. Tais indivíduos, por estarem em busca dos laudos que autorizem o acesso aos serviços, podem apresentar resistências em participar de pesquisas por medo de que as informações compartilhadas possam prejudicar a aprovação no processo de diagnóstico^{2,3,6}, omitindo, assim, informações que podem ser importantes ao processo investigativo.

A pesquisa seguiu as determinações da Resolução CNS 466/2012, foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob número CAAE 57931916.2.0000.5060 e os indivíduos tiveram a participação consentida a partir do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Em um esforço de ampliar e aprofundar a análise do material empírico, são utilizadas informações sobre a distribuição geográfica dos serviços transexualizadores extraídas do site do Ministério da Saúde¹⁷, bem como é realizado um diálogo com a literatura nacional e internacional.

Resultados e discussão

1º desafio: A distribuição geográfica dos serviços transexualizadores no Brasil

O estado onde a pesquisa fora executada, assim como outros estados brasileiros, não possuía o processo transexualizador do SUS no período em que o estudo foi realizado¹⁸, uma vez que, para tal, era preciso que o hospital estivesse habilitado junto com o Ministério da Saúde nos termos da Portaria 2803/2013¹². São possíveis duas modalidades de habilitação: ambulatorial, que oferece “acompanhamento clínico, acompanhamento pré e pós-operatório e hormonioterapia”¹², e hospitalar, com “realização de cirurgias e acompanhamento pré e pós-operatório”¹².

Até 9 de setembro de 2018¹⁷, encontravam-se habilitados dez estabelecimentos para a oferta do processo transexualizador do SUS, conforme quadro 1.

Quadro 1. Distribuição geográfica das unidades habilitadas para a oferta do processo transexualizador do SUS

Norte	Não há unidade com habilitações na região Norte.
Nordeste	1. Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco – Recife (PE).
Sudeste	1. Hospital das Clínicas de Uberlândia (MG); 2. Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia do Rio de Janeiro; 3. Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS de São Paulo; 4. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (SP); 5. Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 6. Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes*.
Centro-Oeste	1. Hospital das Clínicas de Goiânia, da Universidade Federal de Goiás – Goiânia (GO).
Sul	1. Centro de Referência e Centro Regional de Especialidades (CRE) Metropolitano, de Curitiba (PR); 2. Hospital das Clínicas de Porto Alegre (RS) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

*O Ambulatório de Diversidade de Gênero do Hospital Cassiano Antônio de Moraes foi habilitado em 22 de fevereiro de 2018, na modalidade ambulatorial¹⁸.

Fonte: Brasil¹⁷.

Do ponto de vista geográfico, as unidades habilitadas para oferta do Processo Transexualizador do SUS, tanto na modalidade hospitalar quanto ambulatorial, concentram-se em sua maioria na região Sudeste, com seis das dez unidades, seguida da região Sul, com duas unidades, Nordeste e Centro-Oeste, com uma unidade habilitada cada.

A habilitação da unidade do processo transexualizador do SUS no estado em que a pesquisa empírica aconteceu é recente e se deu na modalidade ambulatorial, ofertando acompanhamento clínico, psicológico e social, bem como hormonioterapia¹⁸. Contudo, essa unidade de referência para oferta dos serviços transexualizadores ainda necessita da participação do governo estadual para custeio das cirurgias de redesignação sexual, uma vez que dependeria de uma nova habilitação, na modalidade hospitalar, para que houvesse faturamento desse procedimento junto com o MS.

As iniciativas de governos estaduais em financiar serviços de saúde específicos à população trans, na ausência de habilitação junto com o MS, representam importante esforço à equidade e universalização da saúde pública. Entretanto, a dependência entre as pactuações orçamentárias e a caderneta de serviços a serem ofertados entre Secretarias Estaduais de Saúde e unidades responsáveis pela oferta do serviço determina o número de procedimentos e insumos disponibilizados à população usuária, podendo ser insuficientes. Algumas participantes relataram:

Primeira coisa que acontece, elas não se preparam para esse pós dessa cirurgia, essa correção necessita de tratamento que requer muita grana, quando eu falo muita grana, você pode ir lá e comprar uma pomada [...] isso é obrigatório você passar na vagina duas vezes por semana, você tem que passar, pra sempre. (Participante 2)

Eu sou obrigada a tomar hormônios. Têm os injetáveis que são mais baratos, mas com o tempo dá trombose, dá câncer de mama, então, se você quiser hormônio melhor, ele fica perto de R\$ 100,00 reais o mês. [...] As pomadas são caras. [...]. (Participante 6)

E creme. Eu uso um creme vaginal. [...] Uma vez na semana. Eu compro por minha conta. [...] Para mim é caro. Eu sou estagiária, então, né. (Participante 5)

As participantes apontam que a não oferta de insumos por elas considerados importantes (pomadas para cuidados pós-operatórios e hormônios) as imputa – assim como àqueles que desejam passar pelo processo transexualizador – a necessidade de uma programação financeira, a fim de garantir os cuidados em saúde pré e pós-cirurgia de transgenitalização. Trata-se de uma programação necessária ao acesso a hormônios e pomadas/cremes vaginais para cuidados pós-operatórios, insumos que, segundo elas, não eram cobertos pelas pactuações que, na ausência de habilitação junto com o MS, financiavam a existência dos serviços transexualizadores nos quais foram atendidas.

Contudo, a programação financeira apontada pela participante 2 não é uma possibilidade real de toda a população trans. Como apontaram Almeida e Murta⁷:

As experiências e as trajetórias de vida devem ser percebidas numa perspectiva de totalidade histórica, em que indivíduos e grupos têm grande parte suas vidas condicionadas por determinantes de diversas naturezas: econômica, política, cultural e subjetiva.⁷ (p. 396)

Há que se considerar que a população trans é vítima preferencial de marginalização social, discriminação e violência¹⁹, levando à perda de toda a rede de apoio familiar, bem como dificuldades em se inserir no mercado de trabalho formal, elementos que, em outro contexto, poderiam auxiliar financeiramente na busca pelos recursos para transformação do corpo^{2,3,7}.

Outro fator que atravessa a programação financeira é a necessidade de deslocamento em direção às áreas onde há oferta dos serviços. A concentração geográfica dos serviços em capitais e na região sul e sudeste se apresenta como importante promotor de desigualdade no acesso. Segundo Lombardi²⁰, “aqueles que vivem em áreas isoladas podem não ter acesso fácil a tais especialistas e podem ter que encontrar outras maneiras de fazer sua transição” (p. 870). Em relação a essas “outras maneiras”, podemos citar a automedicação com hormônios e as aplicações de silicone industrial, importantes causas de adoecimento e morte entre pessoas trans^{2,5}.

2º Desafio: Discriminação e transfobia nos serviços de saúde

Entre a população de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais (LGBTs), a população trans possui maior dificuldade em acessar o sistema público de saúde ao solicitarem serviços especializados, já que muitas vezes são vítimas preferenciais da trans/travestifobia institucionalizada nos serviços de saúde¹⁹.

O sistema de saúde brasileiro tem se empenhado ao longo da última década em combater a realidade de discriminação e desrespeito ao nome social como barreiras ao acesso à saúde. Em 13 de agosto de 2009, foi publicada a portaria nº 1820, nomeada Carta dos Direitos dos Usuários do SUS. O documento definiu como direito do(a) s usuário(a)s do SUS “o atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação”²¹, garantindo o direito à autoidentificação e ao uso do nome social. Em 1º de dezembro 2011, a Portaria MS nº 2.836 instituiu a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais; que definiu como direito o “uso do nome social de travestis e transexuais, de acordo com a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS”²².

Contudo, apesar do esforço do MS em realizar campanhas de combate à discriminação e de respeito ao nome social, as portarias nº 1820/2009 e nº 2.836/2011 parecem ainda não ter sido acolhidas completamente nos cotidianos dos serviços de saúde, como narraram algumas das participantes:

Já passei constrangimento [...] no hospital mesmo, alguém chamar pelo nome, e você levanta, a pessoa: “Ah! Que não sei o quê”. Aí rola essas gracinhas.
(Participante 8)

Existe todo aquele problema dos nomes, né? Acabam não usando o nome social, que já gerou muito problema. [...] Sim, [elas deixam de buscar serviços de saúde por receio de discriminação]. Elas são discriminadas demais. (Participante 2)

Rolava muito constrangimento, porque eu sempre fui muito feminina e quando mostrava a identidade as pessoas ficavam em choque. Elas ficavam questionando se realmente era aquilo, sabe? De forma insistente. (Participante 6)

Ah! Eu chegava a chorar quando eu não conseguia atendimento. [...] Às vezes elas [receptionistas], assim no modo de atender, de chamar pelo nome, de não querer chamar pelo nome que a gente gosta. (Participante 4)

A transição no gênero realizada pela população trans é dependente das dimensões física-corporal-biológica e cultural-social-linguística. Rocon et al⁸ apontam que as:

[...] mudanças linguísticas, reivindicadas em dissonância com as normas hegemônicas de sexo/gênero, funcionam como recurso condicionante para o empreendimento da transformação corporal. Desse modo, a linguagem funciona como um campo de produção da vida⁸. (p. 49)

Ao desrespeitarem o nome social e fazerem uso inadequado dos pronomes de tratamento nos atendimentos à população trans, os trabalhadores da saúde produzem situações vexatórias e humilhação pública do(a)s usuário(a)s trans, violando o direito à autodeterminação da identidade de gênero previsto pela Carta de Direitos dos Usuários do SUS. Além disso, tal violação desloca a população trans para as construções de gênero das quais buscam se desvincular³, negando dessa forma o direito à vida e ao reconhecimento das identidades de gênero.

As narrativas apresentam uma realidade encontrada nos serviços de saúde que não é restrita à população transexual, sendo também vividas pela população travesti^{2,5,8}. Meyer²³ aponta que “os indivíduos transgêneros são estigmatizados, discriminados e ridicularizados nos encontros com aqueles encarregados de seus cuidados.” (p. 856)²³. Duarte²⁴, em relação ao atendimento da população LGBT, relata que “certas brincadeiras de mau gosto, atitudes preconceituosas e discriminatórias são reais e presentes no contexto assistencial da saúde” (p. 94)²⁴.

Essa realidade tem contribuído para quadros de adoecimento e morte da população trans, na medida que dificulta o acesso aos serviços públicos de saúde, como pontua a participante 2, bem como produz resistência nessa população em buscar assistência à saúde quando necessário, podendo ocasionar inclusive o abandono de tratamentos em andamento^{2,5}. Romano⁵ evidenciou absenteísmo e abandono de tratamentos em andamento. Rocon et al² identificaram que, mesmo em caso de adoecimento, pessoas trans que foram discriminadas em serviços de saúde resistem em procurá-los.

O desrespeito ao nome social, bem como os processos discriminatórios presentes no cotidiano dos serviços de saúde narrados pelas participantes, devem ser analisados como violação ética diante de seus esforços em perseverar na existência, na medida em que produzem sofrimento, além de contribuir com sérios processos de adoecimento dessa população. Nessa direção, consolidam-se como importante barreira à universalidade do acesso à saúde para a população trans brasileira.

3º desafio: O diagnóstico de transexualismo como requisito para o acesso ao processo transexualizador

Apesar dos avanços sinalizados pela institucionalização das necessidades em saúde da população trans, o acesso aos serviços transexualizadores no Brasil tem sido condicionado ao diagnóstico de transexualismo¹⁰⁻¹², fato apontado como promotor de seletividade no acesso ao processo transexualizador^{1-3,6,7}. Parte das bases teóricas do diagnóstico e patologização da transexualidade na contemporaneidade é atribuída a Harry Benjamin e John Money.

Harry Benjamin^{6,9} buscou diferenciar transexuais de travestis e gays em busca de um transexual verdadeiro. Entre os critérios avaliativos, Benjamin tomou o desejo pela cirurgia de redesignação sexual como condição à classificação transexual verdadeiro^{6,9}. John Money, segundo Preciado²⁵, foi o precursor dos conceitos “identidade de gênero” e “papel de gênero”, pois:

[...] inventa o termo gênero, diferenciando-o do tradicional sexo para nomear o pertencimento de um indivíduo a um grupo culturalmente reconhecido como masculino ou feminino e afirma que é possível modificar o gênero de qualquer bebê até os dezoito meses²⁵. (p. 29)

A partir de Lanz⁹ e Borba⁶, pode-se dizer que Money creditava a origem da transexualidade ao processo de socialização, que, se realizada dentro dos padrões de normalidade estabelecidos e aceitos pela sociedade, garantiria uma linearidade entre a genitália e os papéis de gênero²⁵.

No Brasil, as formulações de Money e Benjamin podem ser encontradas em resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM) e portarias do (MS) sobre diagnósticos de transexualismo e organização dos serviços transexualizadores. A resolução do CFM nº 1652/2010²⁶, tomada por referência pela portaria MS nº 2.803/2013, definiu o paciente transexual como “portador de desvio psicológico permanente de identidade sexual, com rejeição do fenótipo e tendência à automutilação e/ou autoextermínio” e determinou como critérios diagnósticos: “1) Desconforto com o sexo anatômico natural; 2) Desejo expresso de eliminar os genitais, perder as características primárias e secundárias do próprio sexo e ganhar as do sexo oposto; 3) Permanência desses distúrbios de forma contínua e consistente por, no mínimo, dois anos; 4) Ausência de outros transtornos mentais”²⁶.

As normativas brasileiras que definem a transexualidade pensam, “sobretudo, na possibilidade de utilizar a tecnologia para modificar o corpo segundo um ideal regulador preexistente que prescreve como deve ser um corpo humano feminino ou masculino”²⁵ (p. 83), definindo inclusive a presença de um desejo pela cirurgia de redesignação sexual como definidor da transexualidade verdadeira^{1-3,6,7,9,25}. Nesse sentido, as transexualidades vão sendo classificadas como doença, anormalidade, transtorno, desvio e problema objetivo a ser corrigido à luz de intervenções cirúrgicas, psicoterapêuticas e endocrinológicas em consonância com perspectivas de gênero que produzem “a ideia de que o gênero reflete, espelha o sexo [...]. A natureza constrói as sexualidades e posiciona os corpos de acordo com as supostas disposições naturais” (p. 90)³. Assim, as normas de gênero são apresentadas como naturais e universais; contudo,

“o único mapa que guia o olhar médico e dos membros da equipe são as verdades estabelecidas socialmente para os gêneros.” (p. 87)²⁷.

As participantes narraram fatos que mostram os olhares médicos e do psicólogo direcionados à aferição de padrões de beleza, comportamento, vestimenta e estereótipos de feminilidade, solicitando uma retórica permanente de negação do uso do pênis nas experiências afetivas e eróticas:

O que eles cobram é você ter uma vivência feminina. Eles falam que eles não operam homem. [...] Eu já estava cansada de falar as mesmas coisas. Você tinha que provar que era mulher, que você era mulher na cabeça... na maneira de vestir, em tudo. (Participante 7)

E em relação à pessoa, ele [profissional] olha muito isso da pessoa ter passagem também. [...] Eu acho que ele dá uma observada na pessoa como um todo. A aparência conta. (Participante 5)

Foi difícil. Quatro anos. [...]. Mas ele [médico] mesmo falava: “Não. Você tem que estar melhorando”. [...] A aparência eu acho que é isso [...]. Eu acho que eles olham muito assim, a questão social mesmo. Se você vai ter uma aceitação. Eu acho que é isso também [...]. Eu não concordo. Porque o que realmente influencia é o que você sente. É o que está no seu coração. Entendeu? Então, se eu me sinto como uma mulher, independente assim de ter peito, de ter uma fisionomia feminina. (Participante 4)

E aqui no hospital uma pessoa que tem barba no rosto não vai operar [...]. A psicóloga mesmo fala “Você é tão feminina. Você já pode operar”. Não é isso que faz uma pessoa operar, não é o físico, é a cabeça. Você entendeu? Então muitas meninas que estavam no plano que não eram femininas, que não tinham condições de se cuidar, a psicóloga achava que não estavam preparadas porque não eram femininas. Entendeu? (Participante 6)

Às vezes a gente chegava com as meninas lá e ele até corrigia. Porque se é mulher tem que ser mulher. Entendeu? Então ele relatava muito isso. (Participante 8)

A psicóloga de cara não quis me dar o laudo não, aí ela foi conversando comigo. Eu fui bem positiva nas palavras, bem segura, só que ela ficou com o pé atrás, mas depois ela me deu o laudo. Eu acho que é porque eu falo demais aí acabei convencendo. (Participante 8)

As participantes vão mostrando que o processo terapêutico se constitui em um exaustivo esforço para reiterar discursos, negar desejos, reeducar comportamentos e treinar *performances* de gênero a fim de provar suas transexualidades, de convencer a equipe do fornecimento dos laudos de transexual verdadeiro, em um constante jogo com as normas de gênero e (des)aprendizado de si, tal como pontuou Borba⁶.

Além disso, as participantes também revelam que o acompanhamento pré-cirúrgico de dois anos, tal como prevê as normativas do processo transexualizador,

torna-se momento privilegiado de produção daquilo que se diz encontrar via diagnóstico: o transexual verdadeiro. Ao longo dos encontros umas com as outras e com os profissionais da equipe do processo transexualizador, as pacientes vão sendo treinadas, excitadas e disciplinadas à luz de ideais de feminilidade, masculinidade, comportamentos e padrões estéticos, distanciando-se da homossexualidade e da travestilidade^{3,6,9,25,27}. Butler²⁸ aponta que a única maneira de acessar os serviços transexualizadores é aprendendo “como se apresentar num discurso que não é o seu – um discurso que apaga você no ato de representar você” (p. 113)²⁸. Apagar-se em um discurso que convença os profissionais envolvidos na produção de laudos que garantam o acesso aos serviços transexualizadores se faz presente nas narrativas. Há todo um processo de convencimento em relação aos profissionais envolvidos no diagnóstico, de modo que é preciso dizer sempre a mesma coisa, escolher as vestimentas corretas, argumentar sobre a veracidade do corpo/identidade e (auto)disciplinar o comportamento, como mostram as narrativas das participantes.

Contudo, as narrativas também nos permitem compreender que pacientes que não conseguem convencer as equipes dos serviços transexualizadores de seus sofrimentos e da veracidade de suas identidades de gênero poderão ter seus laudos negados. Pacientes que não se adequam aos ideais de feminilidade e masculinidade requeridos pelas equipes dos processos transexualizadores, bem como às perspectivas de gênero impressas pelos profissionais nos processos de diagnóstico, não conseguirão acessar os serviços de saúde oferecidos no âmbito do processo transexualizador.

A busca por um transexual verdadeiro nos processos de diagnóstico pode ser equivocada, assim como também são as tentativas de descrever a população trans usuárias dos serviços transexualizadores como incapazes de autodeterminarem suas identidades. Frases como: “Você tem que estar melhorando [a aparência]” (Participante 4) e “Você é tão feminina. Você já pode operar” (Participante 6) são demonstrações dramáticas da inexistência de um transexual verdadeiro, evidenciando que os sinais e sintomas para transexualidade são retirados “da representação comum da norma em um meio social em dado momento” (p. 77)²⁹. Assim, em um meio histórico e social no qual os gêneros são normativamente produzidos pela diferença genital entre os corpos – homem-masculino-pênis *versus* mulher-feminino-vagina –, “todos os corpos inadequados a esse padrão poderão ser considerados doentes, como no caso dos corpos trans” (p. 2524)³.

Considerações finais

A expansão geográfica do processo transexualizador do SUS, sobretudo na região Norte, apresenta-se como indispensável no processo de universalização de seu acesso. Contudo, do ponto de vista do planejamento, a ampliação do número de unidades credenciadas para a oferta dos serviços transexualizadores solicitará investimentos pelo MS no incentivo à formação de trabalhadores da saúde e na realização de acompanhamento clínico, psicológico e social à população trans brasileira que busca transformar seus corpos com o auxílio do processo transexualizador.

A expansão dos serviços transexualizadores no Brasil também requer um profundo processo de avaliação dessa última década (2008-2018), identificando os

principais entraves a fim de avançar com as habilitações de mais unidades. Aponta-se, contudo, para a importância de se elaborar estratégias como programas de residências multiprofissionais que formem recursos humanos do ponto de vista ético, técnico e científico para atuação com a população trans. Também destaca-se, como prevê a Política de Saúde Integral LGBT, a necessidade de ampliar os investimentos no financiamento de pesquisas implicadas na produção e aprimoramento de tecnologias, técnicas, procedimentos e protocolos de avaliação, aplicação e intervenção na população usuária dos serviços transexualizadores, objetivando aprimorar os protocolos de acolhimento nos serviços, de intervenção psicoterapêutica e de hormonioterapia; e as técnicas cirúrgicas.

Como foi evidenciado, os processos discriminatórios e o desrespeito ao nome social precisam ser compreendidos como uma violação ética ante a existência das pessoas trans, pois vislumbram não reconhecer seus esforços para construções corporais em função de perseverar na existência. Ao produzirem sofrimento, o desrespeito ao nome social, a transfobia e travestifobia institucionalizados contribuem para o adoecimento e morte dessa população.

Nessa direção, aponta-se a necessidade de investimentos em processos formativos com trabalhadores da saúde orientados por uma perspectiva ética, de produção de afecções em direção à produção de sensibilidades implicadas com o reconhecimento e a expansão e proteção das vidas trans. O combate à realidade de transfobia institucionalizada nos serviços de saúde dependerá de profissionais implicados com o reconhecimento das vidas trans, e somente assim será possível concretizar a acolhida da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS e a Política Nacional de Saúde Integral LGBT no cotidiano dos serviços, garantindo um acesso integral e equânime com o uso do nome social e livre de discriminação.

Por fim, aponta-se que o processo transexualizador, ao definir o diagnóstico de transexualismo como requisito ao acesso, além de limitar aquele, contribui para o adoecimento, marginalização e discriminação da população trans por três motivos:

1^o – na medida em que limita o acesso ao programa, deixa a população trans refém dos possíveis processos de adoecimento e morte por automedicação e aplicações de silicone industrial:

Como na época a gente não tinha recurso eu coloquei silicone industrial. E este silicone industrial ele foi para o testículo e ficou muito grande. Me incomodava. Quando eu comia coisa remosa ficava inchadão e duro esse silicone. (Participante 9)

A aplicação corporal de silicone industrial é uma engenharia arriscada para transformação do corpo que levou a participante 9 à realização de um procedimento cirúrgico. A busca por tal recurso teve em suas causas a necessidade de feminilização do corpo para o trabalho com sexo, aliada à falta de recursos financeiros para custear procedimentos na medicina privada. O trabalho com prostituição é realidade na vida de muitas pessoas trans e impõe uma necessidade mercadológica: transformar o corpo para aumentar os ganhos financeiros, correspondendo em parte ao desejo dos clientes⁴.

Outros estudos identificaram adoecimento por automedicação e aplicações de silicone industrial. Romano⁵ associou a automedicação com hormônios e aplicações de silicone industrial a distúrbios hepáticos, infecções e trombose em membros

inferiores. Rocon et al² apresentaram narrativas associando o aparecimento de cânceres e furúnculos, deformidades corporais e morte pelo uso do silicone e dos hormônios sem acompanhamento médico. Os possíveis quadros de adoecimento inerentes aos processos de transformação do corpo vivenciados pela população trans poderiam ser prevenidos com a garantia do acesso universal ao processo transexualizador.

2º – se forem consideradas as diferenças regionais e culturais brasileiras e suas influências nos processos de autodeterminação identitárias e transição no gênero, “no norte/nordeste, a categoria transexual praticamente não existe. Assim, é comum que travestis procurem o programa em busca de mudanças corporais que podem abranger a modificação genital” (p. 397)⁷. Nesse sentido, um diagnóstico universal apoiado na busca de um transexual verdadeiro, desconsiderando os atravessamentos socioculturais e históricos na autodeterminação identitária, será importante barreira para o acesso.

3º – o processo de diagnóstico ao patologizar as identidades de gênero trans reforça a marginalização dessa população, uma vez que receber um diagnóstico de transtorno “é ser, de certa maneira, considerado doente, errado, disfuncional, anormal, é sofrer certo estigma social em consequência desse diagnóstico” (p. 96)²⁸, contribuindo também para a invisibilidade da população transexual, que não possui um discurso atrelado pela repulsa ao próprio corpo, bem como não apresenta a cirurgia de redesignação sexual como meta terapêutica.

Assim, é preciso repensar o acesso ao processo transexualizador do SUS condicionado ao diagnóstico de transexualismo, tendo em vista que as experiências de gênero, bem como a autodeterminação e autoconstrução neste, é permeada por elementos histórico-econômicos, político-culturais e geográficos que as fazem singulares, não naturais, não universais e historicamente localizadas⁷.

Por fim, é preciso destacar a importância da criatividade na elaboração de estratégias alternativas ao diagnóstico para entrada no processo transexualizador do SUS. Rocon e Silva³⁰ relatam a experiência de acolhimento dos pacientes no processo transexualizador por meio da estratégia de trabalho com grupos. Após as participações no grupo, nas quais eram discutidas questões sobre gênero, sexualidade e transexualidade, bem como eram apresentados os serviços disponibilizados pelo hospital por demanda dos usuários, os participantes eram encaminhados aos profissionais que relatavam necessitar em seus processos de transição de gênero. A partir dos grupos, perspectivava-se que as demandas dos usuários se sobrepusessem ao ímpeto de um diagnóstico como requisito para o acesso, na busca de um acompanhamento terapêutico que se transmutasse de uma perspectiva de compulsoriedade para a autonomia das pessoas trans e na busca pelos profissionais que desejavam como parceiros em seus processos para transformação dos corpos em direção às perspectivas de gênero que endereçavam-se a viver.

Contribuições dos autores

Pablo Cardozo Rocon é responsável pela concepção e delineamento do trabalho, análise e discussão dos resultados e redação do manuscrito. Francis Sodré, Alessandro Rodrigues, Maria Elizabeth Barros de Barros e Kallen Dettmann Wandekoken participaram da discussão dos resultados e realizaram revisão final crítica do seu conteúdo. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Referências

1. Arán M, Zaidhaft S, Murta D. Transexualidade: corpo, subjetividade e saúde coletiva. *Psicol Soc.* 2008; 20(1):70-9.
2. Rocon PC, Rodrigues A, Zamboni J, Pedrini MD. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. *Cienc Saude Colet.* 2016; 21(8):2517-25.
3. Bento B. A (re)invenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual. Rio de Janeiro: Garamond; 2006.
4. Rocon PC, Zamboni J, Sodré F, Rodrigues A, Roseiro MCFB. (Trans)formações corporais: reflexões sobre saúde e beleza. *Saude Soc.* 2017; 26(2):521-32.
5. Romano VF. As travestis no programa saúde da família da Lapa. *Saude Soc.* 2008; 17(2):211-9.
6. Borba R. O (des)aprendizado de si: transexualidades, interação e cuidado em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2016.
7. Almeida G, Murta D. Reflexões sobre a possibilidade da despatologização da transexualidade e a necessidade da assistência integral à saúde de transexuais no Brasil. *Sex Salud Soc.* 2013; (14):380-407.
8. Rocon PC, Sodré F, Zamboni J, Rodrigues A, Roseiro MCFB. O que esperam pessoas trans do Sistema Único de Saúde? *Interface (Botucatu).* 2018; 22(64):43-53.
9. Lanz L. O corpo da roupa: a pessoa transgênera entre a transgressão e a conformidade com as normas de gênero. Curitiba: Transgente; 2015.
10. 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.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.707/GM, de 18 de Agosto de 2008. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. *Diário Oficial União.* 18 Ago 2008.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.803/GM, de 19 de Novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial União.* 19 Nov 2013.
13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2014.
14. Castellanos MEP. A narrativa nas pesquisas qualitativas em saúde. *Cien Saude Colet.* 2014; 19(4):1065-76.



15. Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Tematicas*. 2014; 22(44):203-20.
16. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saude Publica*. 2011; 27(2):389-94.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção especializada e hospitalar: acesso e regulação. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [citado 9 Set 2018]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/atencao-especializada-e-hospitalar/especialidades/processo-transsexualizador-no-sus/acesso-e-regulacao>
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 410/GM, de 22 de Fevereiro de 2018. Habilita o Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes para realização do Componente Atenção Especializada no Processo Transsexualizador - modalidade ambulatorial. *Diário Oficial União*. 2 Mar 2018.
19. Mello L, Perilo M, Braz CA, 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.
20. Lombardi E. Enhancing transgender health care. *Am J Public Health*. 2001; 91(6):869-72.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 675/GM, de 30 de Março de 2006. Aprova Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que consolida os direitos e deveres do exercício da cidadania na saúde em todo o País. *Diário Oficial da União*. 31 Mar 2009.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.836/GM, de 1 de Dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). *Diário Oficial da União*. 1 Dez 2011.
23. Meyer IH. Why lesbian, gay, bisexual, and transgender public health? *Am J Public Health*. 2001; 91(6):857-9.
24. Duarte MJO. Diversidade sexual, políticas públicas e direitos humanos: saúde e cidadania LGBT em cena. *Temporalis*. 2014; 14(27):77-98.
25. Preciado B. *Texto Yonqui*. Madri: Espasa; 2008.
26. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.652, de 2 de Dezembro de 2002. Resolução nº 1.955, de 3 de Setembro de 2010. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF*. 3 Set 2010; sec. 1, p. 109-110.
27. Bento B. *O que é transexualidade?* São Paulo: Editora Brasiliense; 2008.
28. Butler J. Desdiagnosticando o gênero. *Physis*. 2009; 19(1):95-126.
29. Canguilhem G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2012.
30. Rocon PC, Santos MHS. Iniciando um trabalho do serviço social no serviço transsexualizador do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes. *REBEH Rev Bras Estud Homocultura*. 2018; 1(2):106-15.



Body transformation may be considered a social determinant of health among transgender people. This article examines three challenges in ensuring universal access to the transexualizer process provided services provided by the Brazilian National Health System (SUS). A qualitative study was conducted using audio-recorded narrative interviews. Current challenges include: 1. Poor geographical distribution of programs, with six out of 10 of the country's gender reassignment facilities located in the Southeast Region and absence of facilities in the North Region; 2. Discrimination and lack of respect in relation to preferred names, which hampers access to health services; 3. Diagnosis of transsexualism is guided by socially constructed gender norms, preventing access to transgender services.

Keywords: Access. Health. Transexualizer process. Transsexuality. Gender.

La transformación del cuerpo puede constituirse en un factor determinante social para la salud de la población trans. En este artículo, se analizan tres desafíos a la universalización del acceso al proceso transexualizador del Sistema Brasileño de Salud (SUS). servicio de salud específico para las demandas por transformación del cuerpo de la población trans. Se realizó una investigación cualitativa con datos producidos a partir de entrevistas narrativas grabadas en audio. Los desafíos actuales son: 1. La distribución geográfica de los programas con concentración de 6 de las 10 unidades habilitadas para la oferta del proceso transexualizador del SUS en la región Sudeste, así como la ausencia de unidades en la región Norte. 2. La realidad de discriminación y falta de respeto al nombre social que impiden el acceso a los servicios de salud. 3. El diagnóstico de transexualismo que, al orientarse por normas socialmente construidas para el género, impide el acceso a los servicios transexualizadores.

Palabras clave: Acceso. Salud. Proceso transexualizador. Transexualidad. Genero.

Submetido em 30/11/18.
Aprovado em 15/02/19.