



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Ciências Sociais

Faculdade de Serviço Social

Márcia Cristina Brasil Santos

**Aos trancos e barrancos: uma análise do processo de implementação e
capilarização do processo transexualizador no Brasil**

Rio de Janeiro

2020

Márcia Cristina Brasil Santos

**Aos trancos e barrancos: uma análise do processo de implementação e
capilarização do processo transexualizador no Brasil**



Tese apresentada como requisito parcial para
obtenção do título de Doutor (a), ao Programa
de Pós-Graduação em Serviço Social, da
Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientador: Prof. Dr. Guilherme Silva de Almeida

Rio de Janeiro

2020

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CCS/A

S237 Santos, Márcia Cristina Brasil.
Aos trancos e barrancos: uma análise do processo de implementação e capilarização do processo transexualizador no Brasil / Márcia Cristina Brasil Santos. – 2020.
483 f.

Orientador: Guilherme Silva de Almeida.
Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Serviço Social.

1. Transexualidade – Teses. 2. Assistência à saúde – Teses. 3. Serviço Social – Teses. I. Almeida, Guilherme Silva de. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Serviço Social. III. Título.

CDU 613.885

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Márcia Cristina Brasil Santos

**Aos trancos e barrancos: uma análise do processo de implementação e
capilarização do processo transexualizador no Brasil**

Tese apresentada como requisito parcial para
obtenção do título de Doutor (a), ao Programa
de Pós-Graduação em Serviço Social, da
Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 18 de dezembro de 2020.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Guilherme Silva de Almeida (Orientador)
Faculdade de Serviço Social - UERJ

Profª Dra. Carla Cristina da Silva Almeida
Faculdade de Serviço Social - UERJ

Profª Dra. Daniela Murta Amaral
Universidade Estácio de Sá

Profª Dra. Flávia do Bonsucesso Teixeira
Universidade Federal de Uberlândia

Prof. Dr. Maurilio Castro de Matos
Faculdade de Serviço Social - UERJ

Profª Dra. Tatiana Dahmer Pereira
Universidade Federal Fluminense

Rio de Janeiro

2020

DEDICATÓRIA

Dedico essa tese às queridas amigas Beth Amorim Leandro e Mirian Peres de Moura. Os dias ficaram mais cinzas e mais tristes sem a potência e a gargalhada dessas moças lindas e aguerridas, minhas irmãs de alma. Dedico também a minha vó, Maria Nazaré Brasil, com quem aprendi a ser eu (*in memoriam*).

AGRADECIMENTOS

Sempre eu ouvi dizer que escrever tese era um exercício solitário. Isso sempre me assustou porque, apesar de meio arredia, não lido bem com a solidão. Escrever essa tese em meio à uma pandemia, à incerteza e ao medo, me provou que esse exercício não é tão solitário assim, pelo menos para mim não foi. E por isso quero agradecer. Primeiramente agradecer a DEUS por eu estar viva hoje e não ter perdido ninguém do meu núcleo familiar mais próximo para a COVID e me solidarizar com aqueles que não tiveram a mesma sorte. Perdi muitos amigos para essa doença e acompanhei muitos amigos perdendo seus pais, mães, irmãos, amigos. A estes deixo meu abraço triste porque não foi possível sequer estar ao lado deles nesse momento difícil.

Eu, ao finalizar essa tese, estou realizando um sonho que demorou 14 anos para se concretizar: 10 anos tentando as seleções do doutorado todos os anos e 4 para a integralização do curso. Isso fala de muita coisa, sobretudo remete às questões étnico-raciais, de classe e de gênero, não à toa essas variáveis atravessam toda a escrita desse trabalho. Esse sonho, eu não realizei sozinha, na verdade, eu tenho um exército de amigos que caminhou e torceu comigo e por isso gostaria de registrar minha singela homenagem em agradecimentos.

Eu acho que eu não teria conseguido chegar até aqui sem minha família, meu marido João José, meus filhos João Pedro, Maria Clara e Francisco, que são minha base, meu alicerce. Ao lado deles, com eles e por eles, eu posso suportar qualquer dificuldade e vencer qualquer obstáculo. Família, eu amo vocês. Obrigada.

Minha mãe foi incrível! Veio passar a quarentena em minha casa e me deu todo o apoio que eu precisava, mesmo sem entender o que significa um doutorado. Para ela eu sou a pessoa mais inteligente do mundo e não sabe por que estudo tanto... obrigada mãe.

Agradeço a meus irmãos/as e sobrinhos/as. Cada passo que dou, vocês estão comigo, mesmo que não saibam. A minha família de Cabo Verde, África, especialmente sobrinhos e cunhadas, vocês estão longe, mas muito perto, pois não saem da minha lembrança nem do meu coração. Aos sobrinhos, tios e primos em Portugal, EUA, Espanha, meu coração tem um compartimento especial para vocês.

Aos amigos... ah... os amigos! o que seria da minha vida sem vocês? meus amigos estão em toda a parte, difícil categorizar. Vou tentar registrar esse agradecimento em “famílias de amigos”:

À “família uro”: Parte do que sou como pessoa e profissional eu devo a esse grupo que tive a sorte e a honra de construir ao longo da minha trajetória de trabalho no processo

transexualizador no HUPE. Aqui registro meus agradecimentos à Ludmila Vasconcelos, minha primeira residente, Zélia Lima e Andressa Pilar, minhas primeiras estagiárias do processo trans, Samanta Crolman, Samantha Guedes, Pâmela Galdino, Elisa Prestes, Beatriz Baptista, residentes da segunda geração, pessoas incríveis que me ajudaram a estruturar o trabalho, Gabriela Lyrio, Marcela Vendramini, Carol Gonçalves, Priscila Damasceno, estagiárias que se formaram e transformaram o serviço, Juliana Baltar, Camilla Garcino, Laura Barbosa, Monalisa Argolo, Camila Baptista, Jessica Esteves, Bianca Martins, Jaqueline Aguiar, Camilla Moura, Fayllane Almeida, Isabele Moura, Daniela Freitas, Aline Diniz Yanka Martins, Luana El-Amme, Lorena Pereira, Yasmin Burgos, Rayssa Ferreira. Estagiárias e residentes que passaram pela urologia e processo transexualizador e que me auxiliaram na condução e fortalecimento do serviço e nas reflexões sobre o processo transexualizador no SUS. Parte significativa desse grupo se tornou minhas amigas, a quem quero manter sempre por perto.

À “família” de amigos do serviço social da Saúde do Adulto do HUPE: a sempre amada Liliane Brito, Isis Basílio, Cintia Rocha, Monique Alves, Tania Segura, Mariana Tumonis, meu braço direito durante meu afastamento para estudos e a recém-chegada Nathalie: à vocês que têm segurado o serviço de forma tão competente e aguerrida e de forma solidária, aceitaram minha ausência, eu só tenho gratidão, sem a solidariedade e compreensão de vocês teria sido muito mais difícil terminar esse doutorado. À todas residentes e estagiárias de serviço social do HUPE, à vocês deixo meu agradecimento.

Aqui vai um agradecimento especial à Darci Cassia, minha chefe e amiga e a Rodriane Souza, que não está mais na equipe, mas sempre será uma referência para o serviço social do HUPE. As duas foram as culpadas por eu ter iniciado o trabalho no processo trans. Meu muito obrigada, queridas.

À “família” de amigos do HUPE, não posso deixar de agradecer e lembrar das minhas colegas da Saúde da Criança (Michele de Paula, Cristielle, Elaine, Lidiane), da Saúde da Mulher (Daniele Pessoa, Mayana, Beatriz, Cláudia Domingues e Claudia Alves) da Saúde Mental (Flávia Marinho e Débora), da Saúde Oncológica/CUCC (Amanda e Hebréia) do NESA (Mirian Peres [In Memoriam], Neidy, Carmem e Fernanda). Segue ainda um agradecimento à Regina da Hemoterapia, às colegas da Saúde do Trabalhador, da Saúde do Idoso/NAI e da Policlínica Piquet Carneiro. Não posso deixar de lembrar e agradecer o apoio das secretárias/administrativas: Lili, Gilsa, Lilian, Joyce e Sarah. Eu sempre contei com o carinho, respeito e apoio na condução do trabalho de muitos colegas das equipes multiprofissionais. Aqui deixo meu agradecimento para Teresinha Maeda, Debora Fontenele,

Felipe Fortes, Eloísio Alexandro, Tamires Ruelas, Alba Lúcia Cunha, que me ajudou nos gráficos.

À “família” dos amigos do doutorado, quero agradecer a parceria e apoio mútuo, que nunca faltou entre nós. Em especial quero destacar a solidariedade e cuidado do Júlio Monnerat, o alto-astrol de Gênesis e Martha Fortuna, o carinho, a generosidade, a disponibilidade e solicitude de Fabio Simas, Marcela Reis, áurea Dias e Morena Marques.

Aos professores do PPGSS e da FSS, em especial Ana Paula Procópio, que tem a importante tarefa de prosseguir com o legado da professora Magali Almeida nas discussões étnicas-raciais na formação dos alunos.

Aos funcionários da FSS e da PPGSS, meu agradecimento sincero!

Às queridas colegas da equipe de serviço social do Hospital Municipal Moacyr Rodrigues do Carmo, onde também trabalho.

Às amigas e intelectuais negras, as quais tenho muito orgulho de partilhar a amizade: Magali Almeida, Bete Leandro [in memoriam], Roseli Rocha, Gracyelle Costa, Liliane Caetano, Sheila Dias, Simara Barreto.

Às amigas Vania Dutra, parceira desde o tempo da graduação na UFF, Adriana Mesquita, sempre querida, à Adriana Shad e Balthazar, parceira nas loucuras em benefício dos usuários e usuárias que atendemos em conjunto, Sônia Dutra, amiga da adolescência, Marcos André Germano, alguém que sempre acreditou em mim e sempre me apoiou, Patrícia Gorete, uma das poucas remanescentes do Grupo Jovem e que permanece na minha vida até hoje. Aos meus amigos Bia e Augusto, à pequena Manu. Minha afilhada linda e ao grande Vitor Cabral, pessoas queridas e sempre presente!

Um agradecimento mais do que especial à banca mais luxuosa que alguém poderia ter: Carla Almeida, Daniela Murta, Flávia Teixeira, Maurilio Matos e Tatiana Dahmer, muito obrigada por aceitarem essa missão, que tanto me alegrou, uma banca como essa é motivo de muito orgulho!

Agradeço, ainda, a todas as pessoas que participaram da minha pesquisa, que me cederam seu tempo e conhecimento, contribuindo para que essa tese fosse concluída, assim, como também agradeço aos usuários e usuárias atendidos/as no programa do HUPE.

E por último, mas não menos importante, o meu eterno agradecimento a meu orientador pelo conhecimento transmitido, amizade partilhada e parceria no trabalho e na vida: Guilherme, obrigada.

Dentro de nós há uma coisa que não tem nome, essa coisa é o que somos.

José Saramago

RESUMO

SANTOS, Márcia Cristina Brasil. *Aos trancos e barrancos: uma análise do processo de implementação e capilarização do processo transexualizador no Brasil*. 2020. 483 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

Trata-se de um estudo que tem por objetivo analisar a trajetória de institucionalização e implementação do Processo Transexualizador no Brasil ao longo de seus 10 primeiros anos de existência, sem desconsiderar o período, antes de 2008, em que as cirurgias de transgenitalização foram ofertadas às pessoas trans em caráter experimental pelos quatro hospitais universitários pioneiros nessa modalidade assistencial no país. A partir desse objetivo, buscou-se examinar a constituição histórica do programa entre 2008 e 2018, onde se identificou o papel desempenhado pelo Judiciário, pelo Movimento Social LGBTIQ+, pelo Ministério da Saúde, pelos Profissionais/Coordenadores e pelos Pesquisadores/as, sem deixar de considerar os anos anteriores a institucionalização do Programa, tendo como marco inicial o ano de 1997, quando o Conselho Federal de Medicina autorizou aos médicos a realização desses procedimentos em caráter experimental. Ao longo desse estudo se buscou investigar a implantação e a condução desse programa nos cinco hospitais universitários, uma vez que o HC da Universidade Federal de Pernambuco começou a realizar esse atendimento somente em 2014, buscando, nesse processo compreender como se deu a relação entre essas unidades e as instancias gestoras do SUS, bem como tentando identificar porque o programa não contou com a adesão plena das Secretarias de Saúde dos estados e municípios para a sua implementação descentralizada. Durante o estudo, empreendeu-se pesquisa de campo em cinco estado onde se visitou os hospitais universitários que conduzem os atendimentos, nos quais foram realizadas entrevistas com os/as coordenadores/as e profissionais envolvidos/as na assistência. Visitou-se também o Ministério da Saúde, em Brasília, onde foi possível entrevistar alguns ex-gestores da política. Ao longo da pesquisa algumas lideranças do movimento social foram entrevistadas, assim como também o foram alguns pesquisadores diretamente envolvidos no processo de construção do programa e o Juiz Roger Raupp Rios. Assim, procurou-se compreender os limites e possibilidades de efetivação do processo transexualizador enquanto um programa do Sistema Único de Saúde, e como tal, participe das dificuldades que perpassam a efetivação dessa política desde a sua institucionalização na década de 1990. Dentre esses limites, buscou-se pontuar as características da formação social do Brasil e as dificuldades históricas e culturais que o país tem em lidar com a diversidade. Buscou-se situar estas dificuldades nos marcos de uma realidade atravessada pela lógica da contrarreforma do Estado e consequente desfinanciamento das políticas sociais públicas em um contexto de crise capitalista. Nesse sentido buscou-se compreender os limites e fragilidades do SUS, entendendo-os como fruto da lógica privatista e dos interesses dos organismos de poder político e econômico nacionais e supranacionais em negar o direito universal à saúde, a partir da orientação de minimização do Estado na oferta de políticas de proteção e seguridade social.

Palavras-chave: Processo Transexualizador no Brasil. Transexualidade. Judicialização do Processo Transexualizador. Assistência à Saúde de Pessoas Transsexuais no SUS. Implementação do Processo Transexualizador no Brasil.

ABSTRACT

SANTOS, Marcia Cristina Brasil. *By leaps and bounds: an analysis of the implementation and capillarization process of the transsexualizing process in Brazil*. 2020. 487 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

This is a study that aims to analyze the trajectory of institutionalization and implementation of the Transsexualizing Process in Brazil throughout its first 10 years of existence, without disregarding the period, before 2008, in which transgenitalization surgeries were offered to trans people on an experimental basis by the four pioneer university hospitals in this care modality in the country. Thenceforth, we sought to examine the historical constitution of the program between 2008 and 2018, which identified the role played by the Judiciary, the LGBTIQ+ Social Movement, the Ministry of Health, the Professionals/Coordinators and the Researchers, without failing to consider the years prior to the institutionalization of the Program, having as its initial milestone the year 1997, when the Federal Council of Medicine authorized physicians to perform these procedures on an experimental basis. Throughout this study, we sought to investigate the implementation and conduction of this program in the five university hospitals, since the HC of the Federal University of Pernambuco began to perform this care only in 2014, seeking, in this process to understand how the relationship between these units and the management institutions of the SUS took place, as well as trying to identify why the program did not have the full membership of the Health Departments of the states and municipalities for its decentralized implementation. During the study, a field research was undertaken in five states where the university hospitals that conduct the care were visited, in which interviews were conducted with the coordinators and professionals involved in the care. The Ministry of Health was also visited in Brasilia, where it was possible to interview some former policy managers. Throughout the research, some leaders of the social movement were interviewed, as well as some researchers directly involved in the process of building the program and Judge Roger Raupp Rios. Thus, we tried to understand the limits and possibilities of effecting the transsexualizing process as a program of the Unified Health System, and as such, participate in the difficulties that permeate the implementation of this policy since its institutionalization in the 1990s. Among these limits, we sought to point out the characteristics of social formation in Brazil and the historical and cultural difficulties that the country has in dealing with diversity. We sought to situate these difficulties in the milestones of a reality crossed by the logic of state counter-reform and consequent defunding of public social policies in a context of capitalist crisis. In this sense, we sought to understand the limits and weaknesses of the SUS, understanding them as the result of the privatist logic and the interests of national and supranational political and economic power agencies in denying the universal right to health, based on the orientation of minimization of the state in the provision of policies for protection and social security.

Keywords: Transsexualizing Process in Brazil. Judicialization of the Transsexualizer Process. Health Care for Transsexual People in SUS. Implementation of the Transsexualizer Process in Brazil.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLA

ABIA	Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS
ABL	Associação Brasileira de Lésbicas
AMTIGOS	Ambulatório Transdisciplinar de Identidade de Gênero e Orientação Sexual
ANTRA	Associação Nacional de Travestis e Transexuais
APAC	Autorização para Procedimentos de Alto Custo/Complexidade
ASTRAL	Associação de Travestis e Liberados
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BM	Banco Mundial
BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento Social
CAF/UFG	Coordenadoria de Ações Afirmativas da Universidade Federal de Goiás
CEDS Rio	Coordenadoria Especial da Diversidade Sexual
CELGBT/RJ	Conselho dos Direitos da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais do Rio de Janeiro
CESIT	Centro de Saúde Integral das Travestis e Mulheres e Homens Transexuais
CFM	Conselho Federal de Medicina
CGMAC	Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade
CI	Comunicação Interna
CIB	Comitê Técnico Bipartite
CIT	Comitê Técnico Tripartite
CNCD	Conselho Nacional de Combate à Discriminação
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPIR	Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial
CNRAC	Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CREMEGO	Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação De Tecnologias No Sus
CPATT/CRE	Centro de Pesquisa e Atendimento para Travestis e Transexuais do Centro Regional de Especialidades
CRT/SP	Centro de Referência e Treinamento de São Paulo
DAE	Departamento de Atenção Especializada

DAET	Departamento de Atenção Especializada e Temática
DAGEP	Departamento de Apoio à Gestão Participativa
DAPS	Departamento de Atenção Primária à Saúde
DEMAGS	Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS.
DENASUS	Departamento Nacional de Auditoria do SUS
DERAC	Departamento de Regulação, Avaliação e Controle
DOGES	Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS
DRU	Desvinculação da Receita da União
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EBGLT	Encontro Brasileiro de Gays, Lésbicas e Transgêneros
ENTLAIDS	Encontro Nacional de Travestis e Liberados que Atuam na Prevenção da Aids
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FMI	Fundo Monetário Internacional
FMUSP	Fundação Faculdade de Medicina, da Universidade de São Paulo
FSE	Fundo Social de Emergência
FURG	Fundação Universidade do Rio Grande
GM/MS	Gabinete Ministerial/Ministério da Saúde
HC/GO	Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Goiás
HC/UFU	Hospital das Clínicas da universidade Federal de Uberlândia
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HCPE	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco
HGG	Hospital Geral de Goiânia
HSH	Homens que fazem Sexo com Homens
HUCFF	Hospital Universitário Clementino Fraga Filho
HUPE	Hospital Universitário Pedro Ernesto
HUPES/UFBA	Hospital Universitário Professor Edgard Santos da Universidade Federal da Bahia
IEDE	Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia
IMS	Instituto de medicina Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
Ipq/HC/USP	Instituto de Psiquiatria do Hospital de Clínicas da Universidade de São Paulo
IST	Infeções Sexualmente Transmissíveis
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

LGBTIQ+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e pessoas Intersexuais, Queer, Intersexos e demais variantes identitárias
LIDIS	Laboratório Integrado de Diversidade Sexual e de Gênero, Políticas e Direitos
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MARE	Ministério da Administração e Reforma do Estado
MPDFT	Ministério Público do Distrito Federal
MPF	Ministério Público Federal
NOAS-SUS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
PBSH	Programa Brasil Sem Homofobia
PES	Plano Estadual de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio
PNSILGBT	Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
PPA	Plano Plurianual
PPC	Policlínica Piquet Carneiro
PPGSS	Programa de Pós Graduação em Serviço Social
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PROSEX	Programa de Estudos em Sexualidade
PROTIG	Programa de Identidade de Gênero
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SEASDH	Secretaria Estadual de Assistência Social e Direitos Humanos
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SBU	Sociedade Brasileira de Urologia
SEDH-PR	Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República
SES/RJ	Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro
SGEP	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SGETS	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SGP	Secretaria de Gestão Participativa
SIH-SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SJRP/SP	São José do Rio Preto
SUPERDIR	Superintendência de Direitos Individuais, Coletivos e Difusos
SUS	Sistema Único de Saúde

TRF4/RS	Tribunal Regional Federal da 4ª Região – Rio Grande do Sul
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCAM/UFES	Universitário Cassiano Antônio Moraes da Universidade Federal do Espírito Santo
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFG	Universidade Federal de Goiás
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFU	Universidade Federal de Uberlândia
UNIFESP	Universidade Federal do Estado de São Paulo

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	16
1	A COMPLEXA INSTITUCIONALIZAÇÃO DO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR NO BRASIL.....	39
1.1	Crise capitalista contemporânea e seus rebatimentos sobre o estado brasileiro: a fragilização das políticas públicas em um país dependente.....	39
1.2	Os múltiplos condicionantes e convergências do processo de institucionalização do processo transexualizador	46
1.3	Particularidades do governo petista e a abertura à participação social de pessoas LGBTQI+.....	75
1.4	A incidência do movimento LGBTQI+ e as demandas de travestis e transexuais em torno do reconhecimento de direitos à saúde para além da AIDS.....	82
1.5	O MS e sua atuação ambivalente frente ao movimento LGBTQI+, ao judiciário e aos Hospitais Universitários que atuam no processo transexualizador.....	98
1.6	A institucionalização tortuosa do processo transexualizador e os atropelos do MS.....	120
1.7	Novas Portarias e novas insuficiências: o difícil caminhar do processo transexualizador no SUS.....	145
2	IMPASSES NA GESTÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR.....	152
2.1	A norma mais recente e suas lacunas.....	152
2.2	Entraves na implementação do Processo transexualizador e os desafios locais..	206
2.3	O processo transexualizador no Brasil e as fragilidades assistenciais.....	229
3	O PROCESSO TRANSEXUALIZADOR NOS ESTADOS E A PARTICIPAÇÃO DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS.....	251
3.1	O HU como <i>locus</i> principal do processo transexualizador.....	251
3.2	Trajetória histórica, caracterização da equipe técnica, organização da assistência prestada e produção hospitalar/ambulatorial do serviço no HC/FMUSP.....	270

3.3	Trajetória histórica, caracterização da equipe técnica, organização da assistência prestada e produção hospitalar/ambulatorial do serviço no HCPA/UFRGS.....	295
3.4	Trajetória histórica, caracterização da equipe técnica, organização da assistência prestada e produção hospitalar/ambulatorial do serviço no HC/UFG.....	316
3.5	Trajetória histórica, caracterização da equipe técnica, organização da assistência prestada e produção hospitalar/ambulatorial do serviço no HC/UFPE.....	352
3.6	Trajetória histórica, caracterização da equipe técnica, organização da assistência prestada e produção hospitalar/ambulatorial do processo Transexualizador no HUPE/UERJ.....	376
3.7	Muitos Limites, Algumas Possibilidades: o longo e tortuoso caminhar do processo transexualizador no Brasil.....	431
	CONCLUSÃO.....	442
	REFERÊNCIAS.....	444

INTRODUÇÃO

O interesse por pesquisar a trajetória do Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde, partiu de minha inserção há aproximadamente nove anos como assistente social e seis anos como Coordenadora Técnica Ambulatorial de uma Unidade Especializada dessa modalidade de atenção no Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, um dos cinco centros de referência cirúrgica/ambulatorial no processo transexualizador do SUS no país e que atende a pessoas trans tanto do estado quanto de várias outras regiões do Brasil¹.

É importante destacar que os cinco hospitais que realizam cirurgias de transgenitalização no Brasil são vinculados às universidades públicas federais e estaduais, que executam tais procedimentos antes mesmo destes serem institucionalizados em 2008. O pioneirismo dos hospitais universitários na organização e oferta desse serviço parece estar associado ao ensino, a assistência e a pesquisa no campo da alta complexidade em saúde.

Essa vinculação originária do processo transexualizador aos hospitais universitários bem como a vinculação e forma de relacionamento desses com o SUS, engendrarão características muito peculiares na maneira como este programa nasceu e se desenvolveu. Ao longo dessa tese tentarei construir essa análise considerando as particularidades do hospital universitário tanto na sua relação intrainstitucional quanto na sua vinculação com o SUS e como isso se inter-relaciona e se expressa nas ações do processo transexualizador.

Minha inserção como assistente social na equipe de atendimento a transexuais no Hospital Universitário Pedro Ernesto se deu em 2011, após mudanças na área na qual estava inserida até então (Núcleo Perinatal/gravidez de alto risco do HUPE/UERJ). Em 2014, com a necessidade de atender às exigências da Portaria 2803/13 que previa a existência de duas coordenações (ambulatorial e hospitalar) nas Unidades de Atenção Especializadas e após entendimentos com a direção e equipe médica responsável pelo programa, ficou decidido que eu seria a coordenadora ambulatorial, não sem protestos de alguns médicos, que acreditavam que essa coordenação deveria caber a um profissional médico. Em defesa de que eu poderia ser a coordenadora mesmo não sendo médica, recebi o apoio veemente de Dr. Eloísio

¹ As Unidades credenciadas pelo Ministério da Saúde para o desenvolvimento do Processo Transexualizador no Brasil nas modalidades cirúrgicas e ambulatorial são o Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, o Hospital das Clínicas da Universidade de Goiás, o Hospital das Clínicas da Universidade do Rio Grande do Sul, Hospital de Clínicas da Universidade de Pernambuco, e o Hospital Universitário Pedro Ernesto, no Rio de Janeiro, onde atuo.

Alexandro, responsável médico pelo programa no HUPE e da Dra. Teresinha Maeda, médica, chefe geral dos ambulatórios do hospital.

Assim, o núcleo que coordena tal serviço tem como referência médica a equipe de urologia do HUPE/UERJ sob a condução de Dr. Eloísio Alexandro da Silva Ruelas, médico responsável pelas cirurgias de reconstrução urogenital e uma coordenação ambulatorial da atenção especializada do processo transexualizador, sob minha responsabilidade.

Ao longo de minha trajetória profissional, estando inserida no âmago desse campo assistencial, pude me deparar com uma série de dilemas e obstáculos que, a meu ver, impossibilitavam e impossibilitam o desenvolvimento de uma atenção integral e de qualidade aos usuários que buscam assistência nos serviços especializados. Existe uma pressão enorme por parte dos usuários e potenciais usuários, bem como da mídia, dos movimentos sociais e de gestores/as municipais e estadual (!) que continuamente cobram dos profissionais e serviços assistenciais de ponta, uma assistência organizada às múltiplas demandas a que tais usuários têm direito.

A título de exemplo e contextualização, o sinal exclamativo registrado acima se deve a uma situação vivida numa das reuniões ordinárias do Comitê de Saúde LGBT da Secretária de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, em 2013. Eu estava junto com vários representantes de entidades públicas e do movimento social nessa atividade, sentada ao lado de Tatiana Clarkson Matto², à época Assessoria da Política de Humanização da SES/RJ na função de Apoiadora Institucional à Gestão da Saúde junto aos Municípios das Regionais de Saúde do Estado. A Tatiana Clarkson era uma grande parceira e sempre tinha posicionamentos muito contundentes de cobrança ao estado no sentido de que este se responsabilizasse pela política LGBTIQ+³ e em especial, que assumisse institucionalmente a política de atenção a travestis e transexuais no Rio de Janeiro.

No meio da reunião um dos gestores/as da SES, reconhecendo em mim uma das representações do HUPE, entregou-me um ofício que havia sido endereçado a eles pelo Ministério Público Estadual no qual expunha as falhas da assistência a travestis e transexuais no

² Todos os sujeitos identificados nominalmente neste estudo estão cientes e autorizaram a identificação e citação ao longo dessa tese.

³ A sigla identitária mais comumente utilizada atualmente para qualificar Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e pessoas Intersexuais é **LGBTI**. Em termos de movimentos sociais, uma denominação que vem ganhando força é **LGBTQI+**, incluindo além da orientação sexual e da diversidade de gênero a perspectiva teórica e política dos Estudos Queer. O símbolo de “mais” englobaria outras variantes identitárias. Em respeito às justas lutas desse segmento, adotarei neste estudo a sigla reivindicada pelo movimento, mas quando se tratar de termos já historicamente institucionalizados, sobretudo, por meio de políticas de garantias de direitos, utilizarei a forma clássica: LGBT.

Estado do RJ e cobrava providências. Esse representante me apresentou o documento pedindo para que eu o recebesse e respondesse o que se pedia, uma vez que no entendimento dele, quem atendia transexuais era o Hospital Universitário Pedro Ernesto.

Eu e Tatiana pegamos o documento para ler juntas, já que estávamos sentadas uma ao lado da outra, e parece que fomos tomadas pelo mesmo sentimento de incredulidade. Ficou claro para mim naquele momento que o Estado, no mínimo, desconhecia qual era o seu papel no que se referia às suas responsabilidades assistenciais com a política de saúde junto ao público LGBTIQ+. A Tatiana fez um pronunciamento firme chamando os gestores/as ali presentes à responsabilidade acerca da implementação da política LGBT no Rio de Janeiro e eu pedi que eles relesem o documento com maior cuidado, pois não cabia ao HUPE respondê-lo.

Foi a partir dessas experiências junto a SES/RJ que uma frase se tornou muito frequente no meu vocabulário ao passar por inúmeras outras situações semelhantes a essa: “o rabo não abana o cachorro, é o cachorro que abana o rabo”. Isto porque até hoje o HUPE é cobrado por gestores/as da SES/RJ pelas dificuldades assistenciais, sem que a gestão perceba que a competência pelo desenho de fluxos e construção de linhas de cuidado à população travesti e transexual no âmbito do Estado cabe a ela. Durante a pesquisa de campo para a elaboração dessa tese foi comum os relatos de que essa situação se repete em alguns estados.

Frente ao fato ilustrado acima e ao reconhecer como legítimo o direito das pessoas travestis e transexuais terem acesso a uma política de saúde pública e de qualidade que atenda suas necessidades de atenção integral bem como suas demandas por transformações corporais cirúrgicas, hormonais ou outras, e constatar a impossibilidade objetiva dos serviços responderem a maior parte das necessidades que os usuários apresentam, vi se materializar diante de mim um problema de pesquisa.

Não que esse problema seja inédito e que outros pesquisadores/as não o tenham enxergado antes. A novidade talvez esteja associada ao lugar que ocupo nesse processo. O fato de estar profissionalmente localizada numa unidade que presta assistência direta aos usuários, naturalmente depreende de mim uma outra mirada.

Esse olhar a partir desse lugar me levou a busca de possíveis aproximações explicativas do porquê o Processo Transsexualizador no Brasil é como é. Obviamente nessa busca conto com uma hoje já robusta produção de conhecimento de pesquisadores/as, trabalhadores, gestores/as e integrantes do movimento social que vieram antes de mim e com os quais me somo na construção desse campo.

Inicialmente eu tinha como pressuposto que conduziria esse estudo, a suposição de que o processo transsexualizador enquanto uma política pública teria surgido para dar

respostas aos movimentos sociais do campo LGBTIQ+ e às pressões dos/as pesquisadores/as/as da área e de alguns segmentos de trabalhadores da saúde, sobretudo, médicos/as que lidavam com o atendimento a transexuais e travestis sem um respaldo legal e com o risco de terem sua ação classificada como crime de mutilação, caso fossem realizadas fora de hospitais universitários.

Com o desenrolar da pesquisa de campo e, sobretudo com os apontamentos da banca de qualificação, fui entendendo que o pressuposto que mobilizava minhas inquietações não era exatamente esse. Além disso, fui percebendo que objetivamente, do meu lugar de trabalhadora no cerne da política, me era mais caro compreender por que a política “é como é” do que compreender por que ela surgiu. Não que não fosse importante entender por que surgiu, mas o que atende mais centralmente as minhas necessidades de trabalhadora do SUS é compreender por que essa assistência “é como é”, para que, a partir dos resultados desta tese, eu possa potencialmente contribuir na proposição de caminhos que, de fato, respondam adequadamente as necessidades e demandas dos usuários e usuárias travestis e transexuais que buscam assistência no SUS, especialmente, as com fins de transformações corporais.

Para tanto, é importante explicar que, o meu caminho de pesquisa foi sedimentado pelo interesse de investigar como se constituiu e, principalmente, como se configurou o processo transexualizador no Brasil a partir dos anos anteriores a publicação das portarias e resoluções do Conselho Federal de medicina e do Ministério da Saúde, que desde 1997 dão as diretrizes que fundamentam essa assistência no país, e como se deu os seus desdobramentos ao longo da trajetória dessa política nos anos subsequentes.

Nessa direção foi necessário direcionar meu olhar para o papel dos movimentos sociais do campo LGBTIQ+, dos/as profissionais de saúde e coordenadores das unidades de atenção especializada, dos/as pesquisadores/as/as, do judiciário e dos gestores/as/as do Ministério da saúde⁴ num contexto sócio político conduzido por governos auto referenciados como “de esquerda” e em tese mais abertos à agenda de reivindicações dos segmentos populacionais identificados como “minorias”, mas que paradoxalmente não conseguiram/não conseguimos “parir” um modelo assistencial⁵ que desse conta das necessidades mais

⁴ Meu olhar para esses sujeitos se fundamenta no fato desses se configurarem nos elementos que, desde antes da origem do processo transexualizador, buscavam concretizar essa política para atendimento de transexuais no SUS.

⁵ No campo teórico que vem discutindo o SUS e a Reforma Sanitária, foram elaboradas várias concepções de modelo assistencial em saúde. Autores como Eugenio Vilaça Mendes (2012), Gastão Wagner de Souza Campos (1994), Emerson Elias Merhy (2002), Jairnilson Paim (2003), tem se debruçado neste tema. Trabalharemos nesse estudo com o conceito elaborado por Paim (2003) para o qual os modelos assistenciais, modelos de atenção ou

elementares e das demandas mais básicas das pessoas trans e travestis que almejavam atendimento de saúde e transformações corporais desenvolvidas pelo SUS.

Mas porque não se conseguiu, ao longo de 12 anos de intensa mobilização dos sujeitos envolvidos na construção dessa política, materializar uma assistência em âmbito nacional que atendesse, minimamente as necessidades das pessoas trans⁶? Por que a sensação de estar preso num atoleiro se configura uma metáfora recorrente verbalizada pelos sujeitos envolvidos na configuração dessa assistência?

Na tentativa de compreender as questões supracitadas, a partir do *lugar* que ocupo nesse processo e das leituras bibliográficas acerca da mobilização e constituição política desse programa, concebi o pressuposto de que talvez tenha faltado uma maior disputa da territorialidade na construção da política. A construção vertical, de cima pra baixo e, ainda, consistindo prioritariamente numa resposta a uma demanda judicial⁷, formatou um modelo assistencial que não “pegou”, ou seja, não se concretizou no pacto federativo do SUS⁸.

Em outras palavras, O processo transexualizador enquanto uma modalidade assistencial voltada às demandas de transformações corporais de pessoas travestis e transexuais não foi legitimado por estados e municípios, que não se sentiam responsabilizados e implicados por essa questão. Essa problemática, ainda que profundamente grave, tendo em vista a precariedade das condições de vida, de violação de direitos de pessoas trans, não era visível o bastante para se expressar nas discussões dos conselhos municipais/estaduais de saúde e se tornar uma preocupação para os gestores/as das secretarias de saúde⁹.

modos de intervenção em saúde são entendidos como diferentes combinações tecnológicas com diferentes finalidades, como resolver problemas e atender necessidades de saúde, em determinada realidade e população adstrita (indivíduos, grupos, ou comunidades), organizar serviços de saúde ou intervir em situações, em função do perfil epidemiológico e da investigação dos danos e riscos à saúde. VER: Fertonani et al, 20015.

⁶ A partir desse momento toda vez que eu referir o termo “pessoas trans”, qualificarei travestis, homens e mulheres transexuais.

⁷ Ao longo dessa tese teremos a oportunidade de explicitar como se deu o processo de judicialização iniciado no Rio Grande do Sul demandando que SUS ofertasse cirurgias de redesignação sexual a usuárias transexuais.

⁸ Pacto Federativo diz respeito as responsabilidades de cada ente da Federação na gestão da saúde pública. Um dos pressupostos do SUS é que o mesmo se materialize a partir do compromisso de seus gestores/as em pactuarem e dividirem atribuições para a garantir a oferta e a disponibilidade de serviços e ações de saúde de acordo com as variadas demandas e carências da população. Assim, o Ministro da Saúde, em nível nacional, o Secretário de Estado da Saúde, em nível regional, e o Secretário Municipal de Saúde, nos municípios, precisam se organizar e pactuarem, inclusive financeiramente, sobre a forma como responderão tais necessidades de acordo com o perfil e características de cada região para que a população, de forma ampla, tenha seu direito a saúde assegurado.

⁹ É importante lembrar que nesse período qualquer ação voltada para a população LGBTIQ+ tinha o signo do combate a AIDS. O movimento social organizado ainda não havia conseguido garantir, ainda que no marco legal, a Política Nacional Integral de Saúde LGBT, que só foi instituída anos mais tarde.

Assim, a discussão acerca da construção da política ficou inicialmente limitada à instancias restritas do Ministério da saúde, que pressionado pelo judiciário e por movimentos sociais, pesquisadores/as, coordenadores dos serviços já existentes, optou pela “canetada” sem que ainda houvesse amadurecimento do processo político de construção coletiva de baixo para cima ou que fosse acompanhado de medidas sistemáticas e monitoradas de estímulo para que, uma vez definida, essa política tivesse alguma possibilidade de ser absorvida pelos entes subnacionais.¹⁰

Ao longo desse estudo iremos detalhar melhor essas questões, mas é importante registrar que tal movimento expressa características personalistas e patrimonialistas muito arraigadas na cultura política brasileira e já tornadas conhecidas pelos teóricos clássicos da teoria da formação social do Brasil¹¹ bem como são ações oriundas de sistema de saúde profundamente disputados por projetos políticos e econômicos diversos, haja vista a incidência de uma conjuntura profundamente marcada pela investida do capital em sua fase imperialista e pelo consequente solapamento dos direitos sociais outrora conquistados pela classe trabalhadora e inscritos na Constituição Federal de 1988 e nas legislações específicas do campo da seguridade social.

Ao que parece, em um primeiro momento, as discussões em torno da necessidade de construção de uma política pública de atendimento às demandas de modificações corporais de pessoas trans, que deveria ser de alcance nacional, ficaram circunscritas a um espaço restrito, envolvendo apenas sujeitos que podem ser contados nos dedos das mãos. Não que isso desqualifique o enorme esforço que essas pessoas, de maneira muito firme e responsável, fizeram ao cobrar do Estado sua implicação com a existência de pessoas trans, conforme se verá ao longo desse estudo. Faço esse registro tão somente para ilustrar umas das características do Processo Transexualizador, que foi essa gravitação da pressão política em torno do Ministério da Saúde sem que essa pressão conseguisse penetrar nos níveis subnacionais da política pública.

Na construção do caminho desta pesquisa, eu elegi esse raciocínio como central, mas isso não quer dizer que desconsidero outros elementos associados aos limites do processo transexualizador, como o aprofundamento do conservadorismo, do ódio à diversidade e do

¹⁰ Durante a pesquisa de campo foi comum ouvir relatos de técnicos do Ministério da Saúde, que ao falar do período anterior ao da divulgação da Portaria 457/08 sentiu que houve precipitação no momento da publicação da política, que haveria espaços para maiores aprofundamentos das negociações, no entanto houve atropelos e a Portaria foi abruptamente publicada em função de acontecimentos alheios ao grupo que trabalhava no desenho da política.

¹¹ Aqui me refiro sobretudo a Caio Prado Junior, e Sergio Buarque de Holanda.

preconceito como partícipes desse processo de negação de direitos humanos básicos às pessoas trans. Assim, minha preocupação ao longo de todo o processo de pesquisa foi compreender os limites do processo transexualizador e da assistência à saúde de pessoas trans no Brasil, tentando decifrar os desafios impostos ao campo da seguridade social, em especial ao SUS, nesse contexto de contrarreforma do Estado, num país de capitalismo dependente com as características da formação social brasileira nessa fase imperialista do capital.

Parto do pressuposto de que esses determinantes (capitalismo dependente, capital imperialista, processo histórico de formação social brasileira e contrarreforma do Estado brasileiro) atravessam a configuração das políticas públicas de um modo geral e da política de saúde em particular, corroendo desde dentro a constituição de uma política de atenção às necessidades específicas de pessoas trans e fazendo com que o processo transexualizador tenha as limitações que hoje apresenta.

Para isso, fez-se necessário considerar na análise do presente, a formação sócio histórica e cultural brasileira e as particularidades de nossas relações sociais atravessada por elementos como racismo, mandonismo, patrimonialismo, elitismo, sexismo e pelo moralismo sexual que, a todo momento, circulam entre os espaços públicos e privados e muitas vezes se materializam nas disputas em torno da constituição das políticas públicas, fazendo que algumas políticas “peguem” e outras não, algumas sejam privilegiadas e outras rechaçadas, como parece ser o caso das políticas voltadas para as populações LGBTIQ+.

Nesse sentido, é preciso chamar atenção para outro aspecto que me preocupou durante todo o desenvolvimento da pesquisa e de escrita, que foi a forma de olhar para essas questões e o significado do lugar que ocupo nesse processo. Meu desafio tem sido constituir uma perspectiva interseccional ao considerar o conjunto de questões que preciso enfrentar tanto na intervenção cotidiana no meu espaço de trabalho quanto nas reflexões teóricas para a escrita desse estudo, tendo como preocupação a perspectiva da totalidade.

Ao assumir que concepções eurocêntricas pululam tanto a constituição teórica em torno da transexualidade, de maneira geral, quanto as visões que fundamentam as políticas públicas no Brasil, o desafio de desvelar a forma como a assistência a travestis e transexuais tem sido constituída e implementada, se torna uma necessidade contínua e inarredável. Decolonizar o pensamento não é tarefa simples, daí o tamanho do desafio que me impus desde quando comecei a estudar mais profundamente essas questões¹².

¹² Nossa preocupação aqui não é negar a validade de toda a produção teórica clássica em torno da discussão acerca da trajetória da transexualidade, corpo, psiquiatrização, entre outros, pelo simples fato de terem origem na

Nesse esforço de busca por uma outra forma de olhar, entendi que a perspectiva interseccional se constituiu para mim num caminho incontornável, tanto se olho para o conjunto de opressões que estruturam a existência de pessoas trans, quanto se olho para o meu próprio lugar de pesquisadora/trabalhadora/mulher/negra/pobre/periférica, cujas corporalidades foi tantas vezes negligenciada ao longo da sua história.

Até ser inserida no trabalho junto ao processo transexualizador em 2011, eu desconhecia completamente de um ponto de vista racional toda a problemática enfrentada pelas pessoas trans. O contato paulatino com as histórias e experiências trans na escuta necessária nos atendimentos como assistente social foi me permitindo perceber que eu compreendia num plano nada racional o que elas experimentavam no seu cotidiano, especialmente a partir das experiências de desqualificação por sua corporalidade/identidade.

Em certa ocasião, durante um dos atendimentos realizados, ouvi atentamente o relato de uma mulher branca trans que chamarei pelo pseudônimo de LÍlian. Ela foi levada à delegacia após ter feito uma compra no supermercado e ter tentado pagar com seu cartão de crédito. Os funcionários do supermercado chamaram a polícia por acreditarem que LÍlian havia roubado o cartão de crédito. Aquela mulher foi levada à delegacia e lá foi obrigada a tirar as roupas e mostrar seus órgãos sexuais para provar que era uma mulher trans e não uma ladra, porque que no cartão de crédito constava seu nome (masculino) de registro.

Enquanto LÍlian me relatava essa situação a que foi submetida, eu lembrava de algo semelhante acontecido comigo. Em 2010, eu fui a um *shopping* e comprei um vestido numa conhecida loja de grife e o vesti lá mesmo. Ao sair, a vendedora esqueceu de retirar o dispositivo eletrônico de segurança contra furtos. Em seguida, eu fui a uma outra conhecida loja de departamentos e lá o alarme disparou em razão do dispositivo que eu carregava da primeira loja. Ato contínuo, fui perseguida por um segurança negro que, correndo atrás de mim, exigia que eu devolvesse o vestido. Eu corri até a loja onde fiz a compra, na tentativa de as vendedoras testemunharem que eu não havia furtado o vestido. Ele me ameaçava com o cassetete e me obrigou a me despir no meio da loja e na frente de todas as pessoas que lá se encontravam, por acreditar que eu havia roubado a roupa... não tive sequer o “privilegio” que LÍlian teve de me despir apenas para o delegado.

Essas duas situações se interseccionam de tal maneira na minha reflexão e são ilustrativas do porquê se tornou impossível para mim assumir uma postura de distanciamento

“metrópole”, mas demarcar um lugar de crítica a uma produção de conhecimento que coloniza o outro a partir de “saberes” tido como únicos.

e neutralidade durante o desempenho do meu trabalho e de todo o processo de pesquisa e escrita deste estudo. Assim, busco me valer dos aportes trazidos pela perspectiva crítica decolonial e aproprio-me de um posicionamento interseccional e situado/localizado ao trazer a público os desdobramentos de minha trajetória analítica.

Aqui, ao reivindicar a legitimidade de um ponto de vista situado e da perspectiva de reafirmar a validade da categoria “lugar de fala”, tomo o cuidado de assegurar que a intenção não é de referenciar minha experiência individual como parâmetro de análise, mas questionar a validade de uma epistemologia universal e hegemônica que, historicamente, vem restringindo e silenciando grupos sociais aliados nas relações de poder/saber. Assim, saber o lugar de onde falamos é fundamental para pensarmos as hierarquias, a forma de produção de conhecimentos (quem pode falar, onde e como?) as questões da desigualdade, da pobreza, do racismo, do sexismo, da LGBTfobia e toda uma série de outras opressões que são experimentadas coletivamente por uma parcela significativa da população¹³.

Falando desse lugar, sinto a necessidade de referenciar algumas que me trouxeram até aqui, pois, como canta Bethânia, “eu não ando só”:

*Mexe comigo que eu não ando só
Eu não ando só, que eu não ando só
Mexe não...*

*...Mexe comigo, que eu não ando só
Eu não ando só, que eu não ando só*

*Eu tenho zumbi, besouro o chefe dos tupis
Sou tupinambá, tenho erês, caboclo boiadeiro
Mãos de cura, morubixabas, cocares, arco-íris
Zarabatanas, curarês, flechas e altares. Mexe comigo não...*¹⁴

Portanto, referencio as feministas negras, sobretudo Lélia Gonzalez, Soujourner Truth, Sueli Carneiro, Jurema Werneck, Magali Almeida, Djamila Ribeiro, Marielle Franco, Patrícia Hill Collins, bell hooks, Ângela Davis, minha vó Maria Nazaré Brasil, entre muitas outras, ajudaram a pavimentar o caminho onde hoje posso pisar e me ajudarem a pensar a partir desse lugar.

Esse ponto de vista implicado, situado é que me permite olhar para outras histórias, também invisibilizadas, e buscar contribuir, de alguma maneira para o enfrentamento das múltiplas opressões, que, por exemplo, favorecem que pessoas trans tenham negado ou dificultado seu direito a cuidados em saúde e que muitas dessas pessoas morram por falta de

¹³ Ver: Donna Haraway; Djamila Ribeiro; Lélia Gonzalez; Aníbal Quijano.

¹⁴ “Não Mexe Comigo” Maria Bethânia/ canção composta por Paulo Cesar Pinheiro.

proteção social e por meio da violência, seja ela institucional, seja nas suas manifestações mais clássicas.

Dito isto, uma vez que apresentei as balizas do meu caminhar, passo a discorrer de forma um pouco mais detalhada sobre como se deu o desenvolvimento do meu processo de pesquisa e sobre como organizei a exposição dos resultados desse trabalho investigativo

Inicialmente cabe registrar que se tratou de um estudo qualitativo, descritivo, analítico que partiu do referencial teórico vinculado à tradição marxista por entender que a ontologia marxiana, constrói um tipo de conhecimento que vai além da explicitação do real em suas particularidades, mas compromete-se, fundamentalmente, com a transformação dessa realidade. Neste sentido, buscar no materialismo histórico-dialético os fundamentos para o trabalho de pesquisa, é também uma questão ético-política (MARTINS, 2006).

Assim, concordamos com Soares, Campos e Yonekura (2013) quando sustentam que o marxismo do ponto de vista epistemológico, constrói o conhecimento em sua dependência histórica das relações desiguais na sociedade e o faz tomando por base o que está na realidade socialmente determinada pelo curso dos eventos históricos e das ideologias de uma dada era. Nesse sentido, o conhecimento depende dos estágios do processo de produção na sociedade em geral.

Do ponto de vista teórico, esse referencial apresenta explicação fundamental para o conhecimento da realidade, uma vez que os conceitos que perfazem o quadro teórico geral (modo de produção, relações de produção e formas de regularização necessárias à manutenção das relações antagônicas) permitem compreender os elementos que compõem as formações sociais e as dinâmicas que movimentam suas transformações.

No campo metodológico, apontam as autoras, o marxismo vale-se da dialética, que mostra as conexões entre as partes de um dado fenômeno e destas com a totalidade social, analisando como o movimento se processa, e direciona a busca de técnicas e instrumentos para expor o mais plenamente possível os objetos recortados da realidade (SOARES; CAMPOS; YONEKURA, 2013, p. 1404).

É nessa direção, iluminada por esse referencial teórico, que situamos nossa investigação, que se desenvolveu através de estudo de caso, por permitir, conforme Tobar e Yalour (*op. cit.*), uma maior profundidade e uma maior riqueza na análise do fenômeno estudado.

Esse estudo busca analisar a constituição e o desenvolvimento da assistência à saúde para pessoas trans no Brasil no que diz respeito, sobretudo, ao acesso às transformações corporais depreendidas do que se convencionou alcinhar de “processo transexualizador”, uma

modalidade assistencial sob a alçada do SUS. No que diz respeito à dimensão cirúrgica, tal programa é constituído atualmente, em nível nacional, por cinco unidades hospitalares (todas unidades de alta complexidade e vinculados a hospitais universitários), a saber: Hospital de Clínicas de Porto Alegre, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em Porto Alegre (RS); Hospital Universitário Pedro Ernesto, da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (RJ); Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Goiás (GO); Fundação Faculdade de Medicina, da Universidade de São Paulo (USP) em SP, e Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), em Recife (PE).

Exclusivamente em nível de assistência ambulatorial existiram até 2018: 07 unidades habilitadas pelo Ministério da Saúde, que são o Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia – IEDE, no RJ, o Hospital das Clínicas da universidade Federal de Uberlândia, UFU, em MG, o Centro de Referência e Treinamento – CRT, da Secretaria Estadual de Saúde em SP, o Centro de Pesquisa e Atendimento para Travestis e Transexuais do Centro Regional de Especialidades Metropolitano, em Curitiba, no PR, o Programa Transexualizador do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes, em Vitória, ES, o Hospital Universitário Professor Edgar Santos da UFBA, em Salvador, BA, o Ambulatório para Travestis e Transexuais do Hospital Clementino Fraga, em João Pessoa, PB.

Além desses, existem ainda no Brasil em torno de outros 25 ambulatórios de iniciativa local, ainda não habilitados pelo Ministério da saúde aguardando avaliação ou em vias de solicitar habilitação. Importante destacar que esse quantitativo de unidades ambulatoriais de iniciativa local tem crescido rapidamente.

Dito isto, faz-se importante explicitar meu objetivo com essa pesquisa, que é, basicamente, analisar a forma como se engendrou o processo transexualizador no Brasil entre 2008 e 2018 e a trajetória da assistência à saúde de pessoas trans no SUS frente os desafios impostos pela contrarreforma do Estado. Para tanto, traçamos como objetivos específicos da pesquisa:

- Examinar a constituição histórica do processo transexualizador entre 2008 e 2018, identificando o papel desempenhado pelo judiciário, pelo movimento social LGBTIQ+; pelo Ministério da Saúde, pelos profissionais/coordenadores e pelos pesquisadores/as, particularmente nos anos anteriores a institucionalização do Programa (1997/2008);
- Investigar a implantação e a condução do processo transexualizador nos cinco hospitais universitários, entre 2008 e 2018 buscando compreender como se deu a relação entre essas unidades e as instancias gestoras do SUS;

- Verificar os limites e possibilidades de efetivação do processo transexualizador como programa do SUS e em relação ao ideário da Reforma Sanitária frente os desafios impostos pela contrarreforma do Estado.

Conforme já sinalizado, o programa existe formalmente há 12 anos e minha intenção foi deter o olhar sobre os dez primeiros anos de sua existência, tendo como ponto de partida a sua institucionalização em 2008 e finalizando essa análise em 2018, buscando, no entanto, resgatar as movimentações iniciais e discussões que o antecederam e possibilitaram a sua materialização.

A pergunta norteadora que mobilizou minha atenção durante todo o processo de pesquisa de campo foi: *por que o processo transexualizador tem as características que tem no Brasil e por que não se materializa enquanto uma política pública efetiva?*

Uma série de potenciais respostas foram desenvolvidas, mas o pressuposto que foi sendo delineado durante a pesquisa de campo foi a suposição de que a formulação e institucionalização da política, de cima para baixo, sem o envolvimento dos estados e municípios, - seja por meio de seus conselhos estaduais e municipais de saúde, seja por meio de estímulo/contrapartida financeira direta aos entes subnacionais - configurou-se num forte elemento de fragilidade do programa, contribuindo para as dificuldades de legitimação/aceitação do processo transexualizador nos âmbitos locais.

Para fins desse estudo, por uma necessidade de recorte metodológico do objeto, optei por analisar apenas as cinco primeiras unidades de atenção especializada no processo transexualizador do país. Trata-se dos cinco hospitais universitários, deles habilitados em 2008 com a publicação da Portaria do MS n. 457 e o último, habilitado em 2014, após a publicação da Portaria do MS nº. 2803/2013. Com isso, durante a pesquisa de campo, foi necessário realizar visitas para a observação e realização de entrevistas em Brasília, onde se situa o Ministério da Saúde, em quatro estados da federação, além do Rio de Janeiro, que não foi necessário visitar, pois é onde resido e trabalho.

Ao todo, visitei os estados de São Paulo, Rio Grande do Sul, Brasília, Goiás e Pernambuco. Assim, foram cobertos todos os estados pioneiros na prestação dessa modalidade assistencial e onde existiam unidades especializadas nas modalidades ambulatorial e cirúrgica do Processo Transexualizador. No âmbito das visitas institucionais, ressalta-se que estive também no Ministério da Saúde, em Brasília, onde pude entrevistar alguns/algumas ex-gestores/as

É importante declarar que ao longo dos 09 anos de trabalho numa unidade de atenção especializada, tive a possibilidade de participar de inúmeras reuniões e de outros espaços

coletivos de trabalho junto dos/as demais representantes dos serviços para discussão do programa. Alguns desses encontros ocorreram no Ministério da saúde ou outros em espaços como as secretárias estaduais e municipais de saúde, o Conselho Federal de Medicina (CFM), as universidades, entre outros.

Em síntese, o presente estudo envolveu também os/as ex-gestores/as do Ministério da Saúde que, à época da publicação da Portaria que inaugurou formalmente o Processo Transexualizador tiveram ação preponderante para a implantação dessa Política no SUS, assim como os/as pesquisadores/as que atuaram política e academicamente em favor da implantação dele. Também foram sujeitos de nossa pesquisa os/as representantes do movimento social LGBTIQ+ que atuaram na mesma época, de forma militante, cobrando uma resposta do Estado nessa direção, como também os/as profissionais responsáveis/coordenadores do processo transexualizador nos 05 hospitais universitários habilitados para a realização dos atendimentos voltados a transexuais no SUS. Por último, também integrou nosso estudo, um representante do judiciário, no caso um juiz da 4ª Região do Tribunal de Justiça de Porto Alegre (RS), uma vez que o mesmo teve um papel relevante na constituição embrionária da política¹⁵.

Nesse percurso desses encontros buscou-se analisar como e de que maneira o processo transexualizador vem sendo materializado no SUS, buscando apreender, mesmo que panoramicamente, sua trajetória nos diferentes contextos locais, seus limites e suas conquistas dentro do período de 10 anos.

Desse modo, a presente investigação demandou tanto uma abordagem histórica da trajetória desse programa quanto de suas protoformas, uma vez que as ações que deram origem à primeira Portaria do Processo Transexualizador em 2008, foram fundamentais para compreender a natureza e o funcionamento dessa assistência nos anos subsequentes.

Um recurso inicial que acionamos para traçar o desenho desse estudo foi ter buscado compreender as motivações e o papel desempenhado pela gestão do MS no planejamento de uma política pública voltada para o atendimento das necessidades de modificações corporais demandadas por pessoas trans no país, buscando identificar os limites e as possibilidades da mesma. Além disso, procuramos compreender o papel desempenhado pelo Poder Judiciário, pelos/as pesquisadores/as vinculados a universidades públicas, pelos/as militantes do

¹⁵ É importante assinalar que muitos desses sujeitos não se encontram mais vinculados as instituições a que pertenciam nos primórdios de programa, em 2008.

movimento social e pelos/as coordenadores/as ou trabalhadores/as dos serviços assistenciais existentes *antes* da publicação da Portaria e *durante* a materialização das ações.

Uma questão que me preocupou bastante foi a necessidade inarredável de pensar o objeto desta tese como uma modalidade assistencial do SUS num contexto de contrarreformas do Estado, em particular, no campo da saúde e a partir da constante ameaça de destruição da lógica da reforma sanitária. Assim, não é possível pensar o processo transexualizador sem compreender a atual fase do capitalismo e, também, os projetos societários em disputa no país, face ao avanço de interesses mercadológicos em todos os âmbitos das políticas públicas onde é possível auferir lucros.

Assim, é importante considerar que o Processo Transexualizador já nasceu num contexto sociopolítico marcado por profunda fragilidade do SUS. Esta fragilidade está associada aos interesses dos organismos de poder político e econômico nacionais e supranacionais em negar o direito universal à saúde, a partir da lógica da minimização do Estado na oferta de políticas de proteção e seguridade social. Tais organismos, como sustentam um amplo conjunto de pesquisadores, visam à maximização da acumulação de capitais (BRAVO, 2019; MENDES; CARNUT, 2020).

A implantação dessa modalidade assistencial pelo Ministério da Saúde sem uma previsão orçamentária adequada para sua execução e num contexto de fragilização da seguridade social se traduziu, no plano dos serviços, em ações pontuais, descontínuas, precárias e focadas apenas nas unidades credenciadas e no papel dos/as profissionais que atuam/atuavam na ponta do sistema, ou seja, aqueles que executam as políticas nas unidades de atenção especializada. Tal característica exigiu de profissionais, especialistas e pesquisadores/as do tema, bem como do movimento social, desde o início, a constituição de posturas e espaços de resistência política que fossem capazes de frear essa tendência.

A lógica privatista se estruturou por dentro do SUS desde as suas origens, tomando corações e mentes, inclusive de seus agentes/gestores/as. Este fato explica, ao menos em parte, a implosão paulatina desse sistema, que se expressa por meio de sua persistente fragilização e consequente dificuldade de constituição de políticas que assegurem os direitos da população, dentre elas as dirigidas mais especificamente às pessoas trans. Esse aspecto é central ao pensarmos a estruturação do Processo transexualizador no país.

Considerando esses apontamentos, para a consecução dessa tese partiu-se de um amplo levantamento bibliográfico acerca do marco regulatório e teórico do processo transexualizador. Também foram realizadas leituras relacionadas ao campo da saúde coletiva

e ciências sociais, que se detiveram sobre os processos de reforma sanitária, contrarreforma do Estado, neoliberalismo, imperialismo, formação social brasileira.

Tal levantamento se deu por meio de pesquisa bibliográfica de livros, artigos em periódicos, monografias de conclusão de curso, dissertações e teses. O levantamento se deu por meio da busca em bibliotecas e por acesso eletrônico, sobretudo nas bases bibliográficas SCIELO e CAPES Periódicos. Todas as buscas se deram no idioma de língua portuguesa, assim como todo o material analisado.

A pesquisa empírica nas unidades de atenção especializada do processo Transexualizador se inspirou na abordagem etnográfica¹⁶ realizada através de visitas a esses serviços, realização de entrevistas semiestruturadas exploratórias, observação e registro em diário de campo, bem como de pesquisa documental e de registros de dados sobre a trajetória desses serviços. Na condução desses procedimentos, tomei por base as orientações de Gil (2008), Tobar e Yalour (2001).

A sistematização e análise de todo o material coletado foi orientada pela preocupação em dialogar com autores/as das ciências sociais, saúde coletiva e serviço social que tem incidência crítica nas áreas de estudos de gênero, direitos sexuais e política de saúde. Após a coleta de dados, as informações foram avaliadas e sistematizadas de acordo com os objetivos do estudo, as categorias empíricas e as peculiaridades trazidas pela experiência constituída com os/as participantes à luz do referencial teórico já reivindicado.

Mais abaixo, no quadro 1, descreverei, por ordem de visita, os sujeitos entrevistados e as unidades visitadas. Cabe esclarecer que a definição pelos segmentos acima elencados para serem entrevistados se deu a partir da observação realizada durante todos os anos de participação, como técnica, nos eventos técnicos e políticos referentes ao processo transexualizador, assim como da leitura de diferentes narrativas acerca dos primórdios programa e de extensas discussões sobre o tema nos momentos de orientação de tese. Chegamos à conclusão de que estes segmentos (gestão do MS, gestão dos serviços credenciados, militantes trans, docência universitária relacionada ao tema e Poder Judiciário) foram os mais diretamente envolvidos na institucionalização do atendimento a pessoas trans.

Em geral, no cotidiano dos serviços que prestam assistência, as equipes envolvidas com o processo transexualizador são muito pequenas e os/as coordenadores/as do serviço, na maioria das vezes, são também os/as técnicos que prestam o atendimento. Esse dado flagrante na observação desta pesquisa permite afirmar que há pouca valorização deste trabalho

¹⁶ Cf.: Carmem Lúcia Guimarães de Mattos, 2011.

técnico-profissional pelas instituições em que ele ocorre, pois, um indicador claro de importância dos serviços em qualquer instituição de saúde é a dotação de pessoal.

No que diz respeito ao movimento social, pude entrevistar 2 representantes que tiveram expressiva atuação ao longo de toda a trajetória desse tipo de atenção, embora seja possível identificar que houve muitos outros sujeitos envolvidos além deles/as. Em relação aos pesquisadores/as do tema, entrevistei 3 pessoas, sendo que uma delas também já tinha atuado na gestão no âmbito do Ministério da Saúde no período da implementação do programa.

No que tange ao Poder Judiciário, só pude entrevistar um dos sujeitos. Contudo ele era talvez o mais implicado nesse segmento com a criação do programa, embora saibamos da existência de outros juízes, desembargadores e promotores que foram muito importantes para a materialização dessa política.

Quanto a ex-gestores/as do Ministério da Saúde, entrevistei 3 pessoas que haviam passado pela gestão do programa após 2011, além de uma ex-integrante que foi parte da equipe, mas que também foi incluída no segmento pesquisadora, porque é onde efetivamente ela atua no presente. Não consegui contato com os gestores/as do início do programa (2008) e nem com os/as que estiveram na gestão após 2016.

Em relação aos coordenadores/as dos serviços credenciados, consegui contato com os cinco, sendo 1 de cada programa, bem como consegui entrevistar também 3 técnicos/as dos serviços (1 assistente social de São Paulo, 1 psicóloga de Goiás, 1 assistente social de Pernambuco). É importante informar que com exceção de duas pessoas do Ministério da saúde, todas as demais aceitaram ser identificadas pelo próprio nome de registro no âmbito da tese.

Entendemos que oferecer essa alternativa ao grupo de entrevistados/as era importante porque ainda que o anonimato tenha sido considerado historicamente um dispositivo de proteção dos/as participantes de uma pesquisa contra possíveis violações éticas, quando se trata de processos políticos e realizações, o dispositivo também pode contribuir para a invisibilização dos sujeitos e das tensões efetivamente envolvidas. De qualquer forma, procuramos optar por termos genéricos como “um/a técnico/a disse...” quando tratamos de temas que pudessem resultar em prejuízos para os/as profissionais no âmbito das instituições as quais estão ainda vinculados/as.

Quadro 1: Relação de entrevistados, data e local da entrevista				
Entrevista Nº	Data da entrevista	Local da Entrevista	Identificação do entrevistado	Função do Entrevistado
1	19/05/2019	Hospital Sírio Libanês/SP	Elaine Frade (EN1)	Coordenadora e Endocrinologista
2	20/05/2019	IPq do HC da USP/SP	Liliane Caetano (EN2)	Assistente Social
3	20/05/2019	Casa de Elisa T. Prestes /SP	Alexandre Peixe (EN3)	Militante
4	05/06/2019	HCPA/RS	Equipe do HCPA (EN4)	Assistente Social, Psicólogos e Psiquiatras e estudantes de pós graduação
5	05/06/2019	TRF4/RS	Roger Raupp Rios (EN5)	Juiz
6	07/06/2019	Auditório da Faculdade de Medicina da FURG/RS	Maria Inês Lobato (EN6)	Coordenadora e Psiquiatra
7	31/08/2019	HUPE/UERJ – RJ	Keila Simpson (EN7)	Militante/Presidente da ANTRA
8	13/09/2019	Hotel Augustu's Copacabana - RJ	Kátia Souto (EN8)	Ex-Gestora SGEF/DAGEP/MS
9	01/10/2019	Consultório da entrevistada Catete/RJ	Daniela Murta (EN9)	Pesquisadora/integrou a Primeira Pesquisa Nacional sobre condições de acesso e cuidado integral a Pessoas Trans no Brasil
10	02/10/2019	Residência do Entrevistado/RJ	Eloísio Alessandro (EN10)	Coordenador e médico cirurgião
11	29/10/2019	Hotel Saint Moritz/ Brasília/DF	Joana Reis (EN11) (Nome Fictício)	Analista Técnico de Políticas Sociais na área de promoção da equidade em saúde
12	01/11/2019	FIOCRUZ-Brasília/DF	Flavia Teixeira (EN12)	Pesquisadora/Coordenadora vinculada ambulatorio da Universidade Federal de Uberlândia
13	02/11/2019	Hotel Saint Moritz/ Brasília/DF	Raquel Silva (EN13) (Nome Fictício)	Consultora Técnica/Secretaria de Atenção à Saúde do

				Ministério da Saúde
14	04/11/2019	HC/UFG/GO	Equipe técnica do Hospital de Clínicas de Goiás (EN14)	Endocrinologista, ginecologista
15	04/11/2019	HC/UFG/GO	Aldair Novato Silva (EN15)	Cirurgião Ginecologista
16	04/11/2019	SPAIS/SES-Goiânia/GO	Gestores/as da Superintendência de Políticas De Atenção a Saúde (EN16)	Cientista Social, Enfermeiros, Jornalista, Administração em Saúde
17	05/11/2019	Hospital Geral de Goiás/HGG	Equipe técnica do Hospital HGG (EN17)	Médicos, Psicólogos, Enfermeiros
18	05/11/2019	HC/UFG/GO	Siomara Magalhães (EN18)	Psicóloga
19	06/11/2019	Unidade Básica de Saúde – Município de Itumbiara – GO	Equipe Técnica do Ambulatório Trans do Município de Itumbiara (EN19)	Enfermeiros, Assistente Social, Endocrinologista, Técnico de Enfermagem, farmacêutico
20	07/11/2019	UNB/Brasília/DF	Tatiana Lionço (EN20)	Ex-Gestora do MS/ professora e pesquisadora da Unb
21	13/11/2019	HC da UFPE Pernambuco/PE	Equipe Multiprofissional do Espaço Trans (EN21)	Cirurgião Plástico, Psicólogo, Farmacêutico, Assistente Social
22	13/11/2019	HC da UFPE Pernambuco/PE	Suzana Livadias (EN 22) e Cristiane Valença (EN23)	coordenadora, Assistente Social

Fonte: A autora, 2019.

É importante registrar que esse foi um processo de pesquisa bastante tortuoso, sobretudo pelas limitações financeiras da pesquisadora que, por ter um vínculo empregatício,

pelas normas brasileiras de incentivo à pesquisa, não pôde ter acesso a uma bolsa de doutorado. Assim, todos os gastos com deslocamentos, diárias e alimentação para regiões tão distantes do país representaram um desafio a mais da pesquisa. Parte dessas dificuldades foram mitigadas com criatividade, sorte e bastante generosidade dos sujeitos da pesquisa, da família, de ex-supervisionadas que se tornaram amigas, e de meu orientador, que sempre esteve atento a esses desafios. Fazer pesquisa no Brasil contemporâneo sobretudo em ciências humanas e sociais se tornou um exercício altamente desafiador, sobretudo em razão das crescentes restrições impostas pelas normativas federais após 2016.

A pesquisa de campo foi iniciada em São Paulo (SP), em março de 2019. Lá fiquei por cinco dias e fui acolhida por Zélia Lima Gebrath, no momento domiciliada em SP, que foi umas das primeiras estagiárias do programa no HUPE, em 2012 e, atualmente, é mestranda do programa de pós-graduação de desenvolvimento regional da Escola de Serviço Social da UFF e também por Elisa Teruszkina Prestes, que foi residente em 2014 também no programa do HUPE e assim como Zélia, concluiu o mestrado no mesmo programa da Escola de Serviço Social da UFF. Ambas apoiaram minha estada por lá, me deram todo o suporte necessário e acompanharam inclusive as entrevistas, por serem também do seu interesse de pesquisa. Uma das entrevistas, inclusive, ocorreu na casa da Elisa, que se mostrou um ambiente mais propício para a atividade.

Em São Paulo (SP) me dirigi ao Hospital de Clínicas da USP e ao Instituto de Psiquiatria. Lá, entrevistei a assistente social Liliane Caetano que trabalha junto com o médico psiquiatra Alexandre Sadeh no atendimento a crianças e adolescentes, que potencialmente poderão se afirmar (ou não) como trans ao longo de suas vidas. A entrevista com Liliane foi importante porque ela conhece bastante o programa no estado e pôde contribuir descrevendo os bastidores políticos envolvidos na constituição/existência daquele serviço. Também foi possível entrevistar a médica endocrinologista Elaine Frade, atual coordenadora do serviço credenciado de São Paulo (SP). Falar com ela foi importante porque possibilitou que eu compreendesse melhor os primórdios do serviço de atendimento a trans em SP. Ela gentilmente me recebeu em seu consultório privado no complexo hospitalar Sírio Libanês. A entrevista com Alexandre Peixe dos Santos, homem trans e ativista histórico do movimento social desde a fase anterior ao início da política, se deu na casa de Elisa Prestes, ex-residente do serviço do HUPE e também pesquisadora do tema, e foi fundamental por apresentar um contraponto às narrativas apresentadas pela médica Elaine Frade.

Em seguida, no mês de junho, fui para Porto Alegre. Por sorte, meu orientador foi convidado para participar de um seminário e para dar uma palestra na FURG. Na

impossibilidade de fazê-lo por motivos profissionais, ele gentilmente, declinou do convite e me indicou em seu lugar. Dessa forma, foi possível aliar o atendimento à demanda daquele serviço, que era o de estabelecer trocas com um serviço pré-existente e com profissionais experientes e, simultaneamente, garantir passagens aéreas alimentação e estada na região sul do país, o que me permitiu também realizar trabalho de campo naquelas paragens.

Em Porto Alegre (RS) fui um pouco antes do evento em Rio Grande (RS) começar e pude entrevistar o Juiz Federal Roger Raupp Rios, bem como fiz contato com parte da equipe do Hospital de Clínicas do Hospital da UFRGS. Aqui cabe explicitar uma particularidade: apesar de ser recebida pela equipe do HCPA, eu não obtive a autorização para fazer as entrevistas. Participei, a convite da coordenação do Programa, de uma reunião de equipe onde pude ouvir uma palestra sobre as características e trajetória do serviço e, ao final, a coordenadora de lá me cedeu o arquivo com o material que seria utilizado no evento da FURG. Alguns dias depois, pude assistir novamente a mesma apresentação, já que a equipe do HCPA também tinha sido convidada para participar do mesmo seminário para o qual eu fui ao Rio Grande do Sul, na FURG, situada no interior do Rio Grande do Sul. Naquele evento, por se público, eu pude gravar a palestra e, posteriormente, pude analisá-lo juntamente com o arquivo que tinha recebido.

As visitas da região centro oeste, mais especificamente ao Ministério da saúde e a visita a Goiânia, que é perto da capital federal, foi viabilizada graças à minha presença no 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, que ocorreu no final de outubro em Brasília (DF). Eu me inscrevi, enviei trabalho e solicitei ajuda de custos a UERJ, na condição de aluna do PPGSS. Houve uma ajuda bastante restrita, mas também pude contar com o apoio da minha própria família que custeou as passagens com os programas de milhas de companhias aéreas, além da ajuda das ex-estagiárias e ex-residentes que passaram pelo programa.

Em Brasília, pude entrevistar três técnicas que haviam passado pelo Ministério da Saúde, sendo que uma delas é a também pesquisadora Tatiana Lionço. As duas primeiras técnicas aceitaram generosamente ir ao hotel onde eu estava hospedada e a Tatiana Lionço me recebeu na Unb, seu local de trabalho, onde também pude entrevistá-la. Entrevistei também nas dependências da Fiocruz, no campus da UnB, a Flávia Teixeira, pesquisadora e coordenadora do serviço ambulatorial da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), uma vez que ela estava participando de uma atividade científica por lá e, muito generosamente, aceitou me conceder uma entrevista.

Na semana seguinte, fui para Goiás e lá contei com a ajuda preciosa e carinhosa de Bianca Rosa, subcoordenadora de política de equidade, mulher transexual que, afetuosamente, abriu as portas e as janelas de todos os espaços institucionais pelos quais necessitei passar.

Com o apoio de Bianca eu conheci o Willey, coordenador de equidade, que me convidou para conhecer a Secretaria de Saúde de Goiás e me concedeu uma longa e preciosa entrevista junto com a equipe da equidade. Eles também me levaram para a visita técnica e a entrevista com a equipe do Hospital Geral de Goiânia, o HGG, que é vinculado a SES de lá, mas gerido por uma Organização Social – OS. Bianca me acompanhou a uma visita técnica no Hospital de Clínicas da Universidade de Goiás, facilitando, na condição de subcoordenadora da Secretaria de Saúde, os contatos necessários com as equipes médicas e com a direção do Hospital, tendo em vista que a ginecologista Mariluzia Terra Silveira, antiga e respeitadíssima coordenadora do Programa daquele Hospital tinha acabado de falecer.

Ainda no Hospital de Clínicas, consegui entrevistar, também com o apoio de Bianca, o cirurgião Aldair Novato, um antigo profissional que era o principal auxiliar de Mariluzia. Também pude entrevistar a psicóloga Siomara Magalhães que era outra auxiliar importante, considerada localmente como o “braço direito” de Mariluzia na condução do Programa. Bianca e o Willey também me levaram a conhecer uma iniciativa de atendimento ambulatorial a pessoas trans situada num município distante cerca de 3 horas de Goiânia, que é Itumbiara (GO). É importante registrar que em toda a minha estadia em Goiás, tive o inesperado apoio logístico da SES, que colocou as viaturas institucionais à minha disposição e cujos técnicos me acompanharam na maior parte das atividades.

A pesquisa em Pernambuco também foi possibilitada através do mesmo estratagema de que lancei mão para realizar as visitas anteriores. Me inscrevi no Seminário Desfazendo Gênero ocorrido em novembro de 2019 no Centro de Convenções de Olinda e solicitei financiamento da UERJ na condição de servidora do HUPE/UERJ. Primeiramente houve uma negativa do pedido, mas recorri da resposta institucional, argumentado sobre a importância de minha participação no evento e, posteriormente, a Universidade aceitou me financiar. Chegando no Recife participei de reunião da equipe técnica responsável pelos atendimentos aos usuários/as trans e pude entrevistar a coordenadora do Programa, a psicóloga Suzana Livadias e a assistente social do programa, Cristiane Valença.

Tive a sorte também de poder entrevistar alguns sujeitos em deslocamento para compromissos no Rio de Janeiro (RJ). Foi o caso da ativista Keila Simpson, que mora na Bahia, mas participou de um congresso na UERJ em agosto e de Kátia Souto, ex-coordenadora da DAGEP/MS, que fazia doutorado na Ensp/Fiocruz (RJ) e, gentilmente, abriu

um espaço em sua agenda de estudos para me encontrar também no mês de setembro de 2019. Nos encontramos em um hotel, em Copacabana, onde me hospedei por uma noite para ficar perto do local onde ela estava e evitar lhe dar trabalho extra.

No próprio Rio de Janeiro, no mês de outubro de 2019, tive a oportunidade de também entrevistar a pesquisadora Daniela Murta Amaral, que gentilmente me recebeu em seu consultório privado e, também, o médico cirurgião Eloísio Alexandro da Silva, que me recebeu na própria casa.

Ao todo, foram realizadas 21 entrevistas com 16 horas de gravação de conteúdo que serviram de base para este estudo. Eu tentei contato com outros sujeitos que julguei importante entrevistar durante a pesquisa de campo, mas não obtive êxito por diferentes motivos, envolvendo dificuldades de compatibilidade de agendamentos. Foi o caso da coordenação da equipe do CRT/SP, por aquele serviço ter sido fundamental no início da assistência a pessoa trans em SP. Foi o caso também do desembargador do Tribunal de Justiça do Distrito Federal, Dr. Diaulas Costa Ribeiro, que estava impossibilitado de me receber naquele momento, bem como de outros integrantes do movimento social como a Fernanda Benvenutty, recentemente falecida. Conversei em março de 2019 também com Mariluzza Terra, ainda coordenadora do serviço de Goiás, solicitando uma entrevista futura e quando me organizava para ir a Goiás, encaminhei e-mail confirmando nosso encontro, mas ela não respondeu e poucas semanas depois soube do seu adoecimento e morte. Tentei, sem sucesso entrevistar os gestores/as da equipe atual do MS responsável pela condução do programa, mas também não obtive qualquer resposta.

No que diz respeito à organização da exposição da pesquisa de campo, esse trabalho se divide em três sessões, onde no primeiro capítulo intitulado “A complexa institucionalização do processo transexualizador no Brasil”, busco discutir a trajetória histórica, as características e limites do processo transexualizador como programa do SUS. Contextualizo o período anterior à institucionalização da assistência, bem como busco traçar os caminhos percorridos pelos sujeitos envolvidos nessa construção, numa perspectiva sociopolítica marcadamente tensionada pelos impactos do ajuste neoliberal e seus desdobramentos no interior da estrutura estatal. Busco também identificar as particularidades dos governos petistas e a abertura à participação social de pessoas LGBTQI+, a incidência do movimento LGBTQI+ e as demandas de travestis e transexuais em torno do reconhecimento de direitos à saúde para além da Aids, bem como situo a atuação ambivalente do MS frente aos movimentos LGBTQI+, ao judiciário e aos Hospitais Universitários que atuam no processo transexualizador.

No segundo capítulo, denominado “Impasses na gestão do processo transexualizador” busco discutir as Portarias, as suas lacunas, os entraves e os desafios na implementação do Processo transexualizador, notadamente no que tange a implementação local do Programa e as dificuldades envolvendo os estados e municípios no desenvolvimento da política.

Finalmente, no terceiro capítulo, “Processo Transexualizador nos estados e a particularidade dos Hospitais Universitários” busco discutir a permanência da fragilidade estrutural no que se refere às unidades hospitalares, apontando as características de cada uma delas e os principais desafios que enfrentam em cada um dos estados. Falo dos muitos limites e de algumas possibilidades no longo e tortuoso caminhar do processo transexualizador no Brasil.

1 A COMPLEXA INSTITUCIONALIZAÇÃO DO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR NO BRASIL

1.1 Crise capitalista contemporânea e seus rebatimentos sobre o estado brasileiro: a fragilização das políticas públicas em um país dependente

Analisar a institucionalização do processo transexualizador no Brasil é uma tarefa extremamente complexa dado à multiplicidade de determinações que se entrecruzam durante toda a trajetória de consolidação do programa enquanto uma resposta do SUS às urgentes demandas das pessoas trans num dado período histórico. O caminho que me pareceu mais seguro para traçar essa linha de abordagem foi privilegiar nessa análise algumas balizas que me pareceram indispensáveis nesse processo de (re)construção histórica.

Na impossibilidade de dar conta de todas as variáveis que compõem o engendramento do programa, optei por privilegiar alguns elementos que me pareceram centrais. Assim, ao longo desse estudo procurei situar as dificuldades no processo de institucionalização e implementação do programa no conjunto dos entraves que atravessam o SUS, que por sua vez, se relacionam com o processo da crise capitalista¹⁷ contemporânea e a forma como o Brasil, um país dependente, na periferia do capital responde a ela¹⁸. Assim, ao longo desse

¹⁷ De maneira muito sumária, a crise contemporânea do capitalismo, especialmente a partir dos anos 1970-1980 se ancora na articulação de duas principais tendências: a de queda da taxa de lucro nas economias capitalistas, com destaque para o período posterior da II Grande Guerra e, como resposta a essa tendência, o sistema capitalista reforça a valorização financeira, com o capital fictício passando a ocupar a liderança na dinâmica do capitalismo, nesse período, apropriando-se dos fundos públicos. Essa crise se complexificou a partir de 2008, momento pelo qual as economias capitalistas vêm experimentando um período de “longa depressão” desde o crash de 2007/2008, que por sua vez, foi constituída pela falência do tradicional banco de investimento estadunidense Lehman Brothers, fundado em 1850. A partir de sua falência, outras grandes instituições financeiras seguiram o mesmo destino. Para evitar um colapso, o governo norte-americano reestatizou as agências de crédito imobiliário Fannie Mae e Freddie Mac, privatizadas em 1968, injetando 200 bilhões de dólares nas duas agências, considerada a maior operação de socorro financeiro feita pelo governo norte-americano até então. Em outubro de 2008, a Alemanha, a França, a Áustria, os Países Baixos e a Itália anunciaram pacotes que trilionários em ajuda aos seus sistemas financeiros. O PIB da Zona do Euro teve uma queda de 1,5% no quarto trimestre de 2008, em relação ao trimestre anterior, a maior contração da história da economia da zona. Assim, numa escala global, a recessão resultante do colapso do banco Lehman Brothers, em 2008, foi superada por um longo período que combinou baixo investimento e reduzido crescimento da produtividade, em virtude de uma menor lucratividade dos setores produtivos e uma aceleração no campo da especulação financeira. Cf.:Mendes; Carnut, 2020; Silva, 2011.

¹⁸ Aqui tomo como referência, o pensamento de Florestam Fernandes, que ao analisar o capitalismo dependente e periférico e o papel das classes sociais, apontou que os países considerados atrasados (ou periféricos) não eram “atrasados” por conta de um desdobramento direto do processo de colonização que foram alvo, mas porque o modo de ser do capitalismo em seu desenvolvimento consistia no gerador de desigualdades, ou seja, o processo da expansão capitalista da qual o Brasil foi fruto, é inerentemente gerador de heteronomia e subordinações, então, a especificidade desse capitalismo dependente não decorre do passado. Para Fernandes, o que move o desenvolvimento do capitalismo são as relações entre as classes sociais e não as relações entre as nações. Dessa forma, interessa-nos compreender, como as classes se organizam, se ajudam, se juntam ou como combatem e

trabalho tentei apontar como o estado tem mediado e respondido a essas interpelações e rebatimentos ao longo do tempo.

No cerne dessa resposta irão comparecer características muito específicas egressas do processo de formação social e política do Brasil, que aparecerão, de forma amalgamada, nas respostas e formas de atuação dos múltiplos sujeitos que materializaram e materializam esse programa. Dessa forma, mesmo correndo o risco de negligenciar alguns temas importantes nessa análise, a diretriz desse estudo repousa na tentativa de compreender o processo transexualizador no centro das interlocuções entre a crise capitalista contemporânea e o estado brasileiro.

Pensar o papel desempenhado pelo Estado no cerne das relações capitalistas, exige que se reconheça que a sua natureza é capitalista. Ele é o garantidor da manutenção das relações de produção, assegurando que as regras das trocas mercantis, constituída a partir de uma relação marcada por uma pseudo igualdade entre o comprador e o vendedor e aparentemente tomadas como igualitárias, não sejam violadas. (PACHUKANIS, 2017 apud MENDES; CARNUT, 2020).

Para Marx, o fato do capital ser uma relação social, faz com que essa relação seja atravessada por profundas contradições, tornando evidente a necessidade de uma instância reguladora que venha a reparar os danos provocados por essas contradições, tal instância se constitui no Estado (MARX, 2013 apud MENDES; CARNUT, 2020), que atuará para assegurar a sociabilidade capitalista e a sua reprodução.

Mendes e Carnut (2020) sustentam, ainda, que o Estado não é um mero resultado da vontade da classe dominante, mas sim de um determinado modo de produção e das relações sociais que lhe são inerentes, o que vai fazer com que no contexto da crise capitalista contemporânea, ele responda a essa crise, na condição de mediador e guardião dos interesses capitalistas, de forma a resguardá-los (MENDES; CARNUT, 2020).

Assim, essa crise que se materializou a partir da década de 70 com a estagnação do desenvolvimento capitalista, trouxe consigo o aumento do desemprego, as taxas altas de

lutam entre si. A partir dessa análise Fernandes conclui que a burguesia brasileira, desde os seus primórdios se constituiu de forma extremamente integrada a burguesia internacional, se contentando em ser parceira menor e subordinada desta. Em função disso a nossa elite local não vai lutar contra a opressão da dominação externa. Dominação esta que se conjuga na dominação interna e só se torna possível por intermédio da burguesia interna (uma não se faz sem o fortalecimento da outra). Para ele, a análise teria que se dar sobre as relações de classe, das frações burguesas locais com as frações da burguesia internacional. Assim, no caso brasileiro não seria possível explicar o subdesenvolvimento e o imperialismo como realidades que viriam de fora para dentro do Brasil. Fernandes sustenta que seria necessário estudar essas frações burguesas, sustentando que elas estavam associadas ao capitalismo dos países centrais e não se constituíam em uma burguesia fraca e indefesa perante o imperialismo. Cf.: Fernandes:1973.

inflação, a queda do comércio mundial, ao que os estados responderam com os chamados ajustes estruturais, consolidado por meio do neoliberalismo. É importante destacar que a reação burguesa à crise do capital passou pelo rompimento do pacto keynesiano-fordista, que garantia o pleno emprego e um conjunto de políticas sociais e que nunca chegou a ser uma realidade no Brasil. Importa destacar que enquanto o mundo viveu um intenso processo de mundialização do capital sob a égide do capital financeiro, os Estados nacionais, dentre os quais, o Brasil, passaram a operar um conjunto de medidas para contornar a crise do capital, que se traduziram nos ajustes estruturais, onde o Estado atuava como uma “almofada amortecedora anticrise” (BEHRING; BOSCHETTI, 2007).

No caso do Brasil, um país dependente e periférico, os impactos da mundialização do capital, notadamente a partir da década de 90, atingiram uma realidade já profundamente marcada pela injustiça e pela desigualdade social, sobretudo por conta da vigência de um padrão de proteção social bastante precário e ainda incipiente¹⁹, dificultando que o texto constitucional recém promulgado, fosse plenamente implementado.

Nesse contexto, o governo brasileiro a partir da década de 90 passou a defender a reforma do Estado a partir do entendimento de que a crise e os problemas enfrentados pelo poder público se dariam em razão da “ineficiência” do Estado na gestão da administração pública e não como fruto da crise estrutural do capitalismo. Com base nesta visão tecnicista, bastava mudar a lógica da gestão e promover a refuncionalização do aparato administrativo do estado para que se operasse uma mudança de rumo do país em direção ao desenvolvimento econômico (BEHRING; BOSCHETTI, 2007).

¹⁹ Aqui mais uma vez é importante pensar na contribuição de Fernandes ao sustentar que nos países de capitalismo dependente, como é o caso do Brasil, o nível de expropriação é muito mais acirrado do que nos países de economias centrais, sendo necessário aumentar o nível de exploração para poder dividir o resultado obtido entre as frações das burguesias envolvidas no processo de expropriação. Assim, vive-se sob um regime de capitalismo na qual a exploração/expropriação foi exacerbada em função da natureza compósita da burguesia. Esse processo representou, na realidade, a exasperação de relações de classes no âmbito interno, o que vai exigir que o nível de dominação também seja muito maior. Fernandes ao analisar o processo de formação econômica e social brasileira, sinalizou que a dominação inerente ao imperialismo implicou “uma dominação total que operou a partir de dentro dos países neocoloniais e dependentes, resultando em um capitalismo típico, extremamente “moderno”, e por vezes dinâmico e flexível, que é um capitalismo difícil e selvagem”. Nessa direção, uma hegemonia compósita de classe liga os interesses capitalista dominantes internos e externos colocando o Estado nacional no centro da nova opressão colonial. É um processo que não está apenas no nível da organização econômica empresarial da sociedade, ele passa necessariamente por meio do estado, que é o meio através do qual as políticas são produzidas e exercidas para permitir que esse processo de sobreapropriação repartida do excedente econômico possa se realizar. Assim, para Fernandes, trata-se de uma história que se recompõe, simultaneamente, a partir de dentro pela dominação burguesa e a partir de fora pela dominação imperialista, produzindo constantemente novos modelos de desenvolvimento capitalista que exigem a conciliação de traços arcaicos como elementos modernos. Ou seja, a articulação de antigas estruturas coloniais bem visíveis às novas estruturas coloniais disfarçadas, (FERNANDES:1987).

Tais redirecionamentos tiveram como marco inicial a gestão do ex-presidente Fernando Henrique Cardoso, em 1995, e se acentuaram com a criação do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado – MARE, à cargo de Luís Carlos Bresser-Pereira, cujo objetivo seria o fortalecimento do Estado e a recuperação de suas finanças a partir de uma administração gerencial e eficiente em oposição à “administração pública burocrática” e ineficiente característica do Brasil até então. No bojo desse discurso da reforma, o MARE propôs um Estado gerencial, que na verdade, apontava para um estado mínimo no que diz respeito a sustentação das políticas públicas e máximo para a garantia dos interesses privados das grandes corporações econômicas, ainda que se utilizasse de uma retórica de defesa da área social (BRESSER-PEREIRA, 1998; OLIVEIRA, 2011; BEHRING; BOSCHETTI, 2007).

A partir de então, o país viveu, ao longo de sucessivos governos um processo de contrarreforma do Estado²⁰, onde houve a desestruturação de parte do aparato administrativo do Estado brasileiro por meio de uma série de privatizações do setor público estratégico e do aniquilamento das políticas sociais, que passaram a ser compreendidas e organizadas sob a lógica do capital financeiro (SILVA, 2011).

Sob os recorrentes argumentos em torno do endividamento do Estado, o Brasil passou a dotar a busca constantes por acumulação de superávits primários²¹, seguindo as imposições dos acordos com o FMI e dos credores internacionais. Para tanto criou-se mecanismos de delapidação do orçamento público para fins de pagamento desse endividamento. Inicialmente isso se deu pela instituição de um mecanismo denominado Fundo Social de Emergência – FSE, que posteriormente foi alterado para Fundo de Estabilização Fiscal – FSE e, finalmente, denominou-se Desvinculação de Receitas da União – DRU, que consiste em um mecanismo de desvinculação de receitas, que iniciou com um desvio de 20% das receitas, posteriormente

²⁰ A partir de uma visão crítica do processo de reforma do Estado no Brasil, Elaine Behring argumentou que da forma como este processo foi direcionado o que estava em jogo, era a versão brasileira de uma estratégia de inserção passiva e forçada do Brasil na dinâmica internacional, representando uma escolha político-econômica regressiva que implicou uma forte destruição dos avanços, mesmo que limitados, sobretudo se vistos pela ótica do trabalho, dos processos de modernização conservadora que marcaram a história do Brasil. Para esta autora a expressão reforma do Estado tem um sentido totalmente ideológico. Tratando-se, ao contrário, de um processo de “contrarreforma” do Estado, sobretudo porque o discurso do programa de reforma se fundamentou apenas em elementos fiscais, deixando de lado a preocupação com a proteção social, que até aparecia nos planos e emendas constitucionais que deram embasamento legal à reforma, mas como uma forma de tornar a proposta palatável socialmente. Cf. BEHRING, 2003; MOTA, 2005; OLIVEIRA, 2011.

²¹ Superávit primário é o dinheiro que o governo consegue economizar. É aquilo que ele gasta a menos do que arrecada, destinando o saldo remanescente para pagar os juros ou amortizações da dívida pública cujo resultado é o aprofundamento da desigualdade social e da recessão econômica. Cf. entre outros, Behring, 2016.

passou por 30% e que corrói o orçamento da seguridade social, transferindo recursos daí para o orçamento fiscal com o objetivo de pagar a dívida do estado, este mecanismo tem retirado quantias vultuosas dos recursos que seriam destinados ao financiamento da saúde, assistência social e previdência.

Segundo Boschetti e Salvador (2006), a DRU cumpre um papel histórico de transformar os recursos destinados ao financiamento da seguridade social em recursos fiscais para a composição do superávit primário e, por consequência, os utiliza para pagar juros da dívida²². Assim, a chamada crise fiscal do Estado passou a ser o argumento para a defesa neoliberal²³ do corte de gastos sociais, que escamoteava as reais intenções de diminuição dos custos com a força de trabalho e o redirecionamento do fundo público para atender, em maior escala, as demandas do grande capital. Os direitos da classe trabalhadora foram os primeiros a serem atingidos neste processo e as políticas sociais passaram por intenso retrocesso. Dessa maneira, é por meio do assalto ao fundo público que o estado capitalista tem se apropriado da riqueza socialmente produzida pelo conjunto dos trabalhadores e retirado direitos que antes pareciam relativamente assegurados em favor da acumulação de riquezas para o capital (SILVA, 2011).

Diante disso é necessário ressaltar que ao se pensar a crise capitalista contemporânea no Brasil é importante que se analise a forma como ela reconfigura o papel do Estado e os desdobramentos dessa reconfiguração para as políticas sociais, dentre elas, as políticas de saúde. Nesse sentido, a afirmação do direito à saúde no Brasil no atual contexto histórico precisa ser analisada no cerne de um tensionamento onde o Estado busca adequar esse direito à uma realidade do capitalismo em crise.

Um outro aspecto que precisa ser considerado ao se analisar a trajetória da constituição do processo transexualizador se relaciona, como já sinalizado aqui, às características da formação social do Brasil, onde sempre foi marcante a constituição de uma realidade

²² Para aprofundamento da discussão, Cf.: Behring, 2003; Boschetti & Salvador, 2006; Salvador, 2017.

²³ Trata-se de uma doutrina econômica e política que surgida no XX com base em teorias formuladas por teóricos, como o economista ucraniano Ludwig von Mises e o economista austríaco Friedrich Hayek. A teoria neoliberal se opôs a teoria de bem-estar social keynesiana e propôs uma nova leitura do liberalismo clássico, tendo como base uma visão econômica conservadora direcionada para a máxima diminuição da intervenção do Estado na economia. Em geral, pode-se dizer que as principais características do neoliberalismo, de acordo com as teorias dos estudiosos da Escola Austríaca, são o enfraquecimento do Estado e a diminuição drástica da participação estatal na economia. Os teóricos neoliberais defendem a mínima cobrança de impostos e a privatização dos serviços públicos. É importante destacar, no entanto, que a história já demonstrou que a intervenção do estado na economia é muito bem-vinda e defendida quando se trata de proteger os interesses do mercado em momentos de crise, conforme ficou claro no socorro aos bancos na crise de 2008, nos EUA, dentre outros inúmeros exemplos. Cf. Sader & Gentili, 1994.

extremamente hostil para “os de baixo”, para aqueles que compõem as frações mais negligenciadas dentre os negligenciados, como é o caso das pessoas trans. O Brasil é um país que se constituiu sobre a injustiça, sobre a rapinagem²⁴, sobre a desigualdade e exploração de uma elite que tem aversão aos pobres, na medida em que na especificidade dependente do capitalismo, a expropriação é intensamente exagerada tornando-se, com isso, super expropriação. Esta exacerbação significa, na realidade, uma drástica redução da democracia que passa a ser acentuadamente restrita.

Nesse sentido, o nível de exploração é de tal ordem que qualquer abertura maior do processo democrático é sentida como ameaça a essa superexploração. Assim, frente à qualquer vestígio de oposição ou pressão das massas populares, a burguesia responde de maneira reacionária, ultraconservadora e repressiva, daí a particularidade da direção social, política e econômica assumida pela burguesia brasileira (FERNANDES, 1973).

Isso faz com que sob o capitalismo dependente não conheçamos uma democracia mais profunda, muito ao contrário, que ela seja uma democracia da qual o povo esteja excluído. Dessa forma, o capitalismo dependente é uma organização extremamente desigual com uma minoria social dominante que retém para si todos os privilégios como se fossem direitos e que exclui a grande maioria de todos os direitos como se isso fosse natural (FERNANDES; 1973).

Dessa forma, constitui-se no Brasil uma elite associada a um padrão eurocêntrico, branco, heteronormativo e muito ciosa de seus privilégios (riqueza, prestígio e poder), uma elite preconceituosa, e hipocritamente apegada a valores morais e conservadores associados a proteção da família tradicional e aos “bons costumes”, para a qual as mulheres, os/as negros/as, as pessoas LGBTQI+, dentre as quais as pessoas trans, não tem vez nem voz, operando aí um intenso sexismo, a partir de atitudes discriminatórias fundamentada no sexo (FERNANDES; 1973).

Aqui é importante denunciar a presença do racismo estrutural como uma das características que sempre esteve presente no processo de formação da sociedade brasileira, apesar de não ter sido instituído como uma norma escrita e inscrita na constituição e no código civil do Império. De acordo com Moura (1994), o racismo brasileiro age sem

²⁴ Caio Prado Junior aponta que foi na condição de traficantes que os vários povos da Europa se aproximaram dos países colonizados e que o espírito com o qual se aproximaram desses povos recém-descobertos foi o da rapinagem. Era o comércio que os interessava. Para o autor, todos os acontecimentos importantes da época das grandes navegações: seja exploração da costa africana, seja o descobrimento e a colonização de novas terras, seja a busca por uma rota para a Índia e tantos outros acontecimentos foram incidentes das atividades da empresa comercial europeia. De acordo com Caio Prado Junior, a colonização não foi um fato natural e uma simples decorrência do descobrimento, muito pelo contrário, foi fruto da expansão econômica europeia. Sobre essa discussão, Cf.: Prado Junior, 1976.

demonstrar a sua rigidez, não aparecendo à luz do dia, é ambíguo, meloso, pegajoso, mas altamente eficiente nos seus objetivos (MOURA, 1994, p. 160).

Embora não codificado e institucionalizado, tal como nas experiências dos EUA ou África do Sul, a discriminação racial conduzida pelas elites e suas estruturas de poder persiste dinamicamente no Brasil por mais de 500 anos, com o agravante de se utilizar da filosofia do branqueamento e miscigenação como arma da democracia racial (FREYRE, 2002; HOLANDA, 1995).

Clóvis Moura (1994) apontou que, a discriminação contra o negro no Brasil, foi empreendida de forma diferente da discriminação contra os índios²⁵, tendo sido constituída a partir de estratégias mais sofisticadas e eficientes. A tática do racismo aqui foi considerar o negro como um cidadão com os mesmos direitos e deveres dos demais, todavia, o caminhar da história desmentiu este mito. Ao longo do processo de escravização, tiram do negro e de forma definitiva, a sua territorialidade, impuseram-lhe outra língua, destituíram as suas linhagens, sua família foi fragmentada e/ou dissolvida, os seus rituais religiosos e foram combatidos, o seu sistema de parentesco completamente impedido de ser exercido, e, com isto, fizeram com eles perdessem, total ou parcialmente, a sua ancestralidade (MOURA, 1994, p. 159).

Para além disso, após a abolição oficial em 13 de maio de 1888 e o profundo sistema de marginalização social que se seguiu, a falácia da meritocracia se tornou explícita, na medida em que o negro foi colocado como igual perante a lei, sendo obrigado “a disputar a sua sobrevivência social, cultural e mesmo biológica em uma sociedade secularmente racista, na qual as técnicas de seleção profissional, cultural, política e étnica eram feitas para que ele permanecesse imobilizado nas camadas mais oprimidas, exploradas e subalternizadas” (MOURA, 1994, p. 160).

Uma sociedade com tais características é profundamente avessa à diversidade, aos negros, às mulheres, às pessoas trans. Aversão essa que limita até mesmo avanços democráticos dentro da ordem. Afinal, esse é um país cuja maioria da população não

²⁵ Em relação ao índio, primeiro houve a fase genocídica de ocupação da terra e da destruição de milhares dos seus membros. Depois, a fase da cristianização, da catequese, da chamada evangelização, ou seja, da destruição das suas religiões e de sanções àqueles que não aceitassem submissamente a religião do colonizador que exercia nesse contexto o papel de bloco ideológico do Poder. Em segundo lugar, foi a invasão das suas terras em ritmo rápido e violento no início, e, depois, lenta e constante, a destruição daquelas tribos que ainda resistiam à integração, situação que perdura até hoje. Criou-se o Estatuto do índio no qual os seus direitos foram regulados pelos brancos, sem que eles pudessem intervir como agente social e cultural dinâmico. Mas, de qualquer forma, os remanescentes dos povos indígenas não perderam totalmente a sua identidade, a sua territorialidade em parte. Cf.: Clóvis Moura, 1994: 159.

conheceu um padrão mínimo de cidadania a partir do usufruto de direitos básicos inerentes à democracia burguesa, tão comuns nos países centrais.

Nessa direção a constituição de políticas públicas, que não passam de conquistas dos “de baixo” nos marcos do estado burguês (conquistas que não ameaçam o *status quo* das classes e frações de classes burguesas) são apreendidas por estas como uma grande ameaça e, portanto, não são admitidas. É nesse contexto que busco compreender os limites do processo transexualizador e da assistência à saúde de pessoas transexuais no Brasil, tentando decifrar os desafios impostos ao campo das políticas públicas, em especial ao Sistema Único de Saúde, nesse contexto de contrarreforma do Estado num país de capitalismo dependente. Pretende-se, então, compreender como esses determinantes atravessam a configuração das políticas públicas de saúde corroendo desde dentro a configuração de uma política de atenção as necessidades específicas de pessoas transexuais, fazendo com que o processo transexualizador tenha as características que apresenta.

1.2 Os múltiplos condicionantes e convergências do processo de institucionalização do processo transexualizador

A institucionalização do Processo transexualizador se deu em 2008 quando o MS por meio da Portaria n. 457/08 credenciou quatro hospitais universitários²⁶ vinculados às universidades Federais e estaduais para a realização de cirurgias de redesignação em mulheres transexuais. Trata-se de uma condição extremamente complexa, em torno da qual se articulou uma ampla variedade de sujeitos e determinações que não podem ser compreendidas sem que se observe as características e o modo de ser dos governos petistas e a forma como esses governos, sobretudo o governo Lula, lidaram com as políticas públicas e com a maneira de implementá-las, particularmente quando isso envolvia uma forte presença de movimentos sociais²⁷, como foi o caso das ações voltadas para o campo LGBTIQ+. No decorrer desse estudo essa discussão será ampliada, todavia, por ora gostaria de apenas introduzir essa temática da institucionalização do processo transexualizador, identificando como essa

²⁶ A discussão em torno dos hospitais universitários e sua integração à rede SUS será contemplada mais à frente.

²⁷ Trata-se de fenômenos históricos resultantes das lutas sociais de sujeitos coletivos, que potencialmente vão transformando e introduzindo mudanças estruturais nas sociedades. Nessa pesquisa meu olhar se volta majoritariamente para o protagonismo do movimento social LGBTIQ+, particularmente, à organização política de travestis e transexuais, ressaltando, todavia, a necessidade de não compreender esse fenômeno de forma setorializada, mas considerá-lo na perspectiva apontada por Barker ao falar da pertinência de o compreendermos como “um movimento como um todo”. Cf.: Colin Barker, 2014. Essa discussão será retomada mais adiante.

particularidade se constituiu, para em seguida apontar suas interlocuções com a dinâmica mais geral das relações societárias das quais somos parte.

Com a institucionalização em 2008 dos hospitais de clínicas da USP, da UFRGS, da UFG e o Hospital Universitário Pedro Ernesto, da UERJ estas unidades tiveram reconhecidos e institucionalizados, os atendimentos voltados à pessoas trans que eles de fato já realizavam há pelo menos uma década, se considerarmos apenas o período posterior à Resolução do CFM de 1997²⁸, que retirou da clandestinidade essa modalidade assistencial. Se considerássemos os atendimentos anteriores à Resolução do CFM, certamente encontraríamos mais de vinte anos de atendimento a essas demandas no Brasil, sem o reconhecimento institucional pelo MS da sua peculiaridade. O caso “Farina”, que será abordado mais adiante, e outros relatos que nos chegam por meio da experiência pessoal de algumas pessoas trans, como João W Nery, por exemplo, apontam para essa realidade.

Ao longo desse estudo, essa constituição histórica será mais bem detalhada. Por agora importa sinalizar que os atendimentos assegurados pela Portaria GM/MS nº 1.707, de 18 de agosto de 2008 e pela Portaria n. 457 de 19 de agosto de 2008²⁹ se limitavam a alguns procedimentos cirúrgicos genitais (notadamente dirigidos apenas às mulheres trans³⁰), e embora houvesse nesses instrumentos o reconhecimento das necessidades de acompanhamento para reposição hormonal e de cirurgias mamárias, a normatização do MS não previu a oferta de hormônios e das próteses mamárias nas unidades de saúde referenciadas ou em quaisquer outras. Além disso, não houve uma previsão de atendimentos para as demandas dos homens trans e das travestis. Posteriormente, em 2013, houve a alteração das primeiras Portarias, que incluiu, ainda que parcialmente, a assistência aos homens trans e às travestis e, no ano seguinte, houve o credenciamento de mais um hospital

²⁸ Resolução CFM nº 1.482 /97 normatizou e legitimou as cirurgias de transgenitalização tirando esse procedimento da clandestinidade sob a justificativa que essa era a única forma de tratamento para o “transexualismo”, entendido aqui como uma doença. É importante destacar a relevância que o “fenômeno midiático Roberta Close” exerceu para a publicização das discussões em torno da transexualidade desde o início da década de 1980, uma vez que propiciou um debate sem o estigma da criminalidade e da prostituição que historicamente envolvia a temática do trânsito de gênero. Quando a primeira resolução do CFM foi publicada em 1997, já havia uma discussão mais ampliada acerca desse tema.

²⁹ As Portarias GM/MS nº 1.707, de 18 de agosto de 2008 e 457 de 19 de agosto de 2008, instituíram e definiram as diretrizes nacionais para o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde permitindo que as pessoas transexuais tivessem acesso a cirurgias de transgenitalização pelo SUS.

³⁰ Os documentos oficiais do MS e do CFM, historicamente compreendem por mulher trans aquela nascida no sexo masculino, mas que se identifica como do sexo feminino. A concepção de mulheres trans, bem como a dos homens trans e das travestis utilizadas nesse trabalho considera a constituição histórico-política e a heterogeneidade desses sujeitos e termos identitários e se ampara nas produções de, entre outros, Carvalho (2018); Arán, 2006, Teixeira, 2013.

universitário para a realização dos atendimentos ambulatoriais e cirúrgicos a pessoas trans, que foi o Hospital das Clínicas vinculado a UFPE³¹.

Aquele hospital, de forma semelhante aos programas que tinham sido credenciados anteriormente, também teve reconhecida uma assistência que já praticava há, pelo menos, quatorze anos, sendo que para o credenciamento pelo MS em 2014, foi necessária uma reformulação das práticas e equipes responsáveis. O Hospital foi habilitado após a Portaria de 2013 e após os demais hospitais, contou com condições mais favoráveis para balizar a experiência. Após o credenciamento daquela que até o presente tornou-se a última unidade hospitalar credenciada, em 2014, totalizou-se no Brasil 5 instituições autorizadas à realização de procedimentos cirúrgicos (2 na região Sudeste, uma na região Centro oeste, 1 no Sul e 1 no Nordeste).

É importante atentar para as particularidades do engendramento do processo transexualizador no Brasil porque elas ajudam a entender a forma como o programa se materializa na realidade contemporânea. Uma dessas particularidades diz respeito à direção para a qual apontou essa modalidade assistencial. Inicialmente, podemos dizer que o atendimento às demandas de pessoas trans por procedimentos cirúrgicos surgiu “de baixo para cima”.

Consideramos aqui, no entanto, que essa direção “de baixo para cima” não diz respeito, como poderíamos pensar, à atenção primária de saúde, mas diz respeito às iniciativas mais ou menos autônomas de médicos/as que, por interesses científicos e/ou humanitários, começaram a atender inicialmente mulheres trans que buscavam modificações corporais para que pudessem se sentir mais confortáveis com sua aparência em relação com o seu gênero autorreferido³².

Essas ações, que associo aqui a um movimento de “baixo para cima” carecem de mais pesquisas para que possam ser mais compreendidas. No entanto, do pouco conhecimento que nos chega acerca das mesmas, (pode-se considerar a existência de algumas iniciativas anteriores à Portaria n. 457/08, e mesmo, anteriores a Resolução do CFM de 1997, como foi a

³¹ A Portaria GM/MS nº 2803 de novembro de 2013 substituiu, alterou e ampliou as ações do processo transexualizador no SUS.

³² Alguns/alguns desses/as profissionais tinham compreensões distintas do significado das modificações corporais reivindicadas. Alguns/algumas tinham compreensões mais patologizantes da transexualidade outros menos. Por isso, para alguns/algumas, a autorreferência da identidade tinha menor importância do que o fato de se enquadrarem em estritos critérios diagnósticos psiquiátricos. A respeito desses critérios, cf: Castel, 2001; Bento, 2008; Amaral, 2007; Arán, 2006.

situação envolvendo os médicos Roberto Farina³³ e Jalma Jurado³⁴, dos quais ainda se falará nesse estudo.

Talvez essas ações tenham contribuído para a reação do CFM e feito com que a entidade tivesse que discutir mais a questão e criado a seguir a Resolução n. 1482/97 que normatizou a realização dos procedimentos cirúrgicos de transgenitalização³⁵. Essas foram ações marcadas por intenso protagonismo do saber médico e profunda verticalização presente na relação médico/paciente com bem como são ações nucleadas em torno da psiquiatrização e sob rígidos critérios diagnósticos³⁶, características que permaneceram no modelo assistencial após a institucionalização e que gradativamente vem sendo questionadas, conformando esse espaço como um locus de disputa de concepções políticas, de saberes e de práticas.

As intervenções, realizadas por equipes médicas de hospitais de ensino, vinculadas às universidades foram desenvolvidas, pautadas apenas na Resolução do CFM, com ampla liberdade e autonomia, sem que houvesse uma diretriz comum. As equipes médicas tiveram uma amplitude de espaço para organizar a assistência de acordo com as diretrizes do CFM e de suas compreensões e possibilidades locais, muito provavelmente em função do desconhecimento e desinteresse que havia em torno desse tema, que ficava mais restrito às poucas pessoas trans que procuravam assistência nesses locais. Esses serviços ficaram por muito tempo entregues à própria sorte e às iniciativas bem-sucedidas ou não de seus proponentes, que montavam suas equipes, que em geral, eram constituídas por urologistas,

³³ Roberto Farina foi um médico brasileiro e professor de cirurgia plástica na Escola Paulista de Medicina (EPM/Unifesp). Ficou conhecido na década de 1970 por, supostamente, ter sido o precursor das cirurgias de transgenitalização no Brasil. Cf.: Bento, 2008.

³⁴ Trata-se de um cirurgião plástico brasileiro, PhD em Medicina pela USP, atualmente com 83 anos. Ele foi por mais de três décadas professor de Cirurgia Plástica na Faculdade de Medicina de Jundiaí (SP), onde foi cirurgião-chefe. Tornou-se nacionalmente conhecido por ser o pioneiro em cirurgias de transgenitalização consideradas de qualidade no Brasil para mulheres transexuais. O cirurgião desenvolveu sua própria técnica e a denominou “técnica de retalho neuro arterial”, que além de preservar as enervações que proporcionam o prazer durante a penetração, sua técnica diminui os riscos de haver uma estenose vaginal com o passar dos anos, em virtude da pouca dilatação no órgão recém-criado. Em 2014, no entanto, o colegiado do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) decidiu que Jalma Jurado não poderia mais operar em função de processos que envolvem denúncias de lesão corporal, mutilação, exercício irregular da profissão e homicídio. Jurado também foi interditado pela Justiça, depois de ser processado por pacientes, que o acusam de erro médico. Ver: G1 Globo.com (30 de junho de 2020).

³⁵ Daniela Murta Amaral discorre sobre o processo histórico que culminou nessa Resolução (Amaral, 2007, p.48-52).

³⁶ A compreensão da transexualidade como uma doença psiquiátrica, fundamentada nos manuais e códigos internacionais de classificação de diagnósticos tem sido duramente questionada e criticada por autores como: Arán, 2006; Amaral, 2007; Bento, 2008; Lionço, 2009; Teixeira, 2009, entre outros.

psiquiatras, endocrinologistas, ginecologistas, cirurgiões plásticos, psicólogos e assistentes sociais³⁷, da maneira que fosse possível, dada as características de cada unidade.

Pelo que se pôde perceber ao longo dessa pesquisa, esses sujeitos eram pouco ou nada interpelados do ponto de vista político, institucional e acadêmico, o que só começou a mudar partir da entrada em cena de pesquisadoras como Marcia Arán, Berenice Bento, Flávia Teixeira, que começaram a tencionar esse campo com suas abordagens questionadoras das concepções biomédicas que até então centralizavam as discussões em torno da transexualidade. A constituição e fortalecimento de uma militância trans, sobretudo a partir dos ENTLAIDS³⁸, também contribuiu para uma maior ampliação e diversificação desse tema, tencionando um pouco esse espaço de práticas médicas.

As características mais marcantes dessa atuação inicial de profissionais que atuavam na assistência a trans naquelas unidades de saúde parece ter sido o *medicocentrismo*, ou seja, o predomínio da autonomia dos médicos no estabelecimento da dinâmica assistencial, o personalismo das iniciativas institucionais e a patologização³⁹ dos sujeitos atendidos. O saber e o poder médicos⁴⁰ davam a tônica da organização dos atendimentos em cada uma das instituições.

³⁷ Essas duas últimas categorias profissionais atuavam, de um modo geral, sem diretrizes próprias e sem que seus conselhos profissionais exercessem maiores interferências sobre sua atuação, o que dava margem, se estes profissionais não fossem ética e tecnicamente qualificados, a balizarem suas intervenções pelas diretrizes advindas das Resoluções do CFM.

³⁸ Trata-se do Encontro Nacional de Travestis e Liberados que Atuam na Prevenção da Aids – ENTLAIDS, tratarei dessa discussão um pouco mais à frente. Cf.: Carvalho, 2018; Simpson, 2019

³⁹ Essa característica foi constituída a partir da Resolução 1482/1997 do CFM, que autorizou a realização de cirurgias de transgenitalização em pessoas trans no país, alegando seu caráter terapêutico. Esta resolução, a partir de uma compreensão biologizante/essencialista, parte do princípio de que a pessoa trans é portadora de desvio psicológico permanente de identidade sexual, com rejeição do fenótipo e tendência à automutilação ou autoextermínio. A intervenção cirúrgica passou a ser legítima no Brasil, desde que seu demandante apresente os critérios necessários para a realização da mesma e o tratamento siga um programa rígido, que inclui a avaliação de equipe multidisciplinar e acompanhamento psiquiátrico por no mínimo dois anos, para a confirmação do diagnóstico de transexualismo. Cf.: Arán, Murta e Lionço, 2009.

⁴⁰ Considerado na sua formação etimológica, poder é a ação de "ser capaz", de ter "autoridade", estando associado a ação que exprime força, persuasão, controle, regulação. Muito sumariamente, trabalha-se aqui com o pensamento de Foucault, segundo o qual o poder não está localizado ou centrado em uma instituição, e nem tampouco como algo que se transmite por meio de contratos jurídicos ou políticos, mas existe a partir de uma espécie de rede de microfísica do poder articulado ao Estado e que atravessa toda a estrutura social. Michel Foucault, nas obras "A ordem do discurso" e "Microfísica do poder", expõe a relação entre o saber e o poder nas relações sociais, bem como teoriza acerca das amarras sociais desenvolvidas nessa interação. De acordo com o filósofo existe uma relação íntima entre o conhecimento e o poder dentro da coletividade e o discurso que ordena a sociedade é sempre o discurso daquele que detém o saber. Além disso, ele identifica o sujeito como aquele que está sempre determinado pelas ideias emanadas pelos superiores, ou seja, pela classe que domina ideologicamente determinada sociedade. Foucault identificou na medicina a capacidade de exercer poderes sobre a vida e a morte dos demais sujeitos, leigos, sobretudo quando aponta que: "a medicina é um saber-poder que incide ao mesmo tempo sobre o corpo e sobre a população, sobre o organismo e sobre os processos biológicos e que vai, portanto, ter efeitos disciplinares e efeitos regulamentadores." (FOUCAULT, 2000. p.302). Observa-se

Antes de dar continuidade a caracterização dos serviços pioneiros na realização das denominadas cirurgias de transgenitalização é importante abrir um parêntesis para sinalizar que a sustentação da patologização das pessoas trans, tão visceralmente característico desses atendimentos, repousa no essencialismo biologizante/naturalizante na compreensão da sexualidade, denunciados pelos estudos de gênero.

Aqui cabe destacar que, em função dos limites impostos por meu objeto de pesquisa, não empreenderei nesse trabalho uma análise sobre a trajetória desses estudos, que compõe um campo vasto e com abordagens das mais variadas matizes em função da larga produção das ciências humanas (entre as quais a sociologia, a filosofia, a antropologia, a psicologia e a psicanálise), entendendo, ainda, que os estudos de gênero são herdeiros da forma como essas disciplinas se estabeleceram, desde os seus primórdios no século XIX, a partir da distinção entre natureza e cultura.

É nessa perspectiva que se situa o trabalho de Laqueur (2001), no qual evidenciou o paradigma do dimorfismo sexual⁴¹ (macho/fêmea) como fruto de uma dada compreensão da sexualidade a partir do surgimento das ciências biológicas ao longo dos séculos XVIII e XIX. Tendo como referência esses estudos, foi possível compreender o conceito de gênero como uma produção histórica, assim como é resultado da história toda a ciência e seus objetos de análise. Nessa direção, tem-se também as contribuições de Scott (1995), segundo a qual pode-se afirmar que o conceito de gênero surgiu para questionar o aspecto natural conferido à sexualidade. De acordo com Scott:

Gênero” parece ter feito sua aparição inicial entre as feministas americanas, que queriam enfatizar o caráter fundamentalmente social das distinções baseadas no sexo. A palavra indicava uma rejeição do determinismo biológico implícito no uso de termos como “sexo” ou “diferença sexual” (SCOTT, 1995, p. 72).

por este processo um “assujeitamento” ou sujeição do indivíduo ao poder desses profissionais de saúde, que assim regulam e disciplinam os comportamentos desejáveis produzindo em consequência um determinado saber sobre o outro, um saber que é estranho ao outro (FOUCAULT, 1996; FOUCAULT, 2007).

⁴¹ Laqueur (2001) argumenta que as diferenças entre os sexos ou a própria ideia de dois sexos biológicos distintos é uma concepção que pode ser historicamente contextualizada. Assim como outros autores, afirma que a partir do século XVIII passa-se a considerar a existência de um modelo de dois sexos, contrariamente à percepção herdada dos gregos de que haveria apenas um sexo biológico, enquanto o gênero se apresentaria pelo menos em duas possibilidades. Neste modelo antigo, de um sexo, homem e mulher não seriam definidos por uma diferença intrínseca em termos de natureza, de biologia, de dois corpos distintos, mas, apenas em termos de um grau de perfeição. Dependendo da quantidade de calor atribuída à cada corpo, ele se moldaria em termos mais ou menos perfeitos, em um corpo de homem quando o calor foi suficiente para externalizar os órgãos reprodutivos, ou em um corpo de mulher quando foi insuficiente e os órgãos permaneceram internos. As diferenças seriam de grau, compondo uma hierarquia vertical entre os gêneros. Os órgãos reprodutivos seriam vistos como iguais em essência e reduzidos ao padrão masculino. Ou seja, ambos, homens e mulheres, seriam dotados de pênis e testículos, por exemplo. A única diferença é que na mulher esses órgãos não foram externalizados. Haveria, então, um só corpo, uma só carne, para a qual se atribuem distintas marcas sociais. A partir do Renascimento pode-se perceber um enfraquecimento desse modelo antigo em prol do surgimento de um modelo que enfatiza a existência de dois sexos distintos. Cf.: Rohden, 2003: S202; Laqueur, 2001.

Dessa maneira, em função dessa dicotomia criada no século XVII e apontada por Laqueur (2001), denunciada por Scott (1995), dentre outros estudiosos do campo crítico de gênero, o sexo passou a ser compreendido como um elemento da natureza e passou a ser localizado no corpo, nos órgãos sexuais/ reprodutores. Assim, a partir de uma “identificação” das características físicas feita pela medicina, os indivíduos foram diferenciados em corpos-homens e corpos-mulheres (BENTO, 2014).

Tendo como marco esse parâmetro de identificação “macho/pênis” e “fêmea/vagina” esses indivíduos serão socializados de formas distintas e deles também serão esperados comportamentos distintos e coerentes com a distinção sexual que carregam. Dessa maneira, os papéis de gênero serão definidos e pedagogicamente inculcados em meninos e meninas desde a gestação (com os famosos chás-revelação e similares), perpassando pela infância (com brinquedos e brincadeira distintas para meninos e meninas) bem como ao longo de toda a vida.

Todavia, algumas vivências contrariam essa forma de inteligibilidade linear, imposta como natural e tais pessoas são tachadas como “minorias desviantes” por não obedecerem a norma socialmente estabelecida e naturalizada, conforme sinalizou Arán (2006) ao pontuar a existência de uma expectativa social de que os sujeitos apresentem uma linearidade entre sexo, gênero, desejo e práticas sexuais (ARÁN, 2006).

Tal linearidade foi categorizada como “heterossexualidade compulsória” por Judith Butler (2014). De acordo com a filósofa, para caracterizar o modelo discursivo/epistemológico hegemônico da inteligibilidade do gênero – que presume que para os corpos serem coerentes e fazerem sentido, o masculino deve expressar macho e o feminino deve expressar fêmea, com todos os desdobramentos daí advindos –, é necessário haver um sexo estável, expresso por um gênero estável, que é definido oposicional e hierarquicamente por meio da prática compulsória da heterossexualidade (BUTLER, 2014, p. 216 apud PREU; BRITO, 2019).

Nessa direção, Bento (2014) aponta que numa sociedade que funciona sob a lógica da heterossexualidade compulsória, qualquer fissura no contínuo sexo-gênero-desejo e em práticas sexuais, é frequentemente colocada em questão e analisada como anormalidade (BENTO, 2014), conforme se pôde constatar em todos os serviços visitados ao longo dessa pesquisa. Ao longo dessa exposição esses elementos serão retomados.

Dito isto e voltando à caracterização das protoformas da institucionalização do processo transexualizador, é necessário apontar que, de um modo geral, os atendimentos a

pessoas trans nos hospitais universitários aconteciam com a ciência/anuência da Direção das unidades, mas sem maior envolvimento da gestão com a organização e a viabilização deles, uma vez que era comum que a gestão hospitalar compreendesse que as atividades dirigidas a pessoa trans eram projetos profissionais e científicos específicos sob responsabilidade exclusiva de determinados médicos.

Muitas vezes, os/as médicos/as responsáveis não contavam com o envolvimento e o apoio sequer da equipe que integravam no hospital, tendo que buscar parcerias fora dela. Essa particularidade associa-se à expressiva atomização das práticas médicas especialmente dentro do hospital universitário. Tal particularidade do hospital universitário poderia ser muito vantajosa do ponto de vista da “independência técnico-científica”, mas, por outro lado, pode reverberar em isolamento e solidão do/a profissional, especialmente quando este não encontra entusiastas do mesmo projeto⁴². Daí decorre que acaba tendo que enfrentar sozinho/a ou com pouco apoio as dificuldades próprias da construção do modelo assistencial.

Tais atendimentos aconteciam nos hospitais universitários que ofereciam essa modalidade de assistência sem articulação com a rede assistencial, uma vez que inexistiam linhas de cuidados e fluxos de atendimentos para pessoas trans⁴³. O único atendimento oferecido por outras instituições de saúde a pessoas trans naquela tinha relação com a política de AIDS, de modo que isso reforçava o isolamento institucional das unidades que ofereciam atendimento às demandas cirúrgicas de pessoas trans.

As pessoas trans ao tomarem conhecimento através de suas próprias redes informais de relacionamento de que determinadas unidades de saúde faziam tal atendimento, buscavam diretamente o serviço, sem qualquer tipo de encaminhamento sendo muitas vezes o hospital universitário a primeira porta de entrada para a realização de algum tipo de cuidado que não fosse relacionado ao HIV/AIDS. Assim, tais usuários/as muitas vezes chegavam à atenção terciária, sem nunca terem passado pela atenção primária ou secundária do SUS. Essa é uma realidade bastante presente ainda hoje em muitos contextos brasileiros.

⁴² No caso da assistência a pessoas trans o motivo mais frequente da ausência de entusiastas se encontra no fato da transexualidade ser compreendida como um tema polêmico, moralmente condenável e/ou estigmatizante do/a próprio/a profissional de saúde.

⁴³ As linhas de cuidados expressam os fluxos assistenciais que devem ser garantidos aos/as usuários/as, no sentido de atender suas necessidades de saúde. As linhas definem as ações e serviços que devem ser desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção de uma rede de saúde (primária, secundária e terciária). Elas funcionam como instrumento de trabalho tanto para a gestão quanto para a assistência. Na gestão, elas podem orientar os gestores no planejamento, programação e avaliação dos serviços ofertados; na assistência elas podem servir de guia para orientar os trabalhadores da saúde sobre os procedimentos mais adequados para o cuidado prestado. No caso do processo transexualizador, esse planejamento quando existente, ainda é muito frágil. Voltaremos a essa questão no decorrer desse trabalho. Cf.: Kurokawa e Silva; Sancho & Figueiredo, 2016.

Tal realidade não mudou nem mesmo após a institucionalização pelo MS dos atendimentos a pessoas trans ocorrido em 2008. O fato é que até muito recentemente essas equipes que se colocavam dispostas à realização de cirurgias de transgenitalização em pessoas trans acabavam tendo que absorver e dar conta das múltiplas demandas e carências assistenciais que essas pessoas traziam e ao findarem os procedimentos de modificação corporal, as pessoas, que nunca tinham sido recebidas pela atenção primária/secundária, não tinham para onde retornar para receberem os cuidados básicos e não relacionados com às transformações corporais, sobretudo porque esses lugares não estavam abertos e preparados para o atendimento de pessoas trans. Tal despreparo das instituições que compõem a rede básica se materializava no fato de não respeitarem o uso do nome social⁴⁴ e as demais reivindicações por reconhecimento da diversidade sexual e/ou de gênero das pessoas trans atendidas e acreditarem que até a diarreia ou a unha encravada de uma pessoa trans devia ser de competência das unidades de saúde especializadas no processo transexualizador.

Essa realidade fez com que muitos/as profissionais do processo transexualizador também acreditassem que as pessoas trans deveriam se constituir em “pacientes eternos”, sem possibilidade de alta, visto que não se vislumbrava a possibilidade de cuidados em saúde adequados a elas após as cirurgias no SUS como um todo. É importante assinalar que não refutamos aqui necessidade de que uma pessoa trans mantenha seu vínculo com a instituição onde passou pelo processo transexualizador, a título de possíveis revisões e acompanhamentos assistenciais diversos que se façam necessários, ocorram, mas que isso não se configure numa “resposta eterna” para a necessidade da integralidade do cuidado, uma vez que é papel dos demais níveis de atenção a prestação desse cuidado integral, conforme preconiza a LOS (Lei 8080/90).

Aqui é importante abrir um parêntesis para afirmar a importância do conceito da integralidade nas ações de saúde, sobretudo quando se pensa na organização do processo transexualizador. A integralidade, é bom lembrar, é um dos princípios doutrinários do SUS, voltado a conjugar as ações direcionadas à materialização das políticas de saúde, cuja origem remonta à própria história do Movimento de Reforma Sanitária brasileira, que, durante as décadas de 1970 e 1980, abarcou diferentes movimentos de luta por melhores condições de vida, de trabalho e pela formulação de políticas específicas de atenção aos usuários.

⁴⁴ Nome social se refere à designação pela qual a pessoa trans se identifica e é socialmente reconhecida. Cf. Jesus, 2013.

Ruben Mattos (2005) sistematizou três conjuntos de sentidos sobre a ‘integralidade’, que é a ‘integralidade’ como traço da boa medicina, a ‘integralidade’ como modo de organizar as práticas e a ‘integralidade’ como respostas governamentais a problemas específicos de saúde. No primeiro sentido, a ‘integralidade’, seria um valor que consistiria em uma resposta ao sofrimento do usuário que procurasse o serviço de saúde, que não se limitasse a seu corpo biológico. No caso de um atendimento com o/a médico/a, por exemplo, essa ‘integralidade’ estaria presente no encontro, na conversa em que a atitude do/a profissional buscasse reconhecer, para além das demandas explícitas, as necessidades desse/a usuário/a no que diz respeito à sua saúde.

A ‘integralidade’ estaria presente também na preocupação desse/a profissional com a prevenção. No segundo conjunto de sentidos, a ‘integralidade’, como modo de organizar as práticas, exigiria uma certa ‘horizontalização’ dos programas anteriormente verticais (INAMPS), desenhados pelo MS superando a fragmentação das atividades no interior das unidades de saúde. Já o terceiro sentido, a ‘integralidade’ estaria relacionada às políticas especialmente desenhadas para dar respostas a um determinado problema de saúde ou aos problemas de saúde que afligem certo grupo populacional.

Assim, a ‘integralidade’ como definição legal e institucional foi concebida como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema. Desse modo, a Reforma Sanitária Brasileira contemplou originalmente a integralidade nas seguintes perspectivas:

- a) como integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, compondo níveis de prevenção primária, secundária e terciária;
- b) como forma de atuação profissional abrangendo as dimensões biológica, psicológica e social;
- c) como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde;
- d) como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças que incidissem sobre as condições de vida, determinantes da saúde e dos riscos de adoecimento, mediante ação intersetorial (PINHEIRO E MATTOS, 2005; PAIM e SILVA, 2010).

Retomando a discussão anterior, essa caracterização dos primórdios dos atendimentos voltados a pessoas trans, antes mesmo de 2008, é importante porque ajuda na compreensão das características que perduraram pós institucionalização do atendimento e que permanecem até hoje. Tais características irão interagir com as novas determinações postas em 2008 e no posterior processo de revisão da Portaria, intervalo de tempo em que outros sujeitos políticos entraram em cena, culminando com a publicação de outra Portaria pelo MS, a de Nº 2803 de 2013. Assim, é importante considerar que a direção da assistência – se de baixo para cima até

2008, ou se de cima pra baixo a partir de 2008⁴⁵ – o fato é que nenhuma dessas direções considerou inicialmente o papel da atenção primária em saúde na oferta e na organização desse modelo assistencial.

É importante considerar, ainda, que o fato dessa assistência ter se iniciado “de baixo para cima”, no âmbito dos hospitais universitários, que têm uma histórica desintegração com a rede mais ampla do SUS e onde suas preocupações se dirigem mais para a pesquisa de novos procedimentos do que para a assistência, possa explicar em parte, a desconsideração da atenção primária como partícipe e parceira na oferta desse atendimento. Além disso, é importante considerar como um dos fatores que ajudam a compreender o direcionamento de “cima para baixo” na organização desse programa é que esse não foi um modelo assistencial inicialmente idealizado como um programa do SUS, mas, literalmente “arrancado à golpes de Portarias” à partir de pressão de determinados sujeitos sociais e do processo judicial iniciado em Porto Alegre, conforme se irá demonstrar ao longo desse estudo⁴⁶.

Entretanto é inegável que a política que temos hoje foi constituída originalmente entre 1997 e 2008 a partir da realidade histórica que foi acontecendo no interior das diferentes experiencias de atendimento dos hospitais de ensino autorizados a ofertar essa assistência a partir da Resolução do CFM, de 1997. Foi a movimentação típica dessas diferentes realidades em seus cotidianos pratico-interventivos com os desafios surgidos sistematicamente por meio e através da assistência prestada que fez brotar as sementes que posteriormente culminaram na primeira Portaria ministerial de 2008. É nesse sentido que afirmo que o cuidado assistencial a pessoas trans surgiu de baixo para cima. Como já assinalado aqui, esse “de baixo”, no entanto, não significou a participação da atenção primária nem a consideração da sua necessidade, mas tão somente as unidades de ensino que prestavam a assistência.

Os desafios surgidos no cotidiano prático dos hospitais universitários⁴⁷ diziam respeito, sobretudo à capacidade resolutiva das equipes na oferta da assistência tendo em vista que o atendimento se iniciava e se encerrava dentro dessas unidades. Não havia rede de suporte, não havia capacidade de resposta adequada às demandas que cresciam

⁴⁵ Ao me referir a direção “de baixo pra cima” estou abordando os serviços que começaram assistência às pessoas trans nos diferentes estados a partir das quatro universidades que iniciaram o atendimento antes de 2008. Quando me refiro à direção “de cima pra baixo” estou falando da tentativa de organização da assistência “pelo alto”, via Ministério da Saúde, a partir de 2008.

⁴⁶ Goulart, 2001 faz observações muito contundentes ao se referir a uma dada característica presente no SUS onde se observa um formalismo, um apego à normas regulatórias sem que, necessariamente haja construção histórica das condições materiais que permitam existência de determinadas ações políticas. Cf.: Goulart, 2001.

⁴⁷ Ao longo desse estudo, se discutirá sobre as características dos HU's e de sua integração a rede SUS.

paulatinamente, não havia recursos financeiros para a realização das cirurgias, que competiam com os recursos destinados aos demais procedimentos realizados pelas instituições.

Por outro lado, havia questionamentos internos e externos acerca da legitimidade de tais atendimentos motivados pela transfobia,⁴⁸ havia falta de preparo técnico das equipes que prestavam a assistência, havia poucos médicos/as habilitados/as a fazerem as cirurgias, havia despreparo das próprias instituições na adoção de protocolos cotidianos necessários para um atendimento às pessoas trans destituído, ao máximo, de práticas transfóbicas (sobretudo relacionadas à transfobia institucional que se expressava por meio do desrespeito à identidade de gênero manifesto na não adoção do nome social, na obstrução ao uso do banheiro em conformidade com a auto enunciação dos/as usuários/as, bem como na sua não alocação em enfermarias generificadas com base no mesmo critério).

Tornando ainda mais complexo o cenário daqueles primórdios, havia uma gradativa pressão das pessoas trans que começavam a se organizar politicamente, demandando reconhecimento, ampliação da assistência e melhorias do atendimento⁴⁹. Sobretudo, havia o surgimento de uma lenta, mas progressiva diversidade, notadamente na equipe da UFRJ, que acabou por contribuir para a germinação do questionamento sobre a patologização da transexualidade e sobre a cirurgia como protagonista da assistência ofertada a esse público⁵⁰.

Em estudos anteriores⁵¹ foi identificada a existência de dez unidades assistenciais com atendimentos voltados às pessoas trans no Brasil antes da Portaria n.457/08, que funcionavam fundamentadas pela Resolução do CFM. Foram elas: o Programa de Transtorno de Identidade

⁴⁸ A Transfobia é entendida como uma forma de preconceito contra pessoas trans que pode se traduzir em atos de violência física, moral ou psicológica, se constituindo numa forma de aversão à estas pessoas. Se manifesta em diferentes ações de preconceitos, sejam explícitos ou velados que se origina da não-aceitação da manifestação/expressão identitária dessas pessoas, podendo se agravar quando tais pessoas além de trans, sejam também homossexuais. Os atos transfóbicos podem ultrapassar as ações de preconceitos cotidianos, como a desigualdade de tratamento e a desqualificação da pessoa em questão, podendo chegar a se traduzir em crimes de ódio quando a pessoa ou suas propriedades são atacadas de alguma maneira pelo fato dela ser trans. É importante assinalar que esse conceito possui uma forte dotação política, que foi importante para a sua distinção em relação ao preconceito homofóbico, uma vez que são ações que possuem natureza distintas, que se revela na maior aceitabilidade social aos homossexuais do que às pessoas trans, sendo mais difícil, por exemplo, que essas consigam empregos, que frequentem espaços públicos, entre outros. Cf.: Jesus, 2013.

⁴⁹ Os pesquisadores Mario Carvalho e Sergio Carrara reconstruíram a história do movimento social de travestis e transexuais no Brasil relatando o surgimento das primeiras organizações políticas desses sujeitos. Em seus estudos, esses pesquisadores apontaram a centralidade dos processos de disputas que foram vitais para o fortalecimento do movimento trans no país, expressos na luta pela inclusão de travestis no então emergente movimento homossexual dos anos 1980-1990, e, posteriormente, o embate em torno dos sentidos e dos usos das categorias “travesti” e “transexual”. Cf. Carvalho e Carrara, 2013. Voltaremos a essa discussão no decorrer desse trabalho.

⁵⁰ A presença de Márcia Arán, que compunha a equipe técnica do programa da UFRJ desempenhou um papel importante na trajetória do processo transexualizador no Brasil, conforme se verá ao longo desse estudo.

⁵¹ Cf.: Arán e Murta, 2009.

de Gênero (PROTIG) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – UFRGS, a Unidade de Urologia Reconstructora Genital do Hospital Universitário Pedro Ernesto – UERJ, o Ambulatório de Transexualidade do Projeto Sexualidade (PROSEX) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, o Projeto Transexualismo do Hospital das Clínicas de Goiânia, o Programa de Atendimento a Transexuais e Cirurgia de Transgenitalização do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, da UFRJ, o Ambulatório de Endocrinologia Especial (Transtorno de Identidade de Gênero) do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione (IEDE), o Hospital das Clínicas da UFMG, o Projeto Transexualidade – Serviço de Urologia da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto da Faculdade de Medicina e Hospital de Base, o Atendimento Ambulatorial a Transexuais do Hospital Universitário de Brasília e o Departamento de Psicologia do Instituto Paulista de Sexualidade. No entanto, além dessas 10 instituições, identifiquei também o Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes da Universidade Federal do Espírito Santo/UFES e o Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, UFPE.⁵²

Dentre essas instituições havia unidades vinculadas a universidades federais, estaduais, secretarias estaduais de saúde e até mesmo uma unidade de natureza privada. Algumas dessas instituições não realizavam cirurgias, como o Ambulatório de Atendimento a Transexuais do Hospital Universitário da UnB e o Departamento de Psicologia do Instituto Paulista de Sexualidade, que é uma instituição de natureza privada (ARÁN e MURTA, 2009).

É possível que outras instituições realizassem atendimentos dessa natureza antes de da institucionalização pelo MS em 2008, e mesmo, antes da Portaria do CFM de 1997, quando os atendimentos eram realizados na clandestinidade. O exemplo mais ilustrativo disso foi a famosa situação envolvendo o médico Roberto Farina, que teria feito a primeira cirurgia de transgenitalização no Brasil, em 1971, tendo, posteriormente seu registro profissional cassado pelo Ministério Público de São Paulo sob a acusação de prática de mutilação⁵³.

Há registros na pesquisa de Pietra Munin (2018) de que o HC da FMUSP iniciou os atendimentos a transexuais em 1979, graças aos esforços empreendidos pela médica

⁵² Essa identificação se deu por meio de visita técnica ao Hospital universitário da UFES, ocorrida em 2018, quando tomei conhecimento que a instituição fazia atendimentos às pessoas trans desde 1998. Em relação à UFPE, tomei conhecimento, também na pesquisa de campo, que o mesmo iniciou os atendimentos às pessoas trans no ano de 2000.

⁵³ Cf.: Rossi, A. “Monstro, prostituta, bichinha”: como a Justiça condenou a 1ª cirurgia de mudança de sexo do Brasil. BBC Brasil, São Paulo, 2018.

endocrinologista Dorina Quaglia⁵⁴, pioneira nesse tipo de atendimento em São Paulo. Com sua saída, outra médica endocrinologista, Berenice Bilharinho de Mendonça teria assumido essa assistência. Em 1984, médicos da Clínica de Endocrinologia e da Divisão de Psicologia iniciaram um ambulatório multidisciplinar para atendimentos de transexuais⁵⁶. Se existiram outras práticas semelhantes, só a pesquisa histórica dirá, por ora, trabalharei com os dados que já são conhecidos e sistematizados em estudos anteriores, além de acrescentar o Ambulatório de Urologia da HUCAM – Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes/UFES e o Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco/UFPE.

Sobre estes dois últimos serviços, é importante sinalizar que há registros de que o hospital universitário da UFES iniciou o atendimento cirúrgico a pessoas trans em 1998⁵⁷. O dado oficial a que tive acesso aponta que até o ano de 2013 tinham sido realizadas naquela instituição de saúde 33 cirurgias e que 12 pessoas estariam na fila de espera naquele momento, embora não haja informações discriminando os tipos de cirurgias realizadas. Esta instituição não foi credenciada pelo MS como uma das unidades do processo transexualizador, mas em função da Resolução do CFM, esteve autorizada a realizar tais procedimentos, havendo relatos de que do ano de 2013 em diante, a assistência continuou sendo prestada, no entanto de forma esporádica, descontínua. Em 2018, a instituição foi habilitada pelo MS para a realização de atendimentos ambulatoriais⁵⁸.

Quanto ao hospital universitário da UFPE, as informações que consegui obter indicaram que os atendimentos com vistas à realização de cirurgias de transgenitalização se iniciaram em 2001, tendo sido interrompidas em 2009, em função da aposentadoria do médico que realizava as cirurgias e, também, de relatos de supostos insucessos técnicos na oferta assistencial. Em 2014, o serviço foi reformulado e credenciado pelo MS, passando a ser a quinta unidade plena do processo transexualizador no país⁵⁹.

⁵⁴ Dorina Rosetta Giannetta Epps Quaglia, médica endocrinologista e psicanalista, professora da. Faculdade de Medicina da USP, fundadora do núcleo de estudos de intersexo.

⁵⁵ Dorina Rosetta Giannetta Epps Quaglia, médica endocrinologista e psicanalista, professora da. Faculdade de Medicina da USP, fundadora do núcleo de estudos de intersexo.

⁵⁶ Cf.: Munin, 2018.

⁵⁷ Cf.: “Ufes possui técnica inédita no mundo para cirurgia de mudança de sexo” reportagem publicada na página oficial da UFES em 3 de Maio de 2013. <http://www.ufes.br/conteudo/ufes-possui-t%C3%A9cnica-in%C3%A9dita-no-mundo-para-cirurgia-de-mudan%C3%A7a-de-sexo>

⁵⁸ Cf.: “Hospital Universitário inaugura Ambulatório de Diversidade de Gênero no ES” reportagem publicada na página oficial da UFES em 9 de junho de 2018. <http://www.ufes.br/conteudo/hospital-universit%C3%A1rio-inaugura-ambulat%C3%B3rio-de-diversidade-de-g%C3%AAnero-no-es>.

⁵⁹ Á esse respeito, cf.: G1 “Hospital das Clínicas é habilitado para atendimento a transexuais em PE”. 14/010/2014. Além de matérias jornalísticas, foi possível acompanhar as discussões envolvendo esse serviço por

Há assim uma certa imprecisão de informações acerca da história dos serviços existentes e sobre quando, de fato, iniciaram os atendimentos, se antes ou se depois da Resolução do CFM de 1997. Isso expressa também uma realidade preocupante que diz respeito a ausência de transparência dessas ações e a falta de controle social que as circundou. A atuação de alguns profissionais médicos, mesmo tendo suas ações de pesquisa reguladas por Comitês de Ética em Pesquisa vinculados ao CNS, passaram ao largo de outras formas de regulação, monitoramento e controle de suas práticas, uma vez que se respaldaram na lacuna em torno da assistência a pessoas trans e no desinteresse político em promovê-la.

Essa situação teve como rebatimento a agudização do sofrimento das pessoas trans que buscaram assistência e encontraram serviços descontínuos com rotinas incertas e obscuras. Tais pessoas algumas vezes experimentaram o sentimento de serem cobaias à disposição dos experimentos de determinados profissionais. Foram situações recorrentes por conta da ausência regulatória do Estado, que não ofertava e não regulava adequadamente a assistência à saúde trans⁶⁰.

O quadro disposto a seguir (Quadro 2) diz respeito ao mapeamento que foi possível realizar ao longo dessa tese e sintetiza a oferta assistencial ambulatorial e cirúrgica anterior a 2008 no país, portanto, a oferta assistencial anterior à institucionalização pelo MS:

meio de reuniões no MS que eu acompanhava na condição de gestora ambulatorial da equipe do processo transexualizador do HUPE/UERJ.

⁶⁰ Os relatos de pessoas trans denunciando mal atendimento e erro médico são públicos, notórios e recorrentes, podendo ser ilustrados por exemplo, por meio de publicações jornalísticas que dão conta da punição por perda de registro do médico Jalma Jurado, o encerramento do primeiro programa da UFPE em 2009, registrado por Tenório e Livadias, 2017, bem como alguns relatos contidos no livro de Arilha, Lapa & Pisaneschi, 2010.

Quadro 2 – Unidades de saúde com oferta de modificação corporal para pessoas trans até 2008					
N	Programa	Instituição	Natureza Jurídica	ano de Início	Modo de financiamento
1	Programa de Transtorno de Identidade de Gênero (PROTIG) Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA	UFRGS/RS	Hospital Universitário Público Federal	1997	Recursos da SES
2	Unidade de Urologia Reconstructora Genital do Hospital Universitário Pedro Ernesto – HUPE	UERJ/RJ	Hospital Universitário Público Estadual	2003	Recursos da própria instituição
3	Ambulatório de Transexualidade – Projeto Sexualidade (PROSEX) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP	USP/SP	Hospital Universitário Público Estadual	1998 ⁶¹	Recursos da SES
4	Projeto Transexualismo do Hospital das Clínicas de Goiânia	UFG/GO	Hospital Universitário Público Federal	1999	Recursos da própria instituição
5	Programa de Atendimento a Transsexuais e Cirurgia de Transgenitalização do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da UFRJ	UFRJ/RJ	Hospital Universitário Público Federal	1998	Recursos da própria instituição
6	Ambulatório de Endocrinologia Especial (Transtorno de Identidade de Gênero) do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione (IEDE)	IEDE/SES/RJ	Hospital Público Estadual	2000	Recursos da própria instituição
7	Hospital das Clínicas da UFMG	UFMG/MG	Hospital Universitário Público Federal	2002	Recursos da própria instituição
8	Transexualidade – Serviço de Urologia da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto da	SJRP/SP	Hospital Público Estadual	1998	Recursos da própria instituição

⁶¹ Ver a esse respeito, Munin (2018, p.93). A autora aponta, com base nos estudos contidos em VIEIRA e SAAVEDRA (2009), que os atendimentos a pessoas trans em São Paulo foram iniciados em 1978.

	Faculdade de Medicina e Hospital de Base				
9	Atendimento Ambulatorial a Transexuais do Hospital Universitário de Brasília/HUB	UB/UNB	Hospital Universitário Público Federal	2002	Recursos da própria instituição
0	Departamento de Psicologia do Instituto Paulista de Sexualidade	SP	Organização não governamental	1997	Recursos da própria instituição
1	Ambulatório de Urologia da HUCAM – Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes/UFES	UFES/ES	Hospital Universitário Público Federal	1998	Recursos da própria instituição
2	Espaço Trans do Hospital de Clínicas da UFPE	HC/UFPE	Hospital Universitário Público Federal	2001	Recursos da própria instituição

Fonte: A autora, 2019 - adaptação de Arán e Murta, 2009.

Tais instituições até o ano de 2008 prestavam assistência, sobretudo cirúrgica, às pessoas transexuais residentes na sua região geográfica ou até mesmo em outros estados e países, como é o caso do Hospital Universitário Pedro Ernesto, que atendia a pessoas de várias regiões do país bem como contava com pelo menos uma usuária proveniente da Argentina. Os programas possuíam características e uma composição interna muito diversas, como também eram diversos seus resultados.

O pioneiro levantamento preliminar realizado por Daniela Murta Amaral e Marcia Arán (2009)⁶² apontou que em todos os serviços analisados na ocasião, as intervenções médico-cirúrgicas atendiam aos critérios estipulados pela Resolução do CFM nº 1.652/2002 que determinava o prazo mínimo de dois anos de acompanhamento terapêutico como pré-requisito para a realização de cirurgias de transgenitalização, bem como para a maioridade e o diagnóstico de “transexualismo”.

Após os dois anos protocolares de avaliação, se a pessoa trans fosse considerada de fato como “transexual” e apresentasse as condições clínicas esperadas pelas equipes médicas⁶³

⁶² Cabe registrar a relevância desse estudo pioneiro de Marcia Arán com a participação de outras pesquisadoras como Murta, Lima, entre outros. Nesse estudo foram computadas as informações das sete instituições que responderam aos questionários propostos pela equipe de pesquisadoras. Das sete instituições, uma não foi considerada por ser tratar de uma unidade ambulatorial privada e duas outras instituições (UFES e UFPE) não entraram naquele estudo, tendo sido acrescentadas por mim.

⁶³ Por condições clínicas, entenda-se condições adequadas de saúde para passar por uma cirurgia de grande porte (pressão arterial e glicose sob controle, risco cardíaco, de preferência, baixo, entre outros). Recomenda-se

ela, poderia ser encaminhada para a realização de procedimentos cirúrgicos. No entanto, devido às muitas dificuldades para a realização das cirurgias, fosse por questões envolvendo a disponibilidade ou não dos centros cirúrgicos, fosse pela disponibilidade ou não de toda a equipe de saúde necessária, os/as usuários(as) transexuais chegavam a permanecer um tempo demasiadamente alto aguardando que suas cirurgias fossem realizadas (alguns até ao longo de dez anos).

Além dos entraves para a realização das cirurgias genitais, também eram marcantes naquele contexto as dificuldades de acesso a outros procedimentos igualmente demandados, como as cirurgias de mamas e próteses mamárias, bem como a impossibilidade das mulheres trans conseguirem os hormônios necessários às transformações corporais desejadas.

Aliadas a essas dificuldades, havia em muitas instituições de saúde a ocorrência de inúmeras situações vexatórias e humilhantes que pessoas trans enfrentavam dentro e fora do cotidiano institucional em função da transfobia por parte dos agentes institucionais.

Boa parte das pessoas trans que demandavam essa modalidade assistencial, obrigatoriamente, precisavam se submeter às normas institucionais e às imposições diagnósticas e se enquadrar nelas, sob pena de não serem consideradas “transexuais verdadeiras”, e para tanto, muitas adotavam uma performance condizente com as expectativas das equipes e com os critérios nosológicos, que operaram assim, verdadeiras cirurgias sem bisturis⁶⁴.

Aqui será necessário abrir um parêntese para abordar sumariamente de onde se origina a ideia, tão presente nos serviços, acerca da categoria “transexual verdadeiro”. A concepção de que intervenções físicas em pessoas trans são uma forma de tratamento surgiu por volta de 1950, a partir dos primeiros artigos publicados que registraram e defenderam que existia um “fenômeno transexual”. Desde o início dessa década, o endocrinologista Harry Benjamin vinha se dedicando a estudar e estabelecer as ocorrências que viriam a diferenciar a população

também que a pessoa que vá operar pare de tomar hormônios 15 dias antes da cirurgia e pare ou diminua o uso de tabaco.

⁶⁴ Tais cirurgias sem bisturis, é bom lembrar, acontecem cotidianamente e invariavelmente com todos e todas, conforme nos lembrou Berenice Bento ao apontar que a produção dos gêneros e da heterossexualidade é marcada por um terrorismo contínuo, que se dá quando se incentiva ou se inibe determinados comportamentos com o objetivo de adestrar a heterossexualidade e construí-la como algo natural. Nesse sentido, se um menino gosta de brincar de boneca, certamente esse comportamento será inibido, por exemplo. Para a autora, não existe corpo in natura, livre de investimentos e expectativas sociais. Já nascemos cirurgiados. E nesse processo de construção, diz a autora, o discurso médico encontra a legitimidade por ser o portador da verdade. Segundo Bento, a eficácia desse discurso poderá ser confirmada ao produzir no sujeito a incômoda e terrível certeza de que não se é normal. Cf.: Bento, 2006.

transexual das homossexualidades, tratando de forma frequente em seus estudos a abjeção que os transexuais teriam em relação a sua genitália.

Harry Benjamin defendia que a cirurgia de transgenitalização seria a única forma de tratamento para essas pessoas, estabelecendo critérios científicos de como diagnosticar, os quais foram publicados em seu livro “O Fenômeno Transexual”. Para o autor, o critério fundamental do diagnóstico seria a relação de rejeição de longa duração que o sujeito teria com as suas genitálias, o que justificaria a realização da cirurgia de transgenitalização, sendo essa a única alternativa de tratamento, pois segundo ele, as intervenções psicoterapêuticas seriam inúteis. Assim, a partir de tal teorização, Harry Benjamin criou a Escala de Orientação Sexual (Sex Orientation Scale – S.O.S), um guia diagnóstico através do qual seria possível avaliar a discordância entre os sexos, principalmente a incompatibilidade entre os componentes psicossociais e as estruturas do corpo.

Nessa escala, existia ilustrativamente seis tipos diferentes de síndrome de travestismo-transexualismo de acordo com observações clínicas, (*Tipo 1: Travesti Pseudo – Masculino; Tipo II: Travesti Masculino Fetichista; Tipo III: Travesti Verdadeiro Masculino, mas com menos convicção; Tipo IV: Transexual não decidido sobre cirurgia, desliza entre travesti e transexual; Tipo V: Transexual verdadeiro Intensidade feminina moderada. ("Preso em um corpo masculino") Tipo VI: Transexual Verdadeiro Intensidade feminina alta – Total inversão psicosexual*). Tal escala tornou-se um marco na conceituação do transexualismo pela possibilidade de esquematizar a diferença entre transexuais, travestis e homossexuais (AMARAL, 2007; CUNHA, 2018).

Essa concepção fundamentou os critérios diagnósticos presentes na Resolução do CFM de 1997 e, posteriormente, da Resolução CFM nº 1.652/2002⁶⁵ e a partir delas muitas pessoas trans, conscientemente ou não, passaram por processos de *ortopetização*, adotando comportamentos e atitudes que correspondessem aos critérios estipulados pelo saber/poder médico, uma vez que atender performaticamente às demandas das equipes que lhes assistiam, era o que lhes restavam para alcançar as transformações corporais pretendidas⁶⁶.

Tanto a Resolução CFM 1482/1997 quanto a Resolução CFM 1652/2002 consideravam a pessoa trans como o indivíduo “portador de desvio psicológico permanente de

⁶⁵ A Resolução CFM nº 1.652/2002 substituiu e atualizou, na época, a primeira resolução do CFM a tratar desse tema, que foi a Resolução 1482/97. A novidade da Resolução de 2002 foi a decisão de ofertar, à título experimental, as cirurgias dos homens trans.

⁶⁶ É importante assinalar, todavia, que algumas pessoas trans de fato acreditavam nos critérios diagnósticos, o que nos leva a pensar na forte incidência dos processos de medicalização da vida. Cf.: Caponi, Verdi, Brzozowski & Hellmann, 2010. Ver também: BORBA, 2014.

identidade sexual, com rejeição do fenótipo e tendência à automutilação e ou autoextermínio”. As duas resoluções estipularam os seguintes critérios diagnósticos a serem apresentados pelas pessoas trans:

- 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 desse distúrbio de forma contínua e consistente por, no mínimo, dois anos;
- ausência de outros transtornos mentais.

A novidade trazida em 2002 foi a decisão de que no caso das mulheres trans, as cirurgias para adequação do fenótipo masculino para o feminino pudessem ser praticadas em hospitais públicos ou privados, independentemente do caráter de pesquisa anteriormente adotado (desde que seguindo os critérios de acompanhamento já estabelecidos). No caso das cirurgias genitais e/ou procedimentos complementares de homens trans, a realização dos procedimentos se manteve condicionada à prática em hospitais universitários ou hospitais públicos adequados para a pesquisa.

Importa ressaltar que a obrigatoriedade do atendimento aos critérios estabelecidos para que essas pessoas fossem compreendidas como “doentes” e merecedoras da assistência prestada, além do tempo obrigatório de dois anos de acompanhamento, paulatinamente foram conformando uma situação de flagrante violência institucional, alongada pelo tempo de espera informal ditado pelo acesso aos procedimentos cirúrgicos que, invariavelmente, extrapolava os dois anos formalmente exigidos pela Resolução.

O tempo de espera⁶⁷ tornou-se cada vez mais longo pela pressão da demanda e favoreceu a formação de filas infundáveis nos serviços, formadas por usuários/as que, já tendo cumprido os critérios formais necessários, não conseguiam ser cirurgiados/as. Os custos dos procedimentos cirúrgicos, que deveriam ser arcados pelos recursos próprios dos hospitais universitários constituíam um problema a mais, frente ao intenso subfinanciamento progressivo do SUS, sobretudo porque se entendia – tanto no senso comum, quanto entre técnicos/as e demais profissionais – que as cirurgias em pessoas trans eram menos necessárias que a dos outros usuários/as, que não “escolheram” ficar doentes.

⁶⁷ Uma ampla discussão etnográfica sobre o tempo de espera de pessoas trans em busca dos atendimentos cirúrgicos no processo transexualizador podem ser encontrados em ALMEIDA & BRAZ, 2020; ALMEIDA, 2018.

Ademais, o fato dessa modalidade assistencial ficar a cargo das equipes de saúde que, na maioria das vezes, trabalhavam sem nenhum ou com pouco suporte administrativo e sob precariedade estrutural, favorecia a desorganização de informações na documentação médica dos/as usuários/as e dificultava a transparência das filas, gerando desconfiças, questionamentos, insatisfações e conflitos envolvendo os profissionais entre si e entre estes e os/as usuários/as.

Na análise empreendida por Daniela Murta e Márcia Arán (2009) as autoras apontaram o exponencial crescimento do quantitativo de usuários/as que se definiam como transexuais e procuraram os serviços existentes com demandas clínicas e-cirúrgicas relacionadas ao processo transexualizador.

A partir de um levantamento realizado naquele estudo foi possível calcular, com base nas informações dos programas, um número significativo de homens e mulheres transexuais que foram atendidos/as naqueles espaços, no Brasil, até o ano de 2008⁶⁸, como pode ser observado na tabela 1 a seguir:

Tabela 1 – Número aproximado de usuários/as dos serviços atendidos ambulatorialmente até 2008							
Usuários/as atendidos/as	HCPA/UFRGS	HC/USP	HUPE/UERJ	HC/UFG	HUCFF/UFRJ	IEDE	Total geral
N de mulheres transexuais atendidas no pré-operatório	236	316	70	40	38	108	808
N de homens transexuais atendidos no pré-operatório	29	62	3	10	6	2	112
N de mulheres transexuais atendidas no pós-operatório	117	25	20	33	12	29	236
N de homens transexuais atendidos no pós-operatório	20	14	0	14	4	0	52
TOTAIS	402	417	93	97	60	139	1208

Fonte: A autora, 2019 - adaptação de Arán e Murta, 2009

Esse número está disposto no quadro 3 a seguir. Contudo, é importante considerar que esses números não foram capazes de oferecer uma estimativa da demanda reprimida, pois esta

⁶⁸ Esclareço aqui que no estudo de Murta e Arán (2009) constam tabela registrando os atendimentos até junho de 2008 e outra com os registros apenas do ano de 2008. Para efeito dessa pesquisa, eu somei as duas tabelas e computei os registros em uma única tabela com os dados referentes ao período compreendido entre 1998 e 2008. Desta forma, pude chegar ao número aproximado de pessoas trans atendidas.

não foi registrada quando se apresentou ao serviço e não foi atendida ou se apresentou a rede privada de saúde.

Quadro 3 – Dados sobre as cirurgias realizadas nos serviços até junho de 2008		
Instituição	Cirurgias realizadas	Tipo de cirurgias realizadas
HCPA/UFRGS	96 M e 16 H	Transgenitalização e caracteres secundários
HC/USP	19 M e 06 H	Transgenitalização e caracteres secundários
HUPE/UERJ	20 M	Transgenitalização e caracteres secundários
HC/UFG	19 M e 08 H	Transgenitalização e caracteres secundários
HUCFF/UFRJ	06 M e 1H	Transgenitalização e caracteres secundários
IEDE/SES/RJ	Não realiza cirurgias	

Fonte: A autora, 2019 - adaptação de Arán e Murta, 2009

É importante assinalar que esses seis serviços destacados pelo estudo de Amaral et al (2009) eram conduzidos por diferentes especialidades médicas, que eram também os responsáveis pela organização institucional da assistência, buscando entre seus pares, parcerias de trabalho para o atendimento das pessoas trans que buscavam procedimentos cirúrgicos diversos de transformação corporal. No Hospital de Clínicas de Porto Alegre, vinculado à UFRGS, o responsável era o setor de urologia que, posteriormente, convidou a psiquiatria e esta convidou o serviço social.

No Hospital de Clínicas da USP, em São Paulo, a condução inicial foi da endocrinologia, que posteriormente foi montando o restante de sua equipe de trabalho; no Hospital Universitário Pedro Ernesto, da UERJ, no Rio de Janeiro, o responsável foi a urologia que, inicialmente, conseguiu convidar a psiquiatria, a plástica e a ginecologia; no Hospital de Clínicas da UFG em Goiás, a responsabilidade técnica inicial ficou a cargo da Ginecologia, que posteriormente convidou a psicologia; no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, da UFRJ, o responsável era a área médica da Saúde Mental que convidou a psicologia e no IEDE, que até o presente não realiza cirurgias, o responsável foi a Endocrinologia, que convidou a psicologia⁶⁹.

Destaca-se que as equipes dos diferentes programas (respeitada a diversidade existente entre eles, enfrentavam problemas em comum, sobretudo os referentes ao crescimento da demanda frente os limites estruturais dos serviços, bem como as limitações das equipes em respondê-los. É importante ressaltar que as diminutas equipes dedicadas a esses atendimentos se dividiam entre estes e outras inúmeras interpelações do cotidiano

⁶⁹ Desenvolverei as características particulares de cada serviço mais adiante.

institucional, particularmente difíceis e multifacetadas, por se tratarem todas de instituições de alta complexidade e, também, responsáveis por pesquisa/ensino.

É sempre necessário lembrar o personalismo e o isolamento institucional reinante em cada uma dessas experiências, uma vez que os/as profissionais que conduziam essas ações, faziam isso quase sempre sem o Co envolvimento da gestão institucional e dos governos locais, conformando situações em que os/as profissionais de saúde responsáveis pela condução desse tipo de assistência eram oficialmente reconhecidos/as, dentro e fora das instituições, como os/as únicos/as responsáveis por responderem por elas. Era, portanto, a eles/as a quem exclusivamente deveriam ser imputadas respostas a qualquer assunto que dissesse respeito a essa modalidade assistencial. Era um verdadeiro “lavar as mãos” institucional revestido de autonomia.

Essa particularidade instava os/as profissionais de saúde a buscarem por si próprios parcerias institucionais e demais recursos para a formação das equipes. As adesões de novos membros, por vezes, aconteciam mais por “espírito de coleguismo” e afinidade profissional/pessoal entre os/as profissionais, do que pelo entendimento genuíno deles acerca da necessidade e importância desse tipo de atendimento para as pessoas trans e para que o SUS cumpra sua função constitucionalmente atribuída, embora fosse possível encontrar profissionais que compreendessem essa necessidade.

Essa informalidade institucional que caracterizava esses serviços tinha como repercussão uma conduta solta e descontínua, uma ausência de fluxos e exigia uma constante pactuação dos/as coordenadores/as dos programas que sempre precisavam “pedir”, “passar o pires” entre colegas para negociar a participação deles/as nos procedimentos clínicos/cirúrgicos, angariando para si desgastes e cansaços adicionais. Essa era uma situação mais comum, particularmente, na realidade dos programas do Rio de Janeiro e de Goiás, embora a situação das outras unidades também não fosse fácil.

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 à frente desses serviços.

Esse contexto se tornou extremamente fértil em posicionamentos afins e antagônicos, uma arena perpassada por múltiplos movimentos dos sujeitos por ele afetados, que a todo momento buscavam defender suas convicções e buscar saídas para o impasse que se formou ao se afunilar dentro das instituições, sobretudo a partir do gargalo cirúrgico, as múltiplas ocorrências de transfobia institucional, a ostensividade do saber/poder médicos, a falta de infraestrutura, a vida em suspensão⁷⁰ das pessoas trans que aguardavam atendimentos, a patologização de condutas variadas, os saberes insurgentes de alguns/algumas técnicos/as que questionavam o status quo da medicina, as incertezas de usuários/as e profissionais em relação ao desfecho de cada situação atendida/vivenciada, a presença gradativa e crescente do ativismo LGBTIQ+ dentro de espaços profundamente elitizados como os hospitais e espaços de controle social da política de saúde, que em geral, não são abertos à questionamentos dos “comuns”, dos “de baixo”.... todos esses elementos conformaram uma caldeira fervilhante, que a médio prazo criaram as condições para que essa assistência e essa demanda de “baixo para cima” saíssem de dentro dos muros institucionais em busca de algum tipo de reconhecimento do Estado.

Três vetores são emblemáticos nesse sentido uma vez que foram decisivos para que a assistência cirúrgica especificamente voltada para pessoas trans extrapolasse os muros institucionais das unidades onde ocorria, alcançasse outros sujeitos e adentrasse o MS. Trata-se de fenômenos que correram em paralelo, mas que foram igualmente decisivos para a institucionalização do Processo transexualizador no Brasil. Me refiro aqui a:

- a) I Jornada sobre Transexualidade e Saúde no Brasil, organizada pelo Instituto de Medicina Social da UERJ e pela Coordenação de Saúde Mental do MS (UERJ, 2005);
- b) a ação judicial iniciada no rio grande do Sul e
- c) a incidência da participação social, sobretudo via movimento social, com especial destaque para a atuação política das travestis.

A I Jornada sobre Transexualidade e Saúde aconteceu em setembro de 2005 na UERJ, sob condução do IMS com o apoio da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) e da Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA). De acordo com Murta (2007), essa Jornada teve como objetivo discutir a transexualidade sob diversos aspectos, envolvendo a dimensão histórica política e social, além de abarcar questões referentes ao diagnóstico, ao tratamento e os efeitos éticos e jurídicos dessa condição.

⁷⁰ É recorrente ouvir durante os atendimentos às pessoas trans inscritas no programa que elas paralisam a vida em decorrência da expectativa da cirurgia, que vira um marco no qual todas as demais ações necessárias da vida cotidiana ficam suspensas, enquanto as cirurgias não acontecem.

Tal evento foi fundamental na trajetória de institucionalização do processo transexualizador no Brasil porque ele possibilitou a reunião de sujeitos políticos e de diversos espaços sócio-ocupacionais que até então não haviam tido a oportunidade de discutirem ampla e coletivamente as questões envolvendo a assistência a transexuais no país.

Participaram daquela I Jornada os serviços dos Hospitais Universitários e demais instituições que já vinham desenvolvendo ações nesse sentido, bem como estiveram presentes representantes e autoridades do Ministério da Saúde, dentre os quais o gestor responsável pela Coordenação de Média e Alta Complexidade da Secretaria de Atenção à Saúde, a Coordenação de Saúde Mental do MS, que era um dos responsáveis/financiadores do evento, bem como estiveram presentes membros de diversos conselhos estaduais de saúde, diversos pesquisadores, estudantes, profissionais das mais diversas áreas e associações profissionais. Note-se, particularmente, a presença de representantes de organizações diretamente ligadas ao movimento social LGBTIQ+ como a Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA) e a Articulação Brasileira de Lésbicas (ABL) (LIONÇO, 2008).

Pela primeira vez os/as profissionais dos programas que detinham essa expertise, reunidos com pesquisadores/as, gestores/as, movimento social e profissionais das mais diversas áreas puderam discutir a realidade da assistência a trans no país. Foi também a ocasião em que o MS manifestou pela primeira vez o interesse formal pela questão da saúde de pessoas trans. Durante a Jornada, foram debatidas questões cruciais para a estruturação de um modelo de serviços públicos de saúde voltados à saúde trans especificamente. Como resultado prático do evento, ao final foi escrito um documento que foi assinado por várias personalidades presentes (pesquisadores, profissionais, movimento social, estudantes, gestores, sociedades profissionais, entre outros). Nele foram feitas recomendações direcionadas, sobretudo, ao Ministério da Saúde. Dentre as nove recomendações que constam naquele documento histórico, intitulado “Transexualidade e Saúde Pública no Brasil”, destacam-se:

- a) A imediata convocação de grupos de trabalho, no âmbito do MS, para a formulação de propostas de Política Nacional de Saúde Integral para a população LGBT;
- b) O incentivo, a organização, a articulação e a sistematização de serviços públicos, jurídicos e de saúde, visando à assistência integral a transexuais, de modo a atender as demandas específicas desse segmento⁷¹;
- c) A incorporação dos procedimentos cirúrgicos de redesignação sexual na tabela do Sistema Único de Saúde (SUS), entre os procedimentos de alta complexidade

⁷¹ No caso da área da saúde foi proposta também a criação de Centros Interdisciplinares de Atenção a Transexuais no SUS. Ver Lionço (2008).

A articulação engendradora a partir da realização da I Jornada, embora não tenha tido repercussões práticas robustas imediatas, acarretou desdobramentos políticos em médio prazo que não são desprezíveis. A principal delas foi a possibilidade dessa discussão se espalhar para fora das instituições que ofertavam a assistência e se constituir num problema teórico-político vindo reforçar/legitimar as demandas que o movimento social LGBT já trazia.

Inclusive, no mesmo ano de 2005, meses antes de acontecer a I Jornada, a reitoria da UERJ já havia se comprometido também por meio da publicação de uma Carta Compromisso de criar condições para o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas trans expresso na possibilidade do uso de banheiros em conformidade com a autorreferência em todas as instalações da UERJ e no Hospital Pedro Ernesto e na adoção do nome social na universidade⁷².

Cabe registrar aqui o protagonismo da professora Marcia Arán (IMS/UERJ), que capitaneou o representante do MS, que também representava a Coordenação de Saúde Mental do Ministério, bem como a relevância técnico-científica do médico urologista Eloísio Alessandro da Silva que, juntamente com os urologistas Walter Koff e Ronaldo Damião, presidente e vice presidente da Sociedade Brasileira de Urologia, avalizaram a importância política, técnica e científica do evento, contribuindo para o renome e a legitimidade do mesmo.

A partir daquela I Jornada, as demandas da população LGBTIQ+, que vinham sendo vocalizadas na esteira do fortalecimento de um movimento trans cada vez mais visibilizado e das cobranças que partiam dos/as coordenadores/as do processo transexualizador e dos/as profissionais das unidades de saúde que prestavam esse atendimento adquiriram consistência e também maior visibilização pública, sobretudo por meio da interlocução de sujeitos políticos com algum poder de agência inseridos dentro da estrutura do Ministério da Saúde. Esses sujeitos conseguiram catalisar parte das demandas que vinham dos serviços e do movimento social e constituíram caminhos internos e externos de articulação política para a criação do modelo assistencial dirigido a pessoas trans partindo do Ministério da Saúde, especialmente porque já havia demandas de judicialização pelas cirurgias em curso, sendo essas mais um dos vetores de pressão para essa criação.

⁷² Cf.: Carta Compromisso da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, por um Rio sem Homofobia onde a UERJ assinada a propósito da realização da I Conferência Estadual de Políticas Públicas para Gays, Lésbica, Bissexuais, Travestis e Transexuais (GLBT) naquela universidade. Nela o então reitor, Ricardo Vieiralves, se comprometeu em combater a discriminação e a violência por orientação sexual e identidade de gênero no âmbito da universidade. Publicada em 09/07/2008 às 11h29min no site O Globo Online.

Em função desses elementos é necessário ressaltar que a criação do processo transexualizador não foi um fenômeno linear e apontar os diversos atravessamentos que o envolvem e constituem, fazendo com que o processo transexualizador tenha a complexidade que de fato apresenta. Um desses atravessamentos diz respeito à judicialização da realização e do custeio das cirurgias de transgenitalização em mulheres trans iniciados em 2001 em Porto Alegre a partir dos atendimentos realizados no HC da UFRGS. Ou seja, a realidade acontecia trazendo diversos elementos que agiam dinâmica e concomitantemente, na maioria das vezes sem que todos/as os/as envolvidos/as tivessem ciência da complexidade do processo que compunham.

No caso do HC do Hospital de clínicas de Porto Alegre/UFRGS, importa recordar que os atendimentos com a finalidade de realização de cirurgias de transgenitalização em mulheres trans iniciaram em 2008, a partir da publicação da Resolução n. 1482/97 do CFM. Após dois anos do início desses atendimentos, quando as primeiras usuárias estavam em condições de serem submetidas aos procedimentos cirúrgicos, a equipe tomou conhecimento de que eles não seriam custeados pelo SUS, uma vez que estar liberado pelo CFM para serem realizados pelos médicos em Unidades Hospitalares de pesquisa não significava ainda que seriam necessariamente custeados pelo MS⁷³.

Diante desse impasse (já que as mulheres trans estavam em condições de serem operadas e não havia garantia de custeio dessas cirurgias a não ser com verbas própria da unidade de saúde, disputada com uma série de outros procedimentos que gozavam de maior legitimidade), houve uma série de articulações entre os/as profissionais que estavam à frente dos atendimentos e as próprias usuárias, vinculadas ou não ao movimento social organizado – para que se buscasse, pela via judicial, a garantia do custeio das cirurgias pelo SUS⁷⁴.

Nesse sentido, as pessoas trans que seriam as mais afetadas por aquele impasse foram estimuladas pelos/as profissionais⁷⁵ que, por sua vez, tinham muito interesse acadêmico e de

⁷³ É curioso como coordenadora do Serviço do Rio Grande do Sul se surpreendeu ao saber que a Resolução do CFM de 1997 não tinha como desdobramento imediato a possibilidade de custeio pelo SUS dos procedimentos autorizados pelo CFM. Em sua compreensão bastava o CFM autorizar a realização que as cirurgias poderiam ser realizadas no SUS, de imediato e sem nenhum embaraço: “Nunca me ocorreu que isso acontecesse, eu não imaginava isso e descobri que era, por exemplo, a neocolpovulvoplastia, que é a cirurgia da neovagina ela tinha o sexo masculino na conta e esse tipo de procedimento era glosado automaticamente assim como uma cesariana não se faz no sexo masculino”, disse ela em um seminário que participávamos na FURG/RS, em junho de 2019. A simbiose entre o MS e os médicos precisa ser estudada.

⁷⁴ Houve todo um trabalho de orientação sobretudo do serviço social do HCPA que estimulou as pessoas a buscarem a justiça.

⁷⁵ Havia dentro do serviço do HCPA grupos de discussão conduzidos pelo serviço social, onde os/os usuários/as tinham a oportunidade de refletir e buscar saídas coletivas para o impasse que se criou com o não pagamento das cirurgias.

pesquisa na realização das cirurgias de transgenitalização, a procurarem o Ministério Público Federal da 4ª região em Porto Alegre (RS), para reivindicarem o acesso a esses procedimentos, que assim deveriam entrar na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses Próteses e Materiais Especiais do SUS⁷⁶. Assim, essas usuárias – representadas pelo MPF nas pessoas dos procuradores Paulo Leivas e Luís Carlos Weber – acionaram a União para reivindicar esse direito⁷⁷.

O processo de Apelação Civil nº 2001.71.00.026279-9/RS foi iniciado em 2001 e entre aquele ano e o ano de 2008 teve várias etapas onde a reivindicação feita ao MS não obteve êxito, com as partes autoras perdendo inúmeras vezes e apelando outras inúmeras vezes e o MS sempre recorrendo das sentenças, pois não aceitava incluir tal assistência no rol dos procedimentos do SUS, embora já estivéssemos numa conjuntura política supostamente mais favorável às pautas da diversidade sexual e de gênero⁷⁸.

Nesse ínterim, enquanto o Processo de Apelação Civil tramitava na Justiça, o serviço de saúde da UFRGS buscava prosseguir com os atendimentos a trans, assim como os demais serviços que também lidavam com a falta dos recursos necessários e adequados para esse empreendimento. Cada qual com suas dificuldades internas, agravadas pela falta de custeio por um lado e pela pressão dos/as usuários/as por atendimento por outro, além do frequente descrédito, indiferença e transfobia institucional, na maior parte das vezes e na maior parte dos casos.

A peculiaridade de Porto Alegre frente a essa questão esteve relacionada às costuras institucionais internas, muito características da formação social brasileira. A psiquiatra daquele serviço, hoje coordenadora, relata que encontrou à época circunstâncias favoráveis para a implementação de articulação com a Secretaria de Saúde do Estado, uma vez que

⁷⁶ Para acesso a essa Tabela, cf. no endereço eletrônico do MS: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>. Acesso em agosto de 2020.

⁷⁷ A esse respeito, ver Silveira (2006).

⁷⁸ É importante remeter essa questão às problematizações em torno do processo de judicialização da saúde. De maneira geral, os estudos sobre esse tema enfatizam mais fortemente os efeitos negativos deste tipo de demanda na governabilidade e gestão das políticas e ações de saúde. Uma das principais justificativas é que este tipo de intervenção no SUS aprofundaria as iniquidades no acesso à saúde, privilegiando determinado segmento e indivíduos, com maior poder de reivindicação, em detrimento de outros, na medida em que necessidades individuais ou de grupos determinados seriam atendidas em prejuízo a necessidades de outros grupos e indivíduo. Outros estudos apontam, com maior ênfase, as deficiências e insuficiências do sistema de saúde e do sistema judiciário brasileiro para responder de forma satisfatória às novas e crescentes demandas de saúde, num contexto normativo que atribui obrigações legais amplas ao Estado brasileiro. Pode-se dizer, portanto, que a ampliação da atuação do sistema de justiça no acesso à assistência à saúde tem repercussões sobre a gestão, influenciando na tomada de decisão dos profissionais envolvidos, e que, ao menos em parte, decorre das deficiências da própria administração pública. Cf.: Ventura et al, 2010, p.79-80.

conhecia pessoas influentes que lá trabalhavam, mais especificamente na assessoria do Secretário de Saúde, que recebeu então os/as profissionais, assim como receberam os/as usuários/as e decidiram estabelecer um convênio específico com o Hospital de Clínicas de Porto Alegre/UFRGS para o pagamento das cirurgias das pessoas trans que já estavam em atendimento naquela instituição.

É importante considerar o caráter personalista que acompanha toda a trajetória de constituição institucional do processo transexualizador. No entanto, ainda que não tenha sido possível durante a construção desta tese entrevistar as lideranças do movimento social LGBTIQ+ do Rio Grande do Sul para conhecer sua interpretação dos fatos, é muito provável que esse sujeito político tenha tido também alguma incidência nesse processo, para além das reivindicações individuais do/as usuários/as do serviço.

Note-se que identificamos uma forte narrativa institucional apontando para o protagonismo da própria instituição na construção desse caminho assistencial, seja por meio da rede de relacionamentos pessoais da coordenadora, seja pela atuação estimuladora do serviço social, implicando numa invisibilidade do movimento social em si, como um sujeito político autônomo. Nesse caso, o que se sobressai é uma participação política “individual” dos usuários do serviço, ou seja, não na condição de movimento social constituído, o que considero necessário relativizar em alguma medida, sobretudo porque foi necessário algum nível de coletivização desses sujeitos para que, inclusive, pudessem encaminhar e pressionar a demanda judicial iniciada em 2001.

De acordo com o relato coletado durante uma palestra proferida em um evento científico pela coordenadora do serviço gaúcho, o convênio com o HCPA estabelecia que o Estado, via Secretaria de Saúde, pagaria tudo o que o Ministério da Saúde, teoricamente, pagaria com valores da Tabela SUS e o serviço contou, na época, com o aporte de sessenta mil reais por ano. Esse valor era suficiente para fazer duas cirurgias por mês, dada a baixa remuneração dos procedimentos no SUS. Dessa forma, foi possível realizar, num primeiro momento, 24 cirurgias em um ano, o que foi um resultado muito bom, na avaliação do próprio serviço. Tal convênio se manteve, ainda que tenham ocorrido mudanças de governos e partidos políticos até 2008, ano em que o SUS institucionalizou o processo transexualizador e graças a tal convênio o serviço conseguiu se consolidar do ponto de vista orçamentário.

Assim, na I Jornada Transexualidade e Saúde ocorrida na UERJ em 2005, a equipe do HC da UFRGS participou já estando nesse estágio de organização interna e tendo desencadeado também um processo judicial que estava em andamento. Lá no evento, os serviços intercambiaram experiências e conheceram novos sujeitos políticos institucionais que

abriram novas frentes de possibilidades de construção coletiva de uma assistência pública estatal em âmbito nacional, uma vez que se vislumbrou uma nascente abertura institucional do MS para olhar para as demandas e necessidades da população trans numa perspectiva de se abrir à participação social na formulação dessa política pública. Discutirei a seguir um pouco mais os condicionantes dessa maior abertura.

1.3 Particularidades do governo petista e a abertura à participação social de pessoas LGBTQI+

Pensar a trajetória de constituição histórica do processo transexualizador perpassa, obrigatoriamente, pela compreensão das características mais marcantes dos governos petistas, notadamente suas vinculações com as relações capitalistas globais e a forma como se relacionou com a participação social na elaboração e condução de políticas públicas, como é o caso do processo transexualizador. Assim, a forma como essa ação se deu conforma uma particularidade que representa, no aspecto mais geral, o próprio modo de ser e se comportar desses governos.

Bruna Irineu (2016) apontou em sua pesquisa de doutoramento os processos que constituíram políticas públicas para LGBTQI+ durante as duas gestões do governo Lula (2003-2010) e a primeira gestão do governo Dilma (2011-2014) onde examinou a formulação do Programa Brasil sem Homofobia, bem como a criação da Coordenação Geral de Promoção dos Direitos Humanos LGBTs e do Conselho Nacional de Combate à Discriminação LGBT. O estudo traçou um panorama da inserção dos direitos sexuais na pauta global dos direitos humanos e problematizou as concepções de cidadania e política social em tempos de neoliberalismo. Para tanto, a pesquisadora abordou, entre outros elementos, as metamorfoses do PT, o lulismo e a relação entre movimento LGBT e PT.

Não é minha pretensão retomar exaustivamente essa análises, no entanto, cumpre chamar a atenção, para fins desse trabalho, para a forma como esses aspectos, sobretudo, aqueles atinentes a participação social nos governos do PT tiveram grande influência na forma como o processo transexualizador foi engendrado, bem como o direcionamento dado a condução das políticas públicas no contexto do modelo político econômico adotado pelos governos petistas, que ao longo dos mais de 13 anos que estiveram no poder, não romperam com os alicerces fundamentais do modelo neoliberal, muito pelo contrário, mantiveram o neoliberalismo como projeto hegemônico na política brasileira, mas convivendo com uma

política menos rígida aos seus fundamentos, sintetizada no que se convencionou chamar de neodesenvolvimentismo⁷⁹.

Vale lembrar que o neoliberalismo, como uma das respostas à mais uma das crises de superacumulação do capital (HARVEY, 2005) a partir dos anos 1970, foi introduzido no Brasil ao longo da década de 1990 se utilizando da contrarreforma do Estado e da reestruturação produtiva, como instrumentos de enfrentamento à crise do capital. Essa entronização se deu por meio da adoção de medidas que em curto prazo reconfiguraram as características da estrutura estatal, num momento em que as classes trabalhadoras ainda buscavam a reconstrução de suas possibilidades de interferir nos rumos políticos do país após a recente saída do país do período ditatorial.

Tal aderência às políticas de cunho neoliberal, que nos Estados Unidos e Inglaterra, já eram uma realidade, se deu nos países da América Latina, particularmente no Brasil por meio de um severo ajuste estrutural⁸⁰ associado ao discurso da necessidade de modernização do país, que se expressou no governo de Fernando Collor de Mello, em 1989, tendo sido aprofundado nas décadas de 1990 e 2000, com os governos de Fernando Henrique Cardoso. No caso do governo Collor, a ênfase se deu na necessidade de reformas econômicas, na privatização das empresas estatais e nas políticas sociais focalizadas; No caso dos governos FHC, se observou um aprofundando desses aspectos, o que modificou substancialmente a estrutura do Estado por meio de ampla (contra) reforma, expressa no Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado, de Luiz Carlos Bresser Pereira.

Nesse documento foram definidas as diretrizes da reforma e a nova configuração que o Estado brasileiro deveria assumir a partir de então, notadamente, no que tange a redefinição das suas responsabilidades e a forma que passaria a lidar com a economia e com as políticas

⁷⁹ De acordo com alguns estudiosos o chamado neodesenvolvimentismo, tão aclamado por segmentos dos governos petistas, não passou de uma falácia. Para Sampaio Junior, o desafio do neodesenvolvimentismo consistiria na conciliação dos aspectos "positivos" do neoliberalismo — compromisso incondicional com a estabilidade da moeda, austeridade fiscal, busca de competitividade internacional, ausência de qualquer tipo de discriminação contra o capital internacional — com os aspectos "positivos" do velho desenvolvimentismo — comprometimento com o crescimento econômico, industrialização, papel regulador do Estado, sensibilidade social. Cf.: Sampaio Junior, 2012, Paccola & Alves, 2018.

⁸⁰ Denomina-se “ajuste estrutural” os processos de reconfiguração das estruturas econômicas, financeiras, políticas e ideológicas, com vistas à inserção dos países à nova ordem do capitalismo mundializado. Os centros dominantes do capitalismo, com destaque para os Estados Unidos definem para os países dependentes e prisioneiros de endividamento externo, uma agenda de ajuste, materializada no chamado Consenso de Washington, que prescrevia abertura irrestrita dos mercados nacionais ao capital estrangeiro, desregulamentações, privatizações e medidas de controle da inflação, com base em políticas de austeridade. Trata-se de um receituário de reformas, capitaneado pelas agências multilaterais, com destaque para o Banco Mundial (BIRD), Fundo Monetário Internacional (FMI) e Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID). Neste sentido, são efetivadas “reformas do Estado”, para ajustá-los aos ditames do capital financeirizado, onde se inclui uma série de reformas, como as trabalhistas, previdenciária e fiscal. Cf.: Carvalho et al, 2019:p. 43.

públicas, expressas no limite do papel do Estado no que diz respeito a sua atuação econômica, social e jurídica; na abertura de novos espaços e setores da economia às leis do livre mercado; numa visão de indivíduo como um “empreendedor de si mesmo”, ou de “capital humano”, que se desenvolveria e ficaria próspero se soubesse se adaptar e se inovar diante aos novos tempos, associado às medidas de reestruturação produtiva como terceirização do trabalho, a diminuição os encargos trabalhistas, para garantir maior competitividade para as empresas, o subfinanciamento das políticas públicas, entre outros.

Estas diretrizes neoliberais foram mantidas nos governos petistas, expressando-se nos princípios que se tornaram objetivos declarados do partido a partir de então, como o Superávit primário, controle da inflação, autonomia do Banco Central, política cambial e de juros atreladas à estabilidade inflacionária, manutenção do pagamento da dívida pública, reforma da previdência, entre outros (BOITO JR, 2003 apud PACCOLA; ALVES, 2018). Ou seja, os governos petistas persistiram no rumo da político-econômica herdada da década de 1990, mantendo a diretriz econômica consolidada com o Plano Real de 1994 e mantida até 2002 pelos governos de Fernando Henrique Cardoso. Dessa forma, o Partido dos trabalhadores vinculou seu projeto político à esta herança, de modo a não realizar grandes alterações de conjuntura na passagem dos diferentes governos (PACCOLA; ALVES, 2018).

Paradoxalmente, apesar da manutenção e até mesmo intensificação das políticas neoliberais⁸¹, os governos petistas passaram a assumir um conjunto de políticas econômicas e sociais que não foram adotadas nos governos anteriores e que estavam relacionadas à nova orientação neodesenvolvimentista que se consolidava entre setores da classe dominante brasileira neste período. Assim, ascensão do neodesenvolvimentismo apontou que a política de Estado sob os governos do PT objetivava o desenvolvimento capitalista sem, todavia, romper com alguns pilares do modelo neoliberal. Além disso, essa orientação passaria a conviver também, num sentido antagônico, com políticas que contradiziam as diretrizes do neoliberalismo como o aumento real do salário-mínimo e a implantação de políticas sociais de grande impacto econômico como o programa Bolsa Família, por exemplo (PACCOLA; ALVES, 2018).

⁸¹ É importante assinalar que a adesão do PT com representantes dos interesses do capital e de segmentos conservadores e seu compromisso com os seus valores foi assegurado a partir da publicação do documento denominado “Carta ao Povo Brasileiro”, em 2002, elaborado, dentre outros motivos, para tranquilizar o mercado quanto à manutenção do modelo de ajuste que até então em curso. Cabe lembrar que essa adesão era renovada a cada processo eleitoral através das coligações partidárias que o PT empreendia a partir de sua aliança com representantes de forças conservadoras, incluindo membros de oligarquias regionais, a exemplo de José Sarney, no Maranhão, Renan Calheiros, em Alagoas e Eunício Oliveira, no Ceará, em reedição de velhos modos de governar, com base no fisiologismo e no “balcão de negócios”. Cf. Carvalho et al, 2019. p. 43.

Todavia, para além dos programas focais destinados a atenuação da extrema pobreza, não se viu durante esses governos maiores preocupações com a defesa e o investimento de políticas públicas de largo alcance e de financiamento estatal como a seguridade social, aí incluída as políticas de saúde, por exemplo. Muito pelo contrário, o que se constatou foi a persistência do subfinanciamento das políticas sociais e uma série de reformas estruturais que beneficiaram grupos econômicos⁸², conforme se deu com a privatização na saúde e na educação, com a entrega dos hospitais federais e universitários à gestão de empresas privadas.

No que tange aos programas de atenuação da pobreza, os governos petistas criaram as condições para uma inclusão pontual dos segmentos mais pobres materializando uma forma específica de regulação do conflitos de classes na medida em que privilegiou os interesses dominantes, ao mesmo tempo em que fez concessões aos setores populares garantindo, assim, o apassivamento das classes subalternas através de políticas públicas de incremento dos salários e redistribuição de renda, de um lado, enquanto assegurou o apoio dos sindicatos e órgãos de classe, através da cooptação de suas lideranças para posições chave na burocracia estatal (BRAGA, 2016 apud CARVALHO et al, 2019). Dessa forma, uma das características inéditas e das mais fundamentais do programa de conciliação de classes do capitalismo dependente brasileiro, materializado na gestão dos governos petistas, residiu na participação da alta burocracia de centrais sindicais na gestão do Estado, a partir da cooptação e do apassivamento do movimento sindical, conformando “um equilíbrio de forças do capital e do trabalho, desenvolvendo um governo de ajuste ao capital mundializado, em meio à adesão passiva das massas” (CARVALHO; GUERRA, 2015, p. 52 apud Carvalho et al, 2019).

Essa lógica atravessou os governos do PT nos seus 13 anos de gestão do executivo federal produzindo uma serie de dilemas e desafios à participação social⁸³ e aos movimentos

⁸² Destaca-se aqui o chamado Programa de Aceleração do Crescimento – PAC. Programa que foi lançado em 2007, englobando, um conjunto de medidas destinadas a desonerar e incentivar o investimento privado, bem como aumentar o investimento público e ajustar a política fiscal. De acordo com as declarações do então presidente Lula, o objetivo maior dessa ação seria a promoção crescimento acelerado do país com diminuição das desigualdades de renda e entre regiões, preservando, o equilíbrio fiscal e monetário e reduzindo a dívida e a vulnerabilidade externa. Todavia, o que de fato se observou foi a assunção pelo estado de uma de suas funções cruciais, que é se colocar como financiador do capital, como já havia alertado Mandel (1982). Nesse caso, isso se dava a partir de sua atuação como investidor do PAC e como financiador das grandes corporações de capital privado nacional por meio da relação do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES). Foi desta simbiose entre neoliberalismo e busca da aceleração do crescimento econômico que emergiu as bases ideológicas do neodesenvolvimentismo petista. Cf. Carvalho et al.

⁸³ A participação social é uma categoria histórica que agrega múltiplos significados formas e que não cabe tematizar por ora. Constitui um dos princípios do SUS que esteve presente desde o início na proposta do movimento de Reforma Sanitária, a partir da defesa da democratização do poder público e a garantia da saúde como direito do cidadão e dever do Estado. Trata-se de um conceito atrelado à ideia de controle social, significando a possibilidade das políticas de governo serem controladas pelas instâncias participativas da sociedade, como os conselhos e conferências de saúde, por exemplo. Ao mesmo tempo, o exercício deste

sociais, sobretudo porque em meio a ampliação dos canais de participação institucionalizada, a perspectiva do controle e da cooptação dos movimentos sociais e de sua forma de participação⁸⁴, estiveram sempre presente trazendo uma série de particularidades a forma como a política de saúde LGBTIQ+ e, particularmente, o processo transexualizador foram engendrados no interior do MS, conforme se verá ao longo desse estudo.

Retomando a questão da nascente abertura institucional do MS à essa temática, é importante destacar aqui que este órgão não é um bloco monolítico e homogêneo conduzindo suas ações numa direção única. Trata-se de um sujeito político constituído internamente por diferentes e conflitantes direcionamentos que no movimento histórico da realidade, vai sendo penetrado por atravessamentos vários resultando ora em ganhos, ora em retrocessos para a população usuária. Assim, do mesmo Ministério da Saúde de onde tinham emergido várias negativas ao direito de pessoas trans terem acesso às cirurgias de redesignação sexual durante o Processo de Apelação Civil⁸⁵, também surgiam concomitantemente ações de abertura à participação social no processo de constituição de políticas públicas de saúde LGBTIQ+, em especial, a participação de travestis e transexuais. O caráter dessa participação, já analisado por IRINEU (2018), será progressivamente desvelado ao longo dessa discussão.

Nessa direção, a abertura de segmentos do MS à penetração das demandas do movimento social e à participação social da população LGBTIQ+, se deu de maneira institucionalizada, com a criação da Secretaria de Gestão Participativa, uma novidade do Governo Lula, criada pelo MS em junho de 2003. De acordo com o discurso institucional expresso por meio de publicações oficiais e no site do MS, a SGP, que teve o médico sanitарista Sergio Arouca como o seu primeiro titular no início da gestão do Ministro da Saúde Humberto Costa, tinha como finalidade principal a incumbência de coordenar a política e propor estratégias e mecanismos de fortalecimento da gestão democrática no SUS,

controle desafia aos movimentos sociais no sentido de que consigam orientar as ações do Estado na direção da consolidação e ampliação de direitos.

⁸⁴ A questão da participação no governo Lula sempre foi algo muito complexo na medida em que houve uma multiplicação dos espaços de participação social, seja através de consulta, conselhos, grupos de trabalho, inclusive com a criação de uma secretaria para esse fim, mas as características dessa participação não eram compatíveis, de maneira geral, com a forma que boa parte dos movimentos e a sociedade civil organizada vinham trabalhando desde fins dos anos 70/80. Enquanto os movimentos trabalhavam na perspectiva do controle social público do Estado, o Governo Lula trabalhava esses espaços como se fossem espaços de interlocução. Assim, há um conceito diferente de participação na perspectiva do governo, onde a participação é entendida muito mais como um mecanismo de legitimação das decisões governamentais e de ser o seu suporte e seu apoio político para manutenção de do status quo. É importante destacar ainda que a maioria dos canais de participação criados no governo Lula, não são espaços deliberativos, são espaços consultivos. Cf.: Moroni, 2004.

⁸⁵ Durante a tramitação do Processo de Apelação Civil iniciado em Porto Alegre, o MS recorreu das decisões proferidas inúmeras vezes.

envolvendo necessariamente a questão do controle social. Nesse sentido, abrir-se-iam espaços de troca e negociação com vários movimentos sociais e dar-se-ia à discussão da gestão participativa um lugar diferenciado em relação ao contexto político anterior.

Aqui comparece um dos grandes dilemas da participação social no contexto dos governo petistas e a criação dessa secretaria precisa ser compreendida no bojo das características neodesenvolvimentista dessa gestão, tendo em vista que ao longo dos ciclos petistas de governo o pacto de classes que lhe foi intrínseco implicou um processo de despolitização, cooptação e desmobilização dos diferentes segmentos da classe trabalhadora, contando com a participação ativa de burocracias sindicais e lideranças de movimentos populares. Uma das particularidades desse dilema residia no fato de que muitos dos ocupantes da estrutura do MS eram egressos da luta do Movimento da Reforma Sanitária, conforme se pôde constatar a partir da indicação do primeiro-ministro da saúde do governo Lula e do primeiro gestor da SGP. Cabe destacar, nesse sentido, que à medida em o governo Lula ia aderindo ao projeto neodesenvolvimentista, boa parte das lideranças dos movimentos sociais, a exemplo do movimento sanitário, foram flexibilizando suas posições políticas.

Por meio desta Secretaria foi elaborada a Política Nacional de Gestão Participativa⁸⁶, que passou por algumas reformulações tal qual a própria Secretaria, que também se reorganizou internamente e teve seu nome alterado para Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), no segundo semestre de 2006⁸⁷. A então SGEP passou a ser composta por quatro subdivisões a partir da criação do Departamento de Apoio à Gestão Estratégica e Participativa – DAGEP; do Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS – DEMAGS; do Departamento Nacional de Auditoria do SUS – DENASUS e da manutenção do Departamento de Ouvidoria Geral do SUS – DOGES, que já compunha a sua estrutura desde 2003.

⁸⁶ Essa Política, após ter uma versão preliminar divulgada no fim de 2004, foi foco de debates em diferentes fóruns e passou por uma reformulação, sendo oficialmente publicada apenas em 2007, já denominada como “Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa” por meio da Portaria MS n. 3.027/07, também conhecida como ParticipaSUS. O documento final da Política apresenta como objetivo a orientação das ações de governo para a promoção e o aperfeiçoamento da gestão social e democrática das políticas públicas no âmbito do SUS e traz a busca da equidade como uma das atividades próprias da gestão estratégica e participativa. Para o aprofundamento dessa discussão, cf.: Lopes & Matta (2014).

⁸⁷ A reformulação da SGEP aconteceu num momento de ajuste interno do governo, o que resultou numa mudança do partido político que conduzia o MS e a indicação do deputado federal pelo PMDB de Minas Gerais José Saraiva Felipe para assumir o cargo de ministro da saúde. Naquele novo cenário, a SGEP tornou-se a única Secretaria do MS ocupada por um dirigente do Partido dos Trabalhadores (PT); as outras Secretarias foram majoritariamente ocupadas por dirigentes do PMDB. Conferir a esse respeito, Lessa (2010).

O DAGEP⁸⁸ foi o departamento que tinha por incumbência a articulação e o fortalecimento dos Conselhos e das Conferências de Saúde e pela interlocução com diferentes grupos populacionais em processos de negligenciamentos e invisibilidades, como a população LGBTIQ+, a população negra, ribeirinha, cigana, entre outras. Este departamento promoveu a articulação de diversos segmentos da sociedade civil que já vinham num processo histórico de defesa do direito à saúde, facilitando o percurso de institucionalização do processo transexualizador, inclusive por meio do financiamento de algumas ações de mobilização política de pessoas trans e mesmo por meio de seu fortalecimento através de criação de campanhas e ações de capacitação relacionadas ao reconhecimento e defesa dessa população.

De acordo com Lopes e Matta (2014), foi através da Secretaria de Gestão Participativa que se operacionalizou a política de equidade do Governo Lula, uma vez que, das ações definidas como prioritárias pela Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa, algumas estavam diretamente ligadas à noção de equidade, como se constata na Política de Promoção da Equidade em Saúde de Populações em Condições de Vulnerabilidade e Iniquidade. Esta política, por sua vez, esteve em consonância com o trabalho que o MS vinha propondo, sobretudo, a partir de 2004, visando o enfrentamento das iniquidades em saúde a partir da criação de comitês de promoção da equidade⁸⁹.

Naquela direção, também se constata as iniciativas que envolviam a promoção da equidade na atenção à saúde da população quilombola e no estabelecimento do recorte racial na política da saúde, no que se refere à organização e ao seu desenvolvimento institucional. Assim, a partir da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa, a SGEP se tornou a referência oficial, como destaca Lessa (2010, p. 62), “Pelo desenvolvimento das ações de combate às iniquidades em saúde que perpassavam os diferentes grupos sociais, como as populações negra, do campo e da floresta, GLBT⁹⁰ entre outras.”

⁸⁸ Este Departamento possui duas coordenações gerais responsáveis pelo desenvolvimento de programas e linhas de ações como a promoção da educação popular em saúde com os movimentos sociais; o apoio à educação permanente de agentes para o controle social; a implantação dos conselhos colegiados de gestão participativa nos serviços de saúde; o apoio na realização de conferências e eventos na área da saúde para a consolidação da Reforma Sanitária; a articulação com órgãos do governo e outros setores do MS com o intuito de promover a equidade em saúde e o apoio à implementação de práticas participativas voltadas para a educação em saúde na rede de serviços. Cf.: Lessa, 2010.

⁸⁹ Esses comitês envolviam a participação de setores da gestão governamental, de representações do movimento social e de integrantes da academia. Eles foram criados a partir das demandas de grupos da sociedade civil organizada e pela constatação da falta de acesso aos serviços de saúde de alguns grupos sociais que eram negligenciados. Ver Lopes & Matta (2014).

⁹⁰ A alteração do termo GLBT para LGBT foi aprovada na 1ª Conferência Nacional GLBT, realizada em Brasília no período de 5 e 8 de junho de 2008. A mudança de nomenclatura foi realizada a fim de valorizar as lésbicas no contexto da diversidade sexual e também de aproximar o termo brasileiro com o termo predominante em vários

Assim, é possível afirmar que no bojo dessa abertura institucional de parte do governo à participação política de outros segmentos sociais, que entrou em cena o terceiro dos vetores fundamentais na institucionalização do processo transexualizador aludidos linhas atrás. Trata-se da incidência do movimento social organizado e da participação social de outros sujeitos sociais, como profissionais e pesquisadores/as envolvidos/as com a assistência e com a temática.

1.4 A incidência do movimento LGBTQI+ e as demandas de travestis e transexuais em torno do reconhecimento de direitos à saúde para além da AIDS

Antes de abordar um pouco mais a discussão em torno das lutas sociais das pessoas travestis e transexuais frente ao MS em busca de seus direitos à saúde é importante registrar que compreendo essas lutas no bojo do movimento social de maneira mais ampla, alertando para a necessidade de se evitar a segmentação/atomização dos atos de resistências daqueles que estão expropriados dos meios de produção e das condições mais elementares de existência. Parte-se, então, da compreensão de movimentos sociais como fenômenos sócio-históricos constituídos a partir da organização e luta dos trabalhadores no enfrentamento do capitalismo e a usurpação da riqueza socialmente produzida através do trabalho desses sujeitos, que foram expropriados de seus meios de produção. Tais embates entre as classes antagônicas se deram e se dão em diferentes condições históricas e territoriais e se complexificaram a partir do enfrentamento pela incorporação da noção de direito e do reconhecimento pela classe dominante do acesso, parcial, desses sujeitos à pequena parcela da riqueza socialmente por eles produzida (PEREIRA, 2014).

É importante considerar que paulatinamente e a partir das lutas sociais esses fenômenos foram adquirindo múltiplos sentidos de acordo com os diferentes projetos societários em disputa e que no caso do Brasil, as peculiaridades da formação sócio-histórica do país, sobretudo, em função da sua condição de país colonialista, escravagista, periférico, dependente e tardio, conformaram características muito particulares (OLIVEIRA, 2003 apud PEREIRA, 2014). Não obstante à essas particularidades da formação social brasileira, é necessário lembrar que historicamente sempre houve luta e embates dos que foram colocados à margem e expropriados, que se expressaram desde as resistências indígenas, as diferentes

formas de batalhas por parte dos negros escravizados em busca de liberdade, os trabalhadores e moradores dos centros urbanos no começo do século XX, os movimentos de mulheres até, mais posteriormente, as organizações de movimentos agrários, urbanos e ambientais, chegando ao aprofundamento de outras formas de militância, de lutas e de mobilização por meio de movimentos LGBTIQ+, de feministas, de categorias profissionais e da reforma sanitária, da luta antimanicomial, entre outros (PEREIRA, 2014).

Aqui, cabe chamar a atenção para as contribuições do pensamento de Barker quando aponta para as inconsistências e prejuízos das leituras fragmentadas acerca dos movimentos sociais, “que frequentemente têm sido definidos como entidades múltiplas e relativamente isoladas: o “movimento sindical”, o “movimento das mulheres”, o “movimento de gays e lésbicas”, o “movimento pacifista” (BARKER, 2014, p.7). Para o autor, este modo fragmentado de pensar os movimentos são sistematicamente acompanhados por uma política fatiada, focalizada na obtenção de reformas parciais específicas (BARKER, 2014).

Nesse sentido, chama-se a atenção para o quanto as questões envolvendo raça, classe social, sexo e gênero não se constituem “temáticas” ou “recortes” distintos, atomizados ou justapostos compreendidos a partir de leituras sobre o real de forma secundarizada. Muito pelo contrário, se defende aqui que tais questões integram a conformação estrutural da formação social periférica brasileira na dinâmica histórica de acumulação capitalista (OLIVEIRA, et al, 2019).

Essa compreensão é necessária, inclusive para que não se construa a ideia de que as lutas travadas no campo LGBTIQ+, são questões específicas que só dizem respeito a estes sujeitos, porque de fato, não o são. Essa história é a nosso respeito e como tal, é preciso que integre, e seja reconhecida no conjunto das lutas gerais dos trabalhadores, sobretudo para que se reconheça o caráter universal do SUS, enquanto um conjunto de políticas públicas que deveria ser para todos/as e por todos/as defendido. Nesse caso, a luta por ampliação de direitos e de defesa do SUS pelos sujeitos LGBTIQ+ precisa ser absorvida e compreendida pela “família” dos demais movimentos sociais⁹¹ (BARKER, 2014).

⁹¹ É interessante notar a argumentação de Barker (2014) quando analisa um artigo de 1995 de outro teórico, Mc Adam, sugerindo que os diferentes movimentos sociais ocorrem em “família” cujos “ciclos de desenvolvimento” sugerem que movimentos aparentemente diferentes não podem ser considerados separadamente um dos outros (Mc Adam, 1995). Barker, em concordância com Mc Adam, apontou que este pensamento mais totalizante teria caracterizado inúmeros pensadores do século XIX, incluindo Marx e Engels, entre outros. Nesse sentido, “o movimento social” seria a expressão sumária para variadas formas e manifestações de enfrentamento populares ao desenvolvimento capitalista em curso. Ele incluía, sem tornar-se equivalente, inúmeros movimentos de trabalhadores. Cf. Barker, 2014.

Feita essas considerações, lanço meu olhar para as particularidades da organização política das travestis e transexuais, tonando o cuidado para inseri-la no bojo do movimento LGBTIQ+ e no conjunto das lutas gerais dos trabalhadores, que no Brasil vai se constituindo enquanto sujeito político a partir do campo da AIDS, na medida em que esse sujeito político vinha num processo de crescimento de sua incidência sobre o poder público fazendo reivindicações que até então não haviam penetrado nas estranhas do Estado para além das demandas de saúde referentes à temática do HIV.

De maneira geral, esse movimento, tendo se iniciado em fins dos anos de 1970, foi se fortalecendo ao longo dos anos de 1980 no bojo da efervescência política característica daquele período, quando se constituíram vários movimentos da sociedade civil em defesa de grupos historicamente excluídos, tais como a própria população LGBTIQ+. Muitos/as autores/as têm abordado essa trajetória e há uma recorrência do fato de que um dos marcos do início da luta política dos homossexuais, posteriormente ampliado para as demais identidades, se deu através do “*SOMOS – Grupo de Afirmação Homossexual*”, fundado em São Paulo, em 1978, momento da abertura política no país após anos de ditadura burguesa-militar.

No contexto da ebulição política em função do processo de redemocratização da sociedade, uma série de sujeitos políticos, como por exemplo o Jornal alternativo *Lampião da Esquina*, fundado também em 1978, uma variedade de ativistas notórios tais como Luís Mott, João Antônio Mascarenhas, dentre outros, entidades como o *Triângulo Rosa* foram compondo a cena política do que seria mais tarde o robusto movimento LGBTIQ+. Posteriormente, em 1990, nasceu a *Associação das Travestis e Liberados* do Estado do Rio de Janeiro, instituindo o movimento de travestis em coletivos, pautando para o atendimento de suas demandas e também atuando em ações de prevenção da AIDS, uma vez que a história do movimento LGBTIQ+ no Brasil é extremante imbricada com o surgimento e desenvolvimento do HIV/AIDS no país (FACCHINI, 2005; PRADO; MACHADO, 2012).

As características desse primeiro momento de politização se deram no sentido de afirmar uma identidade homossexual, na medida em que havia divergências na forma de encaminhamento: uma parte da militância buscava uma maior integração social e outra, em especial as feministas lésbicas, priorizavam justamente a construção de uma comunidade gay autônoma (SILVA, 2008 apud VERGILI et al, 2015). Todavia, esses sujeitos, de maneira geral, eram atravessados por uma realidade extremamente adversa no qual eram forçados a viver em segredo e de forma invisibilizada do ponto de vista político, o que contribuiu para que trabalhassem em prol da construção de uma memória coletiva, em contraposição à memória oficial dominante (VERGILI et al, 2015).

O surgimento do *Jornal Lampião* e do grupo *SOMOS* teve a importância de dinamização dessas lutas de modo que ao longo da década de 1980 houve uma expansão significativa dos movimentos LGBTIQ+ a partir do surgimento de inúmeros outros grupos (SILVA, 2008 apud VERGILI et al, 2015). Todavia, os desdobramentos político sociais advindos do fim da ditadura provocaram intensas mudanças na forma de organização e atuação desses sujeitos até então. Paulatinamente, o movimento foi modificando suas estratégias, buscando a promoção de direitos humanos como forma de transformação política e social.

Nesse caso, destacaram-se o *Grupo Gay da Bahia* e o grupo *Triângulo Rosa* do Rio de Janeiro que juntamente com o grupo "*Libertos*" desempenharam um papel de destaque naquele período ao articularem uma das primeiras e mais significativas ações do movimento em nível nacional, que foi a exclusão da homossexualidade do código de doenças mentais (SILVA, 2008 apud VERGILI et al, 2015), um fato notável ao se considerar que aquele era um contexto caracterizado por uma ausência de garantias institucionais acerca de direitos e pelo avanço da epidemia HIV/AIDS, associada ao público homossexual sob o estigma de "câncer gay"(VERGILI et al, 2015).

Cabe destacar que a AIDS foi um fenômeno a que todos os grupos envolvidos com a temática LGBTIQ+ foram obrigados a discutir. Com o advento da epidemia, afetando sobretudo gays e travestis, o movimento LGBTIQ+ organizou-se para pleitear ações para além do seu reconhecimento identitário, trazendo para o cenário político demandas por ações efetivas do Estado frente às necessidades impostas pela doença, além de terem colocado em cena princípios éticos como a solidariedade, a valorização da diversidade, a luta contra a discriminação e o estigma em relação às pessoas soropositivas. Para além disso, foi a partir daquele enfrentamento que se constituiu uma visibilização política para grande parte das lideranças políticas do movimento social, que foram fundamentais no processo de institucionalização do processo transexualizador.

É importante destacar que essa conjuntura favoreceu um processo de aprendizado tanto político quanto de gestão administrativa dos/as envolvidos com a temática de enfrentamento a AIDS, dado que era comum uma grande circulação de sujeitos políticos nas diferentes esferas da sociedade, onde se articulava integrantes e lideranças do movimento social LGBTIQ+ (inclusive muitas travestis e mulheres transexuais), técnicos/as e especialistas/pesquisadores(as) vinculados/as às universidades, representantes de ONGs, agências financiadoras internacionais, instâncias governamentais e técnicos/as do governo, particularmente, vinculados ao MS, entre outros. Tais agentes favoreceram o desenvolvimento

de uma expertise e uma sólida formação prática tanto de lideranças quanto de quadros profissionais dentro da esfera estatal, e estes, por sua vez, passaram a se constituir como sujeitos extremamente qualificados e envolvidos política e ideologicamente com a questão do enfrentamento à AIDS e nas questões relacionadas aos LGBTIQ+, de uma maneira geral (PRADO; MACHADO, 2012).

Assim, pode-se dizer que o impacto da AIDS e a forma como foram construídas as respostas a seu enfrentamento, transformaram visceralmente o campo das relações entre movimentos sociais e o Estado, sendo essa uma das particularidades fundamentais no processo embrionário de discussão da incorporação das demandas de pessoas trans por transformações corporais no âmbito do processo transexualizador, uma vez que tornou-se cada vez mais comum as agências estatais contarem, em seus quadros, com técnicos/as implicados/as politicamente com a causa e que atuaram como propulsores internos das ações pró LGBTIQ+ e das articulações com o movimento social. Dessa forma, foi no bojo da agenda de enfrentamento ao HIV/AIDS, que as políticas de saúde voltadas à população trans foram gradativamente desenvolvidas no Brasil.

As reivindicações do Movimento LGBTIQ+ junto ao Estado, embora muito diversas entre si, tinham como objetivo enfrentar parte do histórico déficit de reconhecimento político e social que caracteriza esses grupos no país, através da criação de algumas políticas afirmativas de direitos tendo como recorte o respeito à diversidade de gênero⁹², bem como da incidência em outras políticas públicas já existentes, visando transformações na forma como tais políticas lidaram historicamente com estes grupos populacionais.

Dito de outra maneira: a arquitetura da organização do movimento passou a obedecer a uma lógica formalista na medida em que o modelo de combate a AIDS adotado no Brasil – que contou com o apoio de ONG's para a abertura e desenvolvimento das ações assistenciais a pessoas vivendo com o HIV no campo da prevenção e do controle da doença – acabou viabilizando a criação dessas organizações não governamentais e colaborou para certa institucionalização do movimento social (VERGILI et al, 2015).

É importante notar a observação feita por Vergili, Brasil e Capella (2015) apontando que a epidemia de HIV/AIDS, indiretamente, acabou contribuindo para um aumento da homofobia na sociedade, gerando ainda mais exclusão e violência contra LGBTIQ+ em função da associação direta feita entre a doença e a pessoa homossexual, derivando daí a

⁹² Entendendo aqui a diversidade como uma dimensão constitutiva da singularidade/originalidade dos sujeitos reais e da universalidade do gênero humano, a partir da defesa da perspectiva marxista de totalidade. Cf. a este respeito, Silva (2011).

pecha da doença como “Câncer Gay”. A partir dessa realidade, dentro do movimento social, observou-se um maior enfoque nas práticas sexuais e seus desdobramentos na vida cotidiana do que sobre a construção de identidades. Em função disso, a sexualidade passou a integrar de forma mais evidente o debate público. Essa nova realidade, em associação com a atuação de órgãos internacionais, tal como a Organização Mundial de Saúde por meio do seu Programa Mundial de AIDS de 1987, acarretou numa forma de pressão para que uma política nacional de prevenção a AIDS fosse adotada pelo governo federal no Brasil (VERGILI et al, 2015).

Fundamentalmente apoiada nas ONGs, essa política abriu a possibilidade de financiamento de suas atividades tanto junto ao governo federal, como também a outros atores político-sociais, o que desencadeou um deslocamento de grande parte dos ativistas do movimento homossexual para a linha de frente no combate à doença. Ao longo das décadas seguintes, o movimento além de ter aumentado o número de grupos/organizações, diversificou os formatos institucionais e propostas de atuação nesse campo notando-se também uma ampliação da rede de relações do movimento e a presença de novos atores (FACCHINI, 2005, p. 149 apud VERGILI et al, 2015).

É importante destacar nessa discussão a centralidade dos Encontros Nacionais de Travestis, Transexuais e Liberados no combate à Aids – *Entlaid*s, financiados pelo MS e que se constituíram em um grande disparador na mobilização e no fortalecimento da atuação política organizada das travestis brasileiras. Tais seminários, em seus primórdios, foram organizados pela ONG *Astral* (Associação de Travestis e Liberados), primeira organização de travestis no Brasil, fundada em 1992, quando se lançou a ideia de realização de um encontro nacional que viesse agregar a população de travestis e transexuais que até então atuavam politicamente nas organizações mistas de Gays e Lésbicas.

A primeira edição do *Entlaid*s aconteceu em 1992, no Rio de Janeiro, onde se objetivava mapear e fortalecer essas ativistas para atuar em questões relacionadas, sobretudo, à saúde. Destaca-se que nesse período todas as ações em saúde para essa população eram vinculadas a AIDS. A partir deste momento, sucessivos encontros foram realizados encadeando ações e eventos nas cinco regiões do país, que resultaram na criação, fortalecimento e projeção de várias organizações específicas de coletivos travestis e transexuais, bem como, inseriu nas organizações não-governamentais mistas as temáticas e questões específicas dessas pessoas nos seus planejamentos e estratégias de intervenções (SALES E SIMPSON, 2019; CARVALHO, 2018), além disso, na medida que esses encontros foram acontecendo, paulatinamente a militância trans foi se auto-organizando e se fortalecendo politicamente, até que em 2009, no XVI *Entlaid*s, realizado entre os dias 6 e 10

de dezembro de 2009 no Rio de Janeiro, com o slogan: “*Muito prazer, eu existo!*”, evidenciou-se a necessidade política de uma definição das categorias “travesti” e “mulher transexual”, num processo marcado por rupturas políticas dentro do movimento, como também na crescente demanda de representação em novos canais de interação sócio estatal envolvidos diretamente com a elaboração de políticas públicas. (CARVALHO, 2018; SALES; SIMPSON, 2019).

Sales e Simpson (2019) fizeram um minucioso e importante registro acerca da trajetória histórica do movimento social das travestis e transexuais desde os seus primórdios até a consolidação da ANTRA (Associação Nacional de Travestis e Transexuais) onde buscaram reconstruir esse percurso de lutas pautadas por muitas dificuldades, mas também por um processo de fortalecimento do movimento trans no país, de algumas conquistas e de reconhecimento⁹³. Paulatinamente esse fortalecimento político incidiu nos rumos da política de AIDS, na construção da Política nacional LGBT e na discussão em torno do processo transexualizador, conforme se verá no decorrer dessa pesquisa. (CARVALHO; CARRARA, 2013).

Assim, na primeira década dos anos 2000 houve um progressivo deslocamento das questões de saúde e expansão em outras direções relacionadas com a garantia de direitos humanos em sentido mais amplo, respondendo a uma busca pelo movimento social da transversalização das questões LGBTIQ+ para outras esferas de governos e setores das políticas públicas, para além do campo da saúde, que num primeiro momento era circunscrito a AIDS, conforme já sinalizado. Esse período foi então um marco do ativismo LGBTIQ+, particularmente, as travestis e transexuais, onde o movimento passou a ser protagonista na construção da política pública, muitas vezes incidindo por dentro da gestão, o que sempre constituía um campo arenoso, dado o direcionamento político em curso dos governos petistas ao buscarem a despolitização e o apassivamento dos movimentos sociais.

É necessário, ainda, apontar nesse contexto, outro elemento importante na trajetória de constituição e fortalecimento da embrionária institucionalização da política LGBTIQ+ no

⁹³ As duas autoras do texto em questão, Adriana Sales e Keila Simpson, ambas autodeclaradas travestis, apontam que um dos ganhos dessa trajetória política de lutas tem a ver com a autodeterminação das travestis e o quanto elas conquistaram, aprenderam e ensinaram por meio de sua atuação no movimento social. Elas citam como exemplo a forma estereotipada como eram compreendidas pela academia e o quanto as pessoas da academia adotavam e reproduziam estigmas excludentes, ao que progressivamente foram por elas contestado a partir, inclusive, de uma produção acadêmica própria. É importante assinalar que tem sido frequente que travestis e transexuais cada vez mais deixem de ser sujeitos da pesquisa alheia e se tornem, elas próprias, autoras/construtoras de ciência, seja academicamente ou não. Elas apontam que foi um processo difícil e cheio de percalços, mas que hoje, se observa posicionamentos éticos e políticos de profissionais comprometidos com as pautas deste coletivo e que contribuíram para os rumos de suas lutas. CF.: Sales & Simpson, 2019.

Brasil e que remonta à participação do país nos trabalhos da III Conferência Mundial Contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata de Durban, África do Sul, em 2001. A Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República – SDH que desde 1996 já tinha assumido os direitos da população LGBTIQ+ como uma das suas pautas interventivas, frente à realização daquela Conferência e reconhecendo a luta desse movimento, incluiu um representante de cada segmento identitário no Comitê de preparação da participação brasileira no evento. Ocorre que durante a realização dele, a delegação brasileira propôs a inclusão da orientação sexual como uma forma de discriminação correlata ao racismo⁹⁴.

Aquela proposta não foi aprovada na Conferência em razão do *lobby* conjunto dos países católicos, islâmicos, entre outros, mas suscitou densas discussões em torno das questões associadas às várias formas de discriminação e, ainda em 2001, após aquela Conferência, foi criado o Conselho Nacional de Combate à Discriminação (CNCD), como parte da estrutura do Ministério da Justiça e que será fundamental para a consolidação das proposições acerca dos direitos LGBTIQ+.

Assim, o CNCD, instituído pelo Decreto N° 3.952, de 4 de outubro de 2001, no âmbito do Ministério da Justiça, tinha a função de propor e acompanhar políticas públicas para a defesa dos direitos de indivíduos e grupos sociais vítimas de discriminação racial ou de outra forma de intolerância. Com as reestruturações ministeriais ocorridas durante a primeira gestão do governo Lula esse decreto foi revogado e substituído pelo Decreto n.º 5.397, de 22 de março de 2005 vinculando o referido Conselho à Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República. A partir da criação do Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial – CNPIR, o CNCD passou a atuar de forma a promover a articulação entre órgãos governamentais e a sociedade civil organizada, representada no âmbito do CNCD pelo segmento LGBTIQ+; população indígena e população negra, com destaque para as demandas da população LGBTIQ+, sobretudo nos anos de 2004/2005⁹⁵.

Foi naquele contexto de adensamento no processo de constituição de direitos dessa população historicamente negligenciada, que a Secretaria Especial de Direitos Humanos da

⁹⁴ Ver a esse respeito, IPEA, 2012 e publicação no site:

<https://www.ipea.gov.br/participacao/conselhos/conselho-nacional-de-combate-a-discriminacao-lgbt/145-conselho-nacional-de-combate-a-discriminacao-lgbt/281-conselho-nacional-de-combate-a-discriminacao-lgbt> (acesso em março de 2020).

⁹⁵ Ver a esse respeito, IPEA – <https://www.ipea.gov.br/participacao/conselhos/conselho-nacional-de-combate-a-discriminacao-lgbt/145-conselho-nacional-de-combate-a-discriminacao-lgbt/281-conselho-nacional-de-combate-a-discriminacao-lgbt> (acesso em março de 2020).

Presidência da República (SEDH-PR) lançou em 2004 o programa “Brasil Sem Homofobia – Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual”.

O Programa Federal Brasil Sem Homofobia (BSH), lançado em 2004, foi organizado pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, com a perspectiva de um amplo envolvimento interministerial. Cláudio Nascimento⁹⁶, coordenador dos trabalhos na elaboração do BSH e naquele momento, representante da ABGLT (Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais) no Conselho Nacional de Combate à Discriminação (CNCD), conta que no fim do ano de 2003, a representação do movimento social no CNCD propôs ao governo federal que fosse criado um programa de combate à homofobia e aponta o EBGLT (Encontro Brasileiro de Gays, Lésbicas e Transgêneros), realizado em Manaus, em outubro daquele ano, como um dos antecedentes fundamentais daquele processo.

Esse Encontro, que reuniu grande parte das entidades representativas do movimento LGBTIQ+ naquele momento, foi considerado um espaço privilegiado para o diálogo com o governo. Cláudio Nascimento descreveu que foi um aspecto marcante do primeiro mandato do governo Lula, no qual a possibilidade de criação de um programa de políticas voltadas para LGBTIQ+ foi colocada. Ele relatou ainda, que depois do “encontro radicalizado em Manaus” foi chamado para uma audiência com o então Secretário Especial de Direitos Humanos, Nilmário Miranda, o qual propôs a criação de um Programa (AGUIÃO; VIANNA; GUTTERRES, 2014).

A resposta do Secretário teria sido de que primeiro era importante fortalecer o debate dentro do CNCD, “inclusive para que ele [o Ministro] tivesse legitimidade para tratar o assunto com outros ministérios e secretarias”. Essa audiência aconteceu na véspera de uma reunião do CNCD, na qual, seguindo a recomendação recebida na audiência do dia anterior, Cláudio Nascimento, Yone Lindgren⁹⁷ e Janaina Dutra⁹⁸ apresentaram uma Resolução

⁹⁶ Cláudio Nascimento é um histórico ativista do movimento LGBTIQ+, membro da ONG Grupo Arco-Íris, foi superintendente de Direitos Individuais, Coletivos e Difusos da Secretaria de Assistência Social e Direitos Humanos do Estado do RJ (SEAS/DH) e coordenador do Programa estadual Rio sem Homofobia.

⁹⁷ Jornalista, ativista no campo dos direitos humanos LGBTIQ+ com forte incidência política por ocasião da criação do Programa Brasil Sem Homofobia.

⁹⁸ Janaína Dutra, travesti, advogada, foi uma das precursoras na questão jurídica para travestis e transexuais no Ceará. Janaina foi uma das primeiras ativistas travestis a dialogar com o Ministério da Saúde para a construção de políticas públicas, dando origem ao então programa de enfrentamento às DSTs/Aids, com foco na prevenção e na assistência às travestis e transexuais. Dutra foi também presidente da Articulação Nacional de Transgêneros (ANTRA) e membro do Conselho Nacional de Combate à Discriminação. A militante foi ainda peça fundamental na construção do programa de “Brasil sem Homofobia” do Governo Federal.

tratando do assunto. A Resolução foi aprovada e ainda em novembro de 2003, foi formado um Comitê de elaboração do Programa que viria a ser chamado Brasil Sem Homofobia (AGUIÃO; VIANNA; GUTTERRES, 2014, p. 248).

Aquele programa foi instituído com o objetivo expresso de promover a cidadania de gays, lésbicas, travestis, transgêneros e bissexuais, a partir da equiparação de direitos e do combate à violência e à discriminação homofóbicas, respeitando a especificidade de cada um desses grupos populacionais. O discurso da gestão aponta que para atingir esse objetivo, o Programa apresenta diferentes ações, com destaque para:

- o apoio a projetos de fortalecimento de instituições públicas e não governamentais que atuam na promoção da cidadania homossexual e/ou no combate à homofobia;
- a capacitação de profissionais e representantes do movimento homossexual que atuam na defesa de direitos humanos;
- a disseminação de informações sobre direitos, de promoção da autoestima homossexual;
- o incentivo à denúncia de violações dos direitos humanos do segmento LGBTIQ+.

De acordo com o discurso governamental, trata-se de um programa bastante abrangente que define como agentes para a sua implantação o setor público, o setor privado e “a sociedade brasileira como um todo”. Apesar de o Programa ter a Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República (SEDH-PR), como o órgão responsável pela sua articulação, implantação e avaliação, a responsabilidade pelo combate à homofobia e pela promoção da cidadania de gays, lésbicas e transgêneros se estenderia a todos os órgãos públicos, federais, estaduais e municipais, assim como ao conjunto da sociedade brasileira delineando-se aí explicitamente uma perspectiva intersetorial e descentralizadora (BRASIL, 2004).

Desta forma, o Programa Brasil sem Homofobia (BSH) apresentou um conjunto de ações destinadas à promoção do respeito à diversidade sexual e de gênero e ao combate as várias formas existentes de violação dos direitos humanos de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Naquele Programa, portanto, foram envolvidos diferentes Ministérios e Secretarias do Governo Federal que, além de serem coautores na implantação de suas ações, assumiram o compromisso de estabelecer e manter uma política inclusiva em relação à diversidade sexual e de gênero.

Irineu (2014) chama a atenção para a necessidade de problematizações em torno do discurso do poder público, ainda que ele tenha apresentado o programa com grande destaque, ressaltando o seu pioneirismo. O “Brasil sem Homofobia” foi previsto um pouco antes de sua materialização programática em meio a definição pelo Plano Plurianual (PPA) entre 2004 e 2007. O Plano Plurianual de Ação Governamental é o instrumento normatizador do planejamento da administração pública de médio prazo. É a referência para a formulação dos programas governamentais do quadriênio, orientando acima de tudo as proposições de diretrizes orçamentárias e as leis orçamentárias anuais.

Assim, o PPA é um instrumento que define qual será o escopo de atuação do Estado para um período de quatro anos, ou seja, define os programas e ações de governo, com suas respectivas metas físicas e orçamentárias, que serão executados durante esse período⁹⁹. Os programas que compõem o PPA são as suas unidades básicas e funcionam como elementos integradores do planejamento, orçamento e gestão. A lógica de sua criação inicia-se no reconhecimento de uma carência/demanda da sociedade ou um pleito administrativo, social ou econômico. Essas informações nortearam o gestor na definição de ações que tomadas por parte do Estado para atacar tais problemas¹⁰⁰.

Logo, foi aquele PPA que estabeleceu no âmbito do “Programa Nacional de Direitos Humanos”, a ação denominada “Elaboração do Plano de Combate à Discriminação contra Homossexuais”, eixo onde se situa o Programa Brasil sem Homofobia. É relevante destacar, porém, que no contexto marcado pela desresponsabilização do Estado frente às políticas sociais públicas, a definição desse segmento populacional como alvo da política pública não se deu sem problemas.

Irineu (2014) destacou o fato de que as políticas neoliberais, iniciadas ainda no Governo Collor a partir de 1989 e consolidadas no Governo de Fernando Henrique Cardoso, também se evidenciaram no Governo Lula, sendo visível essa continuidade no perfil da condução da política, a partir da centralidade do diálogo e apoio financeiro por parte do Estado, assumida no PPA, às instituições não governamentais, o que demonstra uma configuração de desresponsabilização por parte do Estado em executar as ações previstas no Plano.

A esse respeito, Irineu (2014) aponta que a centralidade do diálogo e apoio financeiro por parte do Estado assumida no PPA era destinada substancialmente às instituições não

⁹⁹ A esse respeito, Cf. informações no sítio do Ipem.mg.gov.br/2020-10-22.

¹⁰⁰ Para mais informações, ver também: BRASIL: Plano Plurianual (PPA) -2004 e 2007 (2020).

governamentais para que estas executassem as ações previstas no referido Plano. Assim, para a autora, as intenções propostas no PPA 2004-2007 significaram um ato de transferência de responsabilidades, sob o discurso governamental de “participação” dentro da lógica da cooperação e solidariedade próprias ao discurso do terceiro setor¹⁰¹ e compatível com a retórica da Reforma do Estado (IRINEU, 2014).

É importante salientar, concordando com esta autora, que a forma de intervenção do Estado no campo LGBTIQ+ foi e permanece fortemente caracterizada pelo protagonismo das ONG's, denotando a intensa fragilidade que essas ações portam, sobretudo em períodos de acirramento do conservadorismo e de perda de laicidade do Estado.

Assim, no BSH observa-se que o protagonismo das ONGs na execução da política LGBT se estabeleceu em uma suposta proposta de autonomia da sociedade civil para desenvolver as políticas públicas (MELLO, 2012), realidade que contribui, de certa maneira, para a forma como estados e municípios têm compreendido e tratado as políticas LGBTIQ+, dado que é notória a ausência de comprometimento de parte significativa dos/as gestores/as com a assunção de linhas de cuidados em saúde voltadas para esse público¹⁰².

Ainda que a realidade de desresponsabilização do Estado frente a essas ações seja uma forte característica desse processo é importante destacar que no bojo do Programa Brasil sem Homofobia foi criado um importante canal de participação dos/as usuários/as que pode se consolidar, a depender das forças políticas em jogo, em um instrumento de pressão popular sobre a gestão pública. Trata-se da criação do Comitê Técnico de Saúde LGBT¹⁰³ do MS, a quem coube, na esfera federal, o debate relativo à assistência à saúde de transexuais.

Naquele contexto, a retórica governamental apontava que o Comitê Técnico, coordenado pela Secretaria de Gestão Participativa e composto por representantes dos coletivos LGBTIQ+ e áreas técnicas do MS, teria sido instituído com o objetivo de promover a equidade em saúde para a população LGBTIQ+, buscando enfrentar as iniquidades em

¹⁰¹ A partir da lógica da Reforma do Estado, o Terceiro Setor é entendido como a esfera que congrega as organizações que, embora prestem serviços públicos, produzem e comercializam bens e serviços, não são estatais, nem visam ao lucro financeiro com os empreendimentos efetivados, estando incluídas aqui as associações, as organizações sociais, sociedades sem fins lucrativos e fundações. Para críticas contundentes e desvelamento das falácias desse paradigma, cf., entre outros, Montaño, (2002).

¹⁰² Dados publicados pelo IBGE, de 2015, apontam que apenas 7,7% dos municípios do Brasil elaboraram políticas específicas para a população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (O Globo, 2015).

¹⁰³ O programa BSB dentre suas propostas para o campo da saúde apontou a necessidade de formalizar o “Comitê Técnico de Saúde da População de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais”, do MS, que teve como objetivo a estruturação de uma Política Nacional de Saúde para essa população. Destaca-se que em outubro de 2004 a Portaria n. 2.227 do MS dispôs 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.

relação à universalidade do acesso a ações e serviços de saúde no SUS. Todavia, esse discurso, de certa maneira, escamoteava o fato de que a instituição desse espaço também foi fruto de intensa reivindicação do movimento social para que tivesse vez e voz na condução de políticas que fossem de seus interesses. Foi no bojo desse processo reivindicatório que, em 2006, representantes da comunidade LGBTIQ+ passaram a ter assento no Conselho Nacional de Saúde, o que conferiu um novo sentido de atuação do movimento nos processos de participação democrática no SUS.

Sobre a Política Nacional Integral de Saúde LGBT, retomaremos a discussão mais adiante, por ora trataremos de abordar um pouco mais sobre os desdobramentos do Programa BSB e das demais ações de fortalecimento da luta do movimento LGBTIQ+ e que são fundamentais para pensar o processo de institucionalização do Processo transexualizador, uma vez que pavimentaram a estrada que possibilitou o engendramento do programa.

De acordo com Irineu (2014), O programa BSH realizou ações até 2008, contudo, essas atividades foram marcadas pela dispersão e descontinuidade, envolvendo muito mais as próprias ONGs que faziam ativismo do que os órgãos estatais. No entanto, apesar dessas dificuldades, alguns dos compromissos firmados no programa BSH foram concretizados, como, por exemplo, a realização da I Conferência Nacional de Políticas GLBT, entre 05 e 08 de junho de 2008, que foi precedida por um intenso processo de mobilização política nos estados e municípios para a escolha das representações e eleição das pautas prioritárias para defesa na Conferência Nacional.

Esse se constituiu num marco importante, sobretudo pela presença inédita do presidente da República na abertura da conferência, demarcando no discurso e nos atos que haveria a partir de então, um compromisso do governo com a luta da população LGBTIQ+. A esse respeito, Irineu (2014), aponta o impacto da presença, ovacionada, do presidente Lula no evento e o simbolismo dele colocar o boné da ABGLT e segurar a bandeira do arco-íris, sinaliza, ainda, o tom de seu discurso, que foi marcado pela reparação histórica e pelo paternalismo. Nessa direção, cabe destacar também, o pronunciamento do então ministro da saúde, José Gomes Temporão, onde assegura que lançaria, ainda naquele mês, uma Portaria incluindo no SUS a cirurgia para mudança de sexo dentro de um processo transexualizador, conforme o que consta nos Anais da I Conferência Nacional de Saúde GLBT¹⁰⁴.

¹⁰⁴ A esse respeito, conferir Anais da Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais – GLBT, 2008 p.273. Sobre essa questão, há relatos de técnicos do MS de que o protocolo sobre as cirurgias de transgenitalização ainda estava em discussão interna no MS, envolvendo, especialistas, profissionais, técnicos e representantes do movimento social quando eles foram surpreendidos com essa decisão – que na avaliação deles foi precipitada – de publicação da Portaria que institucionalizou o processo

Outro aspecto positivo do Programa BSH é que as discussões prévias a sua elaboração e os seus desdobramentos, efetivamente suscitaram uma ambiência política muito favorável às demandas do segmento LGBTIQ+ e uma propensão discursiva do estado para o reconhecimento e legitimação de direitos dessas pessoas. É nesse sentido que na esteira desse programa foi criada em 2007 o “Plano Nacional de Enfrentamento à Epidemia de AIDS entre Gays, outros Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) e Travestis”, que se constituiu um ponto de convergência importante para se pensar o contexto que possibilitou a elaboração do processo transexualizador.

Isto porque, antecedendo a construção do Plano Nacional de Enfrentamento a Epidemia de AIDS dentro do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais¹⁰⁵, houve a configuração de uma intensa mobilização política envolvendo, sobretudo as travestis, que na redação da política teriam sido discriminadas: inscritas de forma equiparada aos gays e aos Homens que fazem sexo com Homens no Plano de Enfrentamento a Epidemia. Mais tarde, seriam também discriminadas, dessa vez por não serem consideradas como elegíveis para o Processo Transexualizador, sendo deixadas de fora, como se verá adiante.

Nesse contexto de mobilização travesti, havia uma série de Grupos de Trabalho acontecendo dentro do Ministério da Saúde com a participação de gestores/as, profissionais de saúde, pesquisadores/as e representantes do movimento social com o objetivo de que o Plano Nacional de Enfrentamento à Epidemia de AIDS que vinha se constituindo, expressasse as demandas de todas as identidades representadas na sigla LGBTIQ+. A partir dessa comoção, o movimento social passou a se reunir mais frequentemente para a discussão, articulação e direcionamento de seus interesses no escopo dessa política. A esse respeito, Keila Simpson¹⁰⁶, em entrevista concedida para a realização dessa pesquisa, discorre:

[...] Quando chega em 2007, o acúmulo dessa discussão dos GT's desse Plano Nacional de Enfrentamento à Epidemia de AIDS entre gays, HSH e travestis, já é um acúmulo que vem desses grupos de trabalho. Tinha eu, a Barbara Granner, Andréia Brasil, Weidman, Cris Stefanny. Não tinha nenhuma entidade de homens trans. Nós fomos fazer uma oficina, tinham GT's de travestis e tinha GT de prostitutas e GT de mulheres. Quando a gente chegou em São Paulo para organizar essa carta de intenções que o MS faz mais direcionada a DSTs e AIDS, as mulheres

transexualizador. Esse atropelo na publicação da Portaria atenderia uma necessidade populista de dar uma resposta ao movimento social e uma resposta às pressões judiciais em função da judicialização iniciada em 2001 por Porto Alegre.

¹⁰⁵ Em 17 de maio de 2019 esse Departamento mudou de nomenclatura, passando a se chamar “Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis”.

¹⁰⁶ Travesti e histórica militante do movimento de travestis e transexuais. Tem importância fundamental na constituição da Política Nacional Integral de Saúde LGBT. Atualmente é presidenta da Associação Nacional de Travestis e Transexuais – ANTRA e coordenadora do Centro de Promoção e Defesa dos Direitos LGBT da Bahia.

transexuais partiram para o plano de mulheres, muito bem acertadas. Então deixaram as travestis isoladas. E nós, com a força que tínhamos naquele momento, a gente não tinha a potência de pautar no MS uma permanência de um plano só para as travestis. Eles pegaram a gente, até porque tinha aquela nomenclatura do HSH que nós ficamos muito tempo dentro dessa nomenclatura. Acabamos ficando dentro desse Plano de Enfrentamento à Epidemia de AIDS entre gays, travestis e outros HSHs. Esses “travestis” e outros HSHs” reforçava ainda mais que nós, travestis éramos HSHs, então, esse “outros HSHs” foi uma grande briga que tivemos, porque o “outros” dava sim a ideia de que travesti é HSH e que tinham HSHs para além de travestis (EN7) (SIMPSON, 2019).

Keila Simpson também criticou a forma desrespeitosa e negligenciada como as travestis foram retratadas, no entanto, por outro lado, ressalta a importância daquele Plano, dado que era a primeira vez que o governo federal se envolvia na elaboração de diretrizes que beneficiasse o segmento LGBTIQ+ e o enxergasse para além do estigma. Era inédito, segundo ela, a constituição de uma política pública de enfrentamento à AIDS que considerasse o direito à saúde tendo como referência o respeito à diversidade e a livre orientação sexual, ainda que fossem ações direcionadas de cima para baixo e com o risco de que estados e municípios não instituíssem aquele Plano em seus territórios.

No entanto, de acordo com ela, ainda que a capilarização da Política não acontecesse, foi possível estabelecer em alguns locais do país, um diálogo tendo como norte as diretrizes do Plano, numa perspectiva de prevenção. O mais importante desse processo, no entendimento de Keila Simpson, foi que a partir daquela articulação prévia em torno da elaboração do Plano, houve uma aproximação do Departamento de DST/Aids com a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa e as pautas do movimento LGBTIQ+ puderam se descolar da exclusividade da AIDS e adentrar no MS por outra “porta” e não mais apenas pelo caminho da AIDS.

De acordo com Keila Simpson, a entrada da população LGBTIQ+ pela “porta” da Secretaria de Gestão estratégica e Participativa, sobretudo a partir da gestão de Kátia Souto¹⁰⁷, significou a entrada de fato da população trans na universalidade e na equidade do SUS:

[...] Quando todas as ações estavam restritas ao Departamento de AIDS, tudo ficava restrito na AIDS: era AIDS em direitos humanos, era AIDS na educação, era AIDS em saúde, AIDS em trabalho, tudo tinha que ter o carimbo da AIDS para sair de lá. Não se pensava na integralidade da saúde. A população trans só era vista como “AIDS” e a saúde estava restrita (EN7) (SIMPSON, 2019).

¹⁰⁷ Katia Souto foi Coordenadora do Departamento de Apoio à Gestão Estratégica e Participativa no MS, profissional de grande relevância, sobretudo no que tange a trajetória do Processo Transexualizador e institucionalização da Política Nacional Integral de Saúde LGBT. É servidora Pública com larga experiência em gestão e com sólida formação no campo da AIDS e nas discussões de gênero. Keila Simpson faz destaque a sua importância política, sobretudo porque a partir da sua atuação técnica e política, houve um maior reconhecimento do Estado acerca das demandas da população LGBTIQ+, para além da pauta do HIV/AIDS.

Assim, a entrada das pautas LGBTIQ+ na SGEP teve como desdobramento o reconhecimento de que as pessoas trans têm diversos problemas de saúde, não estando restritas somente à AIDS, sendo importante cuidar das históricas negligências da população trans, para além do HIV.

É importante destacar, no entanto, que ainda que naquele período houvesse um maior fortalecimento dos canais de participação social, estes não se deram de forma a impactar de forma relevante a implementação de políticas públicas efetivas voltadas para o público LGBTIQ+, apesar da elaboração do Plano Nacional de Enfrentamento à Epidemia de AIDS e apesar da incidência das Conferências Nacional de Políticas Públicas para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.

Toda a movimentação programática com vistas à constituição dessas políticas, apontada por Irineu, (2014) não se consolidou apesar do discurso bem-intencionado do Governo Lula. Isso ocorreu em parte, porque a participação dos movimentos sociais no período foi prejudicada pela cooptação de lideranças e pelo apassivamento das lutas sociais e, em parte, porque o contexto marcado pela ofensiva neoliberal fosse muito impermeável às lutas sociais, mesmo num governo que se apresentava no campo da esquerda.

Não é simples fazer o resgate da trajetória de constituição histórica do processo transexualizador, que se deu de forma emaranhada em uma convergência de fatores determinantes envolvendo, como já se disse, 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 *T* 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).

Dessa forma, nos bastidores, a política que se materializava e que vimos abordando até aqui, era construída com a expertise apreendida no processo de enfrentamento à AIDS, a partir de relações micropolíticas onde se intercambiavam os sujeitos institucionais com os sujeitos da militância num contexto político onde os governos neodesenvolvimentistas do PT operavam o difícil equilíbrio entre as pautas conservadoras das alianças políticas que fez para conquistar o poder e as pautas vinculadas aos direitos humanos, as quais historicamente se aproximava. Assim, ainda que a cúpula desses governos e do próprio PT tenham feito todo

tipo de acordos para serem aceitos pela burguesia e chegarem ao poder, dentro do projeto petista da conciliação de classes e busca do apoio político, havia espaço reservado e abertura às demandas dos movimentos sociais, especialmente os atravessados pela questão da diversidade, o que favoreceu um ambiente político menos hostil à discussão do campo LGBTIQ+, destacadamente, as pautas trans.

1.5 O MS e sua atuação ambivalente frente aos movimentos LGBTIQ+, ao judiciário e aos Hospitais Universitários que atuam no processo transexualizador

Paralelamente às discussões mais amplas de reconhecimento de direitos LGBTIQ+ frente ao Estado, e também como fruto desse processo de participação social, aconteciam no âmbito da gestão do MS as discussões em torno da viabilização do processo transexualizador como uma política pública, a partir de pressão do movimento LGBTIQ+ e de outros sujeitos sociais como expresso na *I Jornada Nacional sobre Transexualidade e Saúde no Brasil*, ocorrida na UERJ em 2005.

Concorreu para isso uma série de fatores políticos que a todo momento se entrecruzaram, dentre elas as diretrizes postas pelo Programa BSB, que ainda era recente (2004) propondo para o campo da saúde a formalização do Comitê Técnico de Saúde LGBT com o objetivo de estruturação da Política Nacional de Saúde Integral GLBT. Tal fato se materializou com a publicação pelo MS, ainda em 2004, da Portaria que criou o Comitê e dispunha sobre o compromisso de formulação da proposta da Política Nacional de Saúde da População de Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros.

Dentre esses aspectos políticos concorrentes, além da incidência do movimento social, havia a pressão contundente do processo judicial iniciado em 2001 pelo Ministério Público do Rio Grande do Sul, representando os/as usuários/as do programa do HCPA/UFRGS demandando que o SUS custeasse as cirurgias de “mudança de sexo”. Ainda no âmbito da judicialização, havia a atuação do Ministério Público Federal do Distrito Federal que avaliava as demandas judiciais de pessoas trans que pleiteavam o acesso às cirurgias de transgenitalização¹⁰⁸ também naquele território.

¹⁰⁸ Essa atuação era possibilitada por meio da Promotoria de Justiça de Defesa dos Usuários dos Serviços de Saúde – PRÓ-VIDA, que foi idealizada e coordenada pelo Promotor Diaulas Costa Ribeiro. A Pró-Vida, Promotoria de Direito Médico e Biodireito, atendia e acompanhava as pessoas transexuais que demandavam as cirurgias de transgenitalização antes da institucionalização do Processo transexualizador e, em geral, atendia às demandas, gerando uma pressão sobre o SUS, que era obrigado a reconhecer que havia necessidades não reconhecidas neste aspecto. Sobre a atuação dessa instituição, cf.: Teixeira (2013).

Havia também pressão por parte dos serviços que já realizavam as cirurgias de transgenitalização fundamentados pela Resolução CFM n. 1652/2002 e que vinham sendo impactados pela falta de estrutura interna e externa, de linhas de cuidados e pela ausência de custeio dos procedimentos realizados.

Havia cobranças de instituições acadêmicas e pesquisadores/as, bem como havia uma estruturação institucional do MS, onde havia técnicos que eram política e ideologicamente implicados com a causa.

Enfim, em outras palavras, havia uma convergência de condicionantes que favoreceram, não sem dificuldades e obstáculos, o percurso de institucionalização do Processo Transexualizador.

Há, no entanto, um aspecto muito importante que precisa ser considerado nessa trajetória de constituição histórica do programa: houve uma autonomização, não sem consequências, do processo transexualizador em relação à Política Nacional Integral de Saúde LGBT. De acordo com Tatiana Lionço, em entrevista para a realização dessa pesquisa, o processo transexualizador foi institucionalizado antes da Política Nacional Integral de Saúde Integral LGBT porque ocorria uma pressão política da ação do Ministério Público demandando – não a assistência integral –, mas o custeio das cirurgias de transgenitalização¹⁰⁹. Todavia, a demanda do movimento social e dos demais sujeitos que participaram daquele processo político reivindicando o reconhecimento de direitos, era pela formulação de uma política cuja assistência fosse integral.

Assim em função da judicialização do acesso às cirurgias denominadas de “mudança de sexo”, se engendrou uma urgência que precisava de respostas institucionais rápidas, e ainda que o Ministério da Saúde recorresse das sentenças proferidas e tivesse ganho de causa em muitas delas, ele, por outro lado, contraditoriamente, estabelecia canais de discussão e diálogos com o movimento social e profissionais especialistas com a finalidade de criação de protocolos clínicos e cirúrgicos para uma provável institucionalização do processo transexualizador. Esse processo acontecia de maneira autonomizada das discussões em torno

¹⁰⁹ Aqui é importante atentar que ainda que não houvesse expressamente escrito na sentença a determinação para que se garantisse a “assistência integral” às pessoas trans, toda a argumentação proferida pelo juiz para determinar o custeio dos procedimentos das cirurgias de transgenitalização se sustentava sobre o princípio da dignidade humana e do direito à saúde, bem como apontava para a necessidade de que o MS promovesse, no prazo de 30 dias, “todas as medidas apropriadas” para possibilitar aos transexuais a realização, pelo Sistema Único de Saúde, “de todos os procedimentos médicos necessários para garantir a cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia, neofaloplastia e/ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários, conforme os critérios estabelecidos na Resolução nº 1.652/2002, do Conselho Federal de Medicina”. Ou seja, me parece que se houve uma interpretação limitada da sentença e esta forma de interpretação teria sido, a meu ver, uma escolha política. Cf.: voto – AC 2001.71.00.026279-9/TRF.

da criação da Política Nacional Integral LGBT também em curso naquele momento. Nesse sentido, é importante registrar que a intensa heterogeneidade e complexidade estrutural do MS pode ter sido uma característica que tenha contribuído para os resultados práticos desse processo.

Dentre as consequências dessa autonomização entre o processo transexualizador e a PNSILGBT, persiste a dificuldade no entendimento (inclusive entre profissionais, gestores e até integrantes do movimento social) de que o processo transexualizador integra a Política Nacional de Saúde Integral LGBT e a ela se acopla. Há um lapso temporal que dista as duas ações e o foco de cada uma delas, a primeira centrada numa perspectiva médica, cirúrgica e patologizada, e a segunda, mais direcionada para uma perspectiva de integralidade do cuidado, contribuem para que esse reconhecimento seja algo difícil e expressa a dicotomia e fragmentação do processo de construção dessas ações políticas.

É importante atentar que a Política Nacional Integral de Saúde LGBT, apesar de ter sido aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 2009 só foi publicada em 2011, em função das tramitações nas instâncias governamentais como no CONASS, no CONASEMS, na CIT e pelo fato de não ter sido judicializada conforme foi o processo transexualizador. Esses atravessamentos, mais o frágil conhecimento em relação aos processos políticos e institucionais atinentes ao SUS, contribuíram para a dificuldade de compreensão dessa trama e para a alienação dos/as usuários/as da política e, mesmo, dos/as profissionais “da ponta” e gestores/as, fazendo com que seja possível a existência de demandas por melhorias no Processo transexualizador sem que essa pressão se estenda, no mesmo nível de cobranças, para que o Estado, em suas três esferas de gestão, efetive a Política Nacional Integral de Saúde LGBT, que pouco avançou desde a sua institucionalização em 2011.

Assim, é bastante frequente que alguns/as usuários/as e trabalhadores/as dos serviços identificam que há dificuldades na organização da assistência, mas desconheçam os processos políticos institucionais que contribuem para a produção de tais dificuldades. Dessa forma, se intensificam os obstáculos para o enfrentamento dessas questões em função da compreensão parcial dos problemas. Há, por exemplo, situações em que tais sujeitos reclamem por melhorias para o programa, sem compreender que este serviço integra um contexto maior, envolvendo a responsabilização das gestões governamentais e as limitações impostas ao SUS.

Passados quase dez anos de implementação dessa política e em rápida pesquisa que realizei durante o trabalho de campo sobre a sua efetivação nos estados e municípios, encontrei a situação disposta no quadro 4:

Quadro 4 – Implementação de ações pró-LGBTIQ+ nos estados e municípios entre 2008 e 2020							
ESTADO	Conselho Estadual LGBTIQ+	Comitê Estadual De Saúde LGBTIQ+	Política Estadual De Saúde LGBT+	Conselho Municipal LGBTIQ+	Comitê Municipal De Saúde LGBTIQ+	Política Municipal De saúde LGBT+	Outras Ações
Rio Grande do Sul	X	X	X	Esteio, Pelotas	Canoas	Porto Alegre Canoas Rio Grande	Coordenadoria de Diversidade Sexual – Secretaria de Desenvolvimento Social, Trabalho, Justiça e Direitos Humanos
Santa Catarina	-	-	-	Florianópolis			
Paraná	X	X	X	Ponta Grossa	Curitiba		Coordenação Geral de Promoção dos Direitos LGBT (Estado)
Mato Grosso do Sul	X	X	-	Três Lagoas			Subsecretaria de Políticas Públicas LGBT/Secretaria de Estado de Cultura e Cidadania
São Paulo	X	X	-	SP Ribeirão Preto, São Carlos, Bauru, Mauá, Piracicaba		SP	
Rio de Janeiro	X	X	-	Niterói			Coordenadoria Especial da Diversidade Sexual do Rio de Janeiro /Município RJ/Ambulatório Trans de assistência especializada na rede pública de Saúde de Niterói.
Espírito Santo	X	X		Cariacica			
Minas Gerais	-	X	-	Contagem, SJ Del Rey	Itabirito		Coordenadoria Especial de Políticas de Diversidade Sexual de Minas Gerais – CODS/ Belo Horizonte – Diretoria de Políticas Públicas para a População LGBT (DRLGBT)
Goiás	X	X					
Distrito Federal	-	X	-	-	-		Ambulatório Trans de assistência especializada às pessoas travestis e transexuais na rede pública de Saúde do Distrito Federal – 2016 Hospital Universitário de Brasília – HUB
Tocantins	-	-					Gerência de Políticas e Proteção da Diversidade

							Sexual (Estado)
Mato Grosso	-	X	-	Rondonópolis, Cuiabá	-	-	Grupo Estadual de Combate à Homofobia (GRECO) Centro de Referência de Políticas Públicas e Direitos Humanos dos Grupos Sociais Vulneráveis, vinculado à Secretaria de Estado de Justiça e Direitos Humanos do Estado de Mato Grosso
Rondônia	-	-	-	-	-	-	-
Acre	X	-	-				Divisão de Promoção da Cidadania LGBT(Estado)
Amazonas	X	Inter institucional	-	Inter Institucional			Gerência Diversidade e Gênero (Estado)
Roraima	X	-	-				Coordenadoria de Proteção à Livre Orientação Sexual (Secretaria de justiça e DH)
Pará	X	X	-				
Amapá	X	X	-	Macapá			
Maranhão	X	X	-				
Piauí	-	X	-	Picos, Piripiri, Teresina			Coordenação de Enfrentamento a LGBTFOBIA Secretaria da Assistência Social e Cidadania – SASC
Ceará	X	-	-	Juazeiro do Norte, Itapipoca. Fortaleza			Coordenadoria Especial de Políticas Públicas para LGBT (ESTADO) Fortaleza – Coordenadoria da Diversidade Sexual
Bahia	X	X	-	Alagoinha			
Sergipe	-	X	-				
Alagoas	X	X		Maceió, Arapiraca			
Pernambuco	X	X	X	Jaboatão, Belém de São Francisco, Paudalho			Coordenadoria Municipal de Saúde LGBT em Recife, Olinda, Jaboatão, Caruaru, Camaragibe, Belém de São Francisco, São Lourenço da Mata. Moreno, Palmares.
	X	X	-	João Pessoa			Coordenadoria de Diversidade Humana de Conde, Coordenadoria

Paraíba							Municipal de Promoção à Cidadania LGBT e da Igualdade Racial de João Pessoa
Rio Grande do Norte	-	X	-				Comitê Estadual de Combate à LGBTfobia – Natal

Fonte: Informações retiradas da página da ABGLT e acrescidas dos dados da pesquisa de tese de AIDAR, 2016 – autoria própria.

Como se pode observar, a Política Nacional Integral de Saúde LGBT ainda não é realidade na quase absoluta maioria dos estados brasileiros. Embora muitos estados, e mesmo alguns municípios, tenham viabilizado os comitês de saúde e conselhos de direitos LGBT, tais instâncias ainda não tiveram força política para viabilizarem a construção de planos estaduais/municipais LGBTIQ+ e ainda menos para buscarem a institucionalização local de uma política de saúde, conforme diretrizes da Política Nacional Integral de Saúde LGBT.

De acordo com o discurso da gestão do MS, expresso na própria política, um dos objetivos mais significativos da PNSILGBT+ seria a promoção da saúde integral de uma grande parcela da população que historicamente teve seus direitos negligenciados, em função sobretudo da discriminação e do preconceito institucional, cabendo ao SUS, enquanto um sistema universal, integral e equitativo, a tarefa de contribuir para a redução dessas desigualdades sociais. Nessa direção, a política se propõe, dentre outros compromissos, a ampliação do acesso e qualificação da rede de serviços para a materialização da atenção e do cuidado integral, respeitando-se as especificidades e necessidades da população LGBTIQ+ garantindo-lhes acolhimento com qualidade e resolução de suas demandas e necessidades (MS, 2011). Todavia, é necessário situar esse discurso na lógica da realidade cotidiana na qual o SUS, em seus 30 anos de existência, nunca foi prioridade e sempre sofreu com projetos de sucessivos governos, inclusive os petistas, de subfinanciamento progressivo, fato que se agravou em 2016 com o Governo Temer, conforme denunciam vários teóricos defensores do SUS universal, entre os quais Bravo et al (2019), Souza e Lima (2019), Giovanella (2017), além de Mendes e Carnut, (2020).

Nesse sentido, a política absorve e integra o processo transexualizador ao, textualmente, afirmar seu compromisso em “*garantir acesso universal à demanda pelo processo transexualizador na rede SUS, nos moldes regulamentados*” bem como se propõe a “*promover o aperfeiçoamento e a qualificação das tecnologias usadas no processo transexualizador com vistas ao atendimento universal*”.

No entanto, é necessário considerar que a institucionalidade, embora seja fundamental, não garante materialidade e concretude de políticas públicas e frequentemente o “dever ser” nem sempre é. É importante lembrar aqui que tais políticas e ações foram constituídas em um contexto societário produzido e atravessado pela lógica neoliberal de desmonte e desresponsabilização do Estado. Advém desse processo uma intensa e constante precarização das políticas públicas que refletem sobre todo o campo da seguridade social, destacando-se aqui o campo da saúde. Assim, é válido demarcar que as conquistas do movimento LGBTIQ+ foram inscritas no marco regulatório legal num contexto em que o SUS já estava atravessado por intensa contrarreforma, tendo como desdobramentos o desmonte e a descaracterização da formatação herdada do movimento sanitário.

As conquistas do projeto democrático que consolidaram o SUS enquanto uma política pública fundada numa expectativa de que seria pautada por princípios da universalidade, equidade e integralidade foram atropeladas pela ofensiva do capital inviabilizando que determinados grupos da sociedade, como os de pessoas LGBTIQ+, tivessem suas necessidades específicas plenamente contempladas pelo Estado, mesmo que isso violasse um importante princípio requerido pelo SUS, que é o da equidade.

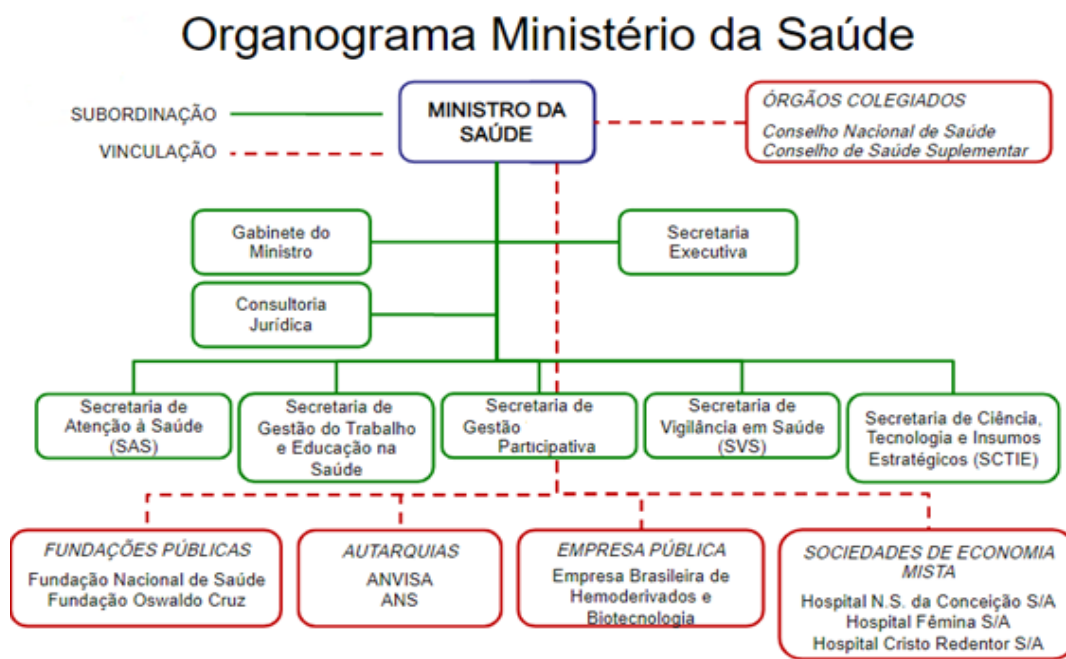
Nessa direção, Mello (2013) faz uma análise dos programas e ações do governo federal voltados para as necessidades específicas da população LGBTIQ+ no Brasil destacando que a despeito da importância de iniciativas como a PNSILGBT, essa se deu marcada por profundas problemáticas, sendo a mais eloquente a baixa previsão orçamentária para a referida política, seguida da falta de integração entre as esferas do governo e pelo baixo envolvimento dos demais entes federativos (MELLO, 2013).

Em análise anterior, o autor em questão já apontava como tema recorrente nas pesquisas realizadas nesse campo, a ausência de previsão orçamentária para a execução das ações previstas nos planos e nas demais iniciativas governamentais voltadas para a população LGBTIQ+, bem como destacava os entraves institucionais nas relações entre os governos estaduais, municipais e federal no tocante à formulação de políticas intersetoriais, transversais e continuadas que até hoje são pífias (MELLO, 2012).

Parte desses entraves podem ter sido atravessados pela lógica de organização e pela forma como os/as gestores/as do SUS se relacionavam com o movimento social e as instâncias internas do MS. Na figura abaixo, aponto esquematicamente o organograma do MS no momento em que se davam as discussões em torno da criação de diretrizes políticas e institucionais com vistas à institucionalização do Processo Transsexualizador no SUS, sobretudo a partir de 2006 e mais adiante apresento a configuração do novo organograma do

Ministério, após mudanças estruturais ocorridas em 2010, por acreditar que são recursos importantes para pensar a estruturação do processo transexualizador tanto na sua institucionalização, em 2008, quanto na sua reformulação em 2013.

Figura 1 – Organograma do MS/2004.



Fonte: Portaria GM n.º 2123, que aprovou os Regimentos Internos do MS em de 7 out. 2004.

Foi recorrente entre os sujeitos da pesquisa em todas as categorias (fosse a de movimento social, de pesquisadores/as ou coordenadores/as das unidades hospitalares que ofertavam a assistência) a localização da Secretária de Gestão Participativa como a principal interlocutora no MS durante o processo de elaboração da política.

No entanto, as competências na formulação da política se espalhavam para fora da alçada daquela Secretaria, na medida em que o núcleo duro da formulação técnico-jurídica se localizava na Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). Assim, a necessidade de permanente interlocução, negociações e concertações técnico políticas entre duas secretarias foi algo inerente a esse processo. Essas discussões estiveram presentes nas narrativas de grande parte dos/as entrevistados/as para essa pesquisa e parte delas serão reproduzidas abaixo.

De acordo com a Portaria GM N.º 2.123, de 7 de outubro de 2004, que aprovou os Regimentos Internos dos órgãos do MS, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) tinha por finalidade algumas dentre as seguintes competências:

Art. 1.º I – participar da formulação e implementação da Política de Atenção à Saúde, observados os princípios e diretrizes do SUS;

II – Definir e coordenar sistemas de redes integradas de ações e serviços de saúde;

III – estabelecer normas, critérios, parâmetros e métodos para a qualificação e a avaliação da atenção à saúde;

[...]

V – Identificar os serviços de referência para o estabelecimento de padrões técnicos de atenção à saúde;

[...]

IX – Coordenar, em articulação com outros órgãos do MS, a formulação e a implantação da política de regulação da atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS);

[...]

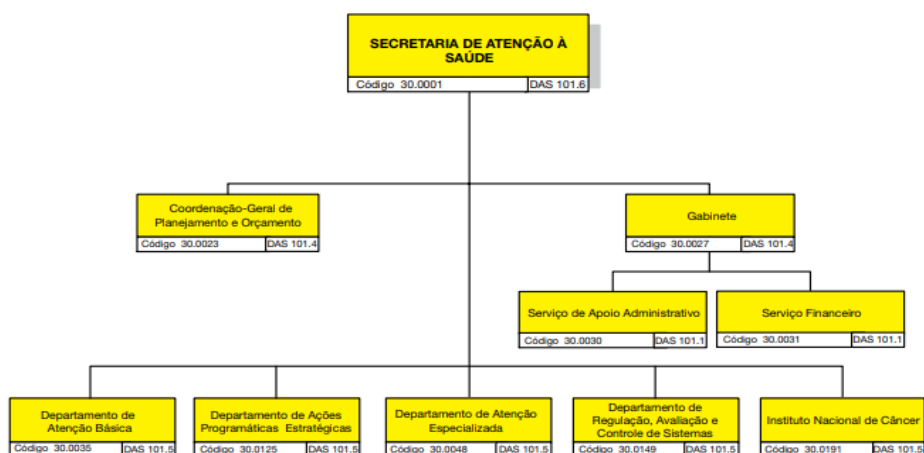
XI – coordenar a organização e o desenvolvimento das ações e da atenção básica;

XII – promover políticas destinadas a grupos populacionais estratégicos e em situações especiais de agravos. (Portaria GM N.º 2.123/2004)

Para fins de compreensão da natureza do processo de institucionalização do Processo Transexualizador é importante notar que no âmbito da SAS se inseria um departamento cujas ações foram muito importantes para o estabelecimento da política, que foi o Departamento de Atenção Especializada, como se verá abaixo (Figuras 2-3).

Figura 2 – Organograma da Secretária de Atenção à Saúde/2003

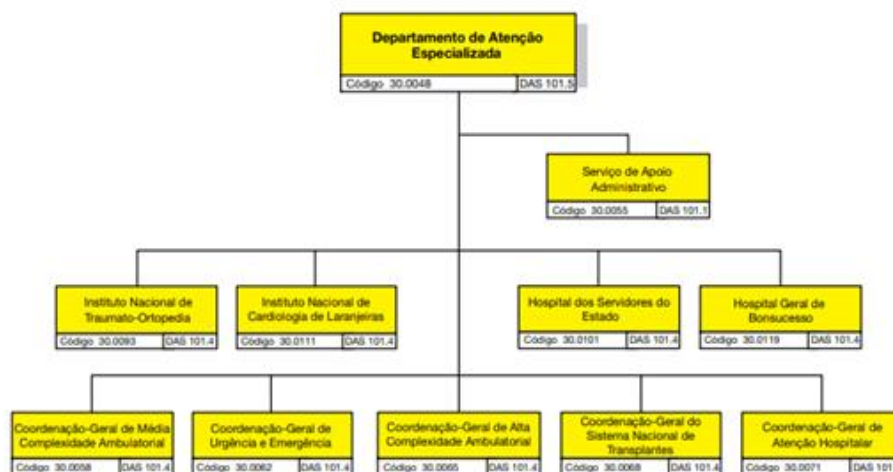
MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
(DECRETO N.º 4.726, DE 9/6/2003)



Fonte: MS/SAS.

Figura 3 – Organograma Departamento de Atenção Especializada /2003

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
(DECRETO N.º 4.726, DE 9/6/2003)



Fonte: MS/SAS.

Foi aquele Departamento o responsável dentro da estrutura do MS por elaborar, coordenar e avaliar a política de média e alta complexidade, ambulatorial e hospitalar do SUS, sendo composto por uma variedade de coordenações, dentre as quais, podemos citar, pela relevância para esse estudo, a Coordenação-Geral de Média Complexidade Ambulatorial, a Coordenação-Geral de Alta Complexidade Ambulatorial e a Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar, que foram as instâncias responsáveis pela elaboração das normativas do Processo Transexualizador a partir da interlocução com a Secretária de Gestão Participativa, através do Departamento de Gestão de Apoio à Gestão Participativa, que por sua vez fazia a mediação com o movimento social, bem como com gestores/as, profissionais especialistas e pesquisadores/as envolvidos/as com a elaboração da política.

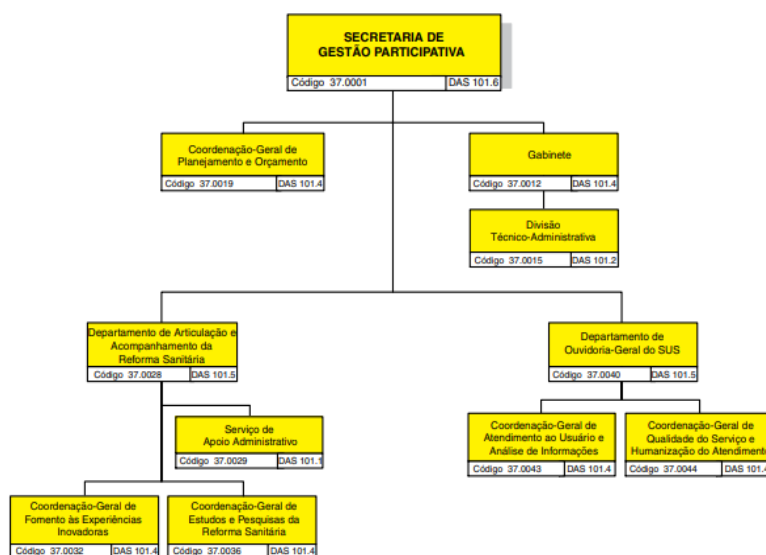
Competia aquelas coordenações as incumbências técnicas pelo planejamento, coordenação, normatização, regulamentação e criação de diretrizes das ações de média e alta complexidade e de atenção hospitalar do MS, bem como a implantação de mecanismos e instrumentos de acompanhamento da implementação e execução de programas específicos no âmbito de suas abrangências a serem implementados em nível nacional.

Assim, a discussão em torno da institucionalização do processo transexualizador passava por várias instâncias das secretarias do MS pois, além das ações das Coordenações de Média e Alta complexidade e Coordenação de Atenção Hospitalar, dentro do Departamento

de Atenção Especializada, vinculado à Secretaria de Atenção à Saúde, envolvia também as ações da Secretária de Gestão Participativa e seus departamentos, sobretudo, o DAGEP, quando este foi instituído em 2006.

Figura 4 – Organograma da Secretária de Gestão Participativa/2003

SECRETARIA DE GESTÃO PARTICIPATIVA
(DECRETO N.º 4.726, DE 9/6/2003)



Fonte: MS/SAS.

Como já sinalizado anteriormente, a Secretaria de Gestão Participativa tinha por finalidade a coordenação e proposição de estratégias e mecanismos de fortalecimento da gestão democrática do SUS, considerando a articulação do Ministério com os diversos setores governamentais e não governamentais, relacionados com os condicionantes e os determinantes da saúde. Nesse sentido, tinha como incumbência o estímulo, a proposição e o apoio as ações de fortalecimento do controle social seja por meio das Conferências Nacionais de Saúde, seja por meio do fortalecimento dos conselhos estaduais e municipais de saúde, seja por meio da capacitação continuada de conselheiros, da articulação entre os níveis de gestão do SUS e a sociedade, bem como pela coordenação e proposição de estratégias de articulação e acompanhamento da reforma sanitária, dentre outras atribuições (PORTARIA GM n.º 2123, MS, 2004).

Assim, cabia a essa secretaria a tarefa de traduzir os conceitos, princípios e diretrizes políticas da Reforma Sanitária para dentro da estrutura do MS, uma estrutura extremamente heterogênea, sendo permeada por direcionamentos políticos, ideológicos, técnicos das mais variadas matizes, sendo atravessada, ainda, pelas disputas e interesses macroeconômicos onde o projeto privatista se fazia fortemente presente e hegemônico resultando na precarização,

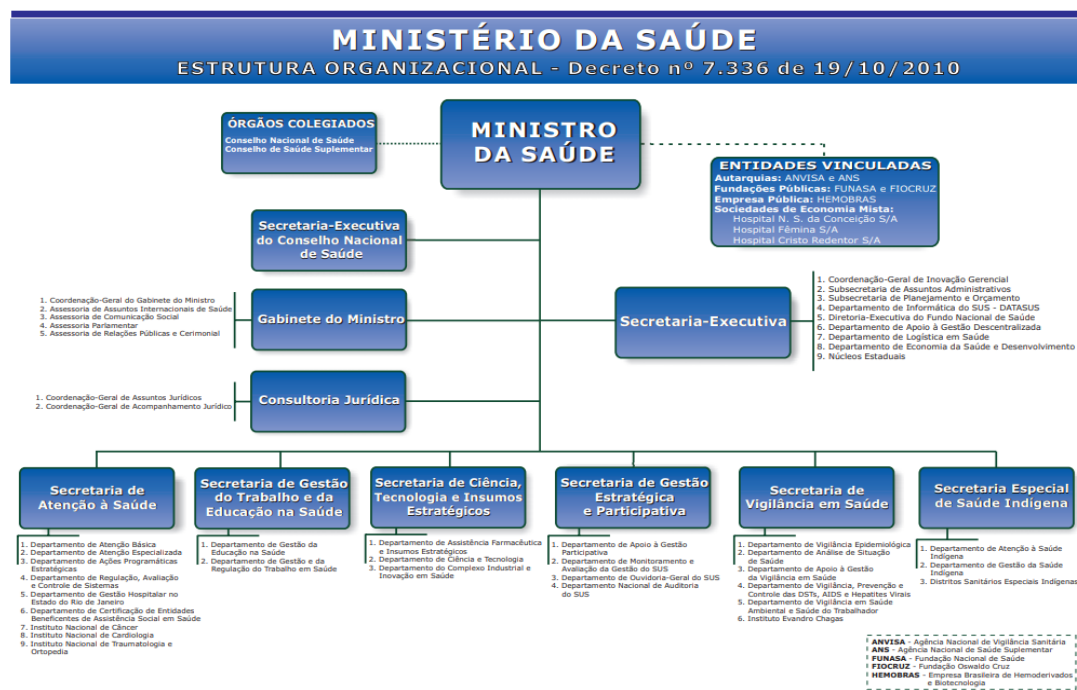
inclusive nas vinculações profissionais dos/as técnicos que estavam à frente da elaboração da política. Fato que corrobora a análise empreendida por autores como Bravo e Menezes (2011) ao analisarem a política de saúde nos governos petistas e apontarem uma continuidade da política de saúde dos anos noventa, destacando-se uma ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no subfinanciamento e a falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social (BRAVO; MENEZES, 2011).

Face a essa caracterização, a Secretaria de Gestão Participativa era, dentre as instâncias do MS, a que mais tinha proximidade e interlocução com o movimento social e com os setores da sociedade que buscavam participar do processo político em torno da institucionalização do Processo transexualizador. No entanto, ser permeável à participação social não significava ter poder para materializar as demandas postas pelos sujeitos políticos envolvidos nesse processo, uma vez que a complexidade inerente a própria estruturação do Ministério da Saúde e os diferentes interesses envolvidos, obrigava a constante e permanente disputa e negociação política para cada ação realizada.

Além disso, é importante ressaltar que a existência de canais de participação social prevista na estrutura do Estado e nas legislações vigentes, não necessariamente significava que haveria garantias de participação efetiva no cotidiano das relações político-institucionais, uma vez que a representação popular em espaços deliberativos não implica, naturalmente na construção do controle social dos serviços de saúde, sobretudo, porque essa participação pode não passar de uma forma de legitimação da política da gestão estatal diante da população usuária, sobretudo num governo com as características que já se apontou nesse estudo.

A este respeito, Moroni (2006), lembrou que apesar de uma das primeiras ações do governo Lula ter sido o repensar do desenho institucional ou a arquitetura da participação com a abertura de diferentes e diversos processos de interlocução, estas ações vieram acompanhadas pela reedição de históricas características da formação social brasileira, tais como o clientelismo, o fisiologismo, a apropriação privada da coisa pública e a negação mais completa de qualquer processo participativo, fazendo, assim, que a participação fosse vista como estratégia de governabilidade e não como espaços de efetiva publicização da política (MORONI, 2006).

Figura 5 – Organograma da estrutura organizacional do MS/2010



Fonte: MS – Decreto 7336 de 19/10/2010

Julgo ser importante reproduzir aqui algumas das narrativas de parte dos sujeitos ouvidos na elaboração desse estudo. Isso é necessário, em função de muitos deles localizarem grande parte dos entraves políticos institucionais que permearam a constituição do processo transexualizador no excessivo espalhamento das discussões e decisões acerca da política entre as variadas subestruturas que compunham o Ministério. Tal fato teria constituído a necessidade de uma articulação política permanente, e muitas vezes conflituosa, entre os variados/as gestores/as responsáveis pelas respectivas subestruturas.

Uma das ex-gestoras do Ministério da Saúde, partícipe na elaboração do processo de construção do programa, ao contribuir com a realização dessa pesquisa, descreveu o seguinte:

Quando o processo transexualizador foi instituído em 2008, não existia a DAGEP ainda. Ele estava dentro da Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde. Acho que ela foi criada ali em 2006..., mas ela ainda não tinha as políticas de equidade dentro dela. Ela era muito mais voltada para o Conselho, as conferências, a educação popular... Então, no momento de 2008, o pólo do processo trans dentro do Ministério foi a Secretaria de Atenção à Saúde, a SAS. E aí, dentro da SAS, tinha o Departamento de Atenção Especializada, o DAE, que depois se transformou no Departamento de Atenção Especializada e Temática, DAET. E a coordenação lá dentro era a Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade, que era a CGMAC. Por que essa área? Porque foi entendido o processo trans como um ponto de atenção de média e alta complexidade na rede. Então ficou essa área a responsável, por assim dizer, operacionalizar o processo trans dentro do SUS. Então, dar as normativas, fazer o monitoramento, habilitação de serviço, tudo isso ficou, na época, na CGMAC. Assim, o gestor do processo trans não era o DAGEP, ele era uma área meio que ouvia o movimento social e tentava trazer para dentro do Ministério as demandas e tentava articular essas demandas para dentro com as áreas fins. Assim

como tentou também aumentar um pouco das ações para a saúde LGBTIQ+, para não ficar só focado na AIDS e no processo trans, mas aí tentar conversar com a saúde do homem, da mulher, saúde do idoso, enfim... Toda vigilância em saúde. Então era assim que estava estruturado. Então, foi por isso, que o processo trans sempre tinha as duas caras, né? Que era o DAGEP, que fazia essa articulação com o movimento e a SAS aí por meio da CGMAC, que depois virou CGAE, Coordenação Geral de Atenção Especializada, que era mais a parte operacional dura, burocrática, né? Que era quem habilitava serviço, quem regia, tinha as normas específicas, e o DAGEP com essa parte mais geral. E aí isso funcionou até agora, 2019, quando o Ministério foi reestruturado (EN11) (REIS, 2019).

Assim, fica patente que o processo transexualizador foi engendrado, em seus primórdios, na subestrutura da Média e Alta Complexidade, razão pela qual ele surge com um enfoque nos procedimentos cirúrgicos. Ainda que houvesse as articulações políticas com o movimento social por meio da SGP, dos GT's, do Conselho Nacional de Saúde, essas discussões não penetravam na estrutura da SAS/DAE/CGMAC. Sobretudo, porque não eram os/as técnicos/as e gestores/as dessa “caixinha” que ouviam e intercambiavam com o movimento social, técnicos/as dos serviços e pesquisadores/as que trabalhavam na construção da política.

Então, em resumo, é importante atentar que o processo transexualizador se estruturava sob duas bases: uma que se articulava com a população e os serviços por meio da SGP e, posteriormente SGE/DAE, e outra mais técnica, mais “dura” dentro da SAS/DAE/CGMAC. A articulação entre essas duas áreas era algo eminentemente político com disputas e resultados que, muitas vezes, independiam da condução realizada pelos/as gestores/as que estavam à frente das articulações com o movimento social e demais sujeitos políticos vinculados à construção da política.

Tatiana Lionço, em entrevista concedida para a realização dessa tese, aponta para a lógica diferenciada entre essas duas estruturas do MS. Segundo ela, inicialmente a SAS, por meio DAPS, que é o Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, respondia pelas políticas específicas, tais como política da mulher, da criança e do aleitamento materno, adolescentes e jovens, saúde mental, pessoa com deficiência, sistema penitenciário, saúde do homem, entre outras. De acordo com ela, a partir da criação da SGP e posteriormente SGE/DAE, a lógica mudou. Sobretudo, com a estruturação das políticas de promoção da equidade no SUS, cujo objetivo era criar políticas que não dispusessem necessariamente de um serviço específico de referência, mas que deveriam atravessar transversalmente todo o SUS com questões relacionadas às diversidades. Foi nesse sentido que as ações voltadas para o público LGBTIQ+, em especial, o processo transexualizador, tornaram-se submetidas a essa lógica, na medida em que a sua articulação política estava na Secretaria de Gestão Participativa e não na SAS.

Por outro lado, era na SAS/DAE/CGMAC, que se localizava a essência da centralidade médica na condução das discussões altamente técnicas e burocráticas envolvendo a elaboração de normas, diretrizes e orientações para a execução de procedimentos complexos, por meio de altas tecnologias que, em geral, são também de alto custo. São normas relacionadas a procedimentos complexos como a assistência ao paciente oncológico, as cirurgias cardiovasculares, os procedimentos da cardiologia intervencionista, os procedimentos endovasculares, as cirurgias bariátricas, a diálise, entre outros.

Foi essa subestrutura que dividiu junto com a SGP (posteriormente SGEP/DAGEP) a competência pela elaboração do processo transexualizador, contribuindo para que daí resultasse a centralidade médica na condução do programa. A esse respeito, Tatiana Lionço afirma o seguinte:

Não é de agora que a gente tá problematizando a centralidade do discurso médico no processo transexualizador. É desde a origem. Então essa questão do MS, né? A competência era da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa por meio do Departamento de Ações de Apoio a Gestão Participativa, que é onde tem a política de saúde LGBT. Só que nesse meio do caminho foi cedido o protagonismo de gestão do DAGEP para o DAE, que é o Departamento de Atenção Especializada, onde se localiza a CGMAC. Isso tem a ver com a alta complexidade. É assim: tem a alta complexidade no meio... Então os médicos tomaram pra si. Só que eles tomando pra si, eles anulam as inteligibilidades que propõem uma lógica de atenção integral à saúde. O pessoal da atenção especializada tomou para si isso, por isso que eu chamo de “golpe de gestão”. Eu nunca entendi direito porque que isso foi feito, porque isso foi feito a olhos vistos (EN20) (LIONÇO, 2019).

Assim, no entendimento de Lionço, essas relações expressam uma luta política que não é só uma luta da população trans. Elas se configuram um embate político entre categorias e entidades de classe profissional na luta para desestabilizar essa hegemonia do poder da medicina.

Por outro lado, podem expressar, também, os dilemas postos pela natureza da participação social naquele dado contexto sócio político, onde, talvez, os espaços oficiais de participação social tenham tido como resultantes uma espécie de domesticação da própria ação política dos movimentos sociais, na sua luta por reconhecimento de direitos, na medida em que a SGEP/DAGEP – que era o departamento que “aparecia” socialmente como o responsável pelo processo transexualizador – apresentava, por vezes, a função de mediadora entre as demandas dos sujeitos políticos que pleiteavam o programa, por outras vezes, constituía-se como uma espécie de filtro de tensões, de certa forma, atenuando seus impactos para dentro do Ministério.

Ou seja, as articulações com os sujeitos implicados com a construção do programa tinha como limite a própria SGP (SGEP/DAGEP), que tentava resolver os conflitos, tensões e

demandas a partir de sua estrutura, mas que acabava diminuindo a pressão e o espraçamento desse tensionamento para dentro das demais estruturas do Ministério, que assim ficavam mais ou menos isentas ou mais protegidas das cobranças externas, seja do movimento social, seja de técnicos e coordenadores/as, seja dos/as pesquisadores/as envolvidos/as com a construção do programa e, assim, indiretamente, esse “núcleo duro” da SAS/DAE/CGMAC prosseguia preservando o tom *medicocentrado* nas entranhas da política e enfrentado apenas as tensões internas, já depuradas da rebeldia do movimento social e das insatisfações e questionamentos dos pesquisadores, técnicos e coordenadores do programa.

Não se questiona aqui a importância dos mecanismos e canais de participação social como os possibilitados por meio da SGEP/DAGEP, no entanto, é necessário refletir sobre a natureza desses processos no sentido de observar se eles de fato favoreceram o fortalecimento das populações historicamente negligenciadas em suas possibilidades de intervenção e garantia do atendimento de suas necessidades de saúde, sobretudo porque a maior parte das iniquidades das populações marcadas pela diversidade dizem respeito às interseccionalidade das questões relacionadas a raça/etnia, gênero/sexo e as desigualdades estruturais de classe próprias da nossa organização societária.

Nesse sentido, é preciso pôr em destaque a iniquidade estrutural da sociedade, característica do processo de formação social do Brasil, marcada pela distribuição desigual de recursos, de poder e de reconhecimento de direitos por parte do Estado. Isso está diretamente relacionado, neste caso em particular, à capacidade do poder público de considerar as demandas de grupos e populações negligenciados pelos processos de participação popular no SUS e a possibilidade de serem enxergados na agenda governamental.

Tendo como referência a forma como o Estado se abriu à participação popular em anos recentes e os desdobramentos pouco efetivos desse processo, concluo, em acordo com Lopes e Matta (2014), que participação não se efetiva por meio de decretos ou portarias, não se constituindo, assim, numa concessão do Estado no processo político, sob o risco de se instituir uma estatização da participação social, uma domesticação dos desejos, das revoltas, dos anseios, das populações e sujeitos sociais (LOPES; MATTA, 2014).

A existência de canais de participação social prevista no aparato legal não necessariamente significa que haverá garantias de participação efetiva no exercício cotidiano concreto, uma vez que a representação dos movimentos sociais nos espaços deliberativos não implica de maneira compulsória que haverá, de fato, a construção do controle social no cotidiano dos serviços de saúde, pois o que ocorre em muitas situações é que essa participação, muitas vezes, não passa de formas de legitimação dos interesses do Estado, que

se reveste como “interesses da população”, numa contradição que é típica das políticas sociais no capitalismo (BEHRING, 2008; IAMAMOTO, 1982).

Essas questões em torno das pressões do movimento social, e as disputas políticas, teóricas, ideológicas, entre os diversos sujeitos envolvidos na construção do programa, atravessou a trajetória de engendramento do processo transexualizador impregnando-o com as marcas desse fazer. Desse modo, pensar a constituição histórica desse programa implica em considerar esses atravessamentos e a convergência dos vetores concorrentes já aludidos nesse estudo, quais sejam: a ação judicial iniciada no Rio Grande do Sul e conduzida pelo TRF- 4ª região, do Ministério Público Federal em Porto Alegre, os desdobramentos prático-políticos da I Jornada sobre Transexualidade e Saúde no Brasil (que se deu na UERJ em 2005) e as resultantes da intensa mobilização política do movimento social para a consolidação de ações do poder público em torno de reconhecimento de direitos que respeitassem a diversidade identitária, sexual e de gênero, conforme as diretrizes defendidas nas conferências de saúde LGBT e expressas no Programa Brasil sem Homofobia.

A convergência desses vetores contribuiu para a reunião dos diferentes sujeitos políticos que, de uma forma ou outra, passaram a ter incidência e a interagir entre si e com os/as técnicos/as da gestão do MS, dentro de sua estrutura diversa, com o objetivo de institucionalizar os procedimentos cirúrgicos de modificações corporais requeridos por pessoas trans. Tais procedimentos, como já se sabe, já ocorriam de forma bastante limitada, sem o respaldo financeiro e político do MS, nas quatro unidades hospitalares das universidades Federais do Rio Grande do Sul e de Goiás e das universidades do Estado do Rio de Janeiro e de São Paulo.

No que tange ao processo judicial, concordamos com Lionço (2009) no entendimento de que o processo de construção das normatizações que engendraram o Processo Transexualizador no SUS foi marcado pela ambivalência. Ao mesmo tempo em que o MS acenava com uma abertura institucional para a participação social na formulação dessa política pública, ele negava esse direito ao recorrer das sentenças judiciais que lhe eram interpostas.

Assim, em sua fase inicial, ainda na primeira instância, essa demanda judicial foi negada e extinta, sem sequer ter havido julgamento do mérito sob o argumento de “impossibilidade jurídica do pedido”, fazendo com que os procuradores do MPF, que deram início à causa, apelassem à 3ª Turma do Tribunal Regional Federal da 4ª Região (TRF4).

No curso das idas e vindas dessa batalha judicial, numa dentre as muitas negativas, a União argumentou que a cirurgia pleiteada tinha caráter experimental e era realizada apenas

em hospitais universitários ou públicos adequados à pesquisa, o que impediria sua regulamentação, dado que o SUS não incorpora procedimentos cuja eficácia terapêutica não seja atestada pela comunidade médico científica. O MS alegou também que a questão era polêmica, pois havia a possibilidade de criminalização do médico, que poderia decorrer do efeito mutilador da cirurgia e que não existiria discriminação sexual por parte do Estado, mas impossibilidade de recursos orçamentários para responder a demandas individualizadas (Tribunal Regional Federal da 4ª Região – TRF4, 2014).

Em resposta a esses argumentos, o relator do caso no Tribunal, o então juiz federal Roger Raupp Rios, precisou se apropriar das discussões teóricas e dos debates em curso e, tendo analisado a questão de forma detalhada¹¹⁰, decidiu pela procedência do pedido, justificando da seguinte forma a sua decisão:

Sendo assim, cumpre concretizar o direito à inclusão dos procedimentos a partir de uma compreensão da Constituição e dos direitos fundamentais que tenha seu ponto de partida nos direitos de liberdade e de igualdade (na sua dimensão proibitiva de discriminação), cuja relação com o direito fundamental à saúde reforça e fortalece [...] a prestação de saúde requerida é de vital importância para a garantia da sobrevivência e de padrões mínimos de bem-estar dos indivíduos que dela necessitam e se relaciona diretamente ao respeito da dignidade humana (Tribunal Regional Federal da 4ª Região – TRF4, 2014).

Ao falar sobre essa decisão em entrevista para a pesquisa de campo desse estudo, o agora desembargador do TRF4, Roger Raupp Rios, apontou o seguinte:

Essa decisão, que recebe o nome técnico de Acórdão [...] se baseou basicamente em duas linhas de argumentação: uma linha bem importante, bem ampla de direitos humanos e fundamentais, ou seja, relacionar a transexualidade com o exercício de direitos, como o direito à liberdade, ao livre desenvolvimento da personalidade, à privacidade, à igualdade, ao respeito à dignidade da pessoa e também e, uma segunda linha de argumentação, com relação ao direito à saúde, ou seja, receber uma prestação de saúde por parte do Estado que desse conta dessa demanda por prestação de serviços de saúde (EN5) (RIOS, 2019).

¹¹⁰ Nesse sentido, ele avalia que o papel dos/as pesquisadores/as e do movimento social foram fundamentais porque, segundo ele, no exercício do papel institucional que lhe cabia, ele precisava saber não apenas de Direito, mas também precisava ter dados da realidade para ver como essa lei iria incidir, como ela deveria ser interpretada e quais eram os impactos que as decisões teriam na realidade. Então, aponta que o trabalho dos/as pesquisadores/as e do movimento social foram muito importantes, dado que ele próprio não tinha contato de vida pessoal, privada, com pessoas trans, tanto para ter a real percepção de como é a vida, como são as experiências, quanto para compreender o fenômeno da transexualidade de uma forma mais específica. Avalia que poder ter tido acesso a pesquisas, inclusive, nacionais, brasileiras, sobre a transexualidade foram fundamentais para construir seu argumento no Acórdão.

Assim, em 14 de agosto de 2007, portanto um ano antes da institucionalização do programa no SUS, houve o julgamento da Apelação que determinou que o SUS incluísse a cirurgia de “mudança de sexo” na lista de procedimentos cirúrgicos, com abrangência nacional, no prazo de 30 dias, sob pena de multa diária de R\$ 10 mil.

No entendimento de Roger Raupp Rios, "a prestação de saúde requerida é de vital importância para a garantia da sobrevivência e de padrões mínimos de bem-estar dos indivíduos que dela necessitam e se relaciona diretamente ao respeito da dignidade humana" (Tribunal Regional Federal da 4ª Região – TRF4, 2014). Quanto à possibilidade de criminalização do médico – que poderia decorrer do efeito mutilador da cirurgia, conforme alegou a União -, o juiz contra-argumentou afirmando que em procedimentos cirúrgicos realizados com o consentimento expresso ou tácito do paciente, em caso de interesse médico, não há crime.

Ainda que já houvesse discussões em curso no MS em torno da criação de normas para a institucionalização do programa, a União, inicialmente recorreu contra a medida e em 12 de dezembro de 2007, a então presidente do Supremo Tribunal Federal (STF), ministra Ellen Gracie, suspendeu – em caráter provisório, pois ainda cabia recursos – a decisão do TRF-4 que determinava o custeio pelo SUS das cirurgias de transgenitalização em casos de transexualidade.

Houve continuidade da ação e esse imbróglio persistiu até julho de 2009, quase um ano após a institucionalização do programa, quando o Estado desistiu de continuar recorrendo das sentenças, num momento inclusive em que já havia institucionalizado o processo transexualizador.

Assim, essa ambivalência marcou todo o processo de institucionalização do programa como se pode perceber na dúbia relação entre o MS, o movimento social e os demais sujeitos envolvidos na elaboração do programa, o que pode ser ilustrado com a decisão do MS, em publicar, em 2004, a Portaria nº 1.397, que posteriormente foi revogada, instituindo um Grupo de Trabalho para discussão da inclusão dos procedimentos de transgenitalização na tabela do SUS, conforme apontaram Arán e Lionço (2008).

Muito embora aquela Portaria tenha sido revogada, a partir dela algumas reuniões efetivamente ocorreram entre os anos 2006 e 2007, fato que se deu após participação do gestor responsável pela Coordenação de Média e Alta Complexidade da Secretaria de Atenção à Saúde na I Jornada Nacional sobre Transexualidade e Saúde, realizada em 2005 pelo Instituto de Medicina Social da UERJ, sendo esse um dos frutos daquele evento, que segundo já afirmei, em concordância com Lionço (2009), desempenhou um importante papel

como espaço pioneiro de coletivização da discussão entre movimento social, trabalhadores/as, pesquisadores/as e gestores/as num mesmo lócus de formulação de diretrizes para a atenção à saúde de transexuais.

Sobre essas reuniões acima citadas, Alexandre Peixe¹¹¹, integrante do movimento social, vinculado ao Instituto Brasileiro de Transmasculinidades e um dos entrevistados para esse estudo, apontou o seguinte:

Eu lembro de ter sido chamado para uma reunião no Ministério da Saúde: eu, Barbara Granner, Andreia Stefanny, Bety Fernandes, Walkírya La Roche... cinco pessoas trans... aí não eram travestis, eram pessoas transexuais chamados pelo MS para começar a discutir o processo transexualizador, em 2005. Aí foi chamada Flávia Teixeira, Marcia Arán, Tatiana Lionço, Daniela Murta – e eu não lembro se nessa época já estava a Berenice Bento, mas eu acredito que sim. E aí, a gente foi para Brasília começar a discutir essa questão de fazer o processo transexualizador. Foi incrível começar a discutir essa questão e a gente ser assim... parte do negócio. Não foi assim: eles fazerem do jeito deles e depois falarem “Ô tá aqui” ... Eles chamaram a gente para gente discutir, eles chamaram o Coletivo Nacional de Transexuais e juntamente chamaram também a Tati¹¹², que *tava* lá na época. A Tatiana trabalhava lá... e aí a coisa vem mais pela Tati do que pelo governo, a Tati pesquisadora, junto com a Flavinha. Aí ela puxou e o movimento junto... tivemos uma parceria muito grande com a Tati e com essas meninas e aí a gente começou a discutir isso. E aí foi melhorando, mas aí eu também não participei mais das reuniões porque depois desse pontapé inicial em 2005 ... quando eles lançaram em 2008 já foi lançado ampliando só entre eles lá. Não tinha muito a participação do movimento social (EN3), (PEIXE, 2019).

O acolhimento das demandas do movimento social em incidir na construção da política e a abertura a participação social foi possibilitada, conforme já sinalizado, por meio da SGP/DAGEP. Esta viabilizava recursos financeiros e espaços institucionais de participação e controle social, sobretudo pelo incentivo à criação e institucionalização do Comitê Técnico Saúde da População GLTB (Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais) instituído em 2004 pela Portaria GM nº 2.227, conforme já sinalizado. Tal Comitê foi fundamental para o fortalecimento e estruturação do movimento LGBTIQ+ na formulação de políticas e estratégias relacionadas à população trans.

De acordo com Lionço (2009), foi a partir de um fórum realizado durante o XII Encontro Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais (EBGLT), ocorrido em 2005 em Brasília, que foi decidida a abertura de um assento específico para representação do segmento de transexuais, que até então disputava com as travestis o mesmo espaço de interlocução com o governo, estando ambas as identidades sob o conceito mais abrangente de “transgêneros”. Tal abertura foi reforçada pela criação do Coletivo Nacional de Transexuais,

¹¹¹ Homem trans, alcançou reconhecimento nacional na luta por reconhecimento e de direitos dos Homens transexuais. Integra o Instituto Brasileiro de Transmasculinidades (IBRAT).

¹¹² O entrevistado se refere aqui a Tatiana Lionço.

ocorrida durante o I Encontro Nacional de Transexuais – evento que transcorreu paralelamente ao XII EBGLT – que demandou por visibilidade e por espaço de representação próprio para o segmento das pessoas que se auto identificavam como transexuais.

Isso explica por que na narrativa de Alexandre Peixe, ele aponta que nas reuniões que aconteceram no MS e que discutiram as diretrizes para o processo transexualizador, só havia a presença de pessoas identificadas como transexuais.

Sobre a atuação do Comitê, Lionço (2009) descreveu que ele realizou, em fevereiro de 2006,¹¹³ uma reunião denominada “Processo Transexualizador no SUS”, que foi o marco da incorporação dessa terminologia na discussão sobre saúde de transexuais, que até então estivera restrita à lógica do custeio dos procedimentos médico-cirúrgicos implicados na transgenitalização¹¹⁴. A esse respeito, Alexandre Peixe descreveu o seguinte durante a entrevista para a realização dessa pesquisa:

[...] Tinha um caráter muito cirúrgico, e aí a gente veio conversar com eles: por que quando se falava de transexuais, só se falava de cirurgia? A gente queria uma coisa mais ampla: a hormonização, o acompanhamento da saúde integral mesmo. Isso não se falava e o próprio Ministério viu que isso era importante e a gente começou a discutir essas questões juntamente com (na época, a gente tinha o Coletivo Nacional de Transexuais, era o CNT. Já findou já, não existe mais). E aí tinha esses pesquisadores que vieram com a gente para ajudar a gente a criar esse negócio (EN3), (PEIXE, 2019).

Lionço (2009) relatou também que durante as discussões feitas naquela reunião específica do Comitê Técnico, que contou com a participação de lideranças do movimento social (especialmente mulheres e homens trans) e de profissionais e pesquisadores que atuam na atenção à saúde dessa população, houve uma priorização do debate em torno do caráter psicopatológico da transexualidade. Apontou-se que a própria patologização se constituía num fator de sofrimento e agravamento à saúde, questionando, então, a centralidade que vinha sendo dada às medidas médico-cirúrgicas na atenção a transexuais.

Naquela reunião, portanto, houve a defesa da despatologização da transexualidade, que deveria ser compreendida como uma estratégia de promoção da saúde, ao mesmo tempo em

¹¹³ Não encontrei no texto da autora registro alusivo ao dia que teria acontecido essa reunião.

¹¹⁴ Sobre a terminologia que qualifica essa ação, Lionço, em entrevista para a realização desse estudo, reconheceu que o termo “processo transexualizador” é uma “palavra horrorosa” que ela mesma questiona, ainda que tenha sido ela a proponente do termo como uma alternativa a palavra que vinha nas interpelações do Ministério Público, que era “cirurgia de mudança de sexo”. No entendimento dela e do grupo que vinha discutindo a elaboração da política no Conselho Nacional de Saúde, existia o entendimento de que havia várias outras questões dentro do processo de transição na vida social do sujeito que passa a viver como uma pessoa do outro sexo, que implicaria em atendimentos psicológico, pela assistência social e por várias outras questões. Então, segundo ela, havia uma preocupação em ampliar a determinação que vinha na interpelação judicial para uma lógica de atenção integral à saúde.

que aflorou o consenso de que a transexualidade é uma condição plural, atravessada por ampla diversidade de experiências e que isso deveria ser considerado no processo de tomada de decisão pelo processo transexualizador, respeitando-se a autonomia dos sujeitos, sobre quais as medidas e procedimentos seriam necessários para a constituição de cuidados efetivos de saúde, sem que se recorresse a novos mecanismos de controle e normatização sobre as condutas e modos de vida e de subjetivação (LIONÇO, 2009) .

Esse direcionamento da discussão sobre atenção à saúde de transexuais ganhou força tanto no Seminário Nacional Saúde da População GLBT na Construção do SUS, realizado pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do MS em 2007, quanto na Conferência Nacional LGBT, realizada em 2008.

É importante destacar que, segundo Lionço (2009), concomitantemente à realização desses eventos e em função da interpelação judicial do Ministério Público Federal, eram realizadas reuniões no MS, onde se coletivizava, de maneira mais qualificada, as discussões realizadas nesses eventos e que eram fundamentais diante ao processo judicial em curso, uma vez que o MS era constantemente interpelado, tendo que prestar contas dos encaminhamentos dados à demanda formalizada em 2001 (LIONÇO, 2009).

Assim, o processo de judicialização iniciado em 2001 ocorria de forma paralela e foi fundamental para potencializar o conjunto de ações articuladas pelo movimento social na sua relação com a gestão, com os/as pesquisadores/as e profissionais na elaboração da normatização do Processo Transexualizador no SUS. Reflete-se nesse movimento a construção de canais de participação social que possibilitaram, num primeiro momento, a expectativa de alargamento da lógica da atenção à saúde para além do viés médico-biológico e psiquiátrico. No entanto, sua efetivação respondeu, majoritariamente, apenas ao estritamente prescrito pelo processo de judicialização, favorecendo a incidência hegemônica do poder médico na regulação do programa, uma vez que as discussões construídas coletivamente pelo movimento social e demais sujeitos que participaram da elaboração da política durante os anos anteriores a institucionalização do processo transexualizador, em 2008, foram desconsideradas¹¹⁵, conforme se verá mais adiante.

¹¹⁵ Considerar aqui os atravessamentos da lógica privatista que impôs à privatização e a precarização das políticas públicas desde dentro das estruturas do governo.

1.6 A institucionalização tortuosa do processo transexualizador e os atropelos do MS

Dois meses após a primeira Conferência LGBT e alguns poucos meses após ter recorrido da sentença judicial que obrigava o SUS a custear as cirurgias de transgenitalização, o MS através da Portaria GM nº. 1.707, de 18 de agosto de 2008 (BRASIL, 2008^a) e através da Portaria nº 457 da Secretária de Atenção à Saúde do MS, de 19/08/2008, formalizou as diretrizes técnicas para atenção ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde, regulamentando tal processo¹¹⁶, conforme será exposto e analisado em seus aspectos mais relevantes, a seguir.

A Portaria GM nº. 1.707, de 18 de agosto de 2008, assinada pelo Ministro da Saúde José Gomes Temporão havia sido anunciada dois meses antes na I Conferência Nacional LGBT, conforme já sinalizado:

Já foi dito aqui que esta Conferência é a primeira do Brasil, na realidade é a primeira do planeta. Mas, eu quero chamar a atenção para dois pontos importantes: a partir dos resultados desta Conferência, o MS iniciará um processo de consulta pública para a elaboração de uma política específica para esta população. E até o final deste mês, o MS (eu assinarei), nós lançaremos uma Portaria que inclui no Sistema Único de Saúde a cirurgia para mudança de sexo dentro de um processo transexualizador (I CONFERÊNCIA NACIONAL LGBT (anais), 2008, p. 273).

Tal anúncio, no entendimento de alguns dos sujeitos envolvidos com a discussão prévia das normatizações e preparo das diretrizes técnicas e políticas do programa, foi considerado uma precipitação e um atropelo, pois a discussão ainda não estava esgotada quando eles souberam que seria anunciado na Conferência, para atender, segundo eles, a uma necessidade política de dar satisfação ao movimento social e angariar mais popularidade e adesão ao governo Lula.

A Portaria foi emitida pela SAS e dentre as suas justificativas, considerou o reconhecimento de que a orientação sexual e a identidade de gênero são fatores determinantes e condicionantes da situação de saúde, por expor a população LGBTIQ+ a agravos decorrentes do estigma, dos processos discriminatórios e de exclusão que violam seus direitos humanos, dentre os quais os direitos à saúde, à dignidade, à não discriminação, à autonomia e

¹¹⁶ Na esteira dessa institucionalização foram habilitadas, dentre os demais hospitais universitários que à época já realizavam cirurgias de transgenitalização, quatro unidades de atenção especializada no âmbito do SUS para a realização de procedimentos cirúrgicos, que foram, conforme já citado, o Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul em Porto Alegre (RS), Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (SP), Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (GO) e Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade de Estado do Rio de Janeiro (RJ).

ao livre desenvolvimento da personalidade. Além disso, considerou a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde na sua defesa do direito ao atendimento humanizado e livre de discriminação por orientação sexual e identidade de gênero a todos/as os/as usuários/as do Sistema Único de Saúde (BRASIL, Portaria GM nº. 1.707, 2008).

Além disso, em consonância com a Resolução nº 1.652, de 6 de novembro de 2002 do Conselho Federal de Medicina, que dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo, a Portaria considerou a transexualidade como uma patologia psiquiátrica que precisava de correção cirúrgica e situou nessas intervenções a possibilidade de cura para o referido sentimento de inadaptação que a pessoa transexual teria pelo próprio sexo anatômico.

A Portaria advertiu ainda que essas situações deveriam ser abordadas dentro do princípio da integralidade da atenção à saúde a ser prestada pelo SUS e menciona que todas as diretrizes do programa foram pactuadas na Reunião da Comissão Intergestores Tripartite ocorrida no dia 31 de julho de 2008 (BRASIL, Portaria GM nº. 1.707, 2008).

Assim, após os preâmbulos e justificativas iniciais, o Processo Transexualizador foi instituído no âmbito do SUS com a determinação de que fosse empreendido em serviços de referência devidamente habilitados à atenção integral à saúde destinado aos indivíduos que dele necessitassem, observadas as condições estabelecidas na Resolução nº 1.652, de 6 de novembro de 2002, expedida pelo CFM.

No artigo segundo da Portaria foi estabelecido que as ações para o Processo Transexualizador no âmbito do SUS fossem organizadas e implantadas, de forma articulada entre o MS, as Secretarias de Saúde dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, permitindo:

I – A integralidade da atenção, não restringindo nem centralizando a meta terapêutica no procedimento cirúrgico de transgenitalização e de demais intervenções somáticas aparentes ou inaparentes;

II – A humanização da atenção, promovendo um atendimento livre de discriminação, inclusive pela sensibilização dos trabalhadores e dos demais usuários do estabelecimento de saúde para o respeito às diferenças e à dignidade humana [...] (BRASIL, Portaria GM nº. 1.707, 2008).

E, finalmente, em seu artigo terceiro, a Portaria determinou que a SAS/MS, isoladamente ou em conjunto com outras áreas e agências vinculadas ao MS, adotasse as providências necessárias à estruturação e implantação do Processo Transexualizador no SUS, definindo os critérios mínimos para o funcionamento, o monitoramento e a avaliação dos serviços, o que foi instituído por meio da Portaria 457 de 18 de agosto de 2008.

Quanto a essa última Portaria, que é esse conjunto de diretrizes e normas acima referidos, ressalto que sua publicação se deu no dia seguinte à institucionalização do processo transexualizador. Ela teve por objetivo a apresentação dos critérios mínimos exigidos para o funcionamento do programa nos estados. Abaixo, destacarei alguns de seus aspectos para em seguida empreender a análise conjuntamente com a Portaria n. 1707/08.

A Portaria emitida pela SAS, já em seu preâmbulo ratificou a Resolução do CFM nº 1.652/2002, que autorizava a cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia¹¹⁷ como tratamento dos casos de transexualismo e justificava sua existência pela necessidade de identificar e estruturar os serviços que prestariam assistência aos indivíduos com indicação para o Processo Transexualizador. Para tanto, ressaltava a necessidade de estruturar o processo de credenciamento/habilitação dos serviços que atenderiam os demandantes dessa modalidade assistencial, bem como apontava a necessidade de estabelecer os critérios de indicação para a realização dos procedimentos de transformação do fenótipo masculino para feminino, previstos no programa.

Na mesma direção, apontava a necessidade de apoiar os/as gestores/as do SUS na regulação, avaliação e controle da atenção especializada no que concerne ao Processo Transexualizador e, em seguida, aprovava a sua regulamentação, que iria atender às normatizações que estavam nos seus anexos e que indicavam todo o detalhamento burocrático, ético e técnico da implantação e desenvolvimento do programa nas quatro unidades habilitadas, chamando atenção para o papel que caberia aos estados e municípios naquele contexto.

A Portaria em seu segundo artigo definia o que seria a Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador, os hospitais de ensino, com a exigência de que possuísem capacidade de oferecer assistência diagnóstica e terapêutica especializada e que possuísem as condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados a este tipo de atendimento. Tais hospitais deveriam ser contratualizados com o SUS e estarem articulados e integrados com o sistema de saúde local e regional, entre outras exigências.

A partir de minha experiência enquanto trabalhadora de uma das Unidades de Atenção Especializada e das entrevistas com os coordenadores das demais Unidades, foi possível

¹¹⁷ Trata-se de um procedimento cirúrgico no qual há remoção dos testículos, com utilização da pele para a constituição dos lábios vaginais, e na construção do orifício da neovagina, quando a pele do pênis é invertida e colocada dentro do orifício, mantendo-se os corpos cavernosos, as veias e a glândula, ou seja, toda a parte sensória do aparelho sexual. Cf.: Silva, 2012.

perceber que a institucionalização dos serviços existentes nos hospitais universitários que já prestavam essa assistência, não foi precedida na maior parte deles, por discussões que envolvessem a instituição como um todo.

As conversas e tratativas entre o MS e os serviços foram personalizadas na figura de uma pessoa de referência, que em geral, era o/a médico/a responsável pelas cirurgias e coordenador/a daqueles serviços pioneiros.

Dessa forma, não se discutiu amplamente com esses serviços a reordenação necessária para a adequação desse programa, que a partir de então se tornaria uma política pública, obtendo, portanto, abrangência, competências e compromissos diferenciados, exigindo uma outra arquitetura institucional, não mais se limitando a atendimentos restritos, em menor escala, circunscritos por protocolos institucionais de pesquisa e atrelados a terminados sujeitos institucionais, mas à instituição de saúde em si.

O personalismo que é característico desses serviços de saúde, ainda hoje tem vinculação com esse processo de institucionalização que não foi capaz de mobilizar interna e externamente as normativas estruturantes e institucionalizantes dessa modalidade assistencial, como uma ação pública abrangente para além daquele serviço e não apenas restrito a uma iniciativa pessoal de determinados professores/pesquisadores.

Se a institucionalização do programa não mobilizou as estruturas dos hospitais universitários e tampouco das universidades, muito menos o fez com relação às secretarias estaduais e municipais de saúde. A exceção à norma se deu no caso da UFRGS, que desde o início buscou estabelecer fluxos de regulação e institucionalização com a Secretaria Estadual da Saúde (SES/RS) bem como com a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

Então não houve um planejamento das universidades e de seus hospitais vinculados, bem como não ocorreu uma discussão desses com as secretarias estaduais e municipais de saúde, com vistas a planejar a assistência e as linhas de cuidados daquela nova modalidade assistencial nas malhas orgânicas do estado ou municípios. Também não se percebeu o mesmo nível de participação social ocorrido em Brasília, nas discussões que se deram no âmbito local. A realidade prática não correspondeu à narrativa presente na Portaria 457/2008, quando ela em seu segundo artigo, definiu a normatização da assistência já prestada pelos hospitais universitários indicando que estes deveriam estar “articulados e integrados com o sistema de saúde local e regional, entre outras exigências”.

Esta preocupação, apesar de estar expressa na norma, não saiu do papel. Em dois casos específicos, por exemplo, os coordenadores dos serviços relataram que foram informados pelo MS por meio de telefone que as Unidades das quais eles eram trabalhadores, seriam

transformadas em Unidades de Referência no Processo Transexualizador. Na prática, a institucionalização dos serviços que já realizavam as cirurgias teve como repercussão tão somente o pagamento dos procedimentos autorizados, conforme demandado pela determinação judicial, mas não significou a organização e estruturação planejada de uma modalidade e de uma rede assistencial.

Os anos prévios de discussão com o movimento social e demais sujeitos que participavam do processo de elaboração da política não foram considerados, assim como os/as gestores/as estaduais e municipais não se sentiram implicados/as e não se mobilizaram para atuar nessa implementação, apesar do programa ter sido discutido nas instâncias formais com a participação dos/as secretários/as municipais e estaduais de saúde, ainda em Brasília.

A partir dessa forma de vinculação institucional, que se deu diretamente entre o MS os hospitais universitários¹¹⁸ e sem passar efetivamente pela mediação das Secretarias de Saúde do estado na maior parte dos casos, a normativa oficializou a fragmentação do cuidado, com a legitimação da cirurgia como meta assistencial, apesar de a Portaria anunciar o contrário, sobretudo quando, em seu artigo terceiro, reivindica a integralidade da atenção e aponta que assistência não deveria se “restringir à realização das cirurgias de transgenitalização e às demais intervenções somáticas” (Portaria 457, Art. 3º, Brasil, 2008).

No entanto, a normativa não aponta de que maneira isso seria possível, considerando a precariedade do SUS frente à contrarreforma do Estado e o isolamento que a própria Portaria impôs aos hospitais universitários na condução do programa, já que não houve a criação de rede assistencial, de linhas de cuidado e nem a regulação da assistência nos estados. Que integralidade seria essa? Uma integralidade que começasse e terminasse dentro do hospital universitário? Seria esse o papel dos HU's?

As normas expressas pela Portaria, parecem prescrições retóricas e vazias de sentido na medida em que transferem às Unidades Especializadas questões estruturais e coletivas que atravessam toda a tessitura societária, como é o caso por exemplo, da “necessidade da humanização da atenção, da eliminação da discriminação e da sensibilização dos trabalhadores e demais usuários da unidade de saúde para o respeito às diferenças e à dignidade humana” (Portaria 457, Art. 3º, Brasil, 2008).

¹¹⁸ É sempre necessário lembrar que as tratativas do MS para a implantação do processo transexualizador se deram com os sujeitos institucionais específicos pertencentes aos quadros dos hospitais universitários. Apesar dos desdobramentos dessa vinculação abranger a Universidade como um todo e desses profissionais representarem os seus serviços, a instituição não participou organicamente das discussões e diretrizes de implantação desse programa, apesar de ter ciência de que havia discussões nesse sentido.

Embora todo serviço de saúde precise trabalhar nessa direção, sabe-se, sobretudo naquele contexto, que sem uma intervenção forte do Estado por meio de medidas de alcance amplo, transversais e macroeconômicas, não seria possível que os hospitais universitários resolvessem questões macroestruturais. Há aqui um hiper dimensionamento das possibilidades e competências de uma instituição que é tão atravessada de contradições como qualquer outra.

A constituição de normativas e diretrizes instituindo canais para a materialização de direitos sociais é de extrema importância porque é dessa maneira que eles são inscritos na norma jurídico institucional, no entanto, estar enunciado nas normativas não necessariamente garantirá a existência factual desse direito. Muitas vezes, essa inscrição na norma não passa de um pré-requisito burocrático para cumprir um rito legal ou politicamente relevante, que para a sua efetiva materialização precisará de sólidas articulações políticas entre os diferentes sujeitos envolvidos na construção da política. Esse parece ser o caso da materialização do processo transexualizador nos estados e municípios brasileiros.

Do ponto de vista normativo o sistema de saúde brasileiro foi desenvolvido com base nos princípios de universalidade e igualdade, sob a diretriz da integralidade, a fim de reforçar o direito da população à saúde. Para administrar essa estrutura se requer a participação dos três âmbitos do Estado federativo brasileiro, ou seja, a União, os estados e os municípios a partir da concepção de uma rede regionalizada e hierarquizada¹¹⁹.

Nesta perspectiva, a oferta dos serviços será assegurada pelo reconhecimento da interdependência entre os municípios e os demais níveis de governo, que compartilharão entre si as responsabilidades pela garantia do direito do acesso à saúde no país. Os entes da Federação, ao mesmo tempo que terão sua autonomia político-administrativa fundamentada

¹¹⁹ Conforme normativas do SUS, sua organização se baseia nos preceitos da Regionalização e Hierarquização (os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com definição da população a ser atendida); Resolutividade (exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível de sua competência), Descentralização (redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da ideia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. Assim, o que é abrangência de um município deve ser de responsabilidade do governo municipal, cabendo a esse nível da gestão, a maior responsabilidade das ações de saúde diretamente voltadas aos seus cidadãos; o que abrange um estado ou uma região estadual deve estar sob a responsabilidade do governo estadual, e o que for de abrangência nacional será de responsabilidade federal; Participação dos Cidadãos (garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local). Seguindo esses princípios, a organização de um sistema local de saúde, orientado pelos municípios, regionalizado e hierarquizado, conta com unidades de saúde distribuídas segundo diferentes níveis de complexidade de serviços. Cf.: Brasil, Lei 8080/90.

na Constituição, terão também a incumbência de atuação conjunta e coordenada para a implementação da política de saúde em todo o país.

Nesse sentido, a coordenação desses esforços, cuja responsabilidade recairá sobre os três níveis de governo, acontecerá paralelamente ao gerenciamento de suas próprias ações internas de organização de seus sistemas de saúde, que acontecerão de forma concomitantemente à implementação e funcionamento do sistema de saúde de maneira global. Isso, porque, embora existam diretrizes de descentralização, os entes federativos precisam atuar de forma complementar, não sendo absolutamente autônomos para decidir políticas de saúde em seu território, o que vai demandar uma consistente atuação política em âmbito local para que ações em saúde aconteçam, tornando ineficazes as imposições de cima para baixo.

Este parece ter sido o caso da institucionalização do Processo Transsexualizador na medida em que a Portaria faz determinações que foram pactuadas nas instâncias federais, inclusive com a participação protocolar de representantes dos estados e municípios, mas sem a discussão efetiva nas instancias de pactuação política das bases desses entes federativos.

Assim, a referida Portaria, em seu quarto artigo, determinou que as Secretarias estaduais e municipais de saúde, em Gestão Plena do Sistema, estabelecessem os fluxos assistenciais e definissem as formas de acesso e os mecanismos de referência e contrarreferência dos/as usuários/as. Ela demandou ainda, que estes entes adotassem as providências necessárias para que houvesse articulação assistencial entre os serviços em seu território.

Nessa direção, em consonância com a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2002) que estabeleceu o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde, a Portaria apontou que na distribuição geográfica das Unidades assistenciais, fossem considerados os parâmetros de base territorial de atuação definidos por Macrorregião. E ainda, que houvesse a definição da população a ser atendida, conforme os parâmetros utilizados na Programação Pactuada Integrada – PPI¹²⁰, dentre outros.

¹²⁰ A Programação Pactuada e Integrada (PPI) é uma ferramenta da gestão pública de saúde, que, em consonância com o processo de planejamento regionalizado e hierarquizado, define e delimita as ações de saúde para atender as necessidades da população em cada território, seja municipal, regional, estadual ou interestadual. Ou seja, consiste em que os/as gestores/as da Saúde estabeleçam pactos, com o objetivo de garantir à população o acesso aos serviços de saúde. Este é o principal instrumento de gestão para garantia de acesso da população aos serviços de média e alta complexidade não disponíveis em seu município de residência, devendo orientar a alocação de recursos e definição de limites financeiros para todos os municípios do estado, independentemente de sua condição de gestão. (Brasil, 2002).

Tem-se aqui um regramento protocolar inscrito na Portaria, que apesar das pactuações previamente constituídas nos espaços oficiais de representação das secretarias de saúde dos estados e dos municípios, não há garantias que se materializem espontaneamente, carecendo de articulações, incentivos e pressão política que sejam capazes de precipitar as ações necessárias para que o direito às ações do processo transexualizador se tornem enraizados, sobretudo porque se trata de um tema atravessado por um cariz extremamente moralizante, particularmente numa realidade cujo processo de formação histórica e social tem as características conservadoras, elitistas, machistas, patriarcais como as apresentadas pela sociedade brasileira.

A partir do relato de gestores/as e lideranças do movimento social que contribuíram para a realização dessa pesquisa, percebe-se que houve articulações institucionais para o cumprimento dos critérios legais para tornar essa ação uma política pública. Houve tramitação e discussão das propostas nos espaços institucionais obrigatórios onde foram debatidas e aprovadas, seja no Conselho Nacional de Saúde, seja nos espaços como o CONASS e CONASEMS, seja pela pactuação na CIT, mas toda essa mobilização institucional se limitou ao cumprimento de uma formalização obrigatória, que na prática, não surtiu efeitos, na medida em que estados e municípios, à despeito das pactuações acordadas, se mantiveram omissos e distantes do envolvimento com a organizações dessa assistência em seus territórios.

Tão somente determinar que os entes federativos cumpram suas competências legais não é suficiente para que a política se materialize, sobretudo porque o que está posto é um processo político por excelência. Num sistema federativo¹²¹ como é o caso do Brasil, determinações verticais – em geral – se não provém do judiciário, costumam ser inócuas. Assim, ainda que os/as gestores/as estaduais sejam os responsáveis pela organização do atendimento à saúde em seu território, a efetivação dessas responsabilidades não é algo que se dê automaticamente. Entre o “ser” e o “dever ser”, entre a expectativa e a realidade, lembro aqui que a construção política do SUS deveria responder as diferentes necessidades dos diversos sujeitos nas suas vivências e experiências cotidianas em seus territórios e neles

¹²¹ Modelo organizativo característico de países de grande extensão territorial e ampla diversidade interna, seja étnica, cultural, socioeconômica, entre outras. É uma forma de organização política baseada na distribuição territorial de poder e autoridade entre as instâncias de governo, constitucionalmente definida e assegurada, de tal modo que o governo central e os subnacionais são independentes nas suas esferas próprias de ação. Nesse sentido, o estado federativo constitui uma nação onde a soberania é compartilhada entre o governo central e os subnacionais. Sua estrutura básica se sustenta na busca de compatibilização do autogoverno com a interdependência por via, principalmente de um pacto materializado na Constituição. Assim, as unidades territoriais escolhem estabelecer uma parceria constituindo uma nação, sem que a soberania seja concentrada num só ente. Cf.: Almeida, 2001.

disputada a partir dos canais de participação e controle social instituídos, considerando-se as necessidades por eles evocadas e transformadas em políticas e considerando-se, também, as diferentes realidades dos entes federados.

Cabe lembrar que o SUS é atravessado por uma institucionalidade, que demanda que sua construção efetiva respeite e acolha as ações construídas “de baixo para cima”. Por outro lado, qualquer ação vinda “de cima” que procure se estruturar em âmbito nacional precisará, necessariamente, estimular o envolvimento das instancias subnacionais, seja por meio do ativismo político social, seja por meio do estímulo financeiro, seja por meio de outros instrumentos.

Esta mesma linha de argumentação é válida para a problematização dos artigos quinto e sexto da Portaria, que tratam da habilitação e regulação. Neles há a indicação de que o credenciamento das Unidades de Atenção Especializada seja descentralizado e, portanto, de responsabilidade do gestor estadual ou municipal de acordo com sua competência de gestão, cabendo a estes as ações de regulação, controle, avaliação, alimentação e registro das informações no CNES, entre outros¹²². Além disso, de acordo com a Portaria, caberia às CIBs, em âmbito estadual, a aprovação, ou não do credenciamento vertical das 4 primeiras Unidades de atenção Especializada empreendidos pelo MS e expresso pela Portaria 457/08.

Aqui cabe esclarecer que o MS empreendeu uma espécie de “canetada” instituindo o processo transexualizador no SUS, de maneira vertical, mas no mesmo ato, apontado que os protocolos para o seu enraizamento institucional deveriam ser os mesmos já existentes nas normativas organizacionais do SUS e que deveriam ser adotados pelos demais entes federativos. Assim, a política que já havia sido discutida e pactuada na CIT, também teria a necessidade de passar pelo mesmo rito nas CIBs para a partir daí serem estabelecidas as linhas de cuidados, a definição da rede e dos fluxos assistenciais, bem como as formas de regulação.

Uma vez a política já instituída em nível nacional, caberia aos estados a promoção de sua discussão e aprovação, ou não, o que poderia redundar num desgaste político para eles. No entanto, essa discussão não foi feita na maioria dos estados, o que me faz lembrar a velha máxima que diz que “não fazer nada é também uma forma de fazer”.

¹²² CNES Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde é o cadastro oficial do MS com vistas a quantificar a capacidade instalada e da mão-de-obra assistencial de saúde no Brasil em estabelecimentos de saúde públicos ou privados. Trata-se da base cadastral para operacionalização de diversos sistemas, tais como: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), Sistema de Informação Hospitalar (SIH), e- SUS Atenção Básica (e-SUS AB), entre outros. É uma ferramenta auxiliadora, que possibilita o conhecimento da realidade da rede assistencial existente e suas potencialidades, de forma a auxiliar no planejamento em saúde das três esferas de Governo.

O fato é que só o Rio Grande do Sul ratificou a política em seu território, estabelecendo os fluxos regulatórios e protocolos de referência-contrarreferência, ainda que fosse uma ação mais formal do que efetiva. Os demais estados, deixaram o “barco correr”, tendo os seus gestores de saúde estadual ou municipal apenas adotado as ações básicas para a viabilização do registro dos procedimentos e das informações dos profissionais e das unidades de saúde no Sistema de Informação do SUS/CNES, uma vez que sem esses registros não seria possível o gestor operacionalizar a política, informar os procedimentos realizados, quais profissionais realizaram e receber por eles por meio dos Fundos de Saúde.

Sobre os futuros credenciamentos/habilitações de outras Unidades de Atenção Especializadas potencialmente interessadas em compor a rede assistencial do Processo Transexualizador, a Portaria reforça a necessidade de que os mesmos sejam igualmente aprovados nas CIBs e homologados pelo MS, após a aprovação, conforme normativas estabelecidas. No entanto, o documento ressalta que esse credenciamento/habilitação seria realizado nos limites orçamentários previstos para o exercício financeiro pelo MS, onde a SAS/DAE avaliará a indicação apresentada e verificará a disponibilidade de recursos para publicação da habilitação pretendida.

Nesse sentido, ainda que outros hospitais universitários que já vinham realizando os atendimentos a população trans manifestassem interesse em se habilitarem, teriam dificuldades porque a Portaria antecipadamente apontou um possível limite orçamentário. A institucionalização da Portaria 457/08 disponibilizou 04 unidades de atenção hospitalar no Processo transexualizador, que possibilitaram um rol muito restrito de procedimentos ofertados, conforme se verá a seguir. Assim, deste o seu nascedouro, a política sinaliza para a persistência de limites orçamentários para a ampliação da cobertura assistencial, o que se expressa, passados 12 anos de existência do programa, no fato de que apenas cinco instituições disponibilizam os serviços, sendo que destas, houve a ampliação de apenas mais uma nova unidade habilitada em todo este período, trazendo repercussões catastróficas para os usuários que, exponencialmente, demandam cada vez mais por assistência, quanto para os serviços, que não tem como responder às demandas e ao aumento das filas de espera por procedimentos.

Toda a ação técnica profissional empreendida durante os atendimentos de saúde é classificada e codificada de acordo com tabelas de procedimentos estabelecidas pelo MS. Assim, uma sessão de terapia, um atendimento com o serviço Social, uma consulta de enfermagem, uma injeção, uma intervenção cirúrgica, entre outros, são procedimentos classificados e codificados para fins de alimentação aos sistemas de informação do SUS e

ressarcimento financeiro aos hospitais prestadores do serviço. No caso do Processo Transexualizador isso não é diferente. Assim, em relação aos códigos e classificações dos procedimentos autorizados pelo MS, a Portaria 457/08, estabeleceu os critérios e os limites para a realização deles, a saber:

Tratamento hormonal pré-operatório à cirurgia sequencial de transgenitalização: Trata-se de tratamento clínico, cujo procedimento codificado a ser quantificado e informado nos sistemas de informações do SUS consiste na nomenclatura “Administração Hormonal”. Tal procedimento é descrito como “administração de hormônios no período que antecede a cirurgia de redesignação sexual no Processo Transexualizador (Acetato de Ciproterona e estrógeno) indicado para pacientes com excesso de pelos (hirsutismo). É um procedimento de ambulatorial cujo valor na tabela SUS é de R\$ 62,40 a ser prescrito mediante o CID F64-0 em pessoas do sexo Masculino com a idade entre 21 e 75 anos, no máximo 1 vez por mês.

Acompanhamento terapêutico no Processo Transexualizador: trata-se de procedimento codificado e nomeado como “acompanhamento de paciente no processo transexualizador”, descrito como “acompanhamento de paciente no processo transexualizador, consiste no atendimento mensal durante 2 anos, por equipe multiprofissional, Pré e pós cirurgia de redesignação sexual. Trata-se de procedimento de alta complexidade de modalidade ambulatorial cujo valor na tabela SUS é de R\$ 37,50 a que o paciente do sexo masculino e com a idade entre 21 e 75 anos deva ser submetido mediante o CID F64-0, no máximo uma vez por mês.

Procedimento específico para cirurgia de transgenitalização: trata-se de procedimento codificado e nomeado como “Redesignação Sexual -1º tempo cuja descrição “consiste na retirada dos testículos (orquiectomia bilateral), na amputação peniana e na construção de uma neovagina a partir da bolsa escrotal”. Trata-se de procedimento de alta complexidade de modalidade hospitalar cujo valor na tabela SUS é de R\$ 1.113,57 a que o paciente do sexo Masculino com idade entre 21 e 75 anos deva ser submetido mediante o CID F64-0.

Procedimento específico para cirurgia de transgenitalização: trata-se de procedimento codificado e nomeado como “Redesignação Sexual – 2º tempo cuja descrição “consiste no alongamento das cordas vocais e tireoplastia para a redução do pomo de Adão com vistas a feminização da voz”. Trata-se de procedimento de alta complexidade de modalidade hospitalar cujo valor na tabela SUS é de R\$ 398,55 a que o paciente do sexo Masculino com idade entre 21 e 75 anos deva ser submetido mediante o CID F64-0 (BRASIL, Portaria 457 de 18 de agosto de 2008).

Esses procedimentos classificados e devidamente codificados são as quatro modalidades de intervenção autorizadas e remuneradas pelo MS envolvendo a assistência voltada para as mulheres trans entre 21 e 75 anos de idade. São dois tipos de cirurgias (as chamadas cirurgias de 1º e 2º tempo) e duas modalidades de atendimento ambulatorial, sendo uma prevendo consulta com endocrinologista e o custeio de determinada medicação hormonal e outra voltada para consulta com equipe multidisciplinar.

Nenhum desses procedimentos foi facultado às travestis e todos eles são de oferta limitada quantitativamente. Dessa maneira, se a usuária tivesse consulta em um mesmo mês com a psicologia, a psiquiatria, e com o serviço social, apenas um desses atendimentos seria faturado/remunerado com base na tabela SUS para esse tipo de modalidade assistencial, os demais deveriam ser quantificados e remunerados com a verba própria da instituição, destinada aos atendimentos comuns e de menor complexidade¹²³.

Apesar dessa primeira Portaria prever a disponibilização dos hormônios Acetato de Ciproterona e estrógeno, o acesso a esses medicamentos sempre foi muito difícil e cercado por muitos obstáculos, uma vez que eles, apesar de serem medicações muito comuns, não são disponibilizados nas farmácias públicas para o uso atrelado ao CID 10 F64. Além disso, a própria Portaria em sua descrição, associa a indicação dos mesmos a usuárias com excesso de pelos (hirsutismo), o que poderia limitar a prescrição de acordo com o entendimento do/da profissional assistente.

Além disso, a forma como a medicação foi disponibilizada pela Portaria restringia o uso apenas às mulheres trans com demandas cirúrgicas. Uma pessoa que não desejasse fazer cirurgias de transgenitalização não teria acesso ao medicamento. O fato dessa medicação não estar disponível nas farmácias públicas obrigava à aquisição dos mesmos pela própria unidade de atenção especializada, que teria que fazer a primeira compra com verbas próprias para, posteriormente, lançar a informação no sistema na expectativa de futuramente ser ressarcida por meio do Fundo Municipal/Estadual de Saúde. É um tramite que envolve uma mobilização institucional e de gestão local atravancada e com muitas resistências, o que não favorecia a fluidez necessária para prescrição e acesso das usuárias aos medicamentos.

¹²³ A remuneração desses procedimentos aos municípios/as gestores/as do Fundo Municipal de Saúde se dá por meio de repasses feitos pelo SUS em função dos procedimentos de média e alta complexidade. São as chamadas APAC's – Autorização de Procedimentos de Média e Alta Complexidade. Ou seja, são os excedentes de gastos acima do valor repassado pelo SUS devido aos procedimentos de média e alta complexidade, que têm custo maior do que os procedimentos de atenção primária, por isso são chamados de remuneração extra teto. Os procedimentos relativos ao processo transexualizador são classificados dessa forma.

Já o acompanhamento terapêutico no processo transexualizador é uma modalidade assistencial que envolve a atuação da equipe mínima multiprofissional em que o atendimento com a psiquiatria e psicologia foi estabelecido como compulsório. O papel desses profissionais foi definido como a elaboração de laudo psicodiagnóstico que autorizasse ou não a realização da cirurgia. O laudo só poderia ser obtido mediante acompanhamento do/a usuário/a por dois anos. Tal acompanhamento buscava verificar se a mulher trans se enquadraria ou não nos critérios nosológicos da Portaria do CFM. Em outras palavras, se estaria apta ou não para a ser submetida à cirurgia. De acordo com a Portaria, o processo de elaboração do psicodiagnóstico é fundamental para a definição de um diagnóstico diferencial, uma vez que é este que fará a distinção em relação a outras condições psiquiátricas inviabilizadoras das intervenções médico-cirúrgicas.

Apesar de, discursivamente, a Portaria indicar que esse acompanhamento não deveria ser restrito “à tomada de decisão da cirurgia de transgenitalização e demais alterações somáticas” e deveria se constituir no “acompanhamento da usuária no processo de elaboração de sua condição de sofrimento pessoal e social”, na prática, o que ocorre é a necessidade compulsória da pessoa trans se submeter a um acompanhamento que previamente a toma como portadora de um transtorno mental.

Além disso, é comum a perspectiva de que esse “sofrimento pessoal e social” seja compreendido como algo inato da pessoa trans e constitua um sintoma de sua condição de transexual e não como um desdobramento da transfobia e violência institucional historicamente engendrada a partir de relações de opressão, desrespeito e invisibilidade a que essas pessoas são sistematicamente submetidas.

Dentro desse acompanhamento multidisciplinar estão inseridos a endocrinologia e o serviço social, além da psiquiatria e a psicologia. A Portaria indica que o acompanhamento terapêutico médico-endocrinológico deveria se pautar na perspectiva da redução de danos, frente ao uso dos hormônios de forma indiscriminada e sem a devida orientação, sendo necessária a realização periódica de exames, ao menos semestralmente, para acompanhamento dos efeitos do uso das medicações prescritas.

Ocorre que nem todos os serviços contaram com a presença de um endocrinologista nas equipes, muito menos com a possibilidade de prescrição dos medicamentos e sua devida supervisão sistemática. Ainda no âmbito desse “acompanhamento terapêutico no processo transexualizador”, a Portaria indica o serviço social, cujo profissional deveria “reconhecer a dinâmica relacional do/a usuário/a, a fim de promover estratégias de inserção social na

família, no trabalho, nas instituições de ensino e nos demais espaços sociais prementes na vida do usuário transexual”.

Ao que parece, na discussão das normativas que iriam reger o processo transexualizador, havia um total desconhecimento das competências operativas, éticas e políticas das profissões não médicas, bem como uma desatenção pelo que essas profissões poderiam ter a dizer sobre esse programa. Aparentemente, partiu-se de um entendimento do que a medicina entendia acerca do que caberia ou não aos profissionais não médicos realizarem.

Dessa forma, houve uma demanda para que a psicologia se apresentasse como um recurso compulsório, do qual as usuárias não teriam como abrir mão e uma distorção no entendimento do que seria a atribuição do serviço social, que foi convocado para a “promoção de estratégias de inserção social na família, no trabalho, nas instituições de ensino e nos demais espaços sociais prementes na vida do usuário transexual”. Tal afirmação desconsidera o fato de que uma profissão sozinha não tem o poder de promover tantas mudanças. Trata-se de uma visão que reproduz uma maneira voluntarista e descolada das demais determinações sociais, de conceber a profissão na complexa realidade contemporânea.

Feitas essas considerações, causa surpresa que a esse atendimento terapêutico multiprofissional repleto de pretensões, demandas e exigências, cada um deles atravessado por intensa complexidade e desdobramentos, só houvesse previsão remuneratória por parte do MS de um procedimento mensal a ser remunerado pelo MS (a ser disputado, portanto, por todos/as os/as profissionais, com exceção da endocrinologia, que poderia fazer um atendimento mensal para prescrição dos hormônios).

Diante deste fato, cabe a indagação sobre qual é a efetividade de acompanhamento com a psicologia quando esta só estaria prevista pelo MS no limite de uma consulta por mês? De que maneira o serviço social poderia propor alguma estratégia de intervenção envolvendo a rede socioassistencial, a família, as questões previdenciárias, entre outros aspectos da vida social, dispondo de um atendimento mensal a ser disputado com os outros membros da equipe? Obviamente, os serviços de saúde, a despeito do estabelecido pela Portaria, fazem muito mais do que o estabelecido em função do comprometimento ético dos profissionais, mas a instituição não é remunerada por tais atendimentos. Assim, toda a assistência é atravessada por muita precariedade e informalidade.

Cabe ainda destacar que todos os procedimentos acima explicitados foram vinculados pela Portaria ao CID 10-F64.0¹²⁴ e, por isso, só se tornaram acessíveis a transexuais, não possibilitando o acesso a assistência por travestis, já que elas não se enquadram na classificação nosológica que encerra as pessoas trans dentro dos critérios de doença psiquiátrica. A Portaria também não incluiu os homens trans, já que essa primeira Portaria não previu nenhum tipo de assistência a eles, em função do CFM ter classificado as cirurgias para os homens trans como experimentais.

Assim, as Portarias nº 1.707 e nº 457/08 do MS, longe de constituírem um modelo assistencial na esteira de toda a mobilização política empreendida na sua constituição, instituiu um arremedo de política, um “faz de conta que existe” que traz repercussões até os dias de hoje, tanto na realidade institucional dos serviços quanto na qualidade da assistência prestada. Dessa forma, elas não resultaram no aprimoramento de nenhum serviço público de saúde para atendimento da demanda das pessoas trans e, na prática, não se efetivou a articulação e mobilização dos outros níveis de gestão nas esferas subnacionais.

Com isso, essa normatização embora tenha trazido supostamente algum ganho para esse segmento populacional, não respondeu à questão da precariedade do acesso ao sistema de saúde, uma vez que, naquele momento, a porta de entrada do mesmo – que deveria ser prioritariamente pela atenção primária (se considerarmos as diretrizes organizacionais do SUS), não foi respeitada. Disso resultou um modelo de institucionalização de “cima para baixo”, mas sem a real articulação e comprometimento das estruturas institucionais “de baixo”, conforme já apontado.

Na direção dessa afirmação, Tatiana Lionço, ao longo da entrevista para a realização desse estudo, ressaltou que as Portarias de 2008 criaram uma lógica de assistência de “início-meio-fim”, constituindo-se como se fosse uma máquina de produzir pessoas trans, como a própria destaca em sua fala ao afirmar que “você entra e o final desse processo é uma alteração genital. Você conclui. Você conclui uma mudança de sexo [...] uma coisa assim que, absolutamente [...] que eu chamei isso de um 'golpe de gestão', né?” (EN20) (LIONÇO, 2019).

Tatiana Lionço prossegue seu raciocínio relatando que antes da publicação da Portaria, por volta de 2007, 2008, houve uma reunião ampliada em que o grupo de trabalho para

¹²⁴ Na Classificação Internacional de Doenças, o código F 64.0 corresponde ao diagnóstico/transtorno mental categorizado como “Transexualismo”. Na CID 10 F 64, há desdobramentos com outros códigos identificando outras situações consideradas patológicas, tais como: CID 10- F64.1 – “Travestismo bivalente”; CID 10 -F64.2 – Transtorno de identidade sexual na infância, entre outros.

discutir a elaboração do Processo Transexualizador, contou com a presença de profissionais de medicina e outras especialidades dos vários serviços que posteriormente foram credenciados. Quem conduziu aquela reunião foi o Departamento de Atenção Especializada, e o objetivo daquele encontro foi a discussão das diretrizes que cada serviço adotava para, a partir daí, construir um protocolo ampliado para o programa.

Ocorre que, de acordo com Lionço, ninguém tinha ainda um protocolo bem estabelecido e as discussões ainda estavam em curso quando, por razões políticas (a realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde LGBT), houve uma corrida para publicar a Portaria do processo transexualizador, que ela caracteriza como:

Uns negócios que a gente nem tinha amadurecido, esse tal desse protocolo e essa linha de máquina de produzir a pessoa integralmente transexual, que as pessoas estavam propondo, enfim... Então fica o processo transexualizador como um grande golpe da medicina. Numa reivindicação, que era uma reivindicação popular, por justiça social, né? Onde, eu diria que desde as primeiras reuniões, a questão da despatologização, de alguma forma ela tava colocada, porque as pessoas trans, elas problematizavam o porquê que a porta de entrada no sistema de saúde era a psiquiatria (EN20) (LIONÇO, 2019).

Nessa mesma direção e a respeito da tentativa de se criar um protocolo para o processo transexualizador, o coordenador médico do Unidade de Atenção Especializada do HUPE/UERJ, Eloísio Alessandro, relata o seguinte:

Esse documento inicial teve vários trabalhos de desdobramentos em que eu participei junto com a Marcia [Arán], só que começou a entrar tanta gente que a última versão que eu tive acesso, eu não me reconhecia nela, nas coisas que eu tinha escrito. Quando começou a ter uma coisa muito técnica e atabalhoada, que depois eu fui entender... Entender não... eu julguei que foi por causa da pressa da política (EN10) (ALEXSANDRO, 2019).

Outro aspecto revelado pela forma com que esse processo ocorreu é que ele teve como um de seus desdobramentos o descrédito de parte dos sujeitos envolvidos, sobretudo aqueles que não estavam habituados com os meandros da política institucional, sobre a efetividade de sua participação política ter algum impacto na realidade em que atuam. É o que se pode inferir a partir do relato do Coordenador do Programa do HUPE/UERJ:

Mas aí eu comecei a frequentar e comecei a entender o grupo técnico... um documento final que saía tem valor muito pequeno, porque vai para essas comissões burocráticas e daí que vai chegar até próximo do Secretário, desse da Alta Complexidade, e vão mexendo... e não volta mais. Aí, eles vão *ticando* e vão falando assim: “*isso não pode, não tem dinheiro. Tem um artigo tal do SUS...*”, e vai tirando... até chegar no Ministro para ele assinar. O que chega no Ministro, ele assina. Então eu não tenho muita esperança com grupo técnico. É um elemento transformador, democrático e deveria funcionar sim, mas o produto que sai no final... existem muitos vieses aí (EN10) (ALEXSANDRO, 2019).

Assim, a maneira como se deu o processamento da política pela gestão do MS significou um grande golpe nas expectativas daqueles/as que estavam protagonizando a luta

política por reconhecimento e ampliação de direitos, muitos deles/as sentindo-se traídos/as ao constatarem que as propostas que defendiam foram esvaziadas e ressignificadas para algo que eles/as não reconheciam como seu, conforme relatam Tatiana Lionço, Eloísio Alexandro, entre outros.

Indo numa direção um pouco parecida, Daniela Murta, em entrevista a mim concedida, ressaltou que havia muita expectativa de avanço com a publicação da Portaria, já que a partir desse marco passava-se a ter uma esperança de que as pessoas iriam fazer a cirurgia pelo SUS e as filas intermináveis iriam acabar, o que, na verdade, não aconteceu:

E aí, a gente entrou, parece que em um período, assim... de homeostase, porque os hospitais foram credenciados, mas as coisas não andaram como o previsto... Teoricamente, todos os hospitais teriam que ter recebido visitas das secretarias do MS, mas não receberam (EN9) (MURTA, 2019).¹²⁵

O processamento do contexto até aqui explicitado fez com que muitos/as¹²⁶ estudiosos/as e militantes desse campo compreendessem a forma como as Portarias foram constituídas e publicadas como uma vitória da vertente médica hegemônica que entendia a transexualidade como algo ininteligível fora dos marcos da patologização.

No duelo entre os diferentes sujeitos envolvidos no processo de construção do programa, saiu vencedora a perspectiva que historicamente detém o poder de controle político e ideológico na construção de narrativas que serão padronizadas e instituídas como o saber e poder dominantes, porque cientificamente comprovados.

Nesse contexto, os saberes que não se enquadram nessa retórica são desqualificados como um saber menor, pouco científico e as vivências dissidentes serão classificadas como algo desviante da norma e necessitando serem corrigidas. Nessa direção, Tatiana Lionço, em entrevista a mim concedida, ressaltou que o modo como o processo transexualizador foi efetivado, se mostrou revelador da decisão de gestão no Ministério da Saúde por uma lógica médica hegemônica na atenção à saúde de pessoas trans, na medida em que construiu um modelo de atendimento, incorporando em grande parte, o histórico determinismo biomédico.

Ainda que se possa vislumbrar que as mulheres trans, incluídas na primeira Portaria, tenham tido algum ganho a partir do reconhecimento de seu direito a saúde e o seu acesso, ainda que restrito, aos serviços já existentes tenham sido possibilitados, não se pode dizer que houve um avanço expressivo na legitimação de suas demandas por modificações corporais,

¹²⁵ De fato, após a publicação da Portaria que instituiu o Processo Transexualizador, os serviços continuaram suas rotinas sem muitas alterações e as primeiras visitas técnicas do MS só foram acontecer a partir de 2011, conforme veremos mais adiante.

¹²⁶ Estudiosos como Marcia Arán, Tatiana Lionço, Daniela Murta, Berenice Bento, Fátima Lima, entre outros são taxativas quanto à hegemonia da vertente médica biologizante no direcionamento das Portarias.

uma vez que, na prática, não houve ampliação ou qualquer mudança qualitativa nos serviços já existentes, para além do pagamento de alguns dos procedimentos (que já eram realizados) e permaneceu a lógica patologizadora do cuidado.

Além disso, essas instituições tiveram uma grande sobrecarga na demanda após a divulgação da publicação da política na mídia e essa ampliação da procura não foi acompanhada de estruturação e adequação dos serviços e das equipes para a ampliação/melhoria da assistência prestada.

Nesse sentido, em acordo com Arán e Lionço (2008), pode-se dizer que a institucionalização do processo transexualizador em 2008 foi uma resposta do Ministério da Saúde, que priorizou o cumprimento das determinações judiciais e foi muito marcada pela hegemonia médica, a despeito do entendimento e da luta das muitas outras pessoas envolvidas naquele processo de construção. Tais pessoas constituíram a perspectiva perdedora, que poderia direcionar essa atenção para uma lógica de atenção com a perspectiva da integralidade e que ultrapassasse a perspectiva nosológica psiquiatrizante (LIONÇO, 2008).

A despeito de tirar da clandestinidade os procedimentos cirúrgicos de redesignação sexual, o que era uma reivindicação histórica das instituições que já realizavam os procedimentos cirúrgicos e dos usuários/as que lutavam por isso há muito tempo, a Portaria 457/08 criou uma série de dificuldades e impasses que aprofundaram as assimetrias já existentes. Ela assim, não configurou ganho substantivo para os/as usuários/as quando se olha para a totalidade desse processo, uma vez que as conquistas “no varejo” foram pequenas quanto se olha as injustiças e negação de direitos inerentes a ela, “no atacado”.

O programa, ao ser instituído como política pública, legitimou uma assistência impregnada pela violência institucional que se manifestava em vários aspectos, dentre eles, na psiquiatrização da transexualidade, no foco nos procedimentos cirúrgicos e na ausência de assistência integral, no financiamento centrado na realização de procedimentos e não na estruturação do programa junto aos estados e municípios, bem como na exclusão das travestis e dos homens trans. Esse foi um programa que nasceu, portanto, marcado pela violência transfóbica que a todo momento desafia os sujeitos envolvidos na sua construção ao questionamento dessa norma e a luta cotidiana para a superação do *modus operandi* legitimado por ela.

As filas intermináveis, os gargalos da assistência, o engessamento dos serviços e o subfinanciamento são consequências da própria institucionalização do programa. Certa vez,

durante um atendimento, ouvi de uma usuária que aguardava há dez anos por sua cirurgia de transgenitalização que ela estava na *Lista de Schindler*¹²⁷ esperando por sua salvação.

Esta é uma frase que remete a muitas questões, pois ela fala de um programa marcado pela seletividade e de um serviço que cria deuses salvadores. Sabemos que esses “deuses” não conseguirão salvar a todos/as (e nem esse deveria ser o propósito), mas ao não conseguirem dar as respostas esperadas, esses deuses se deslocam do céu ao inferno em questão de pouco tempo no imaginário dessas pessoas e boa parte dos/as usuários¹²⁸, dada a inerente personalização dos serviços, não consegue compreender a amplitude dessa questão e muitas vezes se mostra agressiva com os/as profissionais de saúde dos programas.

O foco da assistência no aspecto cirúrgico instituído pelo Ministério da Saúde encarcerada na “caixinha” da alta complexidade, não nos fala de perspectiva de saúde, mas sim de uma perspectiva de doença que acredita que a cirurgia tudo resolve, tudo cura, numa lógica contrária ao conceito ampliado de saúde e da integralidade.

Isso teve como desdobramento a inviabilização de toda e qualquer outra questão de saúde apresentada por uma pessoa trans, negando a elas o direito de terem reconhecidas suas necessidades de assistência integral de saúde, sejam elas as mais básicas como monitoramento e controle da pressão arterial e do diabetes, seja as trans específicas, como necessidade de hormonização segura e monitorada, acesso à depilação a laser, a próteses de silicone para feminização ou masculinização corporal, entre outros¹²⁹.

A ausência das discussões sobre a saúde trans nos estados e municípios dificultou o reconhecimento de que pessoas trans precisam ser absorvidas na atenção primária de saúde com a construção de estratégias que entendam que o preconceito e discriminação experimentados por elas possam constituir negligências adicionais, sobretudo quando interseccionadas com a questão étnico racial e de classe. Dessa forma, essa ausência resultou

¹²⁷ Lista de Schindler é um filme dirigido por Steven Spielberg em 1993. Trata-se de um drama histórico que apresenta a história de Oskar Schindler, um comerciante que na Alemanha nazista conseguiu salvar muitas vidas de judeus lançando mão de um esquema: solicitar ao governo nazista a concessão de judeus que estavam no campo de concentração para trabalharem em sua fábrica. A analogia da usuária com o filme remete ao fato de que Schindler não impede a morte de todos os judeus, mas através de suas ações permite que pelo menos alguns se salvem. Ela alude, portanto, à evidente seletividade do programa.

¹²⁸ Em geral, com raras exceções, as agruras pelas quais passam os serviços e usuários/as que buscam assistência, não se configuram como uma preocupação para os/as gestores/as de estados e municípios.

¹²⁹ É bastante corriqueiro que as demandas de homens e mulheres trans por acesso a procedimentos estéticos com uso seguro de silicone para contorno corporal. Em geral, os homens querem masculinizar o tórax e as mulheres querem feminizar a face, coxas, nádegas e o quadril. Sabe-se que, em geral, os procedimentos estéticos não são cobertos pelos SUS, mas no caso de pessoas trans, reivindica-se que procedimentos de adequação corporal a um padrão próximo ao sexo/gênero auto identificado, não seja considerado um procedimento estético por si só.

numa dificuldade dos serviços primários de saúde discutirem e efetivarem ações que vinculassem essas pessoas aos serviços de forma respeitosa e com cuidados ampliados que não fossem encarcerados no entendimento de que se a pessoa é trans, ela necessariamente teria que ser “tratada” num centro de referência especializado.

É possível que o fato do processo transexualizador ter sido autonomizado da Política Nacional Integral de Saúde LGBT e ter sido instituído fora de um contexto de discussão mais ampliado na perspectiva da saúde integral, possa ter contribuído para que essas discussões não fossem transversalizadas nas políticas de atenção primária. Mas essa é apenas uma possibilidade, sobretudo porque a Política Nacional Integral de Saúde LGBT foi instituída em 2011, e até hoje boa parte dos estados e municípios não a tiraram do papel em quaisquer dos seus aspectos, efetivamente.

A questão do financiamento do programa é uma condição intrínseca a sua implementação, uma vez que as ações foram planejadas sem a previsão orçamentária necessária para a realização dos atendimentos e da instalação do programa nos estados e municípios, ficando a cargo desses a decisão de como implementar em seus territórios. O problema é que os estados e municípios não participaram, de fato, das discussões em torno da implementação do processo transexualizador.

O fato de a política ter sido discutida e aprovada nas instâncias deliberativas com a participação das representações dos estados e municípios por meio do CONASS¹³⁰ e do CONASEMS não significa que elas tenham “descido” para as instâncias deliberativas e de discussão nos demais níveis de governo, ou que sequer tenha sido debatida nos conselhos de saúde desses estados e municípios. Como já dito, houve o cumprimento de uma formalidade para a institucionalização do programa a partir do MS, que não foi acompanhada por um processo de capilarização da política nos demais entes federativos.

Assim, a única forma de financiamento do programa foi centrada na realização dos procedimentos previstos na Portaria e que seriam pagos na medida em que fossem realizados e informados no sistema de faturamento hospitalar. Essas informações são registradas nos

¹³⁰ Tem sido cada vez mais frequente o uso dos espaços deliberativos e de discussão das políticas apenas para o cumprimento de uma formalidade normativa. Embora eu não detenha dados de pesquisa sobre essa questão, a partir da observação do campo prático, é possível sugerir que há um esvaziamento político das instancias de pactuação e de controle social. Ao longo do processo de pesquisa foi perceptível a ausência de discussões do processo transexualizador nos conselhos estaduais e municipais de saúde nos estados visitados. Em conversas informais com alguns gestores de saúde dos estados, estes apontaram que não participaram de discussões junto ao MS sobre a organização da assistência, para além da formalidade em alguns casos. Em outros sequer a formalidade foi discutida, caso do RJ e SP, onde a assistência não foi pactuada. Essa discussão será retomada no decorrer dessa exposição.

sistemas de informação do SUS e após esse processo, os municípios/as gestores/as recebem por meio do Fundo Municipal de Saúde as verbas correspondentes para serem repassadas aos hospitais. É importante registrar aqui que essas verbas são repassadas, mediante o correto registro da informação do atendimento e, frequentemente, são glosadas e não repassadas em função de inadequações na forma do registro.

Além disso, há uma grande subnotificação de atendimentos em função do despreparo dos/as profissionais em relação a como se processa tecnicamente o financiamento do SUS. Muitos/as deles/as não sabem que para o hospital receber parte das verbas necessárias à sua manutenção, os/as profissionais precisam registrar corretamente os atendimentos realizados.

Em muitas instituições é recorrente o erro na forma de registro e a ocorrência de registros incompletos, quando há registros. Os/as jovens residentes, sobretudo médicos/as, não são preparados/as na sua formação teórico-prática para o reconhecimento da importância das ações administrativas do SUS que são necessárias para o desenvolvimento do trabalho deles/as. Muitos/as acreditam que o atendimento começa e termina no ambulatório diante do usuário/a, ignorando as etapas necessárias prévias e posteriores ao atendimento realizado. É comum os profissionais desconhecerem os códigos de procedimentos adequados ao tipo de atendimento realizado e isso gera inconsistências cadastrais que irão repercutir nas estatísticas de produção hospitalar e no faturamento das unidades de saúde.

Em certa ocasião fui a uma reunião no MS e lá fiquei sabendo que o HUPE/UERJ tinha informado naquele ano um número de atendimento muito inferior ao número realizado de fato. Ao retornar ao trabalho, fui investigar as causas daquela discrepância e percebi que havia problemas na forma dos registros. Alguns atendimentos haviam sido registrados com códigos incorretos, cuja remuneração era inferior aos dos procedimentos do Processo Transsexualizador, outros sequer tinham sido registrados, fazendo com que eu, muitas vezes tivesse que conversar com alguns/algumas médicos/as residentes e encaminhasse Comunicações Internas (CIs), orientando sobre a necessidade do registro qualificado e sobre qual eram os códigos corretos dos procedimentos do processo transsexualizador.

Houve algumas reuniões nesse sentido entre a coordenação ambulatorial do processo transsexualizador, sob minha responsabilidade, com os/as preceptores/as desses/as profissionais com fins de orientar a importância dos registros, no entanto, a alta rotatividade dos/as residentes, e a ausência de regramento orientando as práticas adequadas, bem como a baixa legitimação institucional que uma profissional não médica e negra tem em um espaço tão marcado pelo saber/poder e branquitude, colaboraram para que essas ações fossem pouco efetivas.

Além disso, também constatei problemas no setor de faturamento que era realizado manualmente e com um número restrito de funcionários/as para processarem as informações de todo o hospital.

A partir das entrevistas com os coordenadores dos demais serviços, pude perceber que esse problema foi comum durante um longo período, sendo minimizado posteriormente, com a informatização dos prontuários, com a terceirização do setor de faturamento de alguns hospitais e com muita mobilização dos coordenadores junto aos setores de informação hospitalar. O fato é que o financiamento limitado à produção de atendimentos, mesmo que registrados de maneira adequada e, mesmo sendo com valores mais altos que os demais procedimentos do SUS, por serem procedimentos de alta complexidade, não é suficientemente adequado para a manutenção das necessidades dos programas, desencorajando futuras habilitações.

As quatro unidades que já realizavam as cirurgias de transgenitalização não receberam, por parte do Ministério da Saúde ou dos estados, nenhum tipo de incentivo financeiro para a estruturação/ampliação das equipes e preparo de recursos humanos, bem como para a adequação dos espaços de atendimento.

Tudo permaneceu exatamente como estava antes, com exceção dos procedimentos que já realizavam e que passaram a ser remunerados, não é de se estranhar a baixa demanda por novas habilitações por parte de outras Unidades de Atenção Especializada, na modalidade hospitalar.

Existem formas de incentivo à adesão de estados e municípios para o comprometimento na prestação de assistência a grupos negligenciados. Isso já foi feito, a título de exemplo, com a saúde prisional, onde os estados e municípios receberam incentivo financeiro para a estruturação das ações assistenciais destinadas a pessoas privadas de liberdade. Houve, na história recente, um forte incentivo à formação de médicos de família e à implementação da Estratégia de Saúde da Família e da atenção primária.

A propósito, o processo transexualizador necessita, desde sua institucionalização, de médicos cirurgiões tecnicamente qualificados para a realização dos procedimentos cirúrgicos nos programas, tanto para as necessidades demandadas pelas instituições existentes quanto nas que viessem a ser habilitadas, algo que poderia ser feito por meio de financiamento do Ministério da Saúde, através da estruturação de programas específicos de residências médicas, o que também poderia ser feito em relação aos demais profissionais de saúde necessários para a existência do programa por meio das residências multiprofissionais com esse recorte temático.

Outro aspecto que reflete profunda iniquidade legitimada pela Portaria 457/08 foi a exclusão das travestis e dos homens trans da assistência institucionalizada por meio da Portaria. No caso das travestis, elas que tiveram papel decisivo nas discussões políticas em torno da criação de políticas públicas de saúde LGBTI, não foram contempladas pelas ações propostas no processo transexualizador.

O Ministério da Saúde ao fundamentar as ações do programa na Resolução do CFM, deixou de fora a assistência às travestis, uma vez que elas não cumpriam os requisitos nosológicos classificados pela Resolução tanto do ponto de vista da psiquiatrização (diagnóstico médico de transexualismo) quanto dos demais “sintomas” (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).

A partir desse entendimento acerca do lugar da assistência a travestis legitimou-se uma situação de iniquidade advinda por parte do Estado. Ainda que elas, em geral, não manifestassem interesse na realização de cirurgias genitais, a elas foi negada a possibilidade de acesso a cuidados relativos, por exemplo, ao uso seguro das próteses de silicone, dos hormônios e a outros tipos de cuidados que desejassem acessar no âmbito do processo transexualizador.

A esse respeito, Lionço (2009) chamou a atenção para o fato de que o poder médico, por meio das restrições normativas que impediam as travestis de modificarem seus corpos, interditou o acesso delas às ações públicas de saúde e aos bens e avanços biotecnológicos. Assim, não é só a negação da autonomia delas decidirem sobre seus próprios corpos, é a negação de que elas sejam, de fato, quem elas são (LIONÇO, 2009).

A partir da análise de Ventura (2007), Lionço (2009) sustenta que o acesso aos recursos biomédicos não está impedido a todos os indivíduos, mas somente àqueles que não aderirem integralmente à proposta terapêutica regulamentada, ou àqueles que não desejam explicitamente a recuperação de um estado similar ao considerado normal. Assim, o que está sendo impedido, sustenta a autora, não é apenas o acesso a um procedimento cirúrgico ou de redução de danos pelo uso de hormônios. Está sendo negado o acesso às condições necessárias para a livre expressão da personalidade (VENTURA, 2007 apud LIONÇO, 2009).

Os homens trans não foram contemplados na Portaria 457/2008 do MS pelo fato da Resolução do CFM de 2002 considerar que as cirurgias demandadas por eles deveriam permanecer na condição de experimentais e existe consenso jurídico segundo o qual a União não é obrigada a fornecer tratamentos nessa condição. Houve alegação por parte do CFM,

acompanhada pelo MS, de que haveria dificuldades técnicas para obtenção de bons resultados dessas cirurgias e de que elas deveriam permanecer restritas aos hospitais universitários e públicos adequados às pesquisas.

O mais grave nesse caso foi que, além das cirurgias genitais de construção do pênis (neofaloplastias¹³¹) terem sido consideradas experimentais, também o foram os procedimentos sobre gônadas e caracteres sexuais secundários, ou seja, as cirurgias de retirada de útero, ovários e trompas (Histerectomia, Ooforectomia e Salpingectomia, respectivamente) bem como as mastectomias, procedimentos já estabelecidos nas tabelas do SUS e amplamente realizados, de forma segura, em mulheres cisgêneras¹³² quando estas apresentam questões de adoecimento.

Além disso, de maneira similar a situação das travestis, o MS sequer autorizou a hormonização para os homens trans e a publicação da Portaria acabou por expressar uma condição de injustiça que obliterou o que seria uma conquista para as pessoas trans, frustrando as expectativas dos sujeitos que participavam da construção da política, conforme relata Daniela Murta:

Quando o processo transexualizador foi implementado, eu lembro de mim, Márcia [Arán], [Eloísio] Alessandro, a gente comemorando que o processo transexualizador ia sair. E, quando soubemos que ia sair, ficamos muito felizes, mas aí teve aquele balde de água fria... (que na verdade tudo relacionado a assistência pessoas trans tem sido assim também), Aí foi que a gente viu que não contemplava todo mundo. E, na verdade, não contemplava todo mundo por uma questão, uma brecha da Resolução do CFM... os homens trans e as travestis não foram contemplados. E isso começa a ser a grande discussão: “olha tem dois grupos excluídos aí” (EN9) (MURTA, 2019).

Causou muita surpresa a todos/as os/as implicados/as com a discussão da política o fato das cirurgias de mastectomia e histerectomia – procedimentos largamente realizados – serem considerados experimentais em homens trans e, a partir daí, começou mais uma batalha na tentativa de reverter esse entendimento do Ministério da Saúde, que na perspectiva de Flavia Teixeira, configurava uma submissão do MS ao direcionamento dado pelo CFM, conforme sua análise em entrevista a mim concedida:

O que sempre me irritou muito? É essa subordinação do MS em relação ao processo trans. Isso me irrita profundamente, porque isso repercute no grupo de trabalho, no grupo que elabora a Portaria, no jeito de pensar a política porque, ainda que algumas pessoas que estejam nesses grupos não estejam diretamente vinculadas ao CFM, elas meio que representam essa perspectiva do Conselho e fazem essa conversa por

¹³¹ Trata-se da construção cirúrgica do pênis em homens trans, onde são utilizados enxertos de pele, músculos, vasos sanguíneos e nervos de outro local do corpo, como do antebraço ou coxa, para a criação do novo órgão genital com maior tamanho e volume. Cf.: Silva, 2012.

¹³² Cisgênero (ou a abreviação “Cis”) é o termo político defendido inicialmente pela militância trans para se referir aos indivíduos que se identificam, em todos os aspectos, com o sexo/gênero constituídos desde o seu nascimento.

dentro dos grupos. Então assim: o que que é isso? Sabe? Como é que a gente não consegue se livrar disso, né? Desse poder médico (EN12) (TEIXEIRA, 2019).

Entendimento semelhante a esse tem a pesquisadora e ex-gestora Tatiana Lionço ao relatar como se deu a mobilização para incluir a assistência aos homens trans no programa. De acordo com ela, assim que saiu a Portaria do processo transexualizador em 2008, constatou-se que os homens trans não estavam contemplados e que as justificativas para a exclusão giravam em torno dos procedimentos cirúrgicos serem considerados experimentais na Resolução do CFM (sobretudo os procedimentos de retirada de útero, ovários e trompas), formou-se uma articulação com o Alexandre Peixe, homem trans e integrante do movimento social e com a Flávia Teixeira para o questionamento e reversão daquela decisão expressa na Portaria.

Segundo Daniela Murta, Flávia Teixeira e Alexandre Peixe, tiveram um protagonismo muito importante nesta questão, sobretudo porque foi por intermédio da Flávia Teixeira, apoiada por Alexandre Peixe, que foi marcada uma reunião com o Promotor de Justiça do Ministério Público do Distrito Federal, hoje desembargador, Diaulas Costa Ribeiro, para falarem com ele sobre a Resolução CFM, apontando sua insuficiência e procurando provocar o CFM no sentido de operar mudanças que permitissem o acesso dos homens trans a assistência¹³³. Daniela Murta ressalta o importante papel que Flávia Teixeira desempenhou nos primórdios do Processo Transexualizador, segundo ela:

Então assim: a Flávia ela teve uma atuação muito forte. A Flávia era aquela que ia até o *front* mesmo, assim... ela ia e forçava os limites também. Eu acho que ela e Márcia e a Tatiana, por estar na gestão, talvez sejam as três protagonistas mais importantes dessa história, porque a Flávia, ela chegava muito junto assim... Porque até então, a gente tinha uma Resolução do CFM que dizia que podia fazer a cirurgia em caráter experimental. Depois dessa interlocução articulada pela Flávia, juntamente com Xande e a Tatiana, o CFM faz outra Resolução dizendo que não: que experimental é só a *cirurgia* do fenótipo feminino pro masculino, né? E que as travestis não podiam (EN9) (MURTA, 2019).

Perguntado sobre esse processo, Alexandre Peixe, em entrevista a mim concedida, reforça a importância dessa mobilização e como foi fundamental encontrar apoio junto aos pesquisadores e à Tatiana Lionço, que era reconhecida pela dupla função, a de técnica do MS e de pesquisadora do campo LGBTIQ+:

Não fazia sentido porque nós, homens trans, não conseguíamos fazer nem histerectomia nem a mastectomia. Porque para fazer histerectomia você tinha que

¹³³ Flávia Teixeira tinha uma proximidade com o Promotor do Ministério Público do Distrito Federal, Diaulas Costa Ribeiro, em função de ter acompanhado as ações do Pró-Vida (Promotoria de Direito Médico e Biodireito, idealizada e coordenada por ele) em relação às cirurgias de transgenitalização autorizadas por aquela Promotoria antes da institucionalização do processo Transexualizador. A Flávia fez pesquisa de campo para seu doutorado naquela instituição, onde acompanhava as situações por ele analisadas e decididas.

estar com alguma doença e mastectomia também. Na época, era mastectomia, agora a gente chama de mamoplastia masculinizadora e a gente começou a dialogar e tinha esse entrave que era a questão das cirurgias dos homens trans. Eu vou falar mais a questão dos homens trans, porque foi onde eu mais me foquei, tá? E foi nesse momento que eu conversando com as pesquisadoras e a gente resolveu fazer um documento pro Dr. Diaulas, que ele estava no Ministério Público Federal e mandamos uma pesquisa de referência, o Pérola Byington aqui de SP, onde se realiza mais de 150 cirurgias de histerectomia e mastectomias também (tudo bem que era para câncer, mas não fazia sentido uma cirurgia de histerectomia, por exemplo, estar em caráter experimental, sendo que ela era realizada o tempo todo por mulheres) e então, isso para mim qualificava como transfobia. E aí, a gente fez um documento, esse documento é público, tem em um PDF que a Márcia Arán escreveu um artigo sobre isso, e aí o Dr. Diaulas chamou o CFM. Então existiu um diálogo entre o Ministério Público e o CFM e eles decidiram que iriam retirar do caráter experimental a histerectomia e a mastectomia, mas a faloplastia e a metoidioplastia continuariam em caráter experimental, que isso não é uma coisa que é reivindicado ainda pelo movimento dos homens trans, porque a gente não vê como uma cirurgia com resultados que a gente espera e aí quando saiu isso – a gente mandou em 2009 e em 2010 já saiu o diário lá e aí em 2010, eu fui o primeiro homem trans a fazer a cirurgia através do processo transexualizador do SUS, a histerectomia. A mamoplastia eu fiz só agora, não faz nem três anos ainda (EN3), (PEIXE, 2019, f. ?).

Em consonância com esses relatos, e também analisando esse processo, Tatiana Lionço ressalta a consistência do trabalho realizado sob a condução da Flávia, do Xande e dela própria, mas também aponta para a morosidade do Ministério da Saúde para efetivar a inclusão dos homens trans no processo transexualizador, mesmo após a revisão da Resolução do CFM:

Ao CFM nós fizemos uma argumentação tão plausível que ele nem fez reunião técnica nem nada. Ele simplesmente publicou uma nova Resolução retirando o caráter experimental da mastectomia e histerectomia. Então, a Portaria do processo transexualizador é de 2008. Essa Resolução do CFM é de 2010, e o MS, só em 2013, vai atualizar a Portaria do processo transexualizador, permitindo o acesso dos homens trans, que ficaram esse tempo todo – por uma questão burocrática protocolar da retórica médica – impedidos de acessar o sistema de saúde, né? (EN20) (LIONÇO, 2019).

1.7 Novas Portarias e novas insuficiências: o difícil caminhar do processo transexualizador no SUS.

Então, em 2010, dois anos após a publicação das Portarias que instituíram o processo Transexualizador, o CFM revogou a Resolução CFM 1.652 de 2002 e publicou a Resolução 1.955 de 2010, que não produziu grandes alterações no texto, mantendo seu caráter patologizante, mas considerou o Parecer CFM n. 20 de 2010, que resultou de consulta do Ministério Público do Distrito Federal (MPDFT/Pró-Vida), envolvendo a provocação acima relatada e assinada por diferentes representações da sociedade, inclusive por movimentos sociais e por profissionais da saúde.

O documento questionou os procedimentos cirúrgicos reconhecidos e realizados amplamente, mas que foram considerados de caráter experimental, ao tratarem dos homens trans. Dentre os que assinaram tal documento, destacam-se Alexandre Peixe dos Santos, Flavia Teixeira, Tatiana Lionço, Márcia Arán, Daniela Murta, Berenice Bento, Mariluzza Terra Silveira, Eloísio Alexandro da Silva, Miriam Ventura, Sérgio Zaidhaft, Ben-Hur Braga Taliberti. Os procedimentos atinentes às cirurgias genitais (neofaloplastia) foram mantidos na condição de experimentais, e por isso só poderiam ser realizadas em hospitais de ensino e pesquisa, como antes.

Marcia Arán (2010) fez importantes considerações acerca desse fato, assinalando a relevância da mudança empreendida pelo CFM, ao mesmo tempo em que fazia contundente e respeitosa crítica sobre a persistência da regulação da vida das pessoas trans na nova Resolução:

O CFM contribui enormemente com a inclusão dos homens trans nos dispositivos assistenciais e com a promoção dos direitos humanos. Embora saibamos que o debate ainda permaneça em relação à exigência do prazo de dois anos de atendimento (já que muitos homens e mulheres trans que procuram os serviços já vivem e são reconhecidos(as) como tais há um tempo significativo para a solicitação da transexualização) e em relação à necessidade do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero (já que é mais uma medida de regulamentação do acesso do que propriamente a constatação de uma psicopatologia psiquiátrica). O que exige uma reflexão mais aprofundada sobre uma concepção positiva de saúde que permita o acolhimento do sofrimento psíquico e corporal independentemente do diagnóstico de doença (ARÁN, 2010, p. 2).

Pode-se dizer que as Portarias de 2008 já nasceram necessitando de revisão, muito dessa necessidade se dava em função do tensionamento que elas continham ao trazerem em si o embate entre perspectivas divergentes em torno da transexualidade. O fato da vertente médica biologizante e psiquiatrizante, ter saído hegemônica desta disputa, não significa que não houve resistência. E foi essa resistência manifestada pelo movimento social, pelos pesquisadores e por alguns dos representantes dos serviços, que deu o tom na forma de relacionamento do MS com os grupos e sujeitos envolvidos com a implementação do Processo Transexualizador.

Cabe destacar uma particularidade que passou despercebida tanto pelos/as profissionais da ponta, quanto pelo movimento social e pelos/as pesquisadores/as, que foi a atuação do Ministério Público, ainda em continuidade do processo judicial iniciado em 2001. Apesar de não ter sido dado ciência aos sujeitos envolvidos na construção da política de que havia desdobramentos daquela interpelação judicial, ela se manteve e houve questionamentos do Ministério Público acerca das interdições de acesso materializados pelas Portarias de 2008.

Já foi dito aqui, que o MS desistiu de recorrer das sentenças judiciais relativas a esse processo, em 2009.

Assim, a partir da institucionalização do Processo transexualizador, acreditou-se amplamente que aquela ação havida sido concluída. No entanto, não foi isso que ocorreu e o processo se manteve ativo e questionando a atuação do MS, apesar de não ser de amplo conhecimento. Essa ausência de transparência permeou todo o processo e quando houve mudanças na Portaria em 2013, foi com alguma surpresa que os sujeitos envolvidos souberam que o processo judicial corria em paralelo à atuação que estes vinham empreendendo junto ao MS.

Tão logo as Portarias foram publicadas, os serviços foram tomados por um grande aumento da procura por pessoas trans e tiveram a percepção de que pouca coisa havia mudado efetivamente em relação ao período anterior. Essa percepção decorreu, sobretudo, porque continuavam com a mesma estruturação precária e o mesmo isolamento institucional de sempre, com o agravante de terem aumentado o quantitativo de medidas judiciais exigindo a realização dos procedimentos cirúrgicos de usuários/as que, não conseguiam acessar os serviços¹³⁴, além das demandas dos homens trans que começavam a aparecer, embora eles não tenham sido contemplados na Portaria.

Apesar das diretrizes da Portaria 457/08, a maioria dos serviços institucionalizados, continuaram suas ações sem respaldo das Secretárias de Saúde dos estados e municípios, que continuaram não assumindo as responsabilidades com a população trans e nada fizeram para aliviar a crescente pressão sobre os serviços. Essa ausência de atuação das gestões locais teve como desdobramentos a falta de desenhos de fluxos de acesso e indefinição da rede assistencial, provocando um maior isolamento das Unidades de Atenção Especializada, que eram responsabilizadas, integralmente, pelo cuidado da população usuária.

¹³⁴ A judicialização da saúde tem se tornado um dos maiores desafios para gestores e autoridades de saúde, uma vez que é cada vez mais frequente a incidência de as ações judiciais para obtenção de assistência movidas contra todos a União, os estados e os municípios. Nas ações movidas contra o Ministério da Saúde, secretarias estaduais de saúde e prefeituras do Brasil inteiro, os usuários reivindicam desde acesso a atendimentos, insumos e medicamentos em falta nos hospitais públicos, até tratamentos experimentais. No caso do processo transexualizador, a judicialização constitui toda a trajetória do programa, fazendo parte desde a sua institucionalização até o acesso às consultas e procedimentos cirúrgicos. Atualmente todas as unidades de atenção especializada possuem filas de espera para cirurgias, que podem demorar até 10 anos, uma vez que apenas cinco programas disponibilizam os atendimentos em todo o Brasil. Trata-se de uma realidade extremamente difícil e provavelmente longe de ser atenuada, dado que poucas unidades hospitalares se interessam se disponibilizam para ofertar a assistência e o estado nada faz para resolver/minimizar essa questão. Cf.: Quase 300 transgêneros esperam cirurgia na rede pública 10 anos após portaria do SUS. *Globo.com*, 2014; Fila para cirurgia de redesignação sexual pode passar de dez anos. *cartacapital.com*, 2017; Fabiola Vieira, 2020.

O/a usuário/a, na falta de regulação de acesso, procurava diretamente a Unidade de Atenção Especializada e ali, se reforçava, quase que de forma absoluta, o personalismo das equipes e o controle sobre os/as usuários/as, que não tendo alternativas, acabavam se submetendo ao que existia, mesmo questionando a forma e os critérios como isso se dava. Assim, a partir de minha percepção de trabalhadora neste campo, pude observar, tanto na instituição a que me vinculo, quanto nas vivências que acompanhei durante as interlocuções possibilitadas por seminários, visitas técnicas, entre outros, que as instituições em geral, tinham autonomia para ditar as regras, sem um efetivo controle externo, dado que as gestões locais, em geral, “lavavam as mãos” para o que acontecia dentro dos serviços.

Esse “lavar as mãos” pode ser traduzido (além da ausência da regulação e definição de rede assistencial) na escassez de recursos financeiros, na falta de recursos humanos, na precariedade da estrutura física dos serviços, na ausência de qualificação/formação/sensibilização dos/as trabalhadores/as da saúde, entre outros. Essa precariedade, favoreceu a ocorrência de improvisos institucionais, seja na contratação de trabalhadores/as temporários para as equipes, seja na organização de espaços de atendimento, repercutindo na relação com os/as usuários/as e na qualidade da atenção dispensada.

Em todos os serviços institucionalizados, o problema da disponibilidade das equipes tornou-se uma questão importante. Não há número suficiente de profissionais dedicados a assistência, inclusive médicos das mais variadas especialidades, em boa parte deles. Na maioria dos serviços, existe precariedade nas contratações de profissionais de saúde e persistem trabalhadores/as voluntários/as, sem remuneração. Em muitas unidades, os/as profissionais existentes são vinculados a projetos de pesquisas e/ou recebem bolsas e, em decorrência disso, a frequência deles nos serviços é de apenas algumas horas semanais. Em alguns serviços, há médicos aposentados atuando de forma voluntária ou quase voluntária, há médicos cedidos temporariamente ao serviço, não há endocrinologistas, há apenas um/a psicólogo/a atuando, entre outras precariedades. O corpo técnico intermediário também é precário e poucas unidades dispõem de administrativos/as para desempenharem as tarefas burocráticas como agendamentos de consultas, controle dos e-mails, registro dos atendimentos, consolidação e mapeamento do perfil dos atendimentos realizados, entre outras atividades administrativas necessárias.

Nesses casos, cabe aos profissionais (médicos, psicólogos, assistentes sociais, entre outros) a realização dos atendimentos aos usuários/as e o cumprimento das tarefas burocráticas necessárias para a manutenção da assistência, o que muitas vezes leva à polivalência e sobrecarga. Em boa parte dos serviços, ainda é necessária a disputa de vagas

em centros cirúrgicos, a polí atuação dos profissionais que precisam se dividir entre as demandas de atendimento em várias frentes de assistência, docência e gestão. É frequente em muitas dessas unidades a negociação, na perspectiva do favor, para angariar espaços nas agendas cirúrgicas de alguns profissionais, que priorizam os atendimentos, em geral levando em conta nessa escolha dos/as usuários/as elegíveis, a existência de condições corporais que podem levá-los à morte ou agravamento do seu adoecimento físico, deixando-se constantemente o atendimento aos/às usuários/as do programa sempre em último lugar. Isso ocorre porque parte-se do questionável pressuposto de que a população trans não corre risco de vida.

Este cenário tem sido muito propício a tensões registradas entre as equipes e os/as usuários/as e, mesmo, entre os/as integrantes das próprias equipes, que se veem sozinhas tendo que dar respostas sempre insuficientes e que deveriam ser dadas por uma complexa política pública, na qual as gestões locais e nacional se responsabilizassem conjuntamente. A tendência da população usuária é atribuir as dificuldades da política às equipes dos serviços. É um contexto de difícil leitura para muitos, e por isso desemboca, muitas vezes, em avaliações restritas e culpabilizações individualizantes. Obviamente, existem condutas individuais perpassadas por ideologias patologizadoras, discriminatórias, controladoras, que precisam ser enfrentadas, mas elas só prosperam onde não há desresponsabilização/negligência por parte do Estado e falta de controle institucional, e de forma nenhuma devem ser lidas de maneira individualizada como uma prática exclusiva das Unidades ou dos trabalhadores.

Nesse cenário atravessado por essas variáveis, as Unidades de Atenção Especializada viram as demandas aumentarem, o descaso das gestões, a manutenção do isolamento institucional, com pouco ou nenhum envolvimento das chefias com a gestão do trabalho intrainstitucional, e muitas delas, tiveram que fechar o acesso a novos atendimentos, como foi o caso, sobretudo do Rio de Janeiro e Goiás, e São Paulo em alguma medida, como veremos adiante.

As filas de pessoas aguardando cirurgias se tornaram um enorme problema institucional, aumentando com elas as demandas judiciais por procedimentos cirúrgicos, acompanhados de uma demanda de muitos/as usuários/as para terem acesso às lista de espera de cada um dos serviços, informação que nunca era franqueada a eles/as. Essa demanda, em especial, é de difícil resposta, uma vez que ela reforça a responsabilização individual das Unidades de Atenção Especializada sobre os impasses dos serviços, recaindo sobre eles a tarefa de criar mecanismos seguros de informação sobre isso, sem a exposição dos/as usuários/as que desejam permanecer anônimos/as. Dadas as particularidades da

transexualidade, não é todo/a usuário/a que quer ver seu nome exposto em lista aberta ao público, daí que teria que se criar estratégias de informar sem a exposição da pessoa, mediante o registro do CPF ou Cartão Nacional de Saúde, mecanismos que são mais acessíveis aos/as gestores/as do que aos coordenadores de serviços. Essa talvez fosse uma tarefa para uma possível regulação nacional, algo que nunca houve.

É importante ressaltar que essas são demandas sobre os serviços, isoladamente, e não sobre as gestões e o quanto elas reforçam o personalismo e o isolamento desses programas, mesmo por parte do judiciário, que em tese, deveria saber localizar as competências de cada ente. No caso do Rio de Janeiro, por exemplo, quando os processos judiciais chegavam às unidades, eles, em geral, eram nominalmente endereçados aos coordenadores dos serviços e não ao gestor da instituição, e, em geral, sequer perpassam as secretarias de saúde. Esses atravessamentos foram mais ou menos comuns a todas as unidades e não precisou de muito tempo para que se acirrasse o tensionamento e os questionamentos sobre o MS em torno de mudanças nas diretrizes do programa.

Na base dessa problemática está o subfinanciamento do SUS, que impede a sua efetivação enquanto um mecanismo de justiça social e a oferta, em âmbito nacional, de políticas públicas de saúde que atendam às necessidades de equidade e justiça social para todos/as os/as brasileiros/as.

Além dessas dificuldades envolvendo a forma precarizada como as políticas de saúde têm sido conduzidas, há que ressaltar também, a ameaça que as resistências de setores sociais conservadores com suas cruzadas morais contra os direitos sexuais e a diversidade, representam para a efetividade dos direitos daquelas pessoas que não se enquadram nos padrões vigentes. Nesse sentido, é perceptível o quanto gestores/as, sobretudo nas esferas dos estados e municípios, não se comprometem com a efetivação de políticas públicas que consolidem os direitos dos/as que estão “fora da norma” em função dos “riscos” que a associação de sua imagem política às pautas dessas “minorias” pode causar a seu capital político.

Aqui se revelando mais uma vez, um dos traços mais marcantes da formação social brasileira, que ainda carrega os marcos do processo da colonização, no qual o sujeito político que tinha relevância e merecia ser ouvido era e continua sendo o homem branco, heterossexual e proprietário, o protótipo do europeu da metrópole. Numa sociedade periférica e com as origens escravocratas que tem o Brasil, que não conseguiu ainda romper com esses marcadores de opressão, lidar com a diversidade seja ela qual for (étnico-racial, sexual, de gênero, de classe, etária...) continua sendo um grande problema, como revela as intensas

dificuldades na consolidação de políticas públicas que tragam em si o enfrentamento dos marcadores das diversidades, como é o caso do processo transexualizador (MOURA, 1994; FERNANDES, 1973). Dessa forma, a análise das relações entre saúde e direitos desses segmentos sociais, exige uma reflexão sobre os efeitos práticos de normativas como o processo transexualizador, tanto no cotidiano das instituições quanto na experiência imediata dos sujeitos, para daí pensarmos em estratégias coletivas de enfrentamento dessa questão, que não é um problema pequeno, uma vez que está para além de se conseguir ou não inscrever esses direitos nas normativas legais.

2 IMPASSES NA GESTÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR

2.1 A norma mais recente e suas lacunas

Os atravessamentos diversos descritos no primeiro capítulo foram mais ou menos comuns a todos os serviços que visitei. Não foi necessário muito tempo para que se acirrasse o tensionamento e para que houvesse questionamentos ao MS em torno de mudanças nas diretrizes do programa.

A atuação do movimento social, dos/as pesquisadores/as, dos/as técnicos/as/as e coordenadores/as dos serviços, dos/as gestores/as do MS e do Poder Judiciário foram fundamentais para o processo de mobilização, especialmente a partir de 2010, que culminou na revogação da Portaria n. 1708/08 e com a publicação de nova Portaria em 2013.

O tom dos questionamentos se dava, sobretudo, em torno do tema político da patologização/psiquiatrização, da centralidade do poder médico, da persistente exclusão dos homens trans e das travestis na assistência, do financiamento e estruturação dos serviços, do afunilamento do acesso às cirurgias, de ausência de comprometimento dos estados e municípios com a oferta da assistência nos territórios.

A maior interlocução do MS com o movimento social, os serviços e os/as pesquisadores/as continuou sendo a SGP/DAGEP. Ela protagonizou a mobilização institucional em torno de mudanças na Portaria, mas mantendo-se submetida ao direcionamento técnico/operacional da Alta Complexidade do MS, ou seja, persistiram os entraves que já estavam presentes na primeira Portaria.

Esse processo de mudanças foi permeado por discussões que se deram em encontros e seminários ocorridos em Brasília, em algumas visitas técnicas aos serviços por parte do MS, conformando-se um clima onde se criou alguma expectativa de que haveria mudanças importantes no rumo do Programa. No entanto, era uma expectativa atravessada também por muita desconfiança, sobretudo porque a postura do MS continuava muito centrada nos serviços credenciados e envolvia pouco a gestão dos estados e municípios, que continuavam, em sua maioria, como expectadores do processo, tendo uma participação aquém do esperado e do necessário.

No caso do Rio de Janeiro, não houve envolvimento efetivo da Secretaria Estadual de Saúde (SES-RJ) com a revisão da Portaria e não havia nenhuma discussão *in loco* que apontasse algum interesse efetivo com a questão. Os sujeitos políticos envolvidos com a

temática LGBTIQ+ dentro da SES foram figuras com pouco traquejo institucional para alavancar a discussão, e parece que essa era, de fato, a estratégia política para evitar que houvesse maiores conquistas e solidez do programa, uma vez que é perceptível a existência de ações deliberadas para atravancar o avanço da estruturação de políticas para esse público no Estado.

O fato é que as discussões em torno dos entraves do Programa permaneceram encapsuladas e se reforçou a perspectiva de que caberia exclusivamente ao MS a criação da mágica solução de todos os problemas. Durante os encontros ocorridos em Brasília para as discussões em torno das mudanças na Portaria, eu não localizava a representação das gestões estaduais/municipais dos estados em que havia as Unidades de Atenção Especializadas. Era uma conversa muito dirigida aos serviços credenciados.

Quando havia a presença de algum/a técnico/a das Secretarias de Estado de Saúde, o que era raro, essa era uma presença *pro forma* e, na maioria das vezes, os/as representantes das SES não sabiam o que estavam fazendo ali. Quando eles sabiam do que se tratava, não tinham poder político-institucional suficiente para dinamizar as discussões intra secretarias e, no retorno para os estados, as discussões não prosperavam.

O estado de SP foi uma rara exceção a esta regra, porque durante um certo período houve representação do CRT¹³⁵ nas reuniões e aquela era uma participação contundente. Ela fazia críticas importantes ao formato do programa e, também, fazia proposições relevantes em busca de avanços no modelo assistencial, sobretudo no aspecto da patologização. Mas, dos outros três estados envolvidos, a participação, quando ocorria, era figurativa.

Percebo que havia um esforço grande da SGEP/DAGEP em articular os sujeitos implicados na discussão e em dinamizar processos políticos para operacionalizar algumas mudanças através da Portaria. No entanto, percebo também que havia resistências no MS como um todo em relação à retirada do caráter patologizador da assistência e que havia muitos limites para a responsabilização e para o envolvimento dos estados na organização e prestação dos serviços. Parte desses limites tinha relação direta com a questão do financiamento. Mantinha-se a recorrente perspectiva de que fazer política para a população LGBTIQ+ é fazer programas, por vezes anunciados com estrondo, mas sem dotação orçamentária.

¹³⁵ O CRT tem uma característica muito singular porque ele é um serviço que ao mesmo tempo que é serviço, tem um status de secretaria. Ao que parece a secretaria de SP delegou/terceirizou para o CRT, que é um serviço, toda a discussão a respeito das questões trans.

Nesse sentido, a articulação e o envolvimento dos estados e municípios na assistência, o financiamento do programa e a patologização da transexualidade, serão os aspectos que destacaremos neste segundo capítulo, a partir das entrevistas realizadas com os sujeitos vinculados à gestão do MS, no processo de discussão para a implantação da nova Portaria.

Em entrevista com Katia Souto, técnica do MS que estava à frente da DAGEP durante o processo de revisão da Portaria, foi possível perceber o protagonismo daquele Departamento, sobretudo no que diz respeito aos esforços implementados por ele para precipitar as modificações demandadas nas diretrizes do Processo Transexualizador. Isso se deu, num contexto institucional marcado por muitas resistências, embora ela tenha destacado algum apoio, recebido, sobretudo, dos Secretários da SGEP e da Alta Complexidade.

A partir de seu relato durante a entrevista para a elaboração desta tese, ressaltaremos a seguir alguns aspectos acerca das articulações empreendidas dentro do MS, bem como as articulações realizadas a partir dele, mas direcionadas para além de sua estrutura administrativa.

Numa perspectiva intraministerial destaca-se que o processo de revisão da Portaria teve como antecedentes dois elementos imprescindíveis: i) a reativação do Comitê Nacional de Saúde LGBT, que havia sido desativado nos anos anteriores; ii) a pactuação das metas no PPA de 2011-2014, que a DAGEP em discussão conjunta com este Comitê, conseguiu assegurar e que tinha a previsão de instituir, além dos serviços habilitados, um serviço ambulatorial especializado em pelo menos 20 estados e a ampliação dos serviços hospitalares, na tentativa de que outras Unidades de Atenção Especializada nas modalidades cirúrgicas fossem inauguradas e de que fosse possível superar quantitativamente as quatro instituições iniciais.

Houve um reconhecimento por parte da gestão de que a ausência de interlocução com os estados e municípios foi uma das fragilidades da Portaria n. 457/08 e, diante desse fato, Kátia Souto ressalta que o grande esforço feito no período da revisão, foi a tentativa de articulação dos três entes federativos na oferta da assistência. Isso se fez a partir do envolvimento do CONASS, CONASEMS e CIT, além da articulação com a CONITEC, que era a Comissão que incorporava novas tecnologias para a estruturação da nova Portaria. Foi necessário empreender um esforço político de construção intrainstitucional, visto que mesmo

que algumas das tecnologias adotadas no programa já fossem procedimentos regulares do SUS, eles não estavam vinculados administrativamente à transexualidade¹³⁶.

Além disso, a gestora ressalta que foi necessário o envolvimento de outras áreas do MS, como foi o caso, por exemplo, do Departamento de Assistência Farmacêutica, que se situa dentro da Secretaria de Ciência e Tecnologia. Foi necessário assim um esforço interno de articulação para que houvesse a previsão de compras dos hormônios na RENAME, que é a Relação Nacional de Medicamentos.

No que se refere as articulações para fora do MS, umas das ações fundamentais apontadas por Kátia Souto na implementação da política foi a visita da DAGEP realizada aos estados para dinamizar a estruturação da política. Segundo ela, era impossível visitar os 27 estados, então se priorizou dez estados onde já tinha serviços atuantes, seja por meio dos quatro primeiros hospitais universitários, seja por meio de serviços dinamizados por iniciativa própria ou mesmo naqueles estados onde o próprio estado começava a discutir a assistência¹³⁷.

De acordo com Kátia Souto, passadas as visitas aos estados, as diretrizes da nova Portaria foram apresentadas ao CONASS e ao CONASEMS onde obtiveram receptividade. Na mesma direção, de acordo com a narrativa dela, o que se estabeleceu com as secretarias estaduais e municipais (com a participação dos movimentos sociais) foi que estes entes acompanhassem todo o processo e aprovassem a proposta na CIB para a estruturação da política nos estados, com a definição da rede assistencial e de fluxos de atendimento e formas de acesso. Esse foi o modelo instituído, por exemplo nos casos da Paraíba, de Pernambuco e da Bahia¹³⁸, onde houve comprometimento local dos/as gestores/as, que assumiram publicamente o compromisso com a estruturação da política em seus estados.

Assim, a estruturação e o enraizamento da política nos estados dependeram de iniciativa e comprometimento dos/as gestores/as locais, que necessariamente precisaram empreender esforços e ações concretas para viabilizar a implementação do Programa. Esta foi

¹³⁶ É o caso, por exemplo, da mastectomia, que estava vinculada ao câncer de mama e precisaria ser vinculada também ao CID do processo transexualizador, sendo necessário reconhecer administrativamente aqueles procedimentos dentro da lógica da transexualidade.

¹³⁷ Dessa forma, as visitas foram, sobretudo, aos estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Sul, Goiás, assim como a Minas Gerais/Uberlândia, a Paraíba, a Bahia, ao Espírito Santo, ao Distrito Federal, em Brasília. Também foi possível visitar o Paraná, o Mato Grosso do Sul, o Maranhão, o Sergipe e o Pará, pois se conseguiu ampliar para outros estados não priorizados inicialmente.

¹³⁸ De fato, estes três estados têm empreendido esforços para estruturar o processo transexualizador em seus territórios. Dentre os três, PE teve a iniciativa de organizar o serviço de atendimento ambulatorial e cirúrgico na UFPE, além de ter ambulatorios espalhados no estado. Bahia e Paraíba conseguiram estruturar ambulatorios locais e expressam interesse em estruturar unidades hospitalares na modalidade cirúrgica.

uma decisão política sem a participação do Governo Federal, por excelência. Ou seja, para essa normativa sair do plano das ideias ou intenções e ser submetida à apreciação e decisão da CIB no âmbito dos estados, foi necessário um esforço de articulações institucionais e de participação social local para que se criasse a pressão política necessária.

No entanto, isso só se tornou possível porque a política foi normatizada antecipadamente no âmbito do MS, conformando um rito regimental intrínseco ao processo de institucionalização do Programa e que, de acordo com Katia Souto, precisa ser cumprido adequadamente como parte das prerrogativas do SUS:

Quando você cumpre esse ritual interno do MS e vai encaminhando paralelamente, tanto com o CNS quanto com o CONASS e o CONASEMS. É quando você chega na CIT que aí o Ministro fala: “eu vou assinar”. Quando o Ministro toma a decisão de assinar, ele já sabe que já está tudo isso articulado. Não vai ter resistência da própria gestão do SUS e nem nada. E, também, isso resguarda pelo menos normativamente. É óbvio que continua ainda aquela sua pergunta: “mas precisa da decisão política?” Precisa. Mas [a partir daí] não tem como um Secretário de Saúde dizer que não pode implementar. Ele tem uma norma que dá a ele os instrumentos legais, os instrumentos normativos de como implantar esse serviço no seu estado (EN8) (SOUTO, 2019).

Assim, do ponto de vista normativo, a Portaria, de cima para baixo, previu as responsabilidades dos três entes da União (federal, estadual e municipal). No entanto, entre a normativa e a realidade concreta existiu, mais uma vez, um distanciamento e parece que foi nesse *gap* em que o imobilismo do programa se instaurou.

De acordo com Kátia Souto, o programa foi constituído desde o MS como uma ação vinculada à Atenção Especializada e, para tanto, possui um arcabouço que dá as diretrizes em relação ao que cabe aos diferentes níveis de atenção. Em relação à atenção primária, que deveria, entre outras ações, ser a “porta de entrada” das pessoas trans no programa, foi implementado em 2016 pelo DAGEP um Curso de Atualização a Distância sobre Saúde da população LGBT voltado para os/as profissionais desse nível de atenção nos municípios, que é onde se dá o primeiro acolhimento. O Curso foi implementado pela UNASUS¹³⁹, de forma on-line, com conteúdo produzido por pesquisadores/as da UERJ e teve mais de 18.000 pessoas inscritas¹⁴⁰, tendo sido o curso da UNASUS mais concorrido até então.

¹³⁹ Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde é uma plataforma que foi criada pelo Ministério da Saúde em 2010 para atender às necessidades de capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde, sendo constituída por 35 instituições públicas de educação superior, conveniadas ao Ministério da Saúde e credenciadas pelo Ministério da Educação, para a oferta de educação a distância, além de também ser composta pelo Acervo de Recursos Educacionais em Saúde – ARES e pela Plataforma Arouca. Todos os cursos são gratuitos na modalidade de educação a distância. Cf.: <https://www.unasus.gov.br/>

¹⁴⁰ Conforme informações acessadas na plataforma. Cf.: <https://www.unasus.gov.br/noticia/mais-de-18-mil-pessoas-ja-se-inscreveram-no-curso-online-sobre-saude-lgbt>.

Um segundo nível de atenção, sob responsabilidade dos estados envolveu a atenção mais específica, tanto ambulatorial quanto hospitalar. É nele que se situa, de maneira fundamental, o/a gestor/a, ao habilitar os serviços passando sua pactuação na CIB, o que é um processo eminentemente político.

Katia Souto ressalta que havia um arcabouço dentro do MS que apontava para um fortalecimento das ações de implementação do processo transexualizador e que foram interrompidas no curso do processo político:

Havia um arcabouço na gestão do MS, desde nós que estávamos na Coordenação e, posteriormente na Direção, na Secretaria que buscava fortalecer o processo transexualizador. Os dois ministros que a gente teve que dialogar, tanto o que assina a Portaria (e que sofreu pressões externas para não fazer), mas a gente conseguiu mostrar no campo da saúde, que é o ministro Alexandre Padilha e, depois, o ministro Arthur [Chioro] que dá continuidade ao processo que a gente pede mesmo ao ministro Marcelo Castro. Ele também, no pouco tempo que ele ficou, também foi um Ministro que abraçou e respeitou, porque a execução desse processo não vai assim... Você assinou a Portaria e no dia seguinte... Você tem uma série de ações que estavam planejadas e que são interrompidas depois desses três Ministros. Uma delas foi a capacitação e a formação dos/as profissionais de saúde. Também a sensibilização dos/as gestores/as, porque a gente tinha um plano de ir aos estados, que você lembra que só eu vim aqui [no RJ] umas três vezes (EN8) (SOUTO, 2019).

Nesta mesma linha de discussão, Joana Reis¹⁴¹, uma das técnicas do MS que também foi entrevistada para a elaboração desse estudo, apontou que a dificuldade de interlocução efetiva com os estados e municípios se dava em função da ausência de recursos financeiros. Este sempre foi um entrave para a plena operacionalização do programa, na medida em que a DAGEP não tinha como injetar recursos financeiros para a assistência. Como o seu papel era de articulação, ela não dispunha de dinheiro para as habilitações, para a provisão de recursos humanos, dentre outros:

Os estados e municípios eles pensam muito a questão operacional do SUS. Então, a questão de equipe, de carga horária, de habilitação, de recurso. E a política LGBT nunca teve nenhum recurso específico dela, né? Ela era transversal, não era de atenção. Então sempre foi entrave (EN11) (REIS, 2019).

Joana Reis ressaltou ainda outros limites da SGEP, tendo em vista que cabia ao DAGEP tão somente a interlocução com população usuária, por meio dos movimentos sociais e com os serviços. De acordo com ela, cabia ao DAE o contato com a gestão estadual e municipal. Isso sempre foi um limite que foi agravado depois de 2014, em função do contexto eleitoral e, depois, em função do Impeachment, em 2016.

¹⁴¹ Nome fictício em respeito ao desejo de anonimato da entrevistada.

Havia uma limitação estrutural do Departamento que estava visivelmente identificado como o responsável pela implementação da política. Ao que parece, o DAGEP funcionava como um anteparo de proteção institucional ao MS, que seguia tocando suas diretrizes para a pasta, enquanto o DAGEP, emprestava uma aparência de gestão democrático popular, mas que, de fato, enfrentava muitas limitações estruturais, sobretudo no que dizia respeito à autonomia financeira e política para implementar questões cruciais para a existência do programa, como a efetiva articulação com os estados e municípios, por exemplo:

Apesar da gente saber que precisava fazer, a gente não tinha muitas ferramentas para fazer. E aí, a gente estava dentro do MS em uma área também que não tinha muito como negociar com os gestores. Porque a linguagem do gestor é a linguagem do dinheiro. E a gente não tinha recurso para oferecer de LGBTIQ+ em geral, o que tinha era o processo trans. Mas aí, para oferecer o processo trans, precisa da habilitação. E aí precisava passar pela articulação com a Atenção à Saúde, com a SAS. Então, a gente fazia um pouco desse meio de campo com o gestor, mas no final, a conversa final deles mesmo, era com a SAS na época... Que é a área que habilita, né? (EN11) (REIS, 2019).

A entrevistada em questão destaca que o processo de habilitação nos estados exigia uma mobilização política em que se fazia necessário estabelecer articulações que nem sempre eram bem recebidas na SAS. Tais articulações dependiam muito dos/as gestores/as que estavam à frente da pasta em cada contexto. Segundo ela, alguns ajudavam nessa articulação, e outros impunham algum entrave. No geral, era um setor impermeável à mobilização política, o que não deixa de ser uma opção por um modo de fazer política.

A ausência de envolvimento efetivo dos estados e municípios na implantação do programa em seus territórios, foi notória durante o trabalho de pesquisa, a partir dos relatos de três pessoas que trabalhavam na gestão do MS. O motivador desse desinteresse da esfera estadual e municipal teria ocorrido por falta de contrapartida financeira do MS, à semelhança do que ocorre com alguns programas como a saúde penitenciária, por exemplo. É nesse sentido que destacamos um fragmento do relato de Joana Reis:

O processo trans, apesar de ele ter recurso, ele tem recurso de produção, né? Então, você produz e recebe depois o que você produziu. Ele não tem incentivo pra você montar equipe. Não tem incentivo pra custeio. Ou seja, persiste uma ausência de recursos e não há incentivos financeiros para estruturar os serviços. Então, é muito complicado o gestor conseguir montar algo novo sem ter esse recurso. Isso também foi algo que a gente já tinha identificado como um problema dentro do MS, mas que eu acho que, se em 2013 não conseguiram fazer isso, não virou uma normativa, depois ficou pior. O contexto político [...] (EN11) (REIS, 2019).

A entrevistada destaca ainda, que os estados e municípios têm autonomia para conduzir suas ações e a Portaria que foi instituída em 2013 criou as normativas para que os programas fossem implantados, independentemente do MS. No entanto, o incentivo político/financeiro da gestão federal é um elemento que costuma ser decisivo na condução das

políticas específicas de saúde, sobretudo em áreas estigmatizadas, como é o caso do processo transexualizador. A diferença, diz ela, “é que o MS dá um olhar maior pra alguns programas do que pra outros né? E o processo trans nunca teve um olhar muito grande”.

Quanto à patologização, esta se constituiu num dos pilares que sustentavam o processo transexualizador e num dos aspectos em tornos dos quais se davam as disputas mais acirradas desde a origem do programa em 2008. Lá, a opção foi pela centralidade da inteligibilidade médica a despeito do direito à expressão de gênero e aos meios de acesso à saúde dos/as usuários/as trans. Isso ocorreu na contramão de outras áreas do saber que partilhavam o mesmo campo prático e buscavam incidir na mudança de rumo da Portaria, questionando a psiquiatrização das experiências trans.

Assim, o processo de revisão da Portaria foi uma oportunidade ímpar de deslocamento da centralidade biomédica das diretrizes do programa. Nele se poderia questionar o diagnóstico psiquiátrico como critério de acesso à assistência. Foi exatamente este aspecto que se manteve central nas discussões envolvendo os sujeitos que debatiam as diretrizes da nova Portaria, deixando em segundo plano as questões relacionadas à efetiva implantação e ampliação do programa nos estados, por exemplo.

No curso do processo de revisão da Portaria, o MS, sob o protagonismo da SGEP/DAGEP, organizou entre 2012 e 2013 alguns encontros (seminários, oficinas e grupos de trabalho), onde se propôs a discutir com os sujeitos envolvidos na construção da política (movimento social, técnicos/as dos serviços, pesquisadores) as diretrizes da nova Portaria. Foram encontros que potencialmente oportunizariam espaços de mudança e onde se tinha a impressão de que haveria efetiva participação social nos debates e nos desdobramentos das discussões travadas.

Naqueles encontros, o principal interlocutor era o DAGEP que, mesmo não sendo o principal Departamento responsável pela implementação da política, foi a instância que se tornou reconhecida e identificada como aquela que iria conduzir e efetivar as mudanças demandadas.

Fez-se assim um paradoxo envolvendo o papel desempenhado pela SAS, instância onde se localizava o núcleo duro do saber médico e onde a política estava localizada e, por outro lado, o papel do DAGEP nesse processo (por ser aquele que efetivamente fez a política andar) criando as condições para que ela fosse impulsionada, sobretudo a partir da articulação com o movimento social e com os serviços. Assim, ainda que inintencionalmente, o DAGEP assumiu um lugar de mediação que, ao mesmo tempo que protegia as áreas técnicas das cobranças diretas desses sujeitos políticos, emprestava uma aparência de participação

democrática sugestiva de que a participação dos sujeitos naquele processo teria alguma efetividade.

Progressivamente, essa forma de participação foi aos poucos sendo percebida pelos sujeitos envolvidos, fazendo com que muitos deles desacreditassem na potencialidade daquele espaço em promover mudanças efetivas, conforme ficou explícito nas entrevistas realizadas, bem como nas conversas que tive nos bastidores daqueles eventos¹⁴².

Apesar dessa crítica, cabe aqui registrar a importância daquele Departamento no processo de legitimação das demandas da população LGBTIQ+ e sua centralidade na construção – ainda que contraditória – de alguma resposta institucional no que tange a saúde trans.

Katia Souto destacou em sua entrevista o esforço empreendido pelo Departamento então coordenado por ela, para a promoção das discussões em torno da mudança da Portaria, a fim de incluir as travestis e os homens trans na assistência, bem como para comprometer os estados e municípios na estruturação e oferta do programa.

Assim, segundo ela, logo após a publicação da PNSILGBT em 2011, o Departamento elegeu como prioridade a revisão da Portaria, quando em 2012 promoveu um Seminário¹⁴³ onde pela primeira vez os serviços se reuniram com o propósito de discutir esse processo de revisão¹⁴⁴. Ela ressalta que para aquele encontro buscou-se reunir os serviços que estavam de alguma forma atendendo pessoas trans e não necessariamente realizando as a cirurgias. A partir daí se conseguiu construir “um debate muito rico” que teve como desdobramentos a formação de grupos de trabalhos com o objetivo de operacionalizar a revisão proposta:

Foi assinada a Portaria da PNSILGBT em 1º de dezembro de 2011 e a gente faz em junho de 2012 aquele Seminário. A partir dali foi formado um grupo técnico de trabalho com representantes de mulheres trans, de travestis e homens trans em dois serviços. Cada serviço indicou. O do HUPE/UERJ foi o Dr Eloísio Alexandro, porque a gente achou importante ter um médico. De São Paulo, foi a Drª Elaine Frade, endócrino, porque tinha toda uma *expertise* maior na questão da

¹⁴² Eloísio Alexsandro da Silva Ruelas, Alexandre Peixe, Flávia Teixeira, entre outros, apontaram em suas entrevistas, algum nível de descrença na efetividade das discussões travadas nos encontros capitaneados pela DAGEP, em direção aos anseios do movimento social e dos serviços. Nos bastidores desses encontros, o tom das conversas entre os representantes dos serviços, entre eles, o CRT/SP, o HUPE/UERJ, entre outros, era de preocupação em relação à concretude das propostas defendidas nos debates.

¹⁴³ Trata-se do Seminário Processo Transexualizador no SUS, ocorrido em 04 e 05 de junho de 2012.

¹⁴⁴ Kátia Souto explicou que o DAGEP convidou e financiou a participação dos quatro serviços habilitados e todos aqueles que tinham conhecimento de que estavam atendendo pessoas trans, mas não tinham habilitação, que era o caso de Uberlândia, do IEDE, do Instituto de Psiquiatria de São Paulo vinculado ao Hospital de Clínicas da USP e o CRT/SES/SP. Foram convidados, ainda, representantes do movimento social e dos/as pesquisadores/as.

hormonioterapia e porque para rever a Portaria a gente precisava disso. E este grupo apresentou depois uma proposta que a gente apresentou de novo em um novo Seminário, quer dizer, entre 2012 e 2013 nós tivemos dois seminários, esse maior e depois outro menor que a gente chamou de “Transexualidade e Travestilidade no SUS: avanços e desafios”, onde a gente foi ver o que já tinha e depois a gente ainda fez um que foi dividido por grupos/as técnicos/as/as, a da gestão, o da pesquisa e o da sociedade civil para refletir sobre o que a gente tinha avançado ou não tinha avançado (EN8) (SOUTO, 2019).

Esses encontros a que Katia Souto se refere foram espaços políticos de muita tensão, conflitos e disputas em torno do direcionamento a ser dado ao processo transexualizador a partir da nova Portaria. Foi onde se expressou com muita força o poder médico no direcionamento da política, particularmente no que tange a patologização das identidades trans. Além disso, esses seminários revelaram, de maneira muito explícita, que naquele contexto, a participação social só poderia ser uma participação domesticada, onde a gestão do MS, sob a condução da SAS e da DAGEP, exerceu um forte controle sobre até onde poderia se estender a participação permitida naquele processo.

O primeiro encontro onde se reuniram os/as técnicos/as/as e coordenadores de serviço, o movimento social, os/as pesquisadores/as e a gestão do MS aconteceu em 04 e 05 de junho de 2012 em Brasília (Figuras 6), com o objetivo de avaliar o Processo Transexualizador no SUS para redefinir a Portaria n.457/08 e teve uma dinâmica onde no primeiro dia estiveram os representantes dos serviços discutindo suas experiências e, no segundo dia, além desses, estariam também o movimento social e os/as pesquisadores/as.

Figura 6 – Convite para o primeiro Seminário de Revisão da Portaria 457/08 (continua)



MINISTÉRIO DA SAÚDE

Seminário: Processo Transexualizador no SUS

Data: 04 e 05 de junho de 2012

Local: Brasília/DF

Secretaria de Atenção à Saúde

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

Objetivo: Avaliar o Processo Transexualizador no SUS, na perspectiva de redefinir a Portaria MS nº 457, de 19 de agosto de 2008 e estabelecer diretrizes que garantam atenção à saúde integral às pessoas transexuais e travestis.

Objetivos específicos:

- Revisão da Portaria MS nº 457, de 19 de agosto de 2008, que regulamenta o Processo Transexualizador no SUS;
- Troca de experiências dos serviços para organização da rede de atenção;
- Definição de Grupo de Trabalho para organização de curso de formação e atualização para os profissionais de saúde que integrem serviços que atendam o Processo Transexualizador e de pesquisas sobre o tema.

Público: profissionais de saúde dos serviços envolvidos no Processo Transexualizador (Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Porto Alegre/RS, HUPE Hospital Universitário Pedro Ernesto – Rio de Janeiro/RJ, Fundação Faculdade de Medicina HCFMUSP Inst. de Psiquiatria – Fundação Faculdade de Medicina MECPAS – São Paulo/SP, Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás – Goiânia/GO); representantes das áreas técnicas do Ministério da Saúde: SAS- DAE, DAB, Área Técnica de Saúde Mental, Área Técnica de Saúde do Homem, Área Técnica de Saúde da Mulher, Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário, Área Técnica de Saúde do Adolescente e Jovem; SVS - Departamento de DST/Aids/HV e DASIS; SGEP - DAI e DAGEP; SGTES - DEGES; SCTIE - DECIT; representantes do Conselho Nacional de Saúde, CONASS, CONASEMS; gestores/as dos municípios/estados dos serviços atuais (Porto Alegre/RS, São

Figura 6 – Convite para o primeiro Seminário de Revisão da Portaria 457/08 (conclusão)

Paulo/SP, Rio de Janeiro/RJ, Goiânia/GO) e serviços novos (Brasília/DF, Recife/PE, Salvador/BA, Fortaleza/CE, Uberlândia/MG, Belo Horizonte/MG, Belém/PA, Macapá/AP, Vitória/ES); representantes transexuais e travestis que compõem o Comitê Técnico de Saúde Integral LGBT; representantes dos conselhos de especialidades (CFM, CFP, COFEN, Sociedade Brasileira de Endocrinologia, Associação Brasileira de Psiquiatria); representante do Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de LGBT (CNCD/LGBT); pessoas de notório saber sobre o tema da transexualidade e travestilidade; representantes do Ambulatório para Travestis e Transexuais de São Paulo/SP e do Ambulatório para Travestis e Transexuais da Universidade Federal de Uberlândia/MG.

Proposta de Programação

Data/Hora		Programação
1º dia (gestores/as e profissionais de saúde)	08h às 09h	Abertura: - Secretário de Atenção à Saúde/SAS; - Secretário de Gestão Estratégica e Participativa/SGEP.
	09h às 12h	Mesa 1: Experiências dos serviços que realizam o Processo Transexualizador.
	14h às 16h	Mesa 2: Revisão da Portaria MS nº 457, de 19 de agosto de 2008 que regulamenta o Processo Transexualizador: Coordenação: DAE e DAGEP.
	16h às 18h	Debate: - Troca de experiências; - Organização da Rede de Atenção para o Processo Transexualizador.
2º dia (gestores/as, profissionais de saúde, pesquisadores/as, movimento social e convidados/as)	08h às 18h	Mesa 3: Apresentação dos saberes/olhares sobre o Processo Transexualizador (representantes trans do Comitê Técnico de Saúde Integral LGBT e pesquisadores/as convidados/as) e Revisão da Portaria MS nº 457, de 19 de agosto de 2008. Coordenação: Área Técnica de Saúde Mental e DAGEP.
		Encaminhamentos: ✓ Agenda de compromissos; ✓ Proposta de Grupo de Trabalho para curso de formação/atualização para os profissionais de saúde e pesquisadores que realizam o Processo Transexualizador e pesquisas sobre o tema.

Fonte: MS

Foi um evento muito significativo por ser a primeira vez desde a publicação da primeira Portaria em 2008 que os sujeitos envolvidos na construção da proposta tiveram a oportunidade de se conhecerem e trocarem experiências.

Ao mesmo tempo, foi uma atividade controversa, sobretudo porque a SAS, Secretaria responsável pela política pública do Processo Transexualizador no SUS, não participou integralmente do Seminário, de modo que a principal interlocução era estabelecida como um Departamento que, sabia-se de antemão, apresentava limites para a condução da revisão.

Além disso, no curso do desenvolvimento do evento, a condução da programação não privilegiou o amplo debate com os serviços e com os demais sujeitos envolvidos, uma vez que parecia ser um espaço para legitimar a proposta do MS, que assim teria a aparência de democrática, sem de fato ter sido discutida. Ficou evidente também que a vertente hegemônica da medicina que incidia no interior do MS não renunciaria à patologização.

O espaço reservado para a troca de experiências entre os serviços foi curto e de fato não houve trocas e sim apresentações protocolares onde cada equipe teve entre 10 e 15 minutos para falar de suas realidades. Havia muito anseio pela possibilidade de falar e ser ouvido/a, dado o isolamento geográfico e político dos serviços. Havia também um represamento de expectativas e de anseios e se acreditava que a oportunidade propiciada pelo Seminário seria a chance de atenuar aquela carência de discussão e propor novos rumos do programa, o que não aconteceu. Durante todo o primeiro dia do Seminário, a polêmica da patologização pairou como um espectro que rondava mentes e espíritos, até que essa questão explodiu quando representantes do movimento trans e travesti, bem como os/as pesquisadores/as, juntaram-se ao primeiro grupo e não foi mais possível escamotear o tema.

Os/as psiquiatras ali presentes e parte dos coordenadores/as dos serviços, sobretudo do RS e de SP, não renunciavam à manutenção do diagnóstico psiquiatrizante. O programa de GO defendia fazer a “revisão possível”, ainda que fosse necessário manter o caráter patologizador para garantir a assistência. Já o movimento social, parte dos/as técnicos/as/as e coordenadores/as e todos os/as pesquisadores/as presentes, com destaque para Berenice Bento e Flavia Teixeira, se posicionaram firmemente contrárias à psiquiatrização da transexualidade.

Havia uma clara disputa não só pelo controle dos corpos e das identidades trans por meio da manutenção do diagnóstico, mas também se observava ali um controle sobre quem poderia falar e como. Era uma disputa também sobre o conhecimento científico sobre transexualidade, onde o saber não médico – notadamente das ciências sociais – ousou ameaçar o lugar de privilégio e de poder historicamente estabelecido pela hegemonia médica ou o que Chauí (1982) chamou de “o discurso competente”:

É o discurso instituído. É aquele no qual a linguagem sofre uma restrição que poderia ser assim resumida: não é qualquer um que pode dizer a qualquer outro qualquer coisa em qualquer lugar e em qualquer circunstância [...] confunde-se pois, com a linguagem institucionalmente permitida ou autorizada, isto é, com um discurso no qual os interlocutores já foram previamente reconhecidos como tendo o direito de falar e ouvir, no qual os lugares e as circunstâncias já foram predeterminados para que seja permitido falar e ouvir e, enfim, no qual o conteúdo e a forma já foram autorizados segundo os cânones da esfera de sua própria competência (CHAUÍ, 1982, p. 7).

O ápice dessa disputa se deu quando se discutia a retirada do diagnóstico psiquiátrico a partir da nova Portaria. Como dito, tanto o movimento social quanto os/as pesquisadores/as adotaram um discurso muito eloquente neste sentido e, logo em seguida, todos/as os/as psiquiatras e representantes da área de saúde mental se retiraram em bloco da sala onde ocorria o debate. Isso ocorreu numa clara demonstração de que a patologização era assunto deles/as e dela não abririam mão. Foi como se dissessem: “você não médico e você paciente, não têm autoridade para questionar esse tema. Essa discussão a nós pertence”.

Nesta direção, tenho acordo com TEIXEIRA (2016) quando a mesma ressalta que aquele espaço sempre se configurou como hegemonicamente pertencente ao saber médico/psi e que o incômodo presenciado, revelado inclusive na debandada dos psiquiatras da reunião exatamente quando pesquisadores/as da área de ciências humanas e integrantes do movimento social foram supostamente autorizados a falar num campo em que o saber médico exercia hegemonia, tem relação com a recusa de reconhecimento destes/as “outros/as” como sujeitos falantes nesse processo. Assim, de acordo com Teixeira (2016), “responder a estes(as) interlocutores(as) seria integrá-los(as) no circuito da mensagem, forçando o reconhecimento” (TEIXEIRA, 2016, p. 4).

A saída em bloco daqueles/as profissionais exerceu um grande impacto sobre os/as que ficaram e pairou no ar um clima de incredulidade, desânimo, revolta, aviltamento, num misto de sentimentos que podem ser sintetizados na manifestação de Fernanda Benvenutty ao indagar “¹⁴⁵ quem sou eu? Uma doente mental? Então eu posso pedir aposentadoria porque

¹⁴⁵ Fernanda Benvenutty foi uma militante trans e ativista de direitos humanos, grande referência no movimento LGBTQI+ brasileiro, pioneira na luta pelos direitos de travestis e transexuais no Brasil. Era funcionária pública do estado da Paraíba, parteira na Maternidade Cândida Vargas e técnica em enfermagem no hospital de psiquiatria Juliano Moreira, ambos em João Pessoa. Foi fundadora e primeira presidente da Associação de Travestis da Paraíba, vice-presidente da Articulação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA) e integrou o Conselho Nacional de Saúde (CNS). Foi Agente cultural, artista circense e duas vezes candidata a vereadora em João Pessoa, pelo Partido dos Trabalhadores. Fernanda estampou durante muitos anos a Campanha pelo direito ao uso do nome social por travestis, mulheres transexuais e homens trans, veiculada nas redes de saúde pública, divulgando o cartão do SUS com o nome social. Faleceu em 02 de fevereiro de 2020, deixando órfãos muitos admiradores, dentre os quais me incluo.

sou uma incapaz? Quem pode falar por mim? Eu sou uma travesti? Sou uma transexual? O que isso importa?” (informação verbal)¹⁴⁶

O fato é que a despatologização não avançou, sobretudo pela capitulação do MS em direção ao entendimento hegemônico dos/as médicos/as. A partir daquele pacto em torno da patologização estabelecido entre a gestão do MS e o discurso médico corrente, pairou nas entrelinhas do discurso institucional a ameaça (ou mesmo chantagem) de que “sem a patologização da transexualidade haveria o risco de não ocorrer a revisão da Portaria”.

Foi instituída uma crença de que os/as psiquiatras e psicólogos/as eram indispensáveis para *diagnosticar* e selecionar aqueles/as que poderiam ter acesso aos procedimentos cirúrgicos e se afirmou a legitimidade da CID F10.64, ainda que ela pudesse deixar de fora da assistência ou limitar muito o acesso de diferentes grupos sociais, especialmente das travestis.

É importante registrar que não estava em questão a presença de psiquiatras e psicólogos/as no cuidado potencialmente demandado pelas pessoas trans. O que se questionava naquele momento era o diagnóstico psiquiátrico como critério de definição da possibilidade ou não de acesso à assistência em saúde demandada.

Um dos argumentos contrários à patologização apresentados foi que era possível prestar cuidados em saúde sem vincular esse cuidado a patologias, como caso das gestantes, por exemplo, ainda que se argumentasse que havia uma tendência mundial pela despatologização das identidades trans, já discutida pelas associações médicas internacionais. De qualquer forma, optou-se pela manutenção da patologização nas diretrizes do processo transexualizador num momento em que a Portaria estava sendo revisada e que poderia ser uma oportunidade de mudança.

Assim, da forma como foi apresentada, a proposta de revisão da Portaria n. 457, de 2008, não incluiu os avanços na discussão internacional e nacional sobre despatologização das identidades trans, tampouco reconheceu o direito à autodeterminação e a autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física, psíquica e moral, conforme assegurado pela Lei Federal n. 8.080/1990 e pela Carta dos Direitos dos Usuários da saúde.

Com isso, a pressão pela manutenção do poder e controle médicos sobre as identidades trans foi de tal grandeza, que parte do movimento social, sob o receio de perder alguma possibilidade de assistência, passou a aceitar e legitimar o diagnóstico como critério de

¹⁴⁶ Na ocasião, tive a oportunidade de presenciar tal fala que aconteceu durante o Seminário de Revisão da Portaria 457/08. Posteriormente, Berenice Bento Transcreveu uma carta-desabafo e transcreveu esse episódio. A carta pode ser encontrada no link: <http://estadolaicorj.blogspot.com/2012/06/berenice-bento-carta-desabafo-sobre-o.html>

acesso, conformando uma estratégia do Estado que Berenice Bento (2012) chamou de “patologização negociada”.

De acordo com Teixeira (2016), esta tem sido uma diretriz fundamentada na naturalização dos gêneros que, a partir do saber/poder médico, tem sido amplamente utilizada pelo Estado para a reiteração sistemática do caráter de transtorno mental das experiências trans, contribuindo para a manutenção das estruturas hierárquicas e assimétricas dos gêneros.

Nesse sentido, tanto o poder público quanto segmentos do movimento social acabam por legitimar políticas públicas referendadas nessas supostas diferenças (TEIXEIRA, 2016). No entanto, como diz Berenice Bento em sua Carta-desabafo, “a patologização não dá nada, só retira. A patologização não empodera as pessoas trans, mas as silencia. Como uma/a doente mental pode falar de si mesmo?” (BENTO, 2012).¹⁴⁷

Aquele Seminário foi emblemático por esse motivo e, também, por outro acontecimento de igual importância. Em determinado momento do evento, a DAGEP e a SAS, representados por Kátia Souto e José Eduardo Fogolin¹⁴⁸, à época diretor do Departamento de Atenção Especializada/SAS, apresentaram a proposta do MS para a nova Portaria.

Ao que parece, a partir das informações advindas das conversas que se davam nos bastidores da reunião e que depois pude confirmar com a coordenação do serviço de SP, a proposta de revisão da referida Portaria foi redigida com a participação de gestores/as e profissionais de saúde de apenas dois dos serviços, justamente os que mais se aproximavam da defesa do diagnóstico como critério de acesso: o RS e SP. O representante do RJ participou de algumas reuniões, mas declinou de sua participação ao longo do período de discussão. Não houve naquela fase do processo, a participação de pesquisadores/as e militantes convidados/as para a contribuição teórica com a revisão.

Assim, essas diretrizes, ainda desconhecidas dos/as participantes do Seminário, permaneceram igualmente desconhecidas após sua apresentação. Ao que parece, houve uma opção por parte do MS, representado por aqueles dois técnicos, de defender uma proposta que não havia sido amplamente discutida por todos os sujeitos implicados com o processo de construção daquelas diretrizes assistenciais, além de terem optado por uma dinâmica de

¹⁴⁷ Tal passagem se encontra na carta-desabafo escrita por Berenice Bento. A carta pode ser encontrada no link: <http://estadolaicorj.blogspot.com/2012/06/berenice-bento-carta-desabafo-sobre-o.html>

¹⁴⁸ Fogolin é médico, foi Secretário Municipal de Saúde de Bauru/SP. Foi Diretor Nacional de Atenção Especializada e Temática do Ministério da Saúde, além de Coordenador Nacional de Média e Alta Complexidade do Ministério da Saúde no período de 2011-2015. Foi Coordenador Nacional de Gestão da Clínica dos Hospitais Universitários Federais no Ministério da Educação.

apresentação que, de fato, não apresentou nada. Inacreditavelmente, o arquivo em formato PDF da minuta da Portaria foi projetado via *Datashow* em letras desfocadas e minúsculas, tal qual uma bula de remédio, e o Eduardo Fogolin rapidamente apresentava os tópicos, sem dar maiores explicações e sem dar tempo para que os/as ouvintes se manifestassem acerca do que estava sendo dito.

Novamente, um clima de surpresa e descrença se instaurou entre os presentes e houve questionamentos sobre quais motivações levaram o MS a convocar aquele Seminário, uma vez que os objetivos expressos no convite não estavam sendo sequer, tangenciados na medida em que a metodologia de organização do seminário não favoreceu a resolutividade, tampouco encaminhou qualquer proposta de revisão da Portaria apresentada pelos/as demais participantes do evento, como por exemplo, os/as pesquisadores/as e militantes que foram convidados/as pelo MS para tal finalidade e que também tinham propostas a apresentar.

Não foi possível saber quais eram as lutas que aqueles sujeitos tiveram que travar nos bastidores da gestão para terem que se prestar àquela função, particularmente por se tratar de pessoas que eram reconhecidas como aliadas, sobretudo do movimento social. Ficou explícito ali mais um paradoxo do Governo Lula no que tange sua relação com a participação social e com as pautas reconhecidas como progressistas.

Ao longo do Seminário foram organizados grupos de trabalho para a discussão de temas específicos relacionados ao Programa, mas pelas expectativas represadas que existiam e pelo tempo que se dispunha para a discussão, a sensação era de que se tratava de uma atividade inócua. As discussões sobre a importância da adesão dos estados e municípios na operacionalização da assistência também foram insuficientes e em nenhum momento foi vocalizado pelos/as técnicos/as/as do MS que o Processo Judicial iniciado em 2001 continuava em curso e fazendo interpelações ao Ministério.

Além disso, ao final do evento, foi decidido pela organização do Seminário que o trabalho de revisão da Portaria continuaria por meio da composição de um Grupo de Trabalho (GT) reduzido, para o qual foram convidados os coordenadores dos 4 serviços existentes, além de outros médicos especialistas indicados pelo MS, inclusive com a presença de uma cirurgiã gastroenterologista que atuava na área de cirurgias de redução do estômago. Não foram reservadas vagas para o segmento dos/as usuários/as do SUS representados/as pelos/as integrantes do movimento trans.

Assim, a dinâmica daquele Seminário foi extremamente provocativa, ao mesmo tempo que funcionou como bússola de como seria a condução da revisão da Portaria a partir dali. Imediatamente após a conclusão do evento, houve importantes manifestações questionando os

rumos adotados pelo MS para a condução do Processo Transexualizador, com destaque para a “Carta-desabafo” redigida por Berenice Bento e a “Carta Aberta: Contra a Patologização das Identidades Trans” subscrita por alguns/algumas pesquisadores/as e entidades do movimento social, bem como por alguns/algumas técnicos/as envolvidos/as com a revisão da Portaria e endereçada ao MS, que à época era gerido por Alexandre Padilha¹⁴⁹.

Na Carta de Berenice Bento (2012) ficou patente a incredulidade com a forma de condução do Seminário e de revisão da Portaria e uma potente reafirmação de seu posicionamento contrário à patologização, bem como uma preocupação com a possibilidade daquele espaço ter sido usado estrategicamente como forma de referendar e dar ares de processo democrático a uma decisão que já havia sido tomada anteriormente, sem participação social:

Ao longo de todo o dia 05 eu me perguntava: o que pretende realmente o Estado brasileiro? Por que reunir tanta gente com tamanha experiência (e expectativa), sem ter construído uma dinâmica de debate que, de fato, garanta a participação de todos/as? Por que o Estado nos convidou para contribuir com o debate sobre o processo transexualizador, enchendo uma sala com pesquisadores/as de todo Brasil e ativistas trans que se dedicam à luta pelos direitos humanos das pessoas trans há décadas, sem assegurar o espaço adequado para a deliberação democrática? [...] Não quero que meu nome seja usado para legitimar um suposto processo democrático de consulta sobre a reformulação da Portaria. Não tivemos uma discussão, de fato, em Brasília (BENTO, 2012).

Esta preocupação foi compartilhada por outros sujeitos presentes no Seminário e, seguramente, contribuiu para o aumento da desconfiança de parte dos sujeitos políticos que participaram do evento na relação com o MS. Diante das repercussões, o MS, por meio da DAE/DAGEP, chegou a emitir um posicionamento através de um documento, que denominou “Carta-resposta”, onde reafirmou sua concordância com a perspectiva centrada na patologia e no diagnóstico e por meio da qual justificou, de maneira legalista, a manutenção da exigência do diagnóstico *F64* como critério de acesso às cirurgias do Processo Transexualizador. Aludiu também ao fato de a lei vigente no país exigir um registro no Código Internacional de Doenças (CID) para que houvesse a autorização de procedimentos médicos.

Não custa lembrar que esta foi uma decisão política e que outros países, à semelhança da Argentina, despatologizaram as identidades trans, independentemente de decisões internacionais ou de sociedades científicas do campo biomédico. Além disso, não

¹⁴⁹ Jaqueline Gomes de Jesus juntamente com um grupo de pesquisadores/as e ativistas também se manifestaram publicamente contra a forma de condução do Seminário e redigiram uma manifestação pública endereçada ao MS.

necessariamente o CID a ser utilizado, se fosse o caso, precisaria ser o dos códigos do campo dos transtornos mentais.

Entre 2012 e final de 2013, o MS seguiu se movimentando no sentido de implementar a revisão da Portaria por meio do prosseguimento dos Grupos de Trabalhos eminentemente técnicos/as formados no Seminário de 2012 e por meio de outros encontros, tanto em Brasília quanto em visitas técnicas aos estados realizadas por integrantes da DAGEP.

Não aconteceram outros eventos em que os/as pesquisadores/as de ciências humanas e sociais tenham sido convidados/as a participar, o que leva a crer que estes/as já não eram mais interlocutores/as desejados pelo MS, sobretudo em função da conhecida produção teórica deles/as no campo dos debates de gênero numa perspectiva da desnaturalização dos gêneros e da antipatologização.

Naquela movimentação do MS, fosse nas visitas técnicas ou nos encontros em Brasília, não se observou, de maneira ampliada, o efetivo envolvimento da gestão estadual e das gestões municipais com a organização local da política, bem como não se constatou nenhuma medida mais efetiva de estímulo a essa participação.

Muitas vezes, os/as representantes das secretarias estaduais e municipais de saúde que porventura compareciam a determinado evento no MS, não sabiam do que se tratava ou não tinham poder institucional para desencadear as ações necessárias para a implicação das gestões estaduais/municipais com a política, ainda que já houvesse, pelo menos formalmente, a PNSILGBT instituída em 2011.

No curso dessa mobilização, houve uma primeira tentativa de redefinição do Processo Transexualizador em 2013 através da Portaria n. 859 de 30 de julho de 2013, da SAS/MS, mas que foi surpreendentemente revogada no dia seguinte a sua publicação, com a publicação da Portaria n. 1.579, de 31 de julho de 2013, que anulava os efeitos da Portaria anterior.

A Portaria n. 859/13 manteve a exigência de diagnóstico psiquiátrico para o acesso às ações do programa e trouxe como novidade, em relação às diretrizes de 2008, a inclusão dos homens transexuais e das travestis na assistência.

No caso dos homens trans ela manteve as cirurgias genitais em caráter experimental, em acordo com as regras do CFM, mas passou a autorizar os procedimentos de mastectomia bilateral e histerectomia total¹⁵⁰, conforme reivindicação deles ao não serem contemplados

¹⁵⁰ É importante destacar que essa cirurgia, de acordo com a Portaria, deveria ser realizada de uma única vez, onde útero, ovários, trompas e vagina deveriam ser retirados no mesmo ato. Dessa maneira, os homens que desejassem retirar uma das partes e deixar outras, não poderiam fazê-lo, como é o caso, por exemplo de homens trans que querem manter a vagina, seja por questões estéticas, de prazer sexual ou insegurança com a realização da faloplastia.

pela Portaria n. 457/08. Importa destacar, no entanto, que neste aspecto, a determinação do Processo Judicial iniciado em 2001 continuava sem respostas, já que a exclusão dos homens trans dos procedimentos cirúrgicos genitais foi mantida.

A persistência do caráter experimental das faloplastias significou, na realidade, que tais procedimentos não teriam previsão orçamentária por parte do MS, ficando a cargo dos hospitais de ensino que porventura realizassem esses procedimentos, todo custo relativo a eles.

Além disso, aos homens trans não foi prevista a disponibilização de hormônios, uma vez que a Portaria limita a Terapia Hormonal a disponibilidade apenas do hormônio para uso das mulheres, conforme descrito na Portaria n. 859/13 (03.03.03.008-9 – Terapia Hormonal no Processo Transexualizador – Ciproterona).

Em relação às travestis, supostamente, elas foram contempladas por essa Portaria, já que poderiam ser elencadas em algumas possibilidades de atendimento por meio da inclusão de dois novos CIDs (F66.0¹⁵¹, F64.9¹⁵²) que, a critério das equipes de saúde, poderiam ser utilizados para a incluí-las nos seguintes procedimentos: “Terapia hormonal no processo transexualizador” e “Acompanhamento de usuário/a no Processo Transexualizador exclusivamente para atendimento clínico”.

Muito embora elas pudessem ser beneficiadas pela “terapia hormonal”, conforme aparentemente a Portaria induz a pensar ao associar esse atendimento aos CIDs F64.9 e F66.0, de fato, elas foram impedidas de ter acesso a esse acompanhamento uma vez que a descrição desse procedimento não as incluía na assistência, ao atrelar o acesso ao período de 02 anos antecedentes à cirurgia de redesignação sexual¹⁵³ e as travestis, em geral, não reivindicam cirurgias genitais.

Na verdade, essa inclusão, basicamente, só se resumia a atendimentos ambulatoriais com a equipe multiprofissional¹⁵⁴, já que elas não foram contempladas com as cirurgias de tireoplastia e nem com a plástica mamária para inclusão de próteses de silicone, uma vez que

¹⁵¹ Transtorno da maturação sexual, que pertence à classificação CID 10 F66 – Transtornos psicológicos e comportamentais associados ao desenvolvimento sexual e à sua orientação.

¹⁵² Transtorno não especificado da identidade sexual, que pertence à classificação CID 10 F64 – Transtornos da identidade sexual.

¹⁵³ 03.03.03.008-9 – Terapia Hormonal no Processo Transexualizador – Ciproterona. Descrição – Consiste na terapia hormonal a ser disponibilizada no período de 02 anos que antecede a cirurgia de redesignação sexual no Processo Transexualizador. CID.: F64.0, F64.9 e F66.0. Ver: Portaria SAS/MS 859/13

¹⁵⁴ Limitados a um atendimento mensal com um dos especialistas da equipe, uma vez que a equipe multiprofissional como um todo só poderia registrar um atendimento por mês e o/a usuário/a precisaria alternar a que especialista iria em cada mês.

esse procedimento não foi incluído nesta Portaria, assim como não foram incluídas cirurgias plásticas para retirada de silicone industrial líquido, uma demanda muito frequente entre travestis. Aqui é importante esclarecer que o uso de silicone líquido industrial por travestis e mulheres trans que almejam a “adequação” do corpo em relação à identidade de gênero por meio da feminilização da aparência corporal é uma prática bastante recorrente entre elas (PINTO et al, 2017).

Em geral, isso se dá em função dos obstáculos estruturais no acesso e na oferta insuficiente de intervenções corporais realizadas de forma segura e adequada no SUS, bem como à exigência de condições e/ou critérios que não contemplam as distintas necessidades das pessoas que demandam o procedimento. Trata-se, assim, de uma modalidade de mudança corporal que é alcançada por meio da aplicação de injeções de silicone líquido industrial, que são utilizadas por travestis e mulheres transexuais, contraindicado pela medicina, mas que continua a ser realizada fora dos serviços de saúde por pessoas não habilitadas, as denominadas bombadeiras, podendo resultar em diversos problemas de saúde, tais como infecções, migração do produto para outras áreas do corpo, deformidades, necroses teciduais, embolia pulmonar e até a morte (PINTO et al, 2017).

É bastante comum que essas substâncias só sejam retiradas do corpo das pessoas trans, em caso de emergência, quando o dano causado já as coloca em risco de vida. As demandas pela inclusão da possibilidade de retirada de silicone industrial entre os procedimentos ofertados pelo processo transexualizador não foram atendidas, bem como as travestis não foram contempladas com a autorização para realizarem a plástica mamária com implante de silicone pelo SUS, conforme já sinalizado.

A Portaria n. 859/13 trouxe dois aspectos que, ao que parece, foram os pontos mais polêmicos e que teriam motivado a sua suspensão imediata. Trata-se da redução da idade para acompanhamento clínico e de hormonização de 21 anos para 16 anos e para a realização de cirurgias de transgenitalização de 21 para 18 anos. O segundo aspecto foi a possibilidade inédita do acompanhamento exclusivamente clínico poder ser realizado a partir dos cinco anos de idade sob o CID F64.2 (Transtorno de identidade sexual na infância).

Tendo em vista a crescente e intensa cruzada moral e controle sobre a infância, que se acirrou nos últimos anos, não é absurdo supor que a possibilidade de atendimento clínico a crianças que potencialmente poderiam vir a expressar formas de sexualidade dissidentes, ou

mesmo como trans,¹⁵⁵ tenha soado como verdadeira heresia nas entranhas do poder, seja do CFM, seja entre os ministérios ou entre o Congresso Nacional. Por muito menos, a presidente Dilma Rousseff foi acusada de instituir o Kit Gay e a ideologia de gênero quando foi pressionada a vetar a circulação do Material "Escola sem Homofobia", que objetivava tão somente discutir sobre questões de gênero e sexualidade nas escolas¹⁵⁶.

Assim, aquela Portaria foi suspensa e não houve muitas explicações por parte do MS acerca das motivações para a revogação¹⁵⁷. Perguntada sobre essa questão, Kátia Souto assegurou que a própria DAGEP foi surpreendida com a notícia e depois se descobriu que havia resistências por parte do CFM, que apontava a exigência da descrição dos protocolos clínicos na Portaria. Ela afirma que também havia resistências de segmentos dentro e fora do governo em relação à redução da idade para atendimento clínico e hormonização, bem como para o atendimento ambulatorial das crianças, conforme registrado na Portaria n. 1.579/2013, que suspendeu os efeitos da Portaria n. 859/13:

[...] Considerando o Parecer n. 8/2013 do Conselho Federal de Medicina que dispõe sobre a terapia hormonal para adolescentes, travestis e transexuais, resolve:

Art. 1º Ficam suspensos os efeitos da Portaria n. 859/SAS/MS de 30 de julho de 2013, até que seja definido os protocolos clínicos e de atendimento no âmbito do processo transexualizador.

Art. 2º Para fins do disposto no art. 1º, o MS convidará representantes dos serviços de saúde que já realizam o referido processo nos termos da Portaria n. 457/SAS/MS, de 19 de agosto de 2008, e especialistas na matéria para definir os critérios de avaliação do indivíduo, de obtenção da autorização dos pais e responsáveis, no caso de faixa etária específica, e de acompanhamento multidisciplinar ao paciente e aos seus familiares.

Parece óbvio, mas é necessário registrar que as pessoas não “viram” trans quando fazem 18 ou 21 anos e que a recusa de enfrentamento da questão, respaldada na complacência do MS e do Estado, que não confrontaram de maneira firme essas resistências, contribuiu para que crianças e adolescentes que potencialmente expressassem formas de sexualidades

¹⁵⁵ Defende-se aqui, em acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente, que crianças são pessoas em desenvolvimento e que, portanto, não devem ser associadas a categorias definitivas. Ser ou não ser trans, nesse caso, é tão somente uma possibilidade.

¹⁵⁶ O Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE) elaborou vasto material educativo sobre gênero e sexualidade que seria distribuído às instituições de todo o país. Entretanto, uma polêmica impediu sua circulação. Em 2011, quando estava pronto para ser impresso, setores conservadores da sociedade e do Congresso Nacional iniciaram uma campanha contra o projeto. Nas acusações feitas, o “kit gay” – como acabou sendo conhecido – seria o responsável por “estimular o homossexualismo e a promiscuidade” entre as crianças. O governo cedeu à pressão e suspendeu o projeto. Ver Nova Escola (2015).

¹⁵⁷ Para maior adensamento dessa discussão, cf.: Leite, 2014.

dissidentes continuassem invisibilizadas e à mercê de toda sorte de violências potencialmente perpetradas pelas instituições, pelas famílias e pela sociedade de maneira geral.

As crianças e adolescentes que poderão vir a se afirmar como trans e que expressam formas dissidentes de sexualidade continuam e continuarão existindo, mas o Estado não foi capaz, sequer, de sustentar um atendimento clínico ambulatorial com especialistas, no âmbito do processo transexualizador, que pudesse minimizar as agruras que as desafiam cotidianamente juntamente com suas famílias. O MS não conseguiu criar diretrizes ou mesmo recomendações gerais para que essas crianças e adolescentes pudessem ser atendidas na atenção primária de seus territórios a partir de um olhar mais direcionado a elas pelas equipes de saúde para as suas especificidades com vistas, sobretudo, ao enfrentamento da transfobia que incide sobre elas.

A interlocução dos sujeitos políticos que atuavam em prol da revisão da Portaria do Processo Transexualizador se manteve ativa por cerca de dois anos antes da publicação das novas diretrizes em 2013 e durante todo esse período de aproximação entre os/as gestores/as do MS – por meio da DAGEP – os serviços e o movimento social, não foi dado a conhecer a eles (movimento social, pesquisadores, técnicos/as e coordenadores dos serviços envolvidos na discussão) que havia tramitação em curso do Processo judicial iniciado em 2001.

É importante fazer esse registro, porque, como se verá adiante, a publicação da Portaria n. 2803/13 fez alusão àquele processo judicial como primeira justificativa da nova Portaria, o que causou grande surpresa entre os sujeitos partícipes da construção das novas diretrizes do Programa.

Persistiu entre algumas das pessoas entrevistadas para essa tese uma sensação, segundo elas, de que sua participação naquele processo político teria sido usada como álibi para o MS se justificar perante as interpelações do Ministério Público e que pouco do que se estava supostamente criando naquele espaço teria alguma serventia, por que no final das contas, o que teria impacto, seria o atendimento das demandas judiciais, sem grandes preocupações sobre a forma como isso se daria, contudo, não foi possível concluir que de fato elas tenham razão em suas suspeições. Indagada sobre essa questão Kátia Souto ressaltou o seguinte:

A Portaria acaba incluindo a decisão do Tribunal do RS... É tão maluco isso, que a gente sabia que tinha o processo e não acompanhou o trâmite jurídico. Já estávamos caminhando com o processo trans, não sabíamos que essa entrada por causa do nome e da cirurgia que algumas pessoas trans tinham acionado no RS, tinha virado um processo nacional. Eu não sabia. Eu fiquei sabendo quase que na véspera quando a Portaria [859/13] está quase elaborada... Então, até esse período a gente não sabia o que estava tramitando, a gente, eu estou dizendo, nós pessoas que estávamos mais

à frente, tipo eu e o Fogolin, porque essas coisas jurídicas chegam direto para a assessoria do Ministro, não chega para área (EN8) (SOUTO, 2019).

Todavia, embora esse posicionamento da ex-gestora, de certa forma, sugira que ela não tenha tido todas as informações necessárias que seu cargo exigia no que tange a essa questão, em consulta ao *site* do TRF-4 foi possível constatar que a Ação Judicial iniciada em 2001 (Quadro 5) prosseguiu sistematicamente e sem interrupção durante todo o período em que as Portarias foram discutidas, inclusive tendo se movimentado até o ano 2020. Em 2009, o MS desistiu da ação sinalizando que ofertaria a assistência pleiteada. No entanto, a Portaria de 2008 não contemplou os homens trans e as travestis e, após aquele período, o andamento do processo judicial foi retomado e várias audiências foram realizadas nas quais se tratava da exclusão dos homens trans e das travestis da assistência. Durante todo aquele tempo, o MS resistiu à possibilidade de ofertar a assistência, arguindo para tanto que a inclusão dos homens trans não seria possível por se tratar de procedimentos experimentais, conforme supostamente estabelecia a Resolução do CFM.

Dessa forma, é de se indagar que motivações teria o MS ao não informar aos/as técnicos/as/as que estavam conduzindo aquelas discussões e mobilizações para a revisão da Portaria, que havia em andamento interpelações sistemáticas do processo judicial que poderiam potencialmente mudar a rota das ações articuladas até então. O processo demandava respostas dos desdobramentos da política em curso, para inclusive retroalimentar as respostas que seriam dadas pelo Estado ao Ministério Público no desenrolar daquele processo.

Quadro 5 – Movimentação referente a Ação Civil Pública Nº 2001.71.00.026279-9 (RS) 0026279-80.2001.4.04.7100 e 5081241-40.2016.4.04.7100 em ordem cronológica decrescente.

AÇÃO CIVIL PÚBLICA Nº 2001.71.00.026279-9 (RS) / 0026279-80.2001.4.04.7100									
Data	de		autuação: 13/08/2001					00:00:00	
Observação: POSSIBILITAR		A	REALIZACAO		DE	CIRURGIA		PELO	SUS
Número		da					Caixa: 0735DIG/17		
Juiz: Bruno		Brum					Ribas		
Órgão	Julgador: Juízo		Substituto	da	4ª	VF	de	Porto	Alegre
Órgão Atual: ARQUIVO – PORTO ALEGRE									
16/11/2017 15:17 Recebimento ORIG: 4ª VARA FEDERAL DE PORTO ALEGRE -									
10/11/2017 16:54 Baixa Definitiva – Processo Migrado – Remetido a(o) GR:17/0013937									
DEST:ARQUIVO – PORTO ALEGRE.									
05/06/2017 14:35 Recebimento ORIG: CENTRAL DE DIGITALIZAÇÃO DE PROCESSOS -									
01/06/2017 16:31 Remessa Interna GR:17/0006661 DEST:4ª VARA FEDERAL DE PORTO ALEGRE.									
07/12/2016 13:44 Recebimento ORIG: 4ª VARA FEDERAL DE PORTO ALEGRE									

06/12/2016	16:12	Remessa Interna	GR:16/0021285	DEST:CENTRAL DE DIGITALIZAÇÃO DE PROCESSOS	–	PORTO	ALEG.
06/12/2016	16:04	Ato Ordinatório	–	Processo Registrado no Sistema e-Proc	Passando a tramitar	exclusiv.de	forma eletrônica nº50812414020164047100
05/12/2016	16:44	Despacho/Decisão	–	Determina Intimação	–	Abrir	documento
10/10/2016	15:51	Expedido	Ofício	–	Abrir		documento
03/10/2016	18:26	Autos	com	Juiz	para		Despacho/Decisão
30/08/2016	15:36	Juntado(a)	PETIÇÃO – UNIÃO FEDERAL	–	16/0112118	–	29/08/2016 16:47
30/08/2016	15:36	Recebimento	ORIG: ADVOCACIA GERAL DA UNIÃO				
15/08/2016	11:22	Remessa Externa	CARGÃO AGU GR:16/0015120	DEST:ADVOCACIA GERAL DA UNIÃO.			
01/08/2016	13:33	Juntado(a)	PETIÇÃO – MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL	–	16/0098564	–	27/07/2016 17:45
01/08/2016	13:33	Recebimento	ORIG: MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL				
20/07/2016	13:41	Remessa Externa	GR:16/0013726	DEST:MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL.			
11/05/2016	17:28	Expedido	Ofício	–	Abrir		documento
28/04/2016	18:25	Decurso		de			Prazo
05/04/2016	14:16	Decurso		de			Prazo
07/03/2016	13:24	Lavrada	Certidão OFÍCIOS	REMETIDOS	EM	5-2-2016.	
29/02/2016	15:34	Decurso		de			Prazo
29/01/2016	15:04	Expedido	Ofício	–	Abrir	documento	
29/01/2016	15:03	Expedido	Ofício	–	Abrir	documento	
29/01/2016	15:03	Expedido	Ofício	–	Abrir	documento	
29/01/2016	15:02	Expedido	Ofício	–	Abrir	documento	
22/01/2016	17:22	Despacho/Decisão	–	de Expediente	–	Abrir	documento
21/01/2016	16:18	Autos	com	Juiz	para		Despacho/Decisão
04/12/2015	16:51	Ato Ordinatório	–		Abrir	documento	
30/11/2015	13:36	Recebimento	ORIG: MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL				
24/11/2015	14:56	Remessa Externa	GR:15/0025272	DEST:MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL.			
17/11/2015	16:29	Juntado(a)	PETIÇÃO – MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL	–	15/0198628	–	11/11/2015 16:14
06/11/2015	15:38	Decurso		de			Prazo
20/10/2015	14:29	Juntado(a)	PETIÇÃO – FFM – FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	–			
15/01/2015	18:34	29	–	14/10/2015			16:36
07/10/2015	16:10	Expedido	Ofício	–	Abrir	documento	
07/10/2015	16:10	Expedido	Ofício	–	Abrir	documento	
07/10/2015	16:10	Expedido	Ofício	–	Abrir	documento	
07/10/2015	16:10	Expedido	Ofício	–	Abrir	documento	
25/09/2015	12:23	Despacho/Decisão	–	de Expediente	–	Abrir	documento
21/09/2015	15:23	Autos	com	Juiz	para		Despacho/Decisão

18/09/2015	13:48	Juntado(a)	PETIÇÃO	–	MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL	–	15/0167614	–
16/09/2015			11:49		–			PETIÇÃO
18/09/2015	13:46	Recebimento	ORIG:	MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL				
08/09/2015	17:25	Remessa Externa	GR:15/0018852	DEST:MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL.				
03/09/2015	13:38	Ato	Ordinatório	–	Abrir documento			
28/08/2015		14:35	Decurso		de			Prazo
10/07/2015		15:26	Decurso		de			Prazo
11/06/2015	14:47	Expedido	Ofício	–	Abrir documento			
11/06/2015	14:46	Expedido	Ofício	–	Abrir documento			
11/06/2015	14:45	Expedido	Ofício	–	Abrir documento			
11/06/2015	14:44	Expedido	Ofício	–	Abrir documento			
02/06/2015	13:37	Juntado(a)	PETIÇÃO	–	MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL	–	15/0105927	–
29/05/2015								16:36
29/05/2015	13:09	Despacho/Decisão	–	de Expediente	–	Abrir documento		
29/05/2015	12:57	Autos	com	Juiz	para			Despacho/Decisão
22/05/2015	11:28	Juntado(a)	PETIÇÃO	–	MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL	–	15/0099542	–
20/05/2015								10:19
22/05/2015	11:28	Recebimento	ORIG:	MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL				
12/05/2015	13:06	Remessa Externa	GR:15/0009568	DEST:MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL.				
11/05/2015	16:12	Despacho/Decisão	–	Determina Intimação	–	Abrir documento		
24/04/2015	17:04	Autos	com	Juiz	para			Despacho/Decisão
17/04/2015	14:00	Juntado(a)	PETIÇÃO	–	UNIÃO FEDERAL	–	15/0073112	–
17/04/2015	13:54	Recebimento	ORIG:	ADVOCACIA GERAL DA UNIÃO				
31/03/2015	11:45	Remessa Externa	CARGÃO AGU	GR:15/0006410	DEST:ADVOCACIA GERAL DA UNIÃO.			
26/03/2015	16:39	Despacho/Decisão	–	Determina Intimação	–	Abrir documento		
13/01/2015	13:27	Autos	com	Juiz	para			Despacho/Decisão
11/12/2014	13:23	Juntado(a)	PETIÇÃO	–	MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL	–	14/0352856	–
11/12/2014								13:23
11/12/2014	13:22	Recebimento	ORIG:	MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL				
13/10/2014	16:00	Remessa Externa	GR:14/0025217	DEST:MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL.				
09/09/2014	13:36	Juntado(a)	PETIÇÃO	–	UNIÃO FEDERAL-AGU-COREMED-PRU4	–	14/0261884	–
08/09/2014	15:00	–	PETIÇÃO	C/DEVOLUÇÃO	DE			AUTOS
09/09/2014	13:05	Recebimento	ORIG:	ADVOCACIA GERAL DA UNIÃO				
07/07/2014	11:41	Remessa Externa	CARGÃO AGU	GR:14/0015974	DEST:ADVOCACIA GERAL DA UNIÃO.			
02/07/2014	19:39	Despacho/Decisão	–	Determina Intimação	–	Abrir documento		
26/06/2014	17:32	Autos	com	Juiz	para			Despacho/Decisão
24/06/2014		19:35	Decurso		de			Prazo
28/05/2014		16:09	Decurso		de			Prazo

30/04/2014	13:22	Expedido	Ofício	–	Abrir documento
27/03/2014	12:39	Juntado(a)	PETIÇÃO – DRA. RENATA MORSCH – 14/0084998 – 26/03/2014 13:38 –		
DEVOLUÇÃO	DOS	AUTOS	COM	PETIÇÃO	– MPF
27/03/2014	12:38	Recebimento	ORIG: ADVOCACIA GERAL DA UNIÃO		
17/03/2014	11:58	Remessa Externa	CARGÃO AGU GR:14/0006231 DEST:ADVOCACIA GERAL DA UNIÃO.		
12/03/2014	15:51	Despacho/Decisão	– Determina Intimação –	Abrir documento	
12/03/2014	15:45	Autos	com Juiz para	Despacho/Decisão	
12/03/2014	15:45	Reativação	do Processo	suspensão/sobrestado	
12/12/2013	18:00	Juntada	– Carta Ordem/Precatória/Rogatória	Cumprida	
12/12/2013	16:32	Ato	Ordinatório JUNTADA	PROMOÇÃO	MPF.
11/12/2013	13:40	Recebimento	ORIG: MINISTÉRIO PÚBLICO	FEDERAL	
25/11/2013	17:30	Remessa Externa	GR:13/0038414 DEST:MINISTÉRIO PÚBLICO	FEDERAL.	
25/11/2013	17:26	Ato	Ordinatório –	Abrir documento	
22/11/2013	15:08	Juntado(a)	PETIÇÃO – UNIÃO-BRENDA-AGU-MG – 13/0455857 – 21/11/2013 17:10		
–	PET.Nº66.599	C/AUTOS-MINISTÉRIO	PÚBLICO	FEDERAL	
02/10/2013	17:13	Suspensão/Sobrestamento	– Diligência (Deprecada/ Rogada/ Solicitada a outro Juízo)		
18/09/2013	11:55	Expedido	Carta Ordem/Precatória/Rogatória –	Abrir documento	
13/09/2013	18:02	Despacho/Decisão	– Determina Intimação –	Abrir documento	
09/09/2013	14:34	Autos	com Juiz para	Despacho/Decisão	
09/09/2013	14:34	Reativação	do Processo	suspensão/sobrestado	
09/09/2013	14:29	Juntado(a)	PETIÇÃO – MINISTÉRIO PÚBLICO	FEDERAL – 13/0360577 –	
09/09/2013					14:29
09/09/2013	14:19	Recebimento	ORIG: MINISTÉRIO PÚBLICO	FEDERAL	
02/07/2013	17:57	Remessa Externa	GR:13/0022777 DEST:MINISTÉRIO PÚBLICO	FEDERAL.	
25/06/2013	11:40	Recebimento	ORIG: ADVOCACIA GERAL DA UNIÃO		
17/06/2013	11:51	Remessa Externa	CARGÃO AGU GR:13/0020384 DEST:ADVOCACIA GERAL DA UNIÃO.		
11/06/2013	13:44	Juntado(a)	PETIÇÃO – UNIÃO FEDERAL – 13/0235796 – 10/06/2013 18:56 – COM AUTOS – DRA. MARIANA CASTILHOS – 8VOL. 1ENVELOPE EM ANEXO – PFR4 – D		
11/06/2013	13:44	Recebimento	ORIG: PROCURADORIA REGIONAL FEDERAL DA 4ª REGI		
07/06/2013	11:50	Remessa Externa	CARGÃO PRF4 GR:13/0019069 DEST:PROCURADORIA REGIONAL	FEDERAL	DA 4ª REGIÃO.
05/06/2013	18:49	Ato	Ordinatório –	Abrir documento	
24/05/2013	13:41	Juntado(a)	PETIÇÃO – UNIÃO-BRENDA-AGU-MG – 13/0205731 – 20/05/2013 16:52		
–	PETIÇÃO DIVERSA	NR 66.285/2013-S/AUTOS-MINISTÉRIO	PÚBLICO	FEDERAL	
21/05/2013	00:48	Disponibilização de Ato Ordinatório no dia 21/05/2013 (Boletim JF 204/2013) –	Abrir documento		
16/05/2013	16:19	Remessa para disponibilização no Diário Eletrônico de Ato Ordinatório 204/2013 no Diário	Eletrônico	no dia	21/05/2013

30/04/2013	15:18	Recebimento	ORIG:	ADVOCACIA	GERAL	DA	UNIÃO	
29/04/2013	17:27	Remessa Externa	GR:13/0013343	DEST:ADVOCACIA	GERAL	DA	UNIÃO.	
03/04/2013	13:29	Suspensão/Sobrestamento	–	Por Decisão Judicial	AGUARDANDO	AUDIENCIA		
15/03/2013	19:12	Despacho/Decisão	–	de Expediente	DESIGNADA NOVA	AUDIÊNCIA	03-05-2013,	
ÀS				15			HORAS.	
15/03/2013	16:58	Autos com Juiz para	Despacho/Decisão	Designada nova audiência	03-05-2013	às 15		
horas.		–		Abrir		documento		
15/10/2012	14:56	Cancelamento de Movimentação Processual	DE 31.05.2012 17:31:09 / 070101	–	Autos			
com		Juiz	para	Despacho/Decisão	/			
05/06/2012	14:25	Juntado(a)	PETIÇÃO – UNIÃO FEDERAL – AGU – ADV. PATRÍCIA TRUNFO – EA					
– 12/0316080	– 31/05/2012 18:06	–	PET. S/Nº – REQUER JUNTADA DE OFÍCIO –					
21/05/2012	14:59	Juntado	–	Mandado	Cumprido			
18/05/2012	17:12	Recebimento	ORIG:	ADVOCACIA	GERAL	DA	UNIÃO	
18/05/2012	14:55	Remessa Externa	AOS CUIDADOS DE ROSEMARI	GR:12/0020277				
DEST:ADVOCACIA			GERAL	DA	UNIÃO.			
16/05/2012	11:11	Mandado/Ofício	Devolvido	Cumprido	12/360379			
15/05/2012	18:56	Mandado/Ofício Distribuído para Oficial de Justiça	12/360379 OJ: ISABEL CRISTINA					
NUNE							OBS:	
15/05/2012	16:41	Mandado/Ofício Remetido para Central de Mandados	12/360379					
15/05/2012	14:57	Expedido	Mandado	12/360379				
15/05/2012	14:33	Despacho/Decisão	–	Determina Intimação	–	Abrir	documento	
15/05/2012	13:16	Autos com Juiz para	Despacho/Decisão					
14/05/2012	15:53	Juntado(a)	PETIÇÃO – MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL – 12/0273370 –					
11/05/2012							19:32	
14/05/2012	15:52	Recebimento	ORIG:	MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL				
07/05/2012	16:56	Remessa Externa	GR:12/0018256	DEST:MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL.				
07/05/2012	16:53	Cancelamento de Movimentação Processual	DE 15.12.2011 18:33:51 / 070101	–	Autos			
com		Juiz	para	Despacho/Decisão	/			
15/12/2011	18:33	Juntado(a)	PETIÇÃO – UNIAO-PATRICIA TRUNFO-AGU – 11/0954784 –					
09/12/2011	17:15	–	PET.S/N-PETIÇÃO DIVERSA-S/AUTOS- MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL					
30/11/2011	16:04	Juntado	–	Mandado	Cumprido	284574		
22/11/2011	15:54	Mandado/Ofício	Devolvido	Cumprido	11/0			
21/11/2011	18:52	Mandado/Ofício Distribuído para Oficial de Justiça	11/284574 OJ: CARLOS					
AUGUSTO			BRENN				OBS:	
21/11/2011	16:19	Mandado/Ofício Remetido para Central de Mandados	11/284574					
21/11/2011	14:38	Expedido	Mandado	11/284574				
21/11/2011	13:20	Despacho/Decisão	–	Determina Intimação	–	Abrir	documento	
09/11/2011	15:34	Autos com Juiz para	Despacho/Decisão					
24/10/2011	13:58	Juntado(a)	PETIÇÃO – MPF – 11/0850665 – 21/10/2011 19:06					
24/10/2011	13:58	Recebimento	ORIG:	MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL				

07/10/2011	14:47	Remessa Externa	GR:11/0054265	DEST:MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL.	
07/10/2011	14:43	Ato	Ordinatório	–	Abrir documento
30/09/2011	14:38	Juntado(a)	PETIÇÃO – UNIÃO – AGU – PATRÍCIA TRUNFO – GB – 11/0795784 –		
29/09/2011	17:31	–	PET. S/Nº – MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL – C/AUTOS		
30/09/2011	14:10	Recebimento	ORIG: ADVOCACIA GERAL DA UNIÃO		
22/08/2011	11:51	Remessa Externa	CARGÃO AGU GR:11/0045433	DEST:ADVOCACIA GERAL DA UNIÃO.	
16/08/2011	19:17	Despacho/Decisão	– Determina Intimação	–	Abrir documento
09/08/2011	12:24	Autos	com Juiz para	Despacho/Decisão	
25/07/2011	16:14	Juntado(a)	PETIÇÃO – UNIÃO – AGU – BRENDA RIGON – GB – 11/0605197 –		
19/07/2011	14:03	–	PET. Nº 66463/11 – MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL – S/AUTO		
25/07/2011	16:12	Recebimento	ORIG: ADVOCACIA GERAL DA UNIÃO		
20/06/2011	11:13	Remessa Externa	CARGÃO AGU GR:11/0033244	DEST:ADVOCACIA GERAL DA UNIÃO.	
20/06/2011	11:05	Despacho/Decisão	–	Determina Intimação	
14/06/2011	19:00	Autos	com Juiz para	Despacho/Decisão	
14/06/2011	19:00	Reativação	do Processo	suspensão/sobrestado	
06/06/2011	16:21	Recebimento	ORIG: MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL		
31/05/2011	11:35	Remessa Externa	GR:11/0028563	DEST:MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL.	
05/04/2011	14:09	Suspensão/Sobrestamento	–	Por Decisão Judicial	
17/03/2011	15:59	Juntado(a)	PETIÇÃO – MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL – 11/0213085 –		
16/03/2011					17:01
17/03/2011	15:53	Cancelamento de Movimentação Processual DE 31.01.2011	18:16:58 / 070101 – Autos		
		com Juiz para	Despacho/Decisão	/	.
16/03/2011	15:20	Ato	Ordinatório	–	Abrir documento
31/01/2011	18:18	Juntado(a)	PETIÇÃO – MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL – 10/1185650 –		
21/09/2010					19:37
22/09/2010	11:41	Recebimento	ORIG: MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL		
11/02/2010	13:41	Remessa Externa	GR:10/0008611	DEST:MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL.	
10/02/2010	16:34	Juntado(a)	PETIÇÃO – MPF – 10/0167526 – 09/02/2010	14:36	
10/02/2010	16:34	Juntado(a)	PETIÇÃO – UNIAO-PATRICIA TRUNFO-AGU – 10/0158196 –		
05/02/2010	19:24	–	PET.S/N-JUNTADA DE DOCUMENTOS-S/AUTOS-MINISTÉRIO PÚBLICO FED		
10/02/2010	14:59	Recebimento	ORIG: MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL		
01/02/2010	14:21	Remessa Externa	GR:10/0006210	DEST:MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL.	
28/01/2010	12:54	Juntado(a)	PETIÇÃO – UNIAO-PATRICIA TRUNFO-AGU – 10/0097815 –		
25/01/2010	09:34	–	PET.S/N-PETIÇÃO DIVERSA-S/AUTOS- MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL		
27/01/2010	15:22	Recebimento	ORIG: ADVOCACIA GERAL DA UNIÃO		
11/01/2010	10:55	Remessa Externa	CARGÃO AGU GR:10/0000690	DEST:ADVOCACIA GERAL DA UNIÃO.	
08/01/2010	14:36	Ato	Ordinatório	–	Abrir documento

07/01/2010	13:38	Recebimento	ORIG:	MINISTÉRIO	PÚBLICO	FEDERAL
23/11/2009	15:38	Remessa Externa	GR:09/0095565	DEST:MINISTÉRIO	PÚBLICO	FEDERAL.
20/11/2009	13:24	Juntado(a)	PETIÇÃO – DRA.CIBELE M. FERREIRA-AGU-VBG – 09/1838889 –			
19/11/2009	18:53	– PET.S/N	– C/AUTOS-MINISTÉRIO	PÚBLICO	FEDERAL	
18/11/2009			14:58 Ato			Ordinatório
18/11/2009	14:55	Juntado(a)	PETIÇÃO – DRA.CIBELE M. FERREIRA-AGU-VBG – 09/1818362 –			
17/11/2009	15:15	– PET.S/N	– C/AUTOS-MINISTÉRIO	PÚBLICO	FEDERAL	
18/11/2009	11:24	Recebimento	ORIG:	ADVOCACIA	GERAL	DA UNIÃO
28/09/2009	09:58	Remessa Externa	CARGÃO AGU GR:09/0078763	DEST:ADVOCACIA	GERAL	DA UNIÃO.
24/09/2009			18:46 Ato			Ordinatório
24/09/2009	18:24	Juntado(a)	PETIÇÃO – MINISTÉRIO	PÚBLICO	FEDERAL – 09/1504742 –	
23/09/2009						14:49
24/09/2009	13:30	Recebimento	ORIG:	MINISTÉRIO	PÚBLICO	FEDERAL
11/09/2009	11:03	Remessa Externa	GR:09/0073624	DEST:MINISTÉRIO	PÚBLICO	FEDERAL.
03/09/2009			15:23 Ato			Ordinatório
03/09/2009	15:00	Recebimento	ORIG:	07A	VF	DE PORTO ALEGRE
03/09/2009	15:00	Remessa Interna	GR:09/0071475	DEST:04A	VF	DE PORTO ALEGRE.
03/09/2009	14:59	Recebimento	ORIG:	TRIBUNAL	REGIONAL	FEDERAL DA 4A REGIÃO
04/07/2004	18:06	DISTRIBUIÇÃO POR DEPENDENCIA	Redistribuição por sorteio a novos juízos rd. jef civ do dia 04.07.2004 18:06:58 (Andréia Castro Dias/Juízo Substituto da 4ª VF de Porto Alegre)			
30/10/2001	17:08	REMETIDOS AO TRF	GR:01/0061068	DEST:TRIBUNAL	REGIONAL	FEDERAL DA 4A REGIÃO.
29/10/2001	18:22	RECEBIDOS :	ORIG:	ADVOCACIA	GERAL	DA UNIÃO
11/10/2001	13:45	CARGA :	GR:01/0057655	DEST:ADVOCACIA	GERAL	DA UNIÃO.
11/10/2001	10:13	INTIMAÇÃO		EM		SECRETARIA
11/10/2001	10:13	RECEBIDOS DO JUIZ :		DETERMINA		INTIMAÇÃO
08/10/2001	16:57	CONCLUSÃO		PARA		DESPACHO
08/10/2001	16:45	RECEBIDOS :	ORIG:	ADVOCACIA	GERAL	DA UNIÃO
01/10/2001	14:04	CARGA :	GR:01/0055491	DEST:ADVOCACIA	GERAL	DA UNIÃO.
27/09/2001	15:57	INTIMAÇÃO		EM		SECRETARIA
26/09/2001	17:59	RECEBIDOS :	ORIG:	MINISTÉRIO	PÚBLICO	FEDERAL
29/08/2001	12:02	REMETIDOS AO MPF	GR:01/0049427	DEST:MINISTÉRIO	PÚBLICO	FEDERAL.
29/08/2001	09:58	RECEBIDOS DO JUIZ :	SENTENÇA EXTINÇÃO SEM JULGAMENTO DO MÉRITO ART. 267, VI, CPC			
27/08/2001	13:02	CONCLUSÃO		PARA		DESPACHO
24/08/2001	18:52	RECEBIDOS :	ORIG:	MINISTÉRIO	PÚBLICO	FEDERAL
23/08/2001	13:04	REMETIDOS AO MPF	GR:01/0048336	DEST:MINISTÉRIO	PÚBLICO	FEDERAL.
23/08/2001	13:02	RECEBIDOS DO JUIZ :		AO	MINISTÉRIO	PÚBLICO
17/08/2001	17:05	CONCLUSÃO		PARA		DESPACHO

17/08/2001 16:53	RECEBIDOS	:	ORIG: RS999999	–	PROCURADOR-PERITO-ESTAGIÁRIO-
16/08/2001 17:58	CARGA	:	L19 057 GR:01/0046988	DEST:	PROCURADOR-PERITO-ESTAGIÁRIO-
N/I					(OAB:RS999999).
16/08/2001	14:00 MANDADO				JUNTADO
16/08/2001	10:40 MANDADO	DEVOLVIDO	CUMPRIDO	1	(1-COI49)
15/08/2001 10:49	MANDADO DISTRIBUÍDO AO OFICIAL DE JUSTIÇA CLARICE 11118 (1-COI49)				
14/08/2001 18:46	RECEBIDOS	DO	JUIZ :	DETERMINA	INTIMAÇÃO
14/08/2001	13:07 CONCLUSÃO	COM	PETIÇÃO	INICIAL	
14/08/2001 13:05	RECEBIDOS	:	ORIG: DISTRIBUIÇÃO	–	PORTO ALEGRE
13/08/2001 17:12	DISTRIBUIÇÃO AUTOMATICA Distribuição sorteio do dia 13.08.2001 17:12:48 (				
VERBENA DUARTE BRITO DE CARVALHO/JUÍZO SUBS. DA 07A VF DE PORTO ALEGRE					
AÇÃO CIVIL PÚBLICA Nº 5081241-40.2016.4.04.7100 (Processo Eletrônico – E-Proc V2 – RS)					
Data	de	autuação: 13/08/2001			00:00:00
Tutela: Não					Requerida
Juiz: BRUNO					RIBAS
Órgão	Julgador: Juízo	Substituto	da	4ª	VF de Porto Alegre
Situação: MOVIMENTO					
Justiça					gratuita: Não requerida
Valor					da causa: 1000.00
1. Tratamento médico-hospitalar, Pública, DIREITO DA SAÚDE					
AUTOR: MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL					
RÉU: UNIÃO – ADVOCACIA GERAL DA UNIÃO					
ASSISTENTE DE ACUSAÇÃO: DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO					
Nome: ANA PAULA CARVALHO DE MEDEIROS – MPF-POA (Procurador do AUTOR)					
Nome: DARLAN DE CARVALHO JUNIOR (Advogado do RÉU)					
Nome: DANIEL MOURGUES COGOY (Procurador do ASSISTENTE DE ACUSAÇÃO)					
Nome: GABRIEL SAAD TRAVASSOS DO CARMO (Procurador do ASSISTENTE DE ACUSAÇÃO)					
13/08/2020 11:54 – 88. PETIÇÃO PROTOCOLADA JUNTADA – Refer. ao Evento: 83 – PETIÇÃO					
13/08/2020 11:54 – 87. Confirmada a intimação eletrônica – Refer. ao Evento: 83					
06/08/2020 14:59 – 86. PETIÇÃO PROTOCOLADA JUNTADA – Refer. ao Evento: 84 – PARECER					
06/08/2020 14:59 – 85. Confirmada a intimação eletrônica – Refer. ao Evento: 84					
06/08/2020 10:33 – 84. Expedida/certificada a intimação eletrônica (AUTOR – MINISTÉRIO PÚBLICO					
FEDERAL)	Prazo:	30 dias	Data final:	21/09/2020	23:59:59
06/08/2020 10:33 – 83. Expedida/certificada a intimação eletrônica (ASSISTENTE DE ACUSAÇÃO –					
DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO) Prazo: 30 dias Data final: 25/09/2020 23:59:59					
22/05/2020 11:03 – 82. PETIÇÃO PROTOCOLADA JUNTADA – Refer. ao Evento: 80 – PETIÇÃO					
18/05/2020 23:59 – 81. Intimação Eletrônica – Confirmada – Refer. ao Evento: 80					

08/05/2020	10:42	–	80.	Intimação Eletrônica – Expedida/Certificada (RÉU – UNIÃO – ADVOCACIA GERAL DA UNIÃO)	Prazo: 15 dias	Data final: 16/06/2020	23:59:59
04/05/2020	15:01	–	79.	PETIÇÃO PROTOCOLADA JUNTADA – PETIÇÃO			
06/04/2020	11:20	–	78.	Determinada a intimação – DESPACHO/DECISÃO1			
31/01/2020	14:44	–	77.	Autos com Juiz para Despacho/Decisão			
16/12/2019	03:00	–	76.	Reativação do Processo suspenso/sobrestado			
16/10/2019	14:52	–	75.	Comunicação Eletrônica Recebida Decisão proferida em Agravo de Instrumento Número: 50214217920184040000/TRF			
23/07/2019	18:36	–	74.	PETIÇÃO PROTOCOLADA JUNTADA – PETIÇÃO			
19/07/2019	16:27	–	73.	PETIÇÃO PROTOCOLADA JUNTADA – PETIÇÃO			
11/07/2019	18:40	–	72.	PETIÇÃO PROTOCOLADA JUNTADA – PETIÇÃO			
18/06/2019	18:54	–	71.	Suspensão/Sobrestamento – Aguarda decisão da instância superior			
09/05/2019	22:08	–	70.	PETIÇÃO PROTOCOLADA JUNTADA – Refer. ao Evento: 62 – PETIÇÃO			
07/05/2019	18:24	–	69.	Juntada de certidão – suspensão do prazo – 07/05/2019 até 07/05/2019 Motivo: SUSPENSÃO DE PRAZOS – IMPOSSIBILIDADE TÉCNICA – Portaria nº 831/2019 – Direção do Foro Seção Judiciária do RS			
24/04/2019	19:10	–	68.	Comunicação Eletrônica Recebida Julgado Agravo de Instrumento Número: 50214217920184040000/TRF			
11/04/2019	23:59	–	67.	Intimação Eletrônica – Confirmada – Refer. ao Evento: 62			
03/04/2019	17:30	–	66.	PETIÇÃO PROTOCOLADA JUNTADA – Refer. ao Evento: 61 – CIÊNCIA, COM RENÚNCIA AO PRAZO			
03/04/2019	17:30	–	65.	Intimação Eletrônica – Confirmada – Refer. ao Evento: 61			
02/04/2019	16:13	–	64.	PETIÇÃO PROTOCOLADA JUNTADA – Refer. ao Evento: 60 – CIÊNCIA, COM RENÚNCIA AO PRAZO			
02/04/2019	16:13	–	63.	Intimação Eletrônica – Confirmada – Refer. ao Evento: 60			
01/04/2019	17:45	–	62.	Intimação Eletrônica – Expedida/Certificada – Despacho/Decisão (RÉU – UNIÃO – ADVOCACIA GERAL DA UNIÃO) Prazo: 15 dias Data final: 10/05/2019 23:59:59			
01/04/2019	17:45	–	61.	Intimação Eletrônica – Expedida/Certificada – Despacho/Decisão (AUTOR – MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL) Prazo: 15 dias Data final: 30/04/2019 23:59:59			
01/04/2019	17:45	–	60.	Intimação Eletrônica – Expedida/Certificada – Despacho/Decisão (ASSISTENTE DE ACUSAÇÃO – DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO) Prazo: 15 dias Data final: 29/04/2019 23:59:59			
01/04/2019	17:37	–	59.	Despacho/Decisão – de Expediente – DESPACHO/DECISÃO1			
12/03/2019	17:21	–	58.	Comunicação Eletrônica Recebida Baixado Agravo de Instrumento Número: 50236527920184040000/TRF			
27/02/2019	18:06	–	57.	Comunicação Eletrônica Recebida Julgado Agravo de Instrumento Número: 50236527920184040000/TRF			
26/02/2019	20:39	–	56.	Comunicação Eletrônica Recebida Julgado Agravo de Instrumento Número: 50214217920184040000/TRF			
29/01/2019	16:59	–	55.	Autos com Juiz para Despacho/Decisão			

22/11/2018	17:48	–	54.	PETIÇÃO PROTOCOLADA JUNTADA	–	Refer. ao Evento: 50	–	PETIÇÃO
26/10/2018	23:59	–	53.	Intimação Eletrônica	–	Confirmada	–	Refer. ao Evento: 50
17/10/2018	19:19	–	52.	PETIÇÃO PROTOCOLADA JUNTADA	–	Refer. ao Evento: 49	–	PETIÇÃO
17/10/2018	19:19	–	51.	Intimação Eletrônica	–	Confirmada	–	Refer. ao Evento: 49
16/10/2018	16:12	–	50.	Intimação Eletrônica	–	Expedida/Certificada (RÉU – UNIÃO – ADVOCACIA GERAL DA UNIÃO)	Prazo: 15 dias	Data final: 22/11/2018 23:59:59
16/10/2018	16:12	–	49.	Intimação Eletrônica	–	Expedida/Certificada (AUTOR – MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL)	Prazo: 15 dias	Data final: 12/11/2018 23:59:59
16/10/2018	13:46	–	48.	Despacho/Decisão	–	de Expediente	–	DESPACHO/DECISÃO1
30/08/2018	14:05	–	47.	PETIÇÃO PROTOCOLADA JUNTADA	–	PETIÇÃO		
17/08/2018	16:28	–	46.	PETIÇÃO PROTOCOLADA JUNTADA	–	PETIÇÃO		
13/08/2018	18:31	–	45.	PETIÇÃO PROTOCOLADA JUNTADA	–	PETIÇÃO		
08/08/2018	13:23	–	44.	Autos com Juiz para Despacho/Decisão				
09/07/2018	13:55	–	43.	Comunicação Eletrônica Recebida Decisão proferida em Agravo de Instrumento				
				Número:				50236527920184040000/TRF
20/06/2018	17:46	–	42.	Distribuído Agravo de Instrumento	–	Refer. ao Evento: 37	Número:	
				50236527920184040000/TRF				
14/06/2018	14:13	–	41.	Comunicação Eletrônica Recebida Decisão proferida em Agravo de Instrumento				
				Número:				50214217920184040000/TRF
05/06/2018	17:20	–	40.	PETIÇÃO PROTOCOLADA JUNTADA	–	PETIÇÃO		
05/06/2018	17:17	–	39.	Distribuído Agravo de Instrumento	–	Refer. ao Evento: 36	Número:	
				50214217920184040000/TRF				
28/05/2018	23:59	–	38.	Intimação Eletrônica	–	Confirmada	–	Refer. aos Eventos: 36 e 37
18/05/2018	13:52	–	37.	Intimação Eletrônica	–	Expedida/Certificada	–	Despacho/Decisão (RÉU – UNIÃO – ADVOCACIA GERAL DA UNIÃO)
				Prazo: 15 dias	Data final: 20/06/2018 23:59:59			
18/05/2018	13:52	–	36.	Intimação Eletrônica	–	Expedida/Certificada	–	Despacho/Decisão (AUTOR – MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL)
				Prazo: 15 dias	Data final: 20/06/2018 23:59:59			
18/05/2018	12:41	–	35.	Despacho/Decisão	–	Determina Intimação	–	DESPACHO/DECISÃO1
27/02/2018	15:35	–	34.	Autos com Juiz para Despacho/Decisão				
20/12/2017	15:54	–	33.	PETIÇÃO PROTOCOLADA JUNTADA	–	Refer. ao Evento: 31	–	PETIÇÃO
03/12/2017	23:59	–	32.	Intimação Eletrônica	–	Confirmada	–	Refer. ao Evento: 31
23/11/2017	12:09	–	31.	Intimação Eletrônica	–	Expedida/Certificada (AUTOR – MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL)	Prazo: 15 dias	Data final: 29/01/2018 23:59:59
10/11/2017	14:55	–	30.	PETIÇÃO PROTOCOLADA JUNTADA	–	PETIÇÃO		
08/11/2017	16:50	–	29.	PETIÇÃO PROTOCOLADA JUNTADA	–	PETIÇÃO		
18/10/2017			13:49	–	28.	Juntado(a)		
16/10/2017	09:40	–	27.	PETIÇÃO PROTOCOLADA JUNTADA	–	PETIÇÃO		
28/09/2017	12:51	–	26.	PETIÇÃO PROTOCOLADA JUNTADA	–	Refer. ao Evento: 13	–	CIÊNCIA, COM RENÚNCIA AO PRAZO
08/09/2017	23:59	–	25.	Intimação Eletrônica	–	Confirmada	–	Refer. ao Evento: 13

31/08/2017 17:48 – 24. Juntado – Mandado Cumprido – Refer. ao Evento: 16 – RSPOA04-2017/01866437
(MARIA INÊS LOBATO)

31/08/2017 17:36 – 23. Juntado – Mandado Cumprido – Refer. ao Evento: 15 – RSPOA04-2017/01866486
(TIAGO ROSITO)

31/08/2017 17:28 – 22. Juntado – Mandado Cumprido – Refer. ao Evento: 14 – RSPOA04-2017/01866639
(Diretor do Hospital de Clínicas de Porto Alegre)

30/08/2017 12:31 – 21. PETIÇÃO PROTOCOLADA JUNTADA – Refer. ao Evento: 12 – CIÊNCIA, COM RENÚNCIA AO PRAZO

30/08/2017 12:31 – 20. Intimação Eletrônica – Confirmada – Refer. ao Evento: 12

29/08/2017 19:02 – 19. Mandado/Ofício Distribuído para Oficial de Justiça – Refer. ao Evento: 14 – RSPOA04-2017/01866639

29/08/2017 19:02 – 18. Mandado/Ofício Distribuído para Oficial de Justiça – Refer. ao Evento: 15 – RSPOA04-2017/01866486

29/08/2017 19:02 – 17. Mandado/Ofício Distribuído para Oficial de Justiça – Refer. ao Evento: 16 – RSPOA04-2017/01866437

29/08/2017 15:32 – 16. Expedido Mandado – RSPOA04-2017/01866437
(MARIA INÊS LOBATO)

Central de Mandados de Destino: RSPOACEMPA

29/08/2017 15:32 – 15. Expedido Mandado – RSPOA04-2017/01866486
(TIAGO ROSITO)

Central de Mandados de Destino: RSPOACEMPA

29/08/2017 15:32 – 14. Expedido Mandado – RSPOA04-2017/01866639
(Diretor do Hospital de Clínicas de Porto Alegre)

Central de Mandados de Destino: RSPOACEMPA

29/08/2017 11:50 – 13. Intimação Eletrônica – Expedida/Certificada – Despacho/Decisão (RÉU – UNIÃO – ADVOCACIA GERAL DA UNIÃO) Prazo: 15 dias Data final: 03/10/2017 23:59:59

29/08/2017 11:50 – 12. Intimação Eletrônica – Expedida/Certificada – Despacho/Decisão (AUTOR – MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL) Prazo: 15 dias Data final: 25/09/2017 23:59:59

29/08/2017 11:50 – 11. Audiência Designada – Testemunhas da Acusação – Local 4ª Vara Federal da Justiça Federal – 17/10/2017 14:30

29/08/2017 11:04 – 10. Despacho/Decisão – Determina Intimação – [DESPACHO/DECISÃO1](#)

01/08/2017 16:28 – 9. Autos com Juiz para Despacho/Decisão

07/07/2017 19:08 – 8. PETIÇÃO PROTOCOLADA JUNTADA – Refer. ao Evento: 3 – PETIÇÃO

15/06/2017 23:59 – 7. Intimação Eletrônica – Confirmada – Refer. ao Evento: 3

08/06/2017 16:13 – 6. PETIÇÃO PROTOCOLADA JUNTADA – Refer. ao Evento: 4 – CIÊNCIA, COM RENÚNCIA AO PRAZO

08/06/2017 16:13 – 5. Intimação Eletrônica – Confirmada – Refer. ao Evento: 4

05/06/2017 18:51 – 4. Intimação Eletrônica – Expedida/Certificada (RÉU – UNIÃO – ADVOCACIA GERAL DA UNIÃO) Prazo: 15 dias Data final: 03/07/2017 23:59:59

05/06/2017 18:51 – 3. Intimação Eletrônica – Expedida/Certificada (AUTOR – MINISTÉRIO PÚBLICO

FEDERAL)	Prazo:	15	dias	Data	final:	10/07/2017	23:59:59
31/05/2017	06:02	–	2.	Juntada	–	Íntegra	do processo
06/12/2016 16:04 – 1. Cadastramento Eletrônico de Processo Físico							

Fonte: TRF-4

Assim, não conformado com as resistências do Estado em resolver essa questão, o Ministério Público por meio de reiteradas interpelações ao MS questionou se não haveria desigualdade na forma de tratamento entre pessoas trans e as pessoas cisgêneras. Esse questionamento provinha do fato de que as cirurgias de neocolpovulvoplastia e de neofaloplastia são procedimentos médicos ofertados no âmbito do SUS, em princípio, a todos os indivíduos que deles necessitem em função de lesão grave na genitália, sendo que no caso das neofaloplastias, estas vinham sendo sistematicamente negadas aos homens trans.

Em resposta aquela interpelação, o MS afirmou não haver quebra de isonomia na forma de tratamento, na medida em que, segundo sua argumentação, a distinção não tem relação com o sexo do paciente, mas sim com a “natureza da doença”, sendo evidente a diferença entre uma lesão grave na genitália e o transexualismo¹⁵⁸.

Causa surpresa o nível dessa resposta tendo em vista que em 2013, período em que se tornou pública a decisão do Juiz Roger Raupp Rios, já havia acontecido inúmeros debates dentro do MS que questionavam a patologização das identidades trans. Isto nos leva a crer que as discussões travadas durante os encontros organizados pela DAGEP não saíam daquele espaço, não conseguindo penetrar nos núcleos duros do poder/saber médicos.

Também fica claro nesta resposta que o próprio MS, numa perspectiva explícita de violência institucional, foi o primeiro a instituir uma “régua de sofrimento” na qual hierarquizava quem merecia ou não ter acesso a determinados procedimentos ofertados em função da “natureza de sua lesão”.

O fato é que não havia interesse do MS em ofertar a assistência reivindicada pelas pessoas trans, especialmente aos homens e, ao que parece, toda a mobilização orquestrada em torno da revisão da Portaria, atenderia aos objetivos de se criar um simulacro de participação democrática, angariar adesão política por parte do movimento social ao governo Lula e “mostrar serviço” para o Ministério Público postergando ao máximo o processo na tentativa de, ao fim, negar a assistência ou pelo menos retardá-la e/ou restringi-la no limite.

¹⁵⁸ Informações contidas na exposição do Voto do então Juiz Federal Roger Raupp Rios do Tribunal Regional Federal da 4ª Região/Apelação Cível Nº 2001.71.00.026279-9/RS, 2013.

Coube ao próprio TRF-4 derrubar aquela argumentação a partir da formação de juízo por meio das várias diligências e oitivas a especialistas do campo dos estudos de gênero, do campo médico especializado (dentre os/as profissionais e gestores/as do HPCA/RS), do CFM e, sobretudo, dos/as próprios/as técnicos/as/as, especialistas e gestores/as do MS. O TRF-4 buscava compreender se, do ponto de vista jurídico, haveria algum obstáculo para a inclusão destas cirurgias dentre os procedimentos previstos na Tabela SIH-SUS, na forma como eram referidos na Resolução do CFM.

Consta na exposição do voto do Juiz Roger Raupp Rios na Ação Civil Pública que aqui se discute, que ao ser arguido pelo Ministério Público acerca do caráter experimental das cirurgias destinadas aos homens trans, as autoridades médicas e científicas, vinculadas ao HC de Porto Alegre, responderam e sustentaram com vasta documentação anexada, que a faloplastia não se tratava de procedimento experimental e que experimental não seria a técnica, “mas e tão somente, a autorização para o seu exercício”. Em seguida, os/as especialistas ressaltaram o seguinte:

A práxis de há muito é conhecida em nível internacional, inclusive no próprio HCPA, onde a equipe do Prof. Walter Koff já realizou, com êxito, 44 (quarenta e quatro) procedimentos semelhantes, sendo certo, ademais, que a própria Entidade de Classe não liberaria atividade de tão alta complexidade, sem que houvesse um mínimo de conhecimento e certeza científicas.¹⁵⁹

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HC de Porto Alegre também formulou resposta aos questionamentos do Ministério Público, manifestando-se de forma semelhante em relação aos dois tipos de cirurgia, tanto para os homens quanto para as mulheres trans:

O Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA, por solicitação da Consultoria Jurídica da Instituição analisou a situação das cirurgias de transgenitalização dos tipos neocolpovulvoplastia e neofaloplastia, quanto aos aspectos assistenciais e de pesquisa envolvidos nestes procedimentos. [...] Os procedimentos cirúrgicos utilizados no HCPA para o tratamento de pacientes portadores de transexualismo já estão consagrados na literatura científica mundial. Existem artigos publicados desde a década de 1960 que avaliam estes procedimentos. Estas cirurgias são utilizadas para fins terapêuticos em vários países do mundo. O item 1 da Resolução n.1482/97 do CFM, que estabelece os aspectos deontológicos e práticos a respeito desses mesmos procedimentos autoriza, a título experimental, a realização dos procedimentos de neocolpovulvoplastia e neofaloplastia como tratamento para os casos de transexualismo. Esta Resolução não caracteriza o procedimento como experimental, mas sim estabelece que a autorização ainda não é dada de forma definitiva.¹⁶⁰

¹⁵⁹ A ação pode ser encontrada no seguinte link: <https://trf-4.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/1135946/apelacao-civil-ac-26279>

¹⁶⁰ A ação pode ser encontrada no seguinte link: <https://trf-4.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/1135946/apelacao-civil-ac-26279>

De acordo com Raupp Rios, o Ministério Público analisou os termos da Resolução do CFM no que tange as cirurgias de neocolpovulvoplastia e neofaloplastia e não questionou a acuidade científica do posicionamento daquele Conselho quanto aos procedimentos expressos em suas resoluções.

Ao indicar necessidade de se fazer uma leitura “correta” do que dispõe a Resolução, ele ratifica a inexistência de qualquer empecilho à realização da neocolpovulvosplastia em hospitais públicos, sejam eles universitários, aparelhados para a pesquisa científica ou não, mas se posiciona de forma contrária ao entendimento do CFM e do MS, no que se refere ao caráter experimental da neofaloplastia:

Quanto à neofaloplastia, a leitura da Resolução merece maior cuidado. Como entender a Resolução quanto a este procedimento cirúrgico? O que é experimental? A cirurgia de neofaloplastia ou a autorização, do ponto de vista ético-disciplinar, que o CFM concede ou não aos médicos que têm o seu exercício profissional sob fiscalização? Uma leitura atenta da Resolução impõe a conclusão de que o que é experimental é a autorização, não a cirurgia em si. Com efeito, diz o artigo 2º da Resolução: “Autorizar, ainda a título experimental, a realização de cirurgia do tipo neofaloplastia e/ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários como tratamento dos casos de transexualismo”. A redação é clara: o que é experimental é a autorização, não a cirurgia. Esta, aliás, a interpretação que não só mais se conforma aos termos literais da Resolução, como também a recomendada pela bioética, uma vez que dificilmente se sustentaria que o CFM defendesse posição admitindo que seres humanos sejam submetidos a cirurgias experimentais (EN5) (RIOS, 2019).

Assim, com base nesse entendimento o Ministério Público determinou, em 2013¹⁶¹, que o MS procedesse as condições necessárias para que os hospitais públicos que realizarem os procedimentos cirúrgicos, tanto em homens quanto nas mulheres trans, passassem a ter o direito ao pagamento dos procedimentos, conforme dispusesse a Tabela SIH-SUS.

A decisão do MP ao obrigar o MS pagar pelos procedimentos realizados, não colide em nenhum momento, com os termos da Resolução do CFM, que restringe a autorização para a realização da neofaloplastia a hospitais universitários ou hospitais públicos preparados para a pesquisa. O que a decisão do Ministério Público garantiu, sustenta Raupp Rios, foi que

¹⁶¹ Aqui é importante destacar o protagonismo do judiciário na garantia de direitos das pessoas LGBTIQ+ uma vez que no plano do legislativo federal nenhuma lei importante relativa ao reconhecimento de direitos da população dessa população foi até o momento aprovada. De um modo geral, pode-se dizer que o imobilismo e o conservadorismo têm marcado a ação do Congresso Nacional em relação ao tema. O imobilismo do Congresso se deve em grande parte à influência das religiões cristãs sobre os parlamentares organizados nas chamadas bancadas evangélica e católica. Tais bancadas atuam mais ou menos na mesma direção quando se trata de direitos LGBTIQ+. Embora o legislativo federal brasileiro se mostre particularmente avesso a legislar sobre questões relevantes para esses sujeitos, a eles o judiciário vem estendendo, de modo notável, direitos antes negados, conforme se pode constatar através das recentes decisões envolvendo direitos previdenciários de casais do mesmo sexo, adoção, registro do nome de dois pais ou de duas mães, em vez de um pai e uma mãe, em certidões de nascimento e, portanto, em carteiras de identidade dos filhos, união estável, criminalização da homofobia, o próprio processo transexualizador, entre outros. Cf.: Carrara, 2010.

também os hospitais universitários ou públicos preparados para a pesquisa teriam recursos vindos do SUS, tanto no caso da neocolpovulvoplastia quanto no caso da neofaloplastia (TRF-4, 2013).

Importa destacar que na narrativa de sua decisão, o juiz não deixou de fora as travestis, chamando a atenção para o quão violento pode ser para elas o binarismo de gênero presente, em particular, na interpretação dos formuladores da política e dos/as profissionais de saúde alertando para que essa interpretação fundamentada no binarismo não desse causa a situações de desigualdade, impedindo o acesso delas aos procedimentos previstos no Processo Transexualizador em razão de sua forma de “andar a vida”¹⁶². Diz ele no curso de sua explanação:

[...] as travestis, encarnando quiçá a experiência mais radical da autonomia individual diante das convenções sociais sobre o que é padronizado como "natural" quanto ao sexo e sobre o que é tolerável pelos padrões tradicionais e dominantes de convívio entre homens e mulheres, ousam inventar um novo modo de ser em termos de gênero, transitando verdadeiramente nas "fronteiras do gênero", para usar a expressão de Maria Luiza Heilborn ('Gênero e Sexo dos Travestis', Sexualidade, Gênero e Sociedade, Rio de Janeiro: IMS-UERJ, nº 7-8) (TRF 4, 2013).

Partindo dessa compreensão, Roger Raupp Rios aponta que a inclusão dos procedimentos na Tabela do SUS, está alicerçado na Constituição e nos direitos fundamentais, que tem seu ponto de partida nos direitos de liberdade e de igualdade e na sua dimensão proibitiva de discriminação, princípios que se fortalecem, particularmente, em relação ao direito fundamental à saúde. Portanto, as travestis não devem ser discriminadas e excluídas da assistência em função do binarismo de gênero que atravessa as instituições de maneira geral, particularmente, o campo da saúde (TRF-4, 2013).

Essas argumentações são fruto de um longo processo judicial, que iniciado em 2001 no Rio Grande do Sul, instou o MS, mesmo que contrariado, a construir as diretrizes assistenciais para as pessoas trans no SUS. Esse processamento contou com a convergência de outros vetores que corriam em paralelo, como por exemplo, a atuação do movimento social liderado pelas travestis e transexuais, a participação militante de um grupo de pesquisadores vinculados ao campo das ciências sociais nas temáticas de gênero, diversidade e sexualidades e de coordenadores/as e técnicos/as dos serviços que realizavam essa modalidade assistencial.

¹⁶² Faz-se referência aqui a Georges Canguilhem, sobretudo, as suas reflexões sobre o normal e o patológico, tendo em vista sua contundente crítica ao modelo biomédico e a sua concepção de saúde referida simultaneamente à experiência individual e ao meio em que se vive, bem como a sua compreensão da capacidade que as pessoas têm em desenvolver, individual e coletivamente, formas de transformar sua vida e seu ambiente de vida segundo seus interesses e valores, (re)afirmando suas potências de vida. Fala-se aqui em respeito às singularidades. Cf.: Brito, 2017.

Essa convergência de interesse e de esforços, não foi capaz de fazer frente ao poder/saber médico instituído, ao histórico conservadorismo que é intrínseco à formação da sociedade brasileira e ao projeto privatista, que no campo da saúde, busca a todo custo, adensar a acumulação capitalista por meio da redução de direitos, pela redução de investimentos em políticas sociais, consolidando a punção ao fundo público para destinação das riquezas socialmente produzida pela classe trabalhadora à máxima rentabilidade do Capital. Além disso, é importante ressaltar que o setor saúde tem se convertido em um campo estratégico da acumulação capitalista, que se dá tanto por meio da oferta de seguros privados de saúde, quanto da gestão privada de fundos públicos e da incorporação plena da ciência pelo capital no complexo médico-hospitalar-farmacêutico, conforme apontam Laurel, (2014); Rizzotto e Campos (2016).

O fato é que mesmo com o protagonismo do Ministério Público determinando que as cirurgias de redesignação sexual fossem custeadas pelo SUS, mesmo com uma articulação de esforços de sujeitos políticos que se colocaram atuantes e dispostos a colaborar na construção de diretrizes assistenciais para o atendimento tanto das necessidades específicas quanto as mais amplas das pessoas trans, o Estado brasileiro, por meio do MS, optou por negar esse direito e o pouco que realizou, o fez porque foi obrigado, uma vez que enquanto pôde, desrespeitou e postergou ao máximo as determinações judiciais.

Assim, o MS foi obrigado a incluir as cirurgias de redesignação sexual na Tabela do SUS conforme determinação do Ministério Público e seguindo a lógica privatizante e em acordo com as diretrizes econômicas do Banco Mundial¹⁶³, abandonou sua prerrogativa de se colocar como coordenador/organizador da assistência em escala nacional, com a implicação dos Estados e Municípios na prestação do cuidado, numa atitude que é semelhante à forma como a política de saúde, de uma maneira geral, tem sido conduzida.

A diferença é que foi perdida uma grande oportunidade de organizar a assistência a pessoas trans no país, já que, em tese, a convergência da Ação Judicial, da atuação do

¹⁶³ Desde a criação SUS, em 1988, o Banco Mundial tem demonstrado interesse no setor de saúde brasileiro, especialmente no que se refere às responsabilidades do Estado e à gestão pública. Interesse evidenciado pelo volume de publicações e de contratos de empréstimos estabelecidos com diferentes âmbitos da administração pública que visam interferir na dinâmica desse setor nacional. O direito universal à saúde não faz parte do ideário liberal e também não é mencionado nos princípios filosóficos do Banco. Para esse pensamento, a saúde é considerada um bem de consumo e deve ser oferecida pelo mercado que, supostamente, melhor organizaria a produção, a distribuição e o consumo; a intervenção do Estado deveria ocorrer apenas para regular a oferta e garantir “mínimos essenciais”, organizando ainda um aparato público reduzido que desenvolvesse ações tradicionais de saúde pública, controlando epidemias e riscos tendentes a desestruturar o mercado e nunca como um coordenador nacional com vistas a garantia de universalidade do sistema. Cf.: RIZZOTTO & CAMPOS, 2016.

movimento social, dos/as pesquisadores/as e dos/as técnicos/as/as e coordenadores consolidavam um ambiente fértil nesse sentido. Como aponta o dito popular, estávamos com “a faca e o queijo nas mãos”.

Kátia Souto apesar de afirmar a importância da Ação judicial, sobretudo no que tange ao enfrentamento das resistências institucionais e de grupos conservadores – ambiência que foi muito presente por ocasião da publicação da Portaria n. 859/13¹⁶⁴ – expressa seu entendimento afirmando que a revisão na Portaria e a ampliação na assistência a transexuais aconteceriam, mesmo que não houvesse o processo judicial:

Eu vou te dizer assim: se não tivesse tido a decisão judicial, teria a Portaria? Teria. Ela reforçou. Ela deu uma maior segurança para o Ministro porque tinha pressão contrária a externa, dos setores conservadores. Então ela legitima, dá respaldo, tanto é que eu lembro que ela foi assinada e ela foi suspensa em 24 horas [...] O que ela traz a mais? Ela traz a mais: colocar além da metoidioplastia, a cirurgia do pênis [faloplastia] e aquela outra que você põe o silicone. Então ela traz esse procedimento a mais, tanto é que a gente tem que retomar para incluir, que a gente chegou na consultoria jurídica e falamos: “Ué, mas a gente já pactuou com os movimentos, já aprovou na CONITEC”. Essa é a única parte diferente. O resto na linguagem jurídica já estava posto, entendeu? Então, a Portaria teria. Provavelmente, ela não teria essas duas mudanças que foram importantes, que foram ganhos porque não atrapalhou, é algo a mais. Embora não obrigue oferecer os dois tipos de cirurgias para os homens trans, mas o fato de estar na Portaria, a possibilidade é boa (SOUTO, 2019).

Ela se refere, além do implante mamário das mulheres trans que até então não havia previsão de custeio, aos procedimentos cirúrgicos destinados aos homens trans, que foram incluídos na Portaria n. 2803/13, mas não na Tabela de Procedimentos do SUS:

Art. 15. O SUS realizará, em caráter experimental, os procedimentos de vaginectomia e neofaloplastia com implante de próteses penianas e testiculares, clitoroplastia e cirurgia de cordas vocais em pacientes em readaptação para o fenótipo masculino, nos termos da Resolução nº 1.955, de 3 de setembro de 2010, do Conselho Federal de Medicina (CFM), que dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.652 de 2002. Parágrafo único. Os procedimentos descritos no “caput” somente poderão ser realizados em estabelecimentos definidos como hospitais de ensino, habilitados para realização da Atenção Especializada no Processo Transsexualizador, bem como a partir da assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo paciente.

O otimismo de Kátia Souto em relação à intenção do MS em ampliar e organizar a oferta de ações de cuidado à saúde das pessoas trans não encontra respaldo na realidade, tendo em vista as sistemáticas recusas do Estado em acatar a decisão judicial que, inclusive, era mais simples do que organizar a assistência em âmbito nacional. O Ministério Público tão

¹⁶⁴ Kátia Souto ressalta a importância que a ação judicial teve ao sustentar o posicionamento dos médicos na medida em que lhes deu respaldo para romper com o medo que eles tinham de que a realização dos procedimentos poderia redundar em processos judiciais por mutilação e/ou lesão corporal.

somente determinou que os procedimentos voltados aos atendimentos cirúrgicos das pessoas trans fossem incluídos na Tabela de Procedimentos do SUS.

Ainda que não haja precisão no quantitativo dessa demanda, acredita-se que não se tratava de nada que fosse capaz de onerar irremediavelmente o orçamento da saúde e nem isso foi feito de forma espontânea¹⁶⁵. Ao que parece, organizar a assistência, que é algo muito mais complexo e oneroso, continua sendo postergado.

Cabe apontar aqui que, mesmo com a determinação judicial, o MS ao publicar a Portaria n.859 em 31 de julho de 2013, criou obstáculos para o acesso das travestis, conforme já foi apontado e continuou mantendo a assistência cirúrgica aos homens trans em caráter experimental, quando a ação judicial já havia formulado argumentação em contrário e determinado que o SUS garantisse o custeio desses procedimentos nos hospitais de ensino.

Essa resistência em cumprir as determinações judiciais e as constantes estratégias de postergação em ofertar a assistência, particularmente a revogação em 24 horas da Portaria n. 859/13, fez com que o Ministério Público desse um ultimato ao MS, exigindo a imediata publicação de nova Portaria em que as determinações, quanto à oferta da assistência, fossem cumpridas.

Assim, em 13 de setembro de 2013, o Juiz Roger Raupp Rios proferiu decisão, da qual extraio alguns fragmentos:

O Ministério Público Federal, autor desta Ação Civil Pública, ora em fase de execução, requer que "seja pessoalmente intimado o Ministro de Estado da Saúde para que dê cumprimento à decisão das fls. 978-9 em sua integralidade, no prazo de 30 dias, ao término do qual requer a incidência de multa diária fixada em R\$ 100.000,00, em caso de omissão relativamente à inclusão de quaisquer dos procedimentos fixados na decisão das fls. 978-9, sem prejuízo de eventual responsabilização pessoal por omissão e imposição de multa à União (fl. 1020-1021).[...] "o que se julga importante destacar, entretanto, é que a União, por quase quatro anos, vem reiteradamente descumprindo a decisão judicial transitada em julgado, culminando com a suspensão, pelo Ministro de Estado da Saúde, um dia após sua publicação, dos efeitos da Portaria n. 859/SAS/MS, que representava significativo avanço no cumprimento da sentença exequiênda." (fl. 1020). [...] O MPF também salientou que, apesar do conteúdo da Portaria n. 859 (suspensa pela Portaria n. 1.579) avançar quanto ao cumprimento do julgado, nela ainda não constaram os procedimentos de neofaloplastia, implante de próteses peniana e escrotal e implante de próteses mamárias. No entanto, diante do quadro descrito (transcurso de 4 anos desde o início da execução, sucessivos pedidos de dilação de prazo, notícias repetidas de insucesso administrativo, suspensão de Portaria que contemplava avanços no cumprimento do Acórdão, um dia após sua publicação), foi ultrapassado, há muito, o limite que a mais dilatada tolerância impõe ao Poder

¹⁶⁵ Não existe dados quantitativos organizados por fontes oficiais que informem o perfil da população trans e suas demandas. Os dados existentes são produzidos pelas Organizações Não Governamentais e órgãos de defesa dessa população. A única possibilidade oficial de produzir dados sobre a população LGBTIQ+ se limita a Ficha do SINAN disponíveis nos serviços de saúde para notificação de violências e agravos, mas que nem sempre são preenchidas corretamente.

Judiciário, sob pena de violação dos direitos fundamentais protegidos pelo provimento judicial transitado em julgado, de esvaziamento do direito constitucional de ação e de desobediência à autoridade estatal que emana da coisa julgada em direção aos agentes estatais por ela alcançados e obrigados. [...] Deste modo, não resta a este Juízo senão a imposição de penalidade financeira ao ente estatal inadimplente, bem como determinar a intimação pessoal do Senhor Ministro de Estado da Saúde, na forma do requerido pelo Ministério Público Federal. Medidas estas a serem determinadas em atenção ao requerido pelo MPF, sem prejuízo, em caso de novo descumprimento, de adoção de outras medidas (*verbi gratia*, conforme a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça e do Supremo Tribunal Federal, a possibilidade de bloqueio de verbas; conforme precedente do Tribunal Regional Federal da 4ª Região, até mesmo a obrigação judicial de edição de Portaria por parte do agente estatal).[...] Diante da dimensão do descumprimento, da recalcitrância observada e da gravidade da violação aos direitos fundamentais envolvidos, determino, nos termos do requerido pelo Ministério Público Federal: (1) a intimação pessoal do Senhor Ministro de Estado da Saúde, para que dê cumprimento integral, no prazo de 30 dias, da decisão às fls. 978-979; (2) a imposição de multa, no montante de R\$ 100.000,00 (cem mil reais) por dia de descumprimento, em caso de omissão relativamente à inclusão de quaisquer dos procedimentos fixados na decisão das fls. 978-9. Intimem-se. Cumpra-se, com urgência (TRF-4/Roger Raupp Rios, 2013).

A longa citação, além de demonstrar o nível de dificuldade imposto pelo Estado para a oferta da assistência, derruba qualquer otimismo na crença de que o Estado ampliaria e/ou trabalharia para a organização dessa política no país, independentemente da ação do Ministério Público. Inclusive, a Portaria 2803 publicada em 19 de novembro de 2013 manteve a recusa da determinação judicial de inclusão das cirurgias dos homens trans na Tabela de Procedimentos do SUS, o que só foi cumprido em 2019, portanto na atual gestão do governo Bolsonaro, com a publicação pelo MS da Portaria n. 1.370, de 21 de junho de 2019 em cumprimento à nova determinação judicial. Além disso, o imobilismo na coordenação e organização da assistência também é uma forma de não cumprir o determinado, ainda que pareça que está cumprindo, uma vez a política foi formalmente instituída.

Todo esse contexto explicitado até aqui, é revelador das razões pelas quais a publicação da Portaria n. 2803/13 traz em seu preâmbulo a citação a Ação Judicial iniciada em 2001 no Estado do Rio Grande do Sul e, de certa forma, eclipsa o protagonismo da participação social dos sujeitos envolvidos na discussão das diretrizes da revisão da Portaria n. 457/08, sobretudo porque muito pouco do que foi discutido e acordado naquele processo foi acatado, de fato, pelo MS e pelos estados e municípios, corresponsáveis pela organização e oferta da assistência. No final das contas, de maneira muito precária e sob “vara”, o que o MS conseguiu ofertar, foi o custeio dos procedimentos previstos na Portaria, conforme já apontado.

Assim, a divulgação da publicação da nova Portaria, sobretudo o seu preâmbulo, causou alguma surpresa nos sujeitos partícipes da discussão para sua reformulação, porque não era de conhecimento da maioria dos/as envolvidos/as de que o processo iniciado em 2001

e do qual o MS havia publicamente declinado em 2009, continuava em tramitação e interpelando sistematicamente o MS. Para não restar dúvidas de que as determinações seriam cumpridas a partir de então, a redação da Portaria n 2.803, de 19 de novembro de 2013, que redefine e amplia o Processo Transexualizador no SUS, inicia da seguinte forma:

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e *Considerando a decisão judicial transitada em julgado proferida nos autos da Ação Civil Pública nº 2001.71.00.026279-9/RS*, que versa sobre a implantação no SUS de cirurgias de readequação sexual; *Considerando a decisão judicial proferida no dia 13 de setembro de 2013 em sede de execução na referida Ação Civil Pública, que determinou ao MS o cumprimento integral, no prazo de 30 (trinta) dias*, das medidas necessárias para possibilitar a realização no SUS (SUS) de todos os procedimentos médicos para garantir a cirurgia de transgenitalização e a readequação sexual no Processo Transexualizador, conforme os critérios estabelecidos na Resolução n. 1.652 de 2002 do Conselho Federal de Medicina [...];

Todavia, como veremos adiante, a alusão à Ação Judicial nos preâmbulos da Portaria não foi garantia de que a determinação seria cumprida, tanto é, que foram necessários mais cinco anos e nova determinação judicial para que as cirurgias genitais dos homens trans fossem incluídas na Tabela de Procedimentos do SUS, fato que só ocorreu, e sem divulgação, em junho de 2019.

A publicação da Portaria n. 2803/13 pelo MS foi recebida com entusiasmo por muitos/as dos que atuaram para a sua concretização, conforme expressam as várias reportagens publicadas na mídia à época, das quais destaquei uma publicada pelo *site da Globo.com*, em 23 de novembro de 2013, que ressalva seja feita a seu tom desrespeitoso, expressa bem qual era o clima do momento:

‘A vitória é nossa’, diz transexual do RS que provocou mudanças no SUS

Renato Fonseca, de 46 anos, integra grupo que iniciou ação judicial. MS anunciou novas diretrizes para mudança de sexo Ao ficar sabendo sobre as mudanças para o atendimento de transexuais e travestis pelo SUS (SUS), publicadas nesta quinta-feira (21) pelo MS, o serígrafo Renato Fonseca, de 46 anos, viu cada vez mais próximo o fim da longa fila de espera que o atormenta há sete anos. Ele é uma das vozes mais graves entre o grupo com cerca de 30 pessoas que ingressou, no Rio Grande do Sul, com uma representação no Ministério Público Federal (MPF) para que o SUS contemplasse transexuais masculinos em cirurgias de trocas de sexo no Brasil. Nascido Rosane Oliveira da Fonseca, Renato esperava há muito tempo pela oportunidade de fazer a cirurgia de troca de sexo. Agora, com as novas diretrizes do MS, válidas para todo país, o procedimento poderá ser marcado a qualquer momento. “Fizemos tudo juntos, a vitória é nossa. A gente vive tapado com roupas em pleno verão. Queremos a liberdade. Estou desde ontem (*quinta*) vibrando muito. É uma alegria enorme”, descreve ao **G1**. Renato adianta que na próxima segunda-feira (25) o grupo estará no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) para dar início ao processo de marcação das cirurgias. “Esperamos que o hospital agilize. A gente passa tanto tempo em avaliação com psicólogos e psiquiatras para que eles tenham certeza da nossa certeza de que, quando chega uma notícia dessas, a ansiedade é quase incontrolável”, afirma. O procurador regional da República da 4ª Região, Paulo Leivas, foi um dos que ajuizaram a ação para que o SUS incluísse na sua lista de procedimentos a cirurgia de transgenitalização, ou mudança de sexo, em

meados de 2002. Cinco anos depois, o Tribunal Regional Federal (TRF) da 4ª Região deu parecer favorável e notificou a União, que recorreu da decisão. As possibilidades de reversão judicial foram esgotadas em 2009. Desde lá, a medida estava sendo descumprida, conforme o procurador. “A União desistiu dos recursos por causa de uma declaração do então ministro da Saúde (José Gomes Temporão), que declarou ser favorável ao direito dos transexuais. Ou seja, a decisão transitou em julgado. O SUS começou a oferecer o procedimento a transexuais femininos e ignorou os masculinos até hoje”, explica. O Programa de Transexualidade do HCPA é coordenado pelo cirurgião Walter Koff, também professor de urologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Ele também exaltou as mudanças anunciadas pelo MS. “Temos 32 pacientes na fila esperando essa Portaria para poder retirar *mamas, ovários e útero. Isso vai ser muito importante.*” (...) Para Koff, o ideal para o paciente é passar pelo tratamento o quanto antes. “*Vamos reivindicar que se abaixe a idade mínima para a cirurgia e para o tratamento com hormônios. Quanto antes, melhor. Como esse processo começa na infância, quando eles têm 16 anos, já estão no fim da puberdade e têm condições de tomar a decisão.*”. Segundo ele, o tratamento precoce pode evitar sofrimentos no âmbito social e afetivo (23/11/2013 07h00 **Caetano Freitas – Do G1 RS**).

Ainda que houvesse entusiasmo por parte de alguns, conforme expresso pela coordenadora do serviço do RS, de SP e de Goiás, serviços mais alinhados com a perspectiva do MS, que avaliaram que a Portaria significou uma vitória importante, também houve recepção mais crítica, sobretudo por parte dos/as pesquisadores/as. Isso aconteceu, a exemplo de Flávia Teixeira, que também coordena um serviço ambulatorial, Berenice Bento, Daniela Murta e Tatiana Lionço, parte do movimento social e alguns/algumas técnicos/as dos serviços, sobretudo, do CRT/SP e do HUPE/UERJ. Tatiana Lionço, por exemplo, chamou a atenção para o fato de a Portaria expressar a centralidade médica e persistência da lógica focada nas modificações cirúrgicas:

O problema da revisão é que ela prioriza a inteligibilidade médica e ainda que tenha sido afirmado a atenção integral à saúde, isso não foi implementado. Todos esses centros de referência... você vai ver que eles são focados nas modificações corporais. A psicologia é entendida como parte disso. Entendeu? O Serviço Social vai ser referido a isso. O cuidado às pessoas trans não vai ser entendido como atenção integral à saúde. E aí os ambulatorios surgiram. Eu acho que pra desestabilizar um pouco essa lógica, pra trazer uma perspectiva mais de atenção integral à saúde. E volto a dizer, eles não estavam previstos originalmente, mas aí quando o MS vê isso pipocar, meio que incorpora numa ideia de uma rede do processo transexualizador. Mas isso não era a ideia original (EN20) (LIONÇO, 2019).

A nova Portaria não avançou na superação da patologização e manteve o diagnóstico como critério de acesso, ratificando o protagonismo exercido pela vertente biomédica vinculada ao MS e ao CFM. Além disso, ela retrocedeu em relação à Portaria n. 859/13 (revogada) no que diz respeito à idade mínima, já que ela estabelecia 05 anos de idade para atendimento ambulatorial, no caso das crianças, 16 anos para início do acompanhamento hormonal e 18 anos para a realização dos procedimentos cirúrgicos.

A nova Portaria, no entanto, manteve os limites de idade estabelecidas pela Portaria n. 457, de 19 de agosto de 2008, de 18 e de 21 anos, para início de atendimento ambulatorial e cirúrgico, respectivamente¹⁶⁶, não havendo avanço neste quesito. No que tange a assistência ambulatorial, a Portaria trouxe alguma novidade, que serão problematizadas mais adiante.

Também não houve avanço no que se refere ao custeio pelo SUS dos procedimentos de vaginectomia e neofaloplastia com implante de próteses penianas e testiculares, bem como na clitoroplastia, considerados como experimentais. E, portanto, só podem ser realizados em estabelecimentos definidos como hospitais de ensino e sob assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelo/a usuário/a paciente. Cabe lembrar que a recusa em ofertar essa modalidade assistencial se deu mesmo com a determinação do Ministério Público, que já havia formado juízo de que experimental era apenas a autorização para a realização dos procedimentos e não a realização das cirurgias. Ele também já tinha determinado a inclusão desses procedimentos na Tabela de Procedimentos do SUS, ficando, assim patente, o desrespeito a uma determinação judicial.

Todavia, ela apresenta como novidade alguns aspectos que não foram tratados na Portaria de 2008¹⁶⁷ e que entraram nas novas diretrizes, ao que parece, muito mais pela pressão exercida pelo Ministério Público do que pelo entendimento construído por meio das discussões travadas nos encontros organizados pela DAGEP. Foram eles:

Tratamento hormonal no processo transexualizador – Consiste na utilização de terapia medicamentosa hormonal disponibilizada mensalmente para ser iniciada após o diagnóstico no Processo Transexualizador (estrógeno ou testosterona).

Mastectomia simples bilateral em usuária sob processo transexualizador – procedimento cirúrgico que consiste na ressecção de ambas as mamas com reposicionamento do complexoaréolo mamilar.

Histerectomia c/ anexectomia bilateral e colpectomia em usuárias sob processo transexualizador – consiste no procedimento cirúrgico de ressecção do útero e ovários, com colpectomia;

¹⁶⁶ Ao longa da pesquisa para a elaboração dessa tese, por mais que eu tentasse, não descobri o que motivou o limite de 21 anos para a realização das cirurgias no âmbito do processo transexualizador. Ao que parece, essa normativa de 21 anos como um dos critérios de acesso às cirurgias corresponde a uma adesão, quase confessional/religiosa, do MS às normativas do CFM, que na Resolução de 2010 estipulava esse limite etário. Com a mudança da Resolução do CFM no final de 2019, a expectativa é que, numa possível nova revisão, esse limite de idade seja alterado para a maioridade civil, 18 anos, portanto.

¹⁶⁷ Os procedimentos “Acompanhamento do usuário(a) no processo transexualizador exclusivo nas etapas do pré e pós-operatório”, “Redesignação sexual no sexo masculino”, “Tratamento hormonal preparatório para cirurgia de redesignação sexual no processo transexualizador”, “Tireoplastia”, e “Cirurgias complementares de redesignação sexual” já constavam na primeira versão da Portaria e se mantiveram em 2013.

Plástica mamária reconstrutiva bilateral incluindo prótese mamária de silicone bilateral no processo transexualizador – Consiste em cirurgia Plástica mamária reconstrutiva bilateral complementar ao processo de redesignação sexual no sexo masculino no processo transexualizador, incluindo implante de prótese mamária de silicone bilateral.

Acompanhamento de usuário(a) no Processo Transexualizador exclusivamente para atendimento clínico – Consiste no acompanhamento de usuário(a) no Processo Transexualizador com atendimento mensal por equipe multiprofissional, diferente do acompanhamento exclusivo das etapas no pré ou pós-operatório no processo transexualizador.

Quando analisei anteriormente a publicação e a quase imediata revogação da Portaria n. 859/13, abordei os limites dos procedimentos nela incluídos, como alguns desses procedimentos são os mesmos da Portaria anterior, farei apenas breves apontamentos complementares a análise já realizada.

Quanto ao “tratamento hormonal no processo transexualizador”, que antes era limitado às mulheres trans, na nova Portaria, eles foram estendidos também aos homens trans. A “Mastectomia simples bilateral”, que aparecia na Portaria n. 859/13 foi mantida sem a inclusão de procedimentos para masculinização do peitoral, que era uma reivindicação dos homens trans.

O procedimento de “Histerectomia c/ anexectomia bilateral e colpectomia” seguiu da mesma forma, sem nenhuma alteração em relação à Portaria revogada, obrigando os homens a fazerem os três procedimentos num mesmo ato cirúrgico, ainda que de desejem manter algumas das estruturas do seu corpo.

O procedimento de “Plástica mamária reconstrutiva bilateral incluindo prótese mamária de silicone bilateral” consistiu numa novidade, tendo em vista que não existia anteriormente, embora o valor pago pelo procedimento incluindo as próteses, seja inferior ao custo das mesmas, causando dificuldades no processo de aquisição, sendo esta uma reclamação constante do setor de compras dos hospitais e que foi relatado na maioria dos serviços.

O “Acompanhamento de usuário(a) no Processo Transexualizador exclusivamente para atendimento clínico” também foi uma novidade e possibilitou o acompanhamento das travestis, se é que é possível falar de acompanhamento numa perspectiva de atendimento que se limita a uma única visita mensal a equipe multidisciplinar. Ou seja, hipoteticamente, a título de ilustração, se a equipe for composta por psicólogo/a, fonoaudiólogo/a e assistente social, seria preciso escolher qual profissional registraria o atendimento pela tabela APAC, tendo em vista que o SUS só paga um procedimento mensal nesta modalidade.

Apesar da Portaria ter possibilitado o atendimento às travestis por meio do CID 10 F64.9 (Transtorno não especificado da identidade sexual), onde elas poderiam ser enquadradas, na realidade dos serviços, elas seguem sem atendimento. Ao longo das visitas de campo aos cinco serviços assistenciais, incluindo o ao qual me vínculo, pude perceber que, em sua grande maioria, as travestis, ainda que desejassem teriam seu atendimento dificultado. A coordenadora do RS relata explicitamente que não atende a travestis porque o serviço que coordena é exclusivamente para quem deseja fazer cirurgias, o HC da USP segue o mesmo raciocínio. No HC da UFG o único atendimento possível seria no serviço de Psicologia. No HUPE/UERJ, as travestis só teriam acesso ao Serviço Social e apenas no Recife elas seriam atendidas por toda a equipe multiprofissional.

A despeito da Portaria n. 2803/13 ter apresentado três “janelas” de possibilidades de atendimento às travestis, que seriam o “Acompanhamento de usuário(a) no Processo Transexualizador exclusivamente para atendimento clínico”, o “Tratamento hormonal preparatório para cirurgia de redesignação sexual no processo transexualizador”, e o “Tratamento hormonal no processo transexualizador”, até isso se mostrou irreal. No primeiro caso, o atendimento se limitaria a um atendimento mensal com um dos integrantes da equipe multiprofissional, no segundo caso, isso sequer aconteceria, visto que a descrição do procedimento “Tratamento hormonal preparatório para cirurgia de redesignação sexual no processo transexualizador” restringe o acesso à realização da cirurgia. Este não é o caso das travestis e o Tratamento hormonal no processo transexualizador atrela a prescrição do medicamento ao diagnóstico, o que também as exclui.

As plásticas mamárias incluindo próteses de silicone seriam uma importante medida assistencial que beneficiaria as travestis, inclusive no que se refere à redução de danos quanto à inserção de silicone industrial com bombadeiras, que é uma prática recorrente entre elas e que põe sua saúde em risco. O MS negou esse direito a elas numa flagrante atitude discriminatória, ainda que o agora Desembargador Roger Raupp Rios tenha alertado contra essa prática em sua decisão, ao afirmar que as travestis não deveriam ser discriminadas e excluídas da assistência em função do binarismo de gênero presente, particularmente nas instituições de saúde.

Ao que parece, a Portaria n. 2803/13 incluiu o CID 10 F64.9 nas suas diretrizes com o único objetivo de se justificar perante a Ação Judicial e dar a impressão de que elas seriam contempladas, o que a realidade concreta tem negado, uma vez que a única possibilidade de acesso que a Portaria oferece a elas é o atendimento clínico ambulatorial que, apesar de crescente, ainda é muito precário.

Nessa direção, o ativista Alexandre Peixe foi bastante assertivo ao se posicionar de forma muito ilustrativa sobre o significado da Portaria n. 2803/13:

O avanço foi ter incluído os homens trans dentro da Portaria de 2013, que não tinha na de 2008, mesmo eu estando lá dentro... Em 2013, travestis e homens trans foram inclusos. Agora, eu não tenho propriedade de falar de travestis, mas agora... vamos lá: travesti, o que ela vai buscar? A Portaria é muito focada na cirurgia. Eu ainda acho que é focada na cirurgia... A travesti, ela não quer a cirurgia, a hormonização para travesti, ela ferra com a travesti porque geralmente o hormônio que é dado pra elas, brocham... então não existe um estudo: isso para qualquer um, para homem trans, mulher trans, travesti... não existe uma pesquisa sobre os hormônios usados. Eu sou homem trans, você é homem trans... Somos diferentes biologicamente de saúde, então assim: NEBIDO¹⁶⁸ pra mim a cada três meses, NEBIDO pra você a cada três meses. Não tem um estudo... é NEBIDO pra um, pra outro, e outro, e outro... Tem meninos que não se dá bem com NEBIDO. Eu não me dava bem com DURATESTON¹⁶⁹. O NEBIDO me fez bem, mas tem muito menino que não..., *“mas é isso que estou te dando, é pegar ou largar”*. Entendeu? Isso é uma coisa muito forte. E a questão das travestis, por exemplo? Fala-se das travestis, mas não se oferece prótese mamária no HC: *“gastar dinheiro pra homem por peito, pô!”*, *“vai gastar dinheiro para mulher virar homem?!”* Você tem muitos estados que não fazem, não querem credenciar por conta disso (EN3), (PEIXE, 2019, f. ?).

Assim, a Portaria n. 2803/13, apesar de retoricamente apontar para a inclusão na assistência, tanto das travestis quanto dos homens trans, ela na verdade, avança muito pouco nessa direção. Primeiramente, porque como não houve coordenação nacional para a organização da assistência nos estados, os atendimentos não fluem, acontecem em número muito reduzido, deixando uma enorme demanda reprimida e obrigando as unidades assistenciais a interromperem o acesso de novos/as usuários/as por incapacidade de absorção e de resolução das demandas apresentadas. Dessa forma, poucas pessoas são atendidas, sobretudo, nas demandas cirúrgicas.

Em segundo lugar, a forma como o MS redigiu a Portaria induz a uma falsa percepção de ampliação assistencial, como é o caso já demonstrado aqui da inclusão das travestis. Em realidade, continuam desassistidas, e também, dos homens trans, que tiveram uma inclusão extremamente precária. Apesar da publicação da Portaria legitimar o reconhecimento tardio de que as cirurgias de histerectomia total não poderiam ser consideradas experimentais, como foi na Portaria de 2008, e o Estado ter levado cinco anos para incluí-las na Tabela do SUS,

¹⁶⁸ Trata-se de uma medicação hormonal denominada undecanoato de testosterona, vendido para uso oral e injetável. É um medicamento usado principalmente no tratamento de baixos níveis de testosterona em homens, o que inclui terapia hormonal para homens trans. Cf.: <http://redetransbrasil.org.br/wp-content/uploads/2018/03/Cartilha-Homens-Trans.pdf>

¹⁶⁹ Trata-se de medicação hormonal indicada para reposição de testosterona em homens melhorando os sintomas causados pela insuficiência de testosterona. Trata-se de um medicamento disponível em farmácias em forma de injetável, apresentando diferentes velocidades de ação, o que lhe permite ter uma ação imediata e prolongada por 3 semanas dos efeitos desejados. Cf.: <http://redetransbrasil.org.br/wp-content/uploads/2018/03/Cartilha-Homens-Trans.pdf>

esses procedimentos continuam não acessíveis. Falarei mais sobre isso, quando for apresentada no terceiro capítulo, a produção quantitativa dos serviços.

Além disso, ainda que o Ministério Público tenha determinado e informado dois meses antes da publicação da Portaria n. 2803/13 que as cirurgias de vaginectomia e metoidioplastia não teriam caráter experimental, o MS decidiu não acatar a determinação mantendo esses procedimentos nessa condição, e, portanto, não os remunerando. Este fato não só desestimula a oferta do procedimento pelos serviços, como também gera prejuízos na formação médica.

Foram necessários mais seis anos para que o MS acatasse a decisão judicial proferida em 2013 e só o fez mediante nova intervenção do Ministério Público, que precisou se manifestar pelo menos três vezes entre 2016 e 2019, no âmbito da Ação Civil pública de Nº 5081241-40.2016.4.04.7100/RS, como atestam os despachos proferidos pelo Ministério Público Federal datados de 18/5/2018 e 01/04/2019 e constantes na página eletrônica do TRF-4.

No despacho do dia 18/5/2018, o juiz federal BRUNO BRUM RIBAS, diz o seguinte:

Acolho parcialmente a manifestação do Ministério Público Federal (art. 33) pelos fundamentos nela expostos, para determinar que a União cumpra a decisão, incluindo na Tabela de Procedimentos remunerados pelo SUS os procedimentos relativos à redesignação do fenótipo feminino para o fenótipo masculino: (1) vaginectomia e (2) metoidioplastia, que são procedimentos já realizados nos hospitais habilitados pelo MS, no prazo de 60 dias, sob pena de multa diária de R\$ 20.000,00 (TRF-4, 2018).

Assim, mais uma vez a Justiça determinou que, apesar de não constar na tabela de procedimentos remunerados, o procedimento poderia ser realizado em caráter experimental e custeado, como já previsto e não acatado pelo MS até então. Na decisão o Juiz afirma que no curso do processo ouviu a médica Maria Inês Rodrigues Lobato¹⁷⁰ e que segundo ela, não haveria no HC de Porto Alegre, profissionais plenamente habilitados à realização do procedimento, tendo em vista que o primeiro procedimento realizado com sucesso teve a participação de um médico já falecido, e o segundo procedimento, não foi bem-sucedido. Naquelas circunstâncias, o juiz entendeu que a inviabilização das cirurgias não estava exclusivamente atrelada à falta de previsão de remuneração na Tabela de Procedimentos do SUS, tratando-se também de uma questão de ausência de habilitação técnica dos/as profissionais e, por esse motivo, a penalidade foi diminuída, mas a exigência de sua execução foi mantida.

¹⁷⁰ Médica psiquiatra do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, professora do programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e coordenadora do Programa de Identidade de Gênero, PROTIG/HCPA.

Transcorreu mais um ano sem que o MS cumprisse a determinação e, como agravante, responsabilizou o HC de Porto Alegre pelo não cumprimento da ordem, ao justificar que não teria como remunerar procedimentos nos quais não havia profissionais habilitados/as para fazê-lo, justificativa não acolhida pelo juiz que se manifestou da seguinte forma em 01 de abril de 2019:

[...] Acerca da impossibilidade de cumprimento da obrigação decorrente da inexistência de profissionais habilitados junto ao HCPA, o voto é claro quanto à desnecessidade de realização da cirurgia perante o referido hospital, bastando que a instituição seja pertencente ou conveniada ao SUS e capacitada para a referida cirurgia (...) A ausência de profissionais habilitados em número adequado para a disponibilização do procedimento, não pode obstar o cumprimento da clara determinação de inclusão que decorre do julgado, seja porque o Acórdão é também explícito ao afastar o princípio da reserva do possível na concretização da sentença, seja porque decorrido o prazo de dez anos, caberia à Administração ter tomado as providências necessárias para a formação e qualificação de quadro médico capacitado para a implantação da referida política pública. Deste modo, merece provimento ao recurso do MPF (TRF-4, 2019, grifo nosso).

Dessa forma, findada a possibilidade de recurso, o MS foi obrigado a cumprir uma determinação que vinha sendo desrespeitada desde 2013, o que atesta, definitivamente, o indispensável protagonismo do Judiciário para a efetivação das diretrizes do processo transexualizador. Evidencia também como é frágil o nosso processo democrático, uma vez que os espaços de institucionais de participação social e de alargamento da política, na maioria das vezes, tem servido para simular uma realidade democrática inexistente ou muito frágil.

Assim, como fruto desse processo, o MS publicou no Diário Oficial da União de 24 de junho de 2019 a Portaria n. 1370, de 21 de junho de 2019, incluindo as cirurgias de vaginectomia e metoidioplastia na Tabela de Procedimentos do SUS, beneficiando os homens trans:

O SECRETÁRIO-EXECUTIVO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, no uso da competência de Ministro de Estado que lhe foi delegada pela Portaria nº 1.025/GM/MS, de 18 de abril de 2018, no uso de suas atribuições, e Considerando os termos da decisão judicial transitada em julgado proferida nos autos da Ação Civil Pública nº 0026279-80.2001.4.04.7100, para que a União "inclua na Tabela de Procedimentos remunerados pelo SUS os procedimentos relativos à redesignação do fenótipo feminino para o fenótipo masculino: (1) vaginectomia e (2) metoidioplastia, que são procedimentos já realizados nos hospitais habilitados pelo Ministério da Saúde, no prazo de 60 dias, sob pena de multa diária de R\$ 20.000,00 (...) Art. 1º Fica incluído na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, o seguinte procedimento:

Procedimento:	04.09.07.031-9 – REDESIGNAÇÃO SEXUAL NO SEXO FEMININO
Descrição:	Consiste em vaginectomia e metoidioplastia com vistas à transgenitalização feminino para masculino impostas por decisão judicial. Este procedimento só poderá ser realizado em caráter experimental; autorizado mediante apresentação de projeto de pesquisa em conformidade com a Resolução 466/2012 da Comissão Nacional de Ética na Pesquisa (CONEP); e registrado no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) por hospitais universitários habilitados para a atenção especializada no processo transexualizador.(BRASIL, MS:2019)”

Fonte: MS/GM/Portaria n. 1370, de 21 de junho de 2019.

Um aspecto central da nova Portaria que se relaciona à existência do programa e que ficou no campo discursivo, foi a possibilidade de implicação dos estados e municípios na organização e oferta da assistência nas realidades locais. Apesar da Portaria enunciar uma arquitetura de responsabilização e envolvimento dos demais entes federativos na prestação da assistência, o MS não se colocou como articulador nacional neste processo e os estados e municípios, em sua grande maioria, se omitiram e não desempenharam o seu papel, que não necessariamente depende do gestor federal, pois dispõem de autonomia para implementarem ações de saúde em seus territórios.

Assim, ainda que a Portaria apresente uma estruturação com o cumprimento de todos os ritos formais para o desenho da política, isso não redundará, necessariamente, na sua efetivação, embora ter essa inscrição nas normativas legais seja fundamental para que a expectativa de direito possa se concretizar mediante pressão política e/ou jurídica.

A Portaria ancorada nos princípios e diretrizes do SUS elenca uma série de ações que irão demandar o comprometimento dos entes federados na sua materialização, o problema é que para além da formalidade textual e retórica desses princípios, temos a realidade concreta e é nessa realidade que a vida acontece. Uma realidade atravessada pela lógica desumanizadora do Capital e conduzida pelos interesses de máxima lucratividade. Nessa perspectiva, não há espaço para mais Estado, não há espaço para ampliação de direitos e da proteção social.

Ainda que o Estado expresse os princípios do SUS na nova Portaria, sabe-se que este discurso é pouco confiável, uma vez que ele próprio cria embaraços para a fluência da política, tendo em vista que sua materialização fere os interesses da aliança entre o Estado e o mercado, bem como representa maiores dificuldades relacionadas a pleitos eletivos, frente ao eleitorado conservador.

A coordenação nacional do processo transexualizador demanda empenho político e financeiro para o estímulo aos entes subnacionais na sua organização local. A própria gestão

federal encontrava restrições financeiras e estruturais para fazer as visitas técnicas aos estados e municípios, tendo em vista que as equipes técnicas do MS, além de diminutas, eram majoritariamente compostas por profissionais contratados/as precariamente como consultores/as e sem direitos trabalhistas, por exemplo. Tais restrições, de certa forma, impactaram na realização das visitas em nível nacional, porque era difícil para um pequeno número de técnicos/as, ter que se dividir para as executarem nacionalmente. Esse foi apenas um entre todos os outros limites.

O que se percebeu durante a pesquisa de campo, por meio das entrevistas com os/as ex-gestores/as e técnicos/as dos serviços, foi que a questão envolvendo a materialização da política nos estados estava além das possibilidades e interesses individuais de quem se encontrava à frente do processo¹⁷¹. Ela se relacionava à ausência de interesse político, por parte do Estado nas suas três esferas de governo, em implementar as ações necessárias para que a política acontecesse. A ausência de coordenação nacional é uma decorrência desse processo. É nesse sentido que tomo as observações feitas por Liliane Caetano¹⁷², assistente social do Instituto de Psiquiatria da USP:

Olha, eu vejo o processo trans como a analogia dos próprios serviços, né? Sempre tiveram muitos/as profissionais comprometidos/as, mas também para eles não tiveram a estrutura e a vontade política de que realmente se estruturasse em nosso país... Isso nunca aconteceu. Isso não aconteceu em outros governos... Então, em termos de governo, porque vai para além do desejo e da vontade política individual e da articulação, vai para além da capacidade de um/a ou outro/a profissional, como a Kátia Souto ou Fogolin que sempre se mostraram muito esforçados, foram sempre abertos. É fato. Assim como nos serviços, a gente também encontra profissionais qualificados/as, que buscam a qualificação por si, né? Mas dizer que teve, de fato, interesse desse governo? Não teve. Não teve, né? Se tivesse, a gente teria uma lei, a gente teria algo mais sólido para esse processo, o que a gente não tem. É o presente que nos fala da história, né? se a gente olhar para trás, a forma como gente está hoje diz da história. a gente não teve e não acho que tenha sido por falta de empenho das pessoas que estavam à frente, mas a política não se desenvolveu dessa forma e aí é uma questão dos governos de não terem transformado isso numa política pública de estado e não de governo. Que lei que a gente aprovou, gente? vai dizer que não tinha condições políticas pra se aprovar leis? tinha, gente, tinha. as leis, elas não iriam resolver todos os problemas, mas seria uma maior segurança. Chega uma hora em que a discussão esgota, que você não vai pela discussão, você tem aquela referência, né? a gente não tem isso no processo transexualizador (EN2) (CAETANO, 2019).

¹⁷¹ Chama-se atenção aqui para a necessidade de compreender esse processo no contexto da crise capitalista contemporânea global e na forma como o Brasil, uma país de economia dependente, situado na periferia do capital, respondeu a essa crise ao longo de seus diferentes governos, explicitada numa histórica relação orgânica entre o Estado e o Capital, na qual se entrecruzam crises econômicas, políticas e sociais, com desdobramentos para todas as esferas do estado, particularmente para o campo da saúde, onde se localiza a crise da saúde pública brasileira, evidenciada, sobretudo, por meio do seu insuficiente financiamento estatal e crescentes formas de privatização. Cf.: Mendes & Carnut, 2020; Bravo et al, 2019.

¹⁷² Liliane Caetano é assistente social do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, atuando junto à crianças e adolescentes trans. Integrou o Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (CNCD/LGBT), representando o Conselho Federal de Serviço Social.

Ao que parece, a ausência de vontade política, é determinada pela forma como o estado se estrutura para responder as demandas das organizações capitalistas ao imporem a lógica de Estado mínimo para os direitos da classe trabalhadora e maximização dos lucros capitalistas, que se dá de forma associada a um caldo ideológico que lhe é próprio, composto por valores morais conservadores, pelo fundamentalismo religioso neopentecostal, que conforma uma realidade extremamente adversa à estruturação das políticas públicas de maneira geral, e mais intensamente hostil às diversidades, seja étnico raciais, seja as relacionadas a gênero e expressão das sexualidades dissidentes, que fujam ao padrão socialmente estabelecido.

Assim, a materialização do processo transexualizador, de forma a se constituir numa política pública de qualidade, não depende exclusivamente das ações e intenções individuais de seus agentes, mas compõe um conjunto de políticas mais amplas que são paulatinamente atingidas por sucessivos ataques oriundos de uma lógica privatizante das políticas sociais alcançada por meio da aliança entre os governos e o empresariado, que no caso da saúde, se expressa como uma intensa ofensiva contra o SUS, sufocando-lhe e negando-lhe as condições estruturais para que possa atender as necessidades de saúde dos/as seus usuários/as. Trata-se, então, de situar a crise na saúde pública no cerne da crise do capitalismo.

Num Estado federativo existe independência e autonomia entre os entes, cada esfera de governo possui suas competências e atribuições, não existindo possibilidade de determinações verticais. Isso obriga cada ente a desempenhar seu papel de determinado modo. Dessa maneira, esse processo é eminentemente político e demanda uma coordenação nacional que se disponha a investir capital político e financeiro para o estímulo, particularmente, de políticas para grupos que enfrentam discriminações resistências por motivações morais como é o caso das populações negligenciadas (LGBTIQ+, negros, encarcerados, entre outros).

A Portaria 2803/13 apresenta uma estruturação formal que diz:

Art. 2º São diretrizes de assistência ao usuário(a) com demanda para realização do Processo Transexualizador no SUS: (...) III – integração com as ações e serviços em atendimento ao Processo Transexualizador, tendo como porta de entrada a Atenção Básica em saúde, incluindo-se acolhimento e humanização do atendimento livre de discriminação, por meio da sensibilização dos trabalhadores e demais usuários e usuárias da unidade de saúde para o respeito às diferenças e à dignidade humana, em todos os níveis de atenção.

Art. 3º A linha de cuidado da atenção aos usuários e usuárias com demanda para a realização das ações no Processo Transexualizador é estruturada pelos seguintes componentes:

I – Atenção Básica: é o componente da Rede de Atenção à Saúde (RAS) responsável pela coordenação do cuidado e por realizar a atenção contínua da população que está sob sua responsabilidade, adstrita, além de ser a porta de entrada prioritária do usuário na rede; e

II – Atenção Especializada: é um conjunto de diversos pontos de atenção com diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações e serviços de urgência, ambulatorial especializado e hospitalar, apoiando e complementando os serviços da atenção Básica de forma resolutiva e em tempo oportuno.

Art. 4º A integralidade do cuidado aos usuários e usuárias com demanda para a realização das ações no Processo Transexualizador no Componente Atenção Básica será garantida pelo:

(...)

II – Encaminhamento regulado ao Serviço de Atenção Especializado no Processo Transexualizador.

(...)

Art. 7º Fica definido que, para fins de habilitação no Componente Atenção Especializada no Processo Transexualizador, os gestores de saúde interessados deverão cumprir as Normas de Habilitação previstas no anexo I, conforme modalidade assistencial ambulatorial e/ou hospitalar do estabelecimento de saúde a ser habilitado, e encaminhar à Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade (CGMAC/DAET/SAS/MS):

I – Documento que comprove aprovação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou, quando for o caso, no Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF) sobre o Processo Transexualizador, conforme definidos nesta Portaria; e

II – Formulário de vistoria, devidamente assinado pelo gestor de saúde, para habilitação do estabelecimento de saúde no Componente Atenção Especializada no Processo Transexualizador, conforme anexo II a esta Portaria, seja para modalidade ambulatorial e/ou hospitalar (MS/SAS PORTARIA 2803/13, grifo nosso).

O desenho da estruturação do SUS nas localidades regionais não tem sido suficiente para a garantia da efetivação da política e a realidade enfrentada nos cotidianos dos serviços demonstra que, concretamente, houve pouca mudança após a publicação da Portaria e um empenho pouco efetivo do MS na dinamização desse processo. Isso também não deixa de ser uma opção política, dado que “não fazer” também constitui um projeto político, sobretudo, numa conjuntura de contenção de gastos nas políticas públicas.

O investimento na coordenação nacional para a formação de rede assistencial, apesar de existente, foi muito frágil. É o que aponta Raquel Silva, uma das técnicas que atuaram na gestão do processo transexualizador:

Aquela época, a gente conseguiu ampliar ambulatorios e colocar luz na rede. Trazer essa discussão da rede. Porque quem for habilitado a partir de 2014, vai ter que apresentar uma rede: uma estrutura de rede. Então assim: a parte ambulatorial está ruim ainda, tá escassa, mas já tá numa rede. A hospitalar é o principal gargalo. Se eu tenho mais ambulatorio, vai ampliar a demanda pro hospital. Mesmo que a gente saiba que muitas pessoas não querem fazer cirurgia de transgenitalização total, querem fazer uma reparadora, querem colocar um seio, querem retirar um seio, fazer uma tireoplastia, querem fazer alguma cirurgia do processo transexualizador que requer acesso à atenção especializada (EN13) (SILVA, 2019).

2.2 Entraves na implementação do Processo transexualizador e os desafios locais

Assim, a arquitetura apresentada na Portaria em vigência atende a uma formalização necessária do próprio desenho da política. No entanto, concretamente será necessário um intenso processo político nas realidades locais para eleger essa política como uma prioridade e para que seja pautada nos fóruns e instâncias que respondem por seu enraizamento.

Assim, os estados e municípios precisam discutir essa assistência nos conselhos de saúde, precisam inseri-la nos planos estaduais e/ou municipais de saúde, precisam habilitá-las nos comitês adequados para esse fim, para que se possa definir a estruturação e a formatação da rede assistencial. Isso é importante também para a regulação do acesso aos serviços, sobretudo quando também se considera as necessidades de investimento nas unidades hospitalares, que tem se constituído num grande gargalo, conforme apontou a ex-técnica da gestão do MS.

Ainda que se reconheça as dificuldades de mobilização e organização política que tem sido uma marca desse tempo, os movimentos sociais que lutam pelo direito a saúde, o movimento LGBTIQ+ e os Conselhos de Saúde detém potencialidade para construir uma perspectiva de pressão política e elevação dessas demandas das realidades concretas locais, de onde elas brotam, sobre as instâncias da gestão.

Dessa maneira, talvez seja possível vislumbrar alguma possibilidade de formulação e implantação de políticas de saúde que atendam às necessidades desses grupos, num movimento inverso ao que foi adotado na institucionalização do processo transexualizador pelo MS. Assim, em vez de uma política de “cima para baixo”, pode-se vislumbrar a construção de um modelo assistencial de “baixo para cima” e mais factível, ainda que se considere o contexto de precarização das políticas de proteção social que perpassa nossa existência.

A estruturação e formação da rede assistencial ambulatorial e hospitalar são medidas necessárias e que demandam o interesse político de priorizar ou não determinada política e o poder de pressão dos movimentos sociais locais que lutam em defesa da saúde sobre os governos. Eu penso que uma dentre as saídas possível para o impasse que atravança o processo transexualizador na atualidade, pode residir na capacidade de mobilização e pressão desses sujeitos sobre as gestões das esferas locais, o que também não deixa de ser um desafio frente à crescente desmobilização dos movimentos nesses espaços.

Todavia, é necessário reconhecer o nível de dificuldades presente nessa possibilidade de incidência local da militância, haja vista as práticas clientelistas, o conservadorismo moral

e o dogmatismo religioso que se naturalizou como prática rotineira nas relações políticas locais, em grande parte do país. Isso leva a pensar no tamanho do desafio que terá um município ou estado que tem o seu capital político assentado em pautas fundamentalistas religiosas, para compor e organizar uma rede assistencial nos moldes do processo transexualizador.

Sabe-se das dificuldades impostas à atenção primária, que já enfrentava desafios para organização da assistência em saúde nos municípios, dificuldades que aumentaram com as mudanças recentes na estruturação e financiamento da Política Nacional de Atenção Básica¹⁷³. Todavia, dialeticamente, muito em função do perfil dessa modalidade assistencial, que se dá de maneira mais próxima aos/as usuários/as numa relação mais direta entre o/a profissional da saúde e os/as demandatários/as da assistência, este parece ser um caminho que apresenta alguma chance de construção de cuidados para parte das necessidades apresentadas pelas pessoas trans.

É o que tem acontecido em muitos municípios, a exemplo do Rio de Janeiro, em que algumas equipes da Estratégia de Saúde da Família¹⁷⁴, reconhecendo essas demandas como de sua responsabilidade assistencial, começam a fazer pressão política interna para a organização de uma linha de cuidados voltada para as especificidades apresentadas pelas pessoas trans.

Em rápida consulta às lideranças de movimentos sociais LGBTIQ+ e ao Plano Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, pude constatar que a saúde dessa população não tem sido pautada no Conselho Estadual de Saúde e não tem destinação de recursos e de metas a serem cumpridas nem no atual Plano Estadual de Saúde, nem nos dois últimos anteriores.

¹⁷³ A Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017 estabeleceu a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS, representando grande retrocesso no que tange cobertura universal, a segmentação do acesso, a recomposição das equipes, a reorganização do processo de trabalho e a fragilização da coordenação nacional da política. Tal revisão indica sérios riscos para as conquistas obtidas com o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Brasil.

¹⁷⁴ A Estratégia Saúde da Família, entendida como modelo preferencial de reorganização da atenção básica no SUS foi institucionalizada no bojo da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada em 2006, embora programas de saúde da família já existissem no Brasil desde a década de 90. Na PNAB, a atenção básica foi definida como ‘um conjunto de ações de saúde desenvolvidas em âmbito individual e coletivo abrangendo a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde’. Idealmente, essas ações se desenvolveriam por meio de equipes multidisciplinares, em um território geograficamente definido e com sua respectiva população previamente determinada, tornando-se o primeiro ponto de contato da população com o sistema de saúde. Assim, em tese, o programa apresenta uma estratégia de assistência que valoriza os princípios de territorialização, de formação de vínculo com a população, de garantia de integridade na atenção, de trabalho em equipe com enfoque multidisciplinar, de ênfase na promoção de saúde com fortalecimento das ações intersetoriais e de estímulo à participação da comunidade entre outros. Cf.: Macinko & Mendonça, 2018.

Essa realidade irá mudar de acordo com as características de cada estado, mas em geral, o que se notou foi a presença de grandes obstáculos para a consecução dessa política nos estados. Entre eles, o esvaziamento do papel dos Conselhos de Saúde com a transferência das decisões políticas para o arbítrio dos/as gestores/as.

Um subterfúgio construído pelos/as gestores/as de algumas secretarias de saúde tem sido a regulação do acesso às unidades de atenção especializada no Processo Transexualizador sem a devida estruturação da rede de cuidados em saúde. Dessa maneira, alguns estados criaram fluxos para que os/as usuários/as sejam referenciados na atenção primária ou a ambulatorios específicos para atendimento especializado. Isso ocorreu sem que tenham se estruturado para cuidar das demandas gerais e específicas dessas pessoas. Nesse sentido, o objetivo delas irem ao posto de saúde ou ao centro municipal de saúde, em geral, tem sido apenas para “pegar o encaminhamento” ou ser inserido/a no sistema de regulação.

De novo, usando um exemplo do Rio de Janeiro, não temos no estado a estruturação e organização de uma rede assistencial destinada às pessoas trans. O estado estipulou o IEDE como única instituição de referência ambulatorial para os 92 municípios e a regulação das quatro novas vagas de atendimentos semanais disponibilizadas se dá pelo sistema de regulação estadual, tendo a atenção primária como porta de entrada, conforme estipulado pelas normativas. No entanto, essa entrada na atenção primária é apenas uma formalização para efetivar a regulação para o atendimento no IEDE. As pessoas não estão sendo cuidadas conforme suas necessidades, sobretudo porque a maioria dos 92 municípios tem feito muito pouco ou nada para assisti-las.

O IEDE precisou fechar o acesso a novos usuários/as porque contava com 301 pessoas aguardando assistência e não há perspectiva de referenciação regulada dos/as usuários/as lá atendidos/as com demandas cirúrgicas, porque o HUPE/UERJ, que é a unidade de atenção especializada com esse perfil no estado, não foi habilitado pela Secretaria Estadual de Saúde para a prestação dessa assistência.

O HUPE/UERJ, que é referência em cirurgias do processo transexualizador desde o início da década de 2000, precisou interromper o acesso de novos/as usuários/as em função da incapacidade estrutural de absorver e de resolver as demandas por cirurgias.

Assim, o HUPE/UERJ não compõe o fluxo assistencial do estado, porque até hoje não houve medidas efetivas da gestão estadual para estruturar e organizar essa rede. Recentemente, a SES propôs uma organização de fluxo regulatório onde demandava o número de vagas que o hospital poderia oferecer para os atendimentos às pessoas trans, pois há muitas solicitações de atendimento nessa modalidade assistencial. No entanto, a requisição

era para oferta de vagas sem que se resolvesse as dificuldades de prestação da assistência, a fila cirúrgica, a precarização do acesso e a incapacidade de a instituição resolver sozinha, uma questão estrutural, que é de competência do Estado.

Essa dificuldade de organização das redes locais não é uma particularidade do RJ. Encontrei relatos semelhantes em relação a SP, onde a prestação da assistência é atomizada, não obedecendo a uma estruturação em rede, bem como encontrei relatos semelhantes em relação ao RS. Os estados de Goiás e de Pernambuco estão num movimento de estruturação de suas redes, estimulados por gestores/as que tem implicação e comprometimento pessoal com a efetivação da política, seja porque são pessoas que têm trajetória no movimento social em defesa do SUS e das pautas LGBTIQ+, seja pela vivência identitária, como é o caso, por exemplo de Goiás, que tem na equipe da gestão estadual uma mulher transexual tecnicamente qualificada e muito implicada com a organização da assistência naquele estado.

O próprio MS através do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DERAC)¹⁷⁵, declinou no ano de 2017 de sua responsabilidade de coordenar nacionalmente a regulação do acesso ao programa, conforme previsto no artigo Art. 12 da Portaria n. 2803/13:

O acesso aos procedimentos cirúrgicos de que trata esta Portaria será regulado por meio da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), quando houver ausência ou insuficiência do recurso assistencial no Estado de origem, cabendo ao Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC/SAS/MS) adotar as providências cabíveis para sua operacionalização.

Ao longo do ano de 2016, a CNRAC/SAS/MS iniciou um ciclo de visitas aos estados com vistas a implementar a regulação nacional do acesso às cirurgias, o que poderia dar maior transparência e celeridade a este processo e permitir que as pessoas pudessem ser assistidas em outros estados, sobretudo porque existe uma grande desigualdade regional na distribuição dos serviços. Durante as visitas aos hospitais habilitados se constatou grande precariedade na rede assistencial e na regulação local, a interrupção na realização das cirurgias e do acesso a novos/as usuários/as, longas filas cirúrgicas e extenso tempo de espera para a realização dos procedimentos, omissão dos estados na organização do programa, ou seja, os hospitais habilitados não tinham como dar conta da própria fila e muito menos ofertar vagas para serem

¹⁷⁵ O DERAC integra a estrutura da Secretaria de Atenção à Saúde/SAS, sendo responsável pelo desenvolvimento e sistematização das ações de regulação da atenção em saúde em nível nacional, programação das ações e serviços de saúde, gestão e controle de sistemas de informação, e avaliação dos serviços de saúde, além da gestão dos repasses de recursos de Média e Alta Complexidade (MAC/FAEC) e o custeio de Centrais de Regulação.

disponibilizadas nacionalmente. Não havia o que e nem como regular, dado o nível das dificuldades encontradas.

Na verdade, o MS se deparou com uma situação muito caótica, o que não poderia ser diferente, dado que após a publicação da Portaria, não houve alterações que pudessem impactar positivamente o funcionamento dos quatro serviços. Além disso, de acordo com as diretrizes do programa, caberia ao MS por meio do DERAC prestar apoio, sobretudo financeiro, aos estados e municípios nesse processo de organização e regulação do acesso.

Ao se deparar com essa problemática, o DERAC no lugar de investir no suporte aos serviços e cobrar comprometimento e responsabilidades aos estados na organização e oferta da assistência, preferiu desistir de implementar a regulação nacional do acesso e delegar aos estados a competência de organizarem sozinhos a oferta dos serviços. Assim, as providências cabíveis tomadas pelo DERAC/SAS/MS diante da difícil situação constatada foi publicar a Portaria n. 807 de 21 de março de 2017 se desresponsabilizando completamente dessa competência, que até então lhe cabia:

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, SUBSTITUTO, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II, do parágrafo único do art. 87 da Constituição, resolve:

Art. 1º – O art. 12 da Portaria nº 2.803/GM/MS, de 19 de novembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União nº 226, de 21 de novembro de 2013, Seção 1, página 25, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 12 – O acesso aos procedimentos cirúrgicos de que trata esta Portaria, quando houver ausência ou insuficiência do recurso assistencial no Estado de origem, deve ser objeto de pactuação entre os estados solicitantes e executantes, submetidos à regulação de seus respectivos gestores de saúde". (NR)

Art. 2º – Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ANTONIO CARLOS FIGUEIREDO NARDI (BRASIL: PORTARIA 807/2017).

Ou seja, por aquele ato, além de não contar mais com a possibilidade de regulação nacional, perdeu-se também a possibilidade de se ter uma coordenação nacional de um processo que sempre foi muito difícil. Se os estados já não faziam nenhum esforço para habilitar e organizar a política antes dessa Portaria, o receio dos sujeitos que atuam nesse campo é que com essa delegação do MS, os estados se sintam mais autorizados a nada fazerem, pois se esvai uma possibilidade de pressão política.

É importante registrar que apesar dessa mudança ter sido significativa, não foi feita divulgação ou dada qualquer ciência por parte do MS aos serviços e muito menos à militância. Boa parte dos/as interessados/as, tomaram ciência durante a oficina “*Processo Transexualizador no SUS: avanços e desafios*”, ocorrida em 25 e 26 de julho de 2017, na

Fiocruz de Brasília, tendo sido organizada pela SAS/MS e que aconteceu meses depois dessa alteração da Portaria. A sensação entre os presentes era de desânimo, desapontamento, desamparo e a frase mais ouvida era de que o MS tinha “lavado as mãos” em relação ao programa.

Dessa forma, não é exagero sustentar que a Portaria n. 2803/18 não representou ganhos significativos para os quatro primeiros hospitais habilitados. Os dilemas por eles enfrentados permaneceram e até se adensaram porque a publicação das novas diretrizes redundou numa maior expectativa de acesso a novos procedimentos pelo/as usuários/a (tais como as próteses mamárias, a hormonização, a mamoplastia, a histerectomia). Como não houve estruturação da rede assistencial na maioria dos estados, estas instituições que já se encontravam com uma grande demanda reprimida e com uma baixa resolutividade, se depararam com um nível maior de pressão.

Houve, de fato, a partir de 2013, uma busca maior por parte de estados e municípios por habilitações de serviços ambulatoriais, o que significou uma ampliação dessa modalidade assistencial. Como só houve o acréscimo de uma nova unidade hospitalar, que foi o Hospital de Clínicas da UFPE, o escoamento das demandas cirúrgicas não aconteceu, provocando o seu represamento e uma maior pressão sobre os hospitais, que já tinham dificuldades para dar resolutividades as suas demandas originárias.

Além disso, o aumento das habilitações de unidades ambulatoriais, apesar de se constituir medida importante e necessária, não significou a implementação da integralidade do cuidado e a superação da perspectiva da centralidade médico cirúrgica do cuidado¹⁷⁶.

A tendência de aumento no quantitativo de ambulatórios específicos para as demandas de saúde das travestis e transexuais no país após a publicação da Portaria n. 2083/13, significou a expansão de possibilidades assistenciais que não mais se limitavam à meta cirúrgica e criou alternativas de acesso a cuidados para além das cinco unidades especializadas. Nelas o foco maior sempre foram as cirurgias, no entanto, a organização e divulgação dessas informações por parte do MS ainda se dá de forma muito descontínua e incipiente.

Apesar de não existir uma publicação oficial da gestão federal expondo as informações sistematizadas sobre essa expansão, tive acesso aos dados apresentados pelos/as gestores/as do DAET/CGAE/SAS por ocasião do Seminário Comemorativo aos 10 anos do

¹⁷⁶ Cabe lembrar que não é meu objetivo nesta tese fazer uma análise minuciosa da assistência ambulatorial no âmbito do processo transexualizador, embora reconheça que haja necessidade de pesquisas nesse tema. Meu objetivo aqui é tão somente apontar um desdobramento importante da Portaria n. 2803/13.

Processo Transexualizador no Brasil¹⁷⁷, realizado em dezembro de 2018 em Brasília. Além dos dados apresentados naquele Seminário, considereei levantamento feito por Almeida e Santos (2020), numa tentativa de disponibilizar as informações mais atuais possíveis, uma vez que essa realidade tem sido alterada com alguma frequência¹⁷⁸.

Como resultado disso, passo a apresentar a seguir um panorama desse processo de ampliação da assistência ambulatorial no âmbito do processo transexualizador, notadamente a partir de 2014. Inicialmente, apresentarei os ambulatorios habilitados pelo MS, o que inclui a modalidade ambulatorial vinculada aos hospitais de referência, portanto, institucionalizadas desde 2008 e, em seguida, exibirei os ambulatorios de iniciativas locais, muitos deles aguardando habilitação do MS¹⁷⁹.

No que se refere a estes últimos, é bastante comum que essas sejam iniciativas de criação oriundas da “ponta”, onde de um modo geral, os/as profissionais envolvidos/as se interessam individualmente pela questão e/ou são instigados por pressão dos/as próprios/as usuários/as e decidem atuar em prol da abertura daquela alternativa assistencial, sem que isso tenha sido de iniciativa de qualquer instância gestora.

Especialmente a Estratégia de Saúde da Família (ESF), por sua inclinação institucional para a busca da integralidade e da universalidade do acesso, tem também aberto com maior frequência canais de atendimento à população trans, muito mais do que a gestão em saúde, que permanece sem desenhar diretrizes e fluxos de atendimento focados nessa população. Ilustra esta tendência o próprio município do Rio de Janeiro, onde várias unidades de saúde atendem à população trans, sem que a gestão se envolva na organização da assistência e na discussão do programa. No caso de São Paulo (SP), algumas UBS (Unidades Básicas de

¹⁷⁷ Tratou-se de um evento promovido pelo Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, HIV/Aids e Hepatites Virais, com a parceria do Departamento de Atenção Especializada e Temática e o Ministério dos Direitos Humanos, por meio da Diretoria de Promoção dos Direitos LGBT. Aconteceu e, em dezembro de 2018 e teve como objetivo debater sobre o programa instituído em 2008 e pautar as ações necessárias para o avanço do processo transexualizador na perspectiva dos usuários do SUS, as estratégias em saúde para pessoas trans em diferentes pontos das Redes de Atenção à Saúde, como prevenção combinada do HIV e cuidado integral e contínuo de outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). O seminário também homenageou João W. Nery, psicólogo e escritor, considerado o primeiro homem trans do Brasil e árduo defensor dos direitos das pessoas trans, falecido em 2018. Cf.: <https://antigo.saude.gov.br/noticias/sgep/44957-sgep-participa-do-seminario-em-alusao-aos-10-anos-do-processo-transexualizador-no-sus>.

¹⁷⁸ No que tange a essa discussão sobre a tendência da expansão ambulatorial de assistência à saúde de travestis e transexuais considereei as informações de surgimento de novos ambulatorios até o primeiro semestre de 2020.

¹⁷⁹ O crescimento da assistência ambulatorial é um fato, no entanto, a qualidade dessa ampliação precisa ser analisada com cuidado. Das unidades ambulatoriais inauguradas após 2008, apenas sete foram habilitadas pelo MS, o que faz com que os estados ou municípios gestores possam receber as verbas relativas aos procedimentos realizados e as informações acerca da produção ambulatorial sejam disponibilizadas nos sistemas de informação do MS – SAI/SUS/MS.

Saúde) de alguns municípios também atendem, mas a partir de uma orientação e de parcerias com o CRT e, também, a UNIFESP resolveu criar um ambulatório a partir do interesse de um grupo de profissionais e pesquisadores/as estimulados/as pelo movimento social.

No entanto, dentre as unidades ambulatoriais não habilitadas, também se constatou esforços empreendidos a partir da gestão, sobretudo quando nelas atuavam sujeitos políticos implicados com a temática em função da militância pregressa no campo dos direitos humanos/LGBTIQ+ ou por vivência/proximidade com as identidades trans.

É o caso por exemplo de Goiás, cuja gestão estadual da saúde possui uma Coordenação de Promoção de Equidade em Saúde liderada por um militante histórico dos direitos humanos e por uma mulher trans tecnicamente qualificada, que também é funcionária de carreira na Secretaria Estadual de Saúde. Caso semelhante encontramos em Pernambuco, onde há Política Estadual de Saúde Integral LGBT instituída e uma Coordenação de Saúde LGBT conduzida por sujeitos políticos com histórico de militância no campo LGBTIQ+ e dos direitos humanos. Essa relação entre gestores/as marcados/as pela temática dos direitos humanos/LGBTIQ+ e o empenho em instituir políticas públicas específicas voltadas a esse público, especialmente as travestis e transexuais, foi notada em outros estados durante a pesquisa de campo.

Entre as unidades ambulatoriais habilitadas observou-se que, em geral, a iniciativa de organizar e oferecer a assistência, partiu da articulação entre profissionais que tinham proximidade com o tema, representantes do movimento social, integrantes de universidades e gestores/as que se mobilizaram em torno do objetivo de criar alternativas de assistência nos marcos do processo transexualizador. Essas unidades, necessariamente, precisam cumprir (não custa lembrar) as determinações postas pela Portaria no que tange ao rito da pactuação/habilitação nas esferas competentes.

Quadro 6 – Ambulatórios Habilitados

Nº	UF	MUNICÍPIO	INSTITUIÇÃO	ANO DA HABILITAÇÃO
1	RJ	Rio de Janeiro	Instituto de Diabetes e Endocrinologia (IEDE)	2016
2	RJ	Rio de Janeiro	Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ) *	2008
3	MG	Uberlândia	Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia	2016
4	SP	São Paulo	Centro de Referência e Treinamento CRT/DST/AIDS	2016
5	SP	São Paulo	Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da* USP	2008
6	PR	Curitiba	Centro de Pesquisa e Atendimento para Travestis e Transexuais (CEPATT) do Centro Regional de Especialidades (CRE) Metropolitano	2016
7	ES	Vitória	Programa Transexualizador do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes – UCAM/UFES	2016
8	BA	Salvador	Hospital Universitário Professor Edgard Santos (UPES/UFBA)	2018
9	PB	João Pessoa	Ambulatório para Travestis e Transexuais do Hospital Clementino Fraga	2016
10	RS	Porto Alegre	Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA/UFRGS) *	2008
11	GO	Goiânia	Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Goiás*	2008
12	PE	Recife	Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco*.	2014

Fonte: MS - Assistência ambulatorial instituída originalmente com a Portaria 457/08

Quadro 7 – Ambulatórios de Iniciativas Locais

Nº	UF	MUNICÍPIO	INSTITUIÇÃO	ANO DA HABILITAÇÃO
1	SP	São Paulo	Ambulatório Transdisciplinar de Identidade de Gênero e Orientação Sexual (AMTIGOS) do Instituto de Psiquiatria do Hospital de Clínicas da USP	2010
2	SP	Guarulhos	Ambulatório especializado na saúde de transexuais	2017
3	SP	São Paulo	Ambulatório do Núcleo de Estudos, Pesquisa, Extensão e Assistência a Pessoa Trans Professor Roberto Farina da UNIFESP	2017
4	SP	São Paulo	Atenção à saúde de Pessoas Travestis e Transexuais na Atenção primária de São Paulo	2016
5	SP	Ribeirão Preto	Ambulatório de Estudos em Sexualidade Humana (AESH) do Hospital de Clínicas da Universidade de São Paulo – Campus Ribeirão Preto.	2016
6	SP	São José do Rio Preto	Ambulatório Municipal de Saúde Integral de Travestis Transexuais	2008
7	RJ	Niterói	Ambulatório de Atenção à saúde da População Travesti e Transexual João W. Nery	2019
8	MG	Belo Horizonte	Ambulatório de Saúde Integral da População de Travestis e Transexuais Anyky Lima do Hospital Eduardo de Menezes (HEM)	2017
9	SE	Lagartos	Ambulatório de Saúde Integral Trans do Hospital Universitário da Universidade Federal do Sergipe – Campus Lagarto	2016
10	CE	Fortaleza	Ambulatório Serviço de Referência Transdisciplinar para Transgêneros (SERTRANS)	2019

11	BA	Salvador	Ambulatório do Centro Estadual Especializado em Diagnóstico, Assistência e Pesquisa – CEDAP (HIV/AIDS)	2016
12	PI	Teresina	Ambulatório Integrado Dirceu Mendes Arcoverde	2020
13	MA	São Luiz	Ambulatório de Sexualidade do Hospital Universitário da UFMA.	2017
14	PE	Recife	Ambulatório de Saúde de Homens Trans do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM) da Universidade Estadual de Pernambuco	2016
15	AL	Maceió	Ambulatório de Acolhimento e Cuidado Integral de Pessoas Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) HU/UFAL	2019
16	RN	Natal	Ambulatório Estadual de Saúde Integral de Transexuais e Travestis no RN	2019
17	MS	Campo Grande	Ambulatório Transexualizador do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian	2017
18	GO	Goiânia	Ambulatório TX – Serviço Especializado do Processo Transexualizador do Hospital Geral Alberto Rassi	2017
19	GO	Itumbiara	Ambulatório para Travestis e Transexuais do Núcleo de Ações Básica de Saúde – NABS da SMS	2018
20	DF	Brasília	Ambulatório Trans do DF	2017
21	PA	Belém	Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais da Unidade de Referência Especializada em Doenças Infecto-Parasitárias e Especiais (UREDIPE)	2017
22	AM	Manaus	Ambulatório para Transgêneros da Universidade do Estado do Amazonas	2017
23	SC	Florianópolis	Ambulatório Trans – Centro de	2015

			Saúde do Estreito/Lagoa	
24	RS	Rio Grande	Ambulatório Trans do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr.	2016
25	RS	Porto Alegre	Ambulatório para atendimento de saúde integral de homens e mulheres trans e travestis – Centro Municipal de Saúde Modelo	2019

Fonte: MS - Assistência ambulatorial instituída originalmente com a Portaria 457/08

Esses dados (quadros 6 e 7 e figura 7, abaixo) demonstram um intenso crescimento numérico e dispersão territorial das unidades de atendimento ambulatorial para travestis e transexuais nos 10 anos de programa. Hoje elas estão distribuídas na maior parte dos 26 estados brasileiros.

Os dados também apontam que, dos 36 ambulatórios identificados, apenas 1/3 deles é de instituições habilitadas. Os demais, em geral, já cumpriram as exigências referentes aos requisitos para a habilitação impostos pela nova Portaria, enviaram a documentação necessária para o MS e aguardam a efetivação da habilitação, o que lhes garante o recebimento do custeio referente à Tabela de Procedimentos do SUS.

Antes do impeachment de 2016, esse processo de habilitação demorava em média dois anos para ter resultado e as últimas habilitações concedidas são ainda de solicitações feitas durante o governo Dilma Rousseff. Após esse período, nenhuma nova habilitação aconteceu, embora haja solicitações aguardando respostas desde 2017. É o caso do ambulatório do município de Itumbiara (GO) em parceria com o governo de Goiás e do ambulatório do HU da FURG, no RS, entre outros.

A ausência dessas habilitações impõe serias restrições às unidades gestoras dos serviços, sobretudo às universidades, que precisariam realocar recursos de outras finalidades para sustentarem o programa, o que não é um processo simples.

De acordo com o levantamento realizado por Almeida (2020) em 85% dos estados do país se observa a existência de algum ambulatório específico, os quais foram implementados mediante processos locais de pressão política, protagonizados, em geral, por grupos LGBTIQ+, tendo como aliados o Ministério Público e/ou a Defensoria Pública, parlamentares, gestores/as de universidades e instituições de pesquisa, entre outros agentes.

Figura 7 – Mapa de Distribuição Geográfica dos Ambulatórios (continua)



Unidades Ambulatoriais de Saúde Trans Habilitadas e não Habilitadas pelo MS no Brasil

- Manaus/AM - Ambulatório para Transgêneros da UEAM
- Belém/PA - Ambulatório de Saúde Integral para TT- SES e DH
- Palmas/TO - ambulatório de saúde TT consórcio entre secretárias Estaduais e municipais de Palmas/ Araguaína/ Gurupi
- Maceio/AL - Ambulatório de acolhimento LGBT/SES
- Salvador/BA - Ambulatório TT da UFBA
- Fortaleza/CE - ambulatório Sertrans /SES
- São Luís/MA - Ambulatório de Sexualidade UFMA
- João Pessoa /PB- Ambulatório de Saúde Integral TT/UFPB
- Recife/PE - aAmbulatório Espaço Trans da UFPE
- Teresina/PI - Ambulatório Integrado Dirceu Mendes Arcoverde SES
- Natal/RN- Ambulatório de Transexuais e Travestis no RN/ SES
- Lagartos /SE- ambulatório trans de Lagartos UFS
- Brasília/DF - Ambulatório de Gênero da Psicologia/UNB; Ambulatório Trans do DF/SES
- Goiânia/GO - Ambulatório HC/UFG, Ambulatório TX do HGG e ambulatório de Itumbiara
- Cuiabá/MA - Ambulatório Trans do Estado/SES
- Campo Grande/MS - ambulatório Transexualizador de Campo Grande UFMS
- Vitória/ES - ambulatório de Diversidade de Gênero da UFES
- Belo Horizonte/MG - Ambulatório Trans Anyky Lima SES/BH; ambulatório Uberlândia/UFU
- Rio de Janeiro/RJ - Ambulatório de Disforia de Gênero do IEDE/SES, Ambulatório João W Nery SMS/Niterói
- São Paulo/SP - Ambulatório do CRT/SES/SP, Ambulatório T/SMS SJ Rio Preto, Ambulatório UNIFESP

Fonte: MS

Conforme identificado por Almeida e Santos (2020), apesar do crescimento, estes processos de implementação, por vezes, arrastam-se por anos, sendo comum a resistência de

algumas secretarias estaduais e/ou municipais, não apenas à assunção de sua responsabilidade pública com este público, mas a indisposição com a própria existência desses serviços, sobretudo em razão de governos que tem sua base eleitoral em segmentos ligados ao dogmatismo religioso¹⁸⁰.

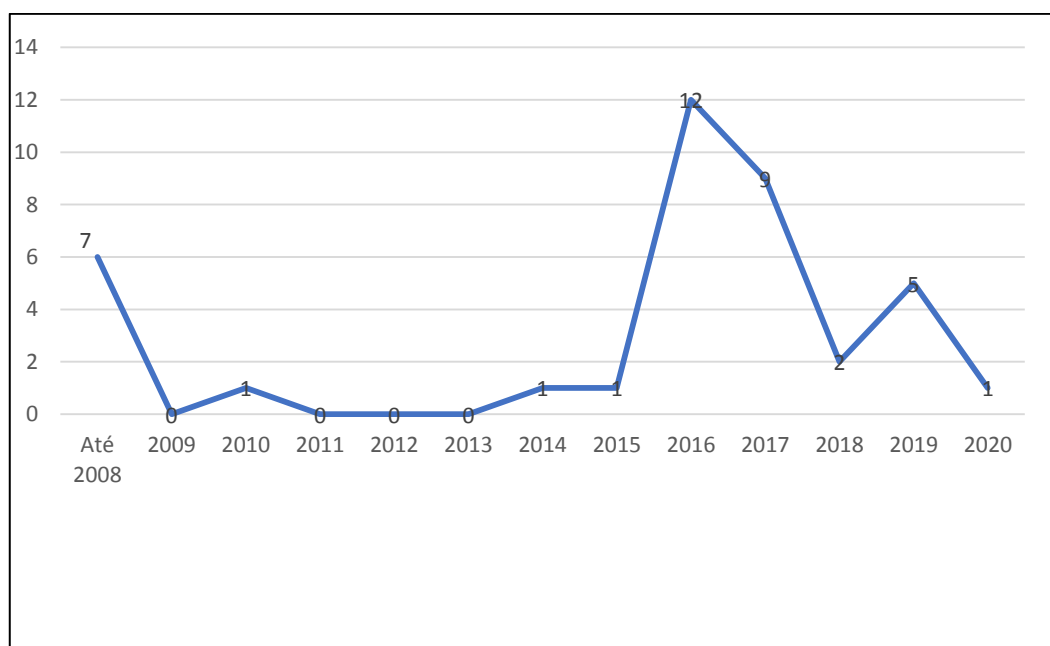
É possível observar a presença de uma defasagem maior na região Norte, onde apenas dois estados (Pará e Amazonas) construíram um ambulatorio específico voltado à saúde trans. É provável que entre os determinantes desse quadro de escassez na região, figurem a invisibilização e dificuldades enfrentadas pelo próprio movimento LGBTIQ+ em função da incidência de forças políticas conservadoras locais.

Dos quatro estados sem ambulatorio (Acre, Amapá, Roraima e Rondônia), três tem governadores de partidos da extrema direita (PP e PSL) e um tem um governador de centro-esquerda (PDT). No Tocantins, que tem outro governador vinculado à direita (DEM), há matérias jornalísticas que apontam a existência de pressão política local sobre o estado para que ele tome providências no sentido de criar estruturas de atendimento à saúde de transexuais e travestis. Tal pressão tem se dado por meio da articulação do movimento trans que buscou a Defensoria Pública com este propósito, mas até o presente momento ainda não se vislumbrou resultado concreto (ALMEIDA; SANTOS, 2020).

Com base na exposição dos dados, constatou-se que o processo de implementação desses ambulatorios pelo país não foi regular nem constante. Embora, seja possível observar um certo padrão como uma possível tendência: o fato de terem sido implantados num período de maior compromisso do MS com as temáticas LGBTIQ+ e, principalmente, no período pós Conferências Nacionais LGBT (2008 e 2012) e pós instituição da PNSILGBT, como se pode observar no gráfico abaixo:

¹⁸⁰ O dogmatismo religioso congrega representações políticas de base cristã (católica e neopentecostal), em torno de temas que envolvem uma moralidade sexual conservadora e, principalmente, desenvolvem-se através de “cruzadas antigênero”. Para uma discussão maior desta cruzada moral contra os direitos humanos, cf. Corrêa (2018).

Gráfico 1 - Evolução no Quantitativo de Ambulatórios Trans por Ano de Inauguração



Fonte: A autora, 2019 – Baseado no Seminário João W. Nery 10 anos do Processo Transexualizador no SUS

Como apontado no gráfico 1, antes do ano de 2009 só houve notícias de sete ambulatórios no país, incluindo os quatro situados nas primeiras unidades de referência (UERJ, USP, UFRGS e UFG). Os três outros ambulatórios¹⁸¹ eram o IEDE no Rio de Janeiro, o ambulatório da Faculdade de Medicina de Uberlândia, em Minas Gerais e o de São José do Rio Preto, em São Paulo.

Cabe fazer um esclarecimento em relação ao IEDE, pois apesar da instituição oferecer atendimento ambulatorial com as especialidades de endocrinologia, psicologia e serviço social desde 1999, segundo informações da própria instituição, há controvérsia em torno da data exata de fundação desse serviço, notadamente, porque há registros desses atendimentos ainda na década de 1970, embora seja plausível a existência de interrupções¹⁸².

Quanto à habilitação, conforme as normas do MS expressas na Portaria n. 2803/13, isso só aconteceu tardiamente, em 2016. A partir daí, a instituição passou atender novos/as usuários/as trans através de inscrição pela Central Estadual de Regulação de vagas. Um limite histórico do IEDE, sempre foi a impossibilidade de realização de procedimentos cirúrgicos, as equipes tentaram contornar este limite de diferentes formas ao longo dos anos, mas isto

¹⁸¹ É possível que outros ambulatórios existissem no país no período, mas nesta pesquisa exploratória, não foi possível identificá-los.

¹⁸² Um desses registros se aparece no Livro “Viagem Solitária” de João W Nery (2011).

sempre esbarrou nos obstáculos impostos pela gestão estadual em organizar o acesso de pessoas trans aos procedimentos de alta complexidade. Atualmente, ele juntamente com os ambulatorios João W Nery inaugurado em 2019 pela Fundação Municipal de Saúde de Niterói (RJ), são os dois únicos serviços exclusivamente ambulatoriais no estado do Rio de Janeiro (ALMEIDA; SANTOS, 2020).

Em relação ao serviço de Uberlândia é necessário esclarecer, que embora oferecesse atendimentos ambulatoriais desde 2006, apenas em 2016 foi habilitado pelo MS.

Vemos no gráfico 1 também que entre 2009 e 2013, o surgimento de ambulatorios específicos para saúde trans no país foi muito tímido. Por outro lado, aquele foi um período que correspondeu ao crescimento da visibilização pública da população trans, com forte incidência nas mídias, crescente utilização das redes sociais, fundação de grupos do movimento trans, entre outros fenômenos. Foi também um período em que ocorreram conferências municipais, estaduais e nacional LGBT no país, o que fez dele um período de fortalecimento do movimento social LGBTIQ+, particularmente do segmento de travestis e transexuais.

Naquele contexto, também, muitas universidades públicas desenvolveram projetos de formação como o GDE – Gênero e Diversidade na Escola, que além de formar educadores/as cooperaram para a formação de lideranças LGBTIQ+ e formações à distância para conhecimento da Política de Saúde LGBT, a exemplo do que aconteceu um pouco depois, a partir de 2015, quando o próprio MS lançou, por meio da SGEP e da Secretária de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGETS), o curso à distância “Política Nacional de Saúde Integral Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT)”, voltado, sobretudo, para profissionais de saúde do SUS, especialmente os que atuam na Atenção primária.

É possível que essa convergência de iniciativas públicas no campo LGBTIQ+ explique em parte o porquê do período entre 2013 e 2017 ter sido o de surgimento do maior número de ambulatorios de saúde para travestis e transexuais no país. A suposição é a de que naquele momento, muitas lideranças que participaram ativamente dos espaços coletivos de luta pela construção de uma política LGBTIQ+, retornaram aos seus locais municiados/as por instrumentos normativos como o Plano Nacional da Cidadania LGBT, a Carta dos Direitos dos/as Usuários/as do SUS, os relatórios das Conferências LGBT, a PNSILGBT e as Portarias (n. 457/2008 e, posteriormente a de n. 2803/13) de regulação do processo transexualizador.

É importante lembrar, mais uma vez, que foi com a publicação desta última Portaria que a atenção primária passou a ser valorizada pelos instrumentos de regulação do processo transexualizador. A partir dela, houve uma exigência de que os serviços fossem habilitados na

Comissão Intergestores Bipartite (CIBs), destacando a atenção primária como a porta de entrada.

Este fenômeno pode ter contribuído substantivamente para a construção de novos ambulatorios. Todavia, ressalto que durante o processo de pesquisa de campo e a partir de minha vivência profissional no programa foi possível constatar uma prática bastante comum por parte de algumas secretarias de saúde, que é a habilitação para formalizar os arranjos necessários para a pactuação, sem que a política seja efetivamente organizada naquela instância de gestão. Ou seja, sem que isso signifique, necessariamente, que haverá estruturação da rede de cuidados e absorção do/a usuário/a na atenção primária. Muitas vezes, trata-se de pactuação para proceder tão-somente a regulação do acesso à unidade de referência.

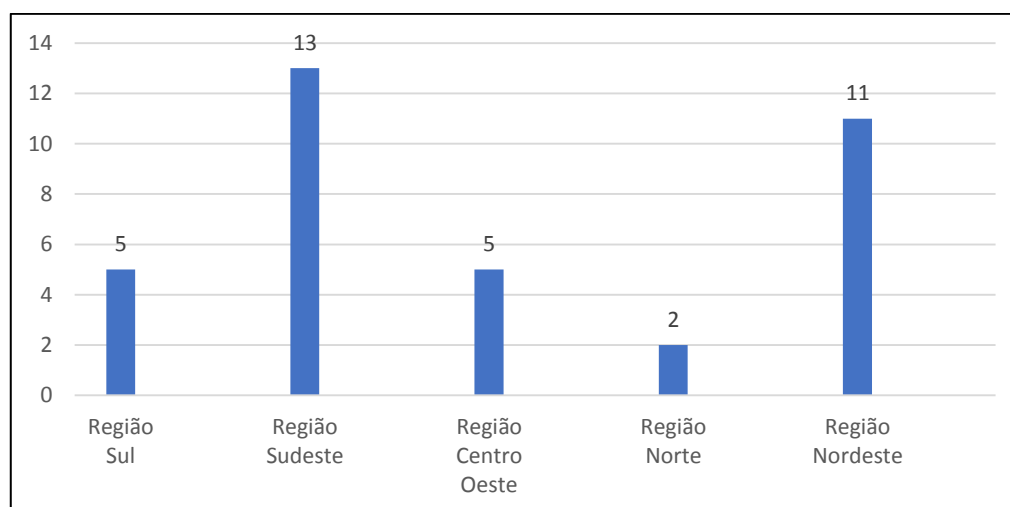
Através do gráfico 1 também foi possível notar que houve uma diminuição da expansão dos ambulatorios trans a partir de 2017, com uma pequena alta em 2019. Esta diminuição pode ser compreendida pelo fato de que a maior parte dos estados já tinha a partir daí algum ambulatorio neste período, mas é inevitável associar essa diminuição também com o impeachment de 2016, que entregou a gestão federal a Michel Temer e com a ascensão eleitoral da extrema direita no país em 2018.

Esta ascensão tem significado redução substantiva dos gastos públicos com saúde, o desmonte dos instrumentos de gestão participativa do MS, a destruição das políticas públicas federais relacionadas a direitos humanos, entre outros fenômenos políticos detratores das políticas para LGBTIQ+ no país.

Apesar disso, tanto no plano estadual quanto no âmbito municipal, foram inaugurados ambulatorios entre 2018 e 2020, ao que parece, frutos de intensos processos de negociação e pressão política dos movimentos sociais, das instituições de defesa dos direitos, como Defensorias e Ministérios públicos e dos grupos de pesquisas vinculados às universidades.

Com relação à distribuição geográfica dos ambulatorios trans, ainda que se considere apenas as unidades habilitadas pelo MS ou mesmo o total delas, com a inclusão daquelas de iniciativa local e não habilitadas, isso não faz muita diferença. Em ambas as possibilidades, a região com maior número de ambulatorios foi a sudeste (36%), seguida pela Nordeste (30%) e pela região Sul (13%), respectivamente. Juntas, as regiões Sudeste e Sul, detém quase metade dos serviços, o que não é um dado surpreendente tendo em vista que são as regiões que detiveram três das quatro primeiras instituições hospitalares de referência no Processo Transexualizador:

Gráfico 2 - Distribuição Geográfica dos Ambulatórios Trans por Região



Fonte: Fonte: A autora, 2019 - baseado no Sistema de Informação do MS.

A região Nordeste, por sua vez, teve um crescimento significativo no número de ambulatórios inaugurados e ostentou o mérito de chegar ao final da segunda década com um ambulatório (ou mais de um) em cada um de seus nove estados. Verifica-se também naquela região um fortalecimento cada vez maior dos movimentos sociais LGBTIQ+ e um envolvimento progressivo das universidades e dos grupos de pesquisas nos estudos de gênero e diversidade.

Nos últimos anos, tem se observado um maior volume na ocorrência de seminários, congressos, colóquios nas universidades da região pautando essa temática, o que incide na maior publicização das discussões com seu espraiamento para as instâncias da gestão e da sociedade de maneira geral, o que também pode ter contribuído para esse processo¹⁸³.

A partir do gráfico n.2 pode-se constatar que a maior oferta disponível de atenção ambulatorial foi acompanhada pela persistência da desigualdade regional no acesso da população trans à assistência, revelada, sobretudo, pela escassez de possibilidades de cuidados em saúde para aqueles/as que residem no norte do país, o que não é um problema exclusivo dessa população, dado que é uma questão que atravessa todo o SUS.

Com relação ao tipo de gestão, os ambulatórios são geridos pelo próprio poder público em suas diferentes faces: majoritariamente foram iniciativas de universidades (52%) sejam

¹⁸³ O período em que se constata uma maior mobilização pelos ambulatórios na região nordeste coincide com uma maior frequência na ocorrência de atividades científicas tais como seminários, congressos, colóquios, formação de grupos de pesquisas na temática de gênero, particularmente, as questões relacionadas à diversidade de gênero. À título de ilustração, cito como alguns exemplos os seminários “Enlaçando Sexualidades, ocorridos em Salvador, os Seminários “Desfazendo Gênero” no Rio Grande do Norte e em Pernambuco”, os Congressos da ABEH, a formação do grupo de pesquisa CUS Grupo de Pesquisa em Cultura e Sexualidade), dentre outros.

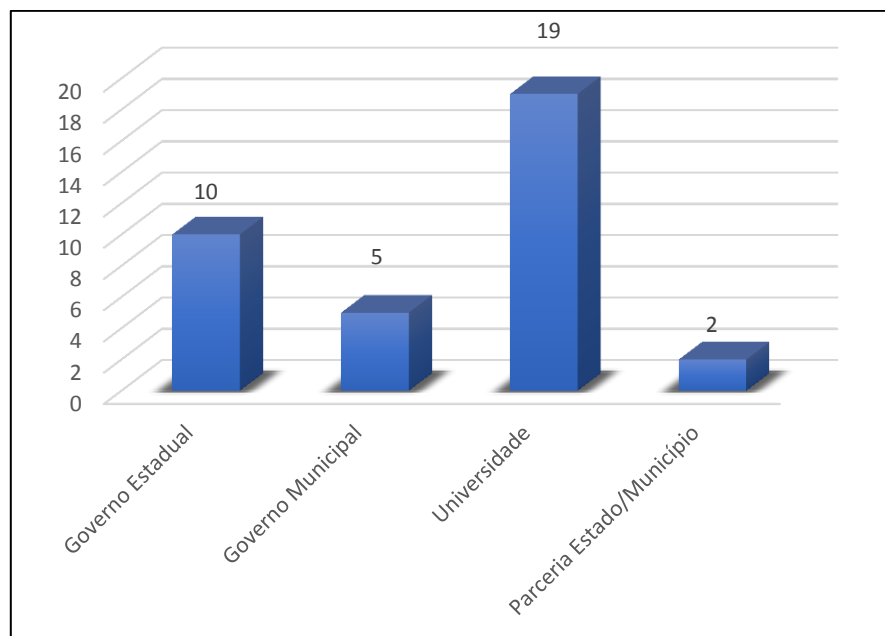
elas federais ou estaduais, secretarias estaduais de saúde (27%), em seguida pelas secretarias municipais de Saúde (14%) e, por último, pelas parcerias entre estados e municípios (5,5%). Nesses arranjos constam alguns consórcios, como por exemplo, os estabelecidos entre universidade + secretaria estadual de saúde, secretaria estadual de saúde + secretaria estadual de direitos humanos e, também, o de secretaria estadual de saúde + secretaria municipal + universidade federal.

É importante ressaltar a persistência do protagonismo das universidades na organização e oferta na assistência à saúde no âmbito do processo transexualizador, mantendo-se uma tendência inaugurada com os quatro hospitais universitários pioneiros no atendimento as pessoas trans no país.

É necessário refletir sobre o que significa que cerca de metade dos atendimentos ambulatoriais voltados para a saúde trans específica serem executados e geridos por instituições universitárias. Apesar do mérito que existe no fato dos/as técnicos/as/as, docentes e pesquisadores/as estarem preocupados/as com a formação de recursos humanos qualificada para o atendimento adequado às necessidades e demandas da população travesti e transexual e de estarem atuando em prol de uma produção científica e acadêmica que potencialmente traga benefícios para essa população, em geral, essas iniciativas são marcadas pelo personalismo e pela fragilidade institucional e estrutural. Isso ocorre, seja pela forma de vinculação dos/as técnicos/as/as e docentes com os projetos de atendimento às pessoas trans, seja pela ausência de articulação com a rede local, que costuma ser mais frequente nestes espaços, havendo o risco de encapsulamento desses serviços nos projetos institucionais.

Ainda que persista o protagonismo das universidades na gestão dos ambulatórios, observa-se também uma clara tendência de aumento na participação dos estados, notadamente, por meio das secretarias de saúde que, forçadas a fazê-lo ou não, começam a assumir um maior comprometimento com a organização e disponibilização dessas ações. Isso é diferente nas secretarias municipais de saúde, que tem sido a instância gestora menos comprometida com a implantação de ambulatórios de saúde trans específica, como pode ser observado no gráfico 3. Nesse sentido, o que tem sido mais comum é uma situação em que predomina a desobrigação tácita da imensa maioria dos municípios com a implementação de políticas LGBTIQ+ de um modo geral e, no âmbito delas, com os ambulatórios trans.

Gráfico 3 – Tipo de Gestor



Fonte: A autora, 2019 - Baseado no Sistema de Informação do MS.

No que se refere à gestão estadual, sabemos que não é de sua responsabilidade a organização e a disponibilização das ações caracterizadas como de atenção primária, que caberia aos municípios, no entanto, é papel dos estados desempenhar o que lhes cabe no âmbito da política de regionalização da saúde, a partir da definição das ações do Plano Estadual de Saúde, a definição das metas e do orçamento das ações que serão desenvolvidas no Plano Plurianual, a pactuação junto aos municípios de como será garantida a oferta dos serviços. Ou seja, cabe aos estados o compromisso em assegurar o que lhes determina a Lei orgânica da Saúde, bem como desempenhar o que consta como seu papel na PNSILGBT:

“Art. 5º Compete aos Estados:

(...)

II – Conduzir os processos de pactuação sobre a temática LGBT na Comissão Intergestores Bipartite (CIB);

III – coordenar, monitorar e avaliar a implementação desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT, na esfera estadual, garantindo apoio técnico aos Municípios;

IV – Promover a inclusão desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT nos Planos Estaduais de Saúde e nos respectivos Planos Plurianuais (PPAs);

V – Planejar, implementar e avaliar as iniciativas para a saúde integral da população LGBT, nos moldes desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT; VI – incentivar a criação de espaços de promoção da equidade em saúde nos Estados e Municípios” (BRASIL. MS. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL LGBT).

Sabe-se do histórico descompromisso com as políticas sociais que tem sido a marca dos sucessivos governos, afinados que são com os interesses vinculados do capital e sua busca

constante por formas de aumentar sua capacidade de acumulação. Um dos desdobramentos disso tem sido o desfinanciamento das políticas de seguridade social.

Com isso, as conquistas sociais que se consolidaram como patrimônios públicos, como é o SUS, tem cada vez mais se esvaziado de sentido e se tornado um invólucro de um sonho chamado Reforma Sanitária. Assim, evocar os princípios do SUS para ratificar pequenas conquistas políticas que são tomadas quase a fórceps, não tem sido suficiente para torná-las políticas efetivas.

Sabe-se que o perfil dos gastos em saúde não atende as necessidades e anseios almejados pelo projeto da Reforma Sanitária em função, sobretudo, da tendência de estagnação ou queda da participação do governo federal nos gastos com saúde que além de ter sido mantida ao longos dos últimos governos se acentuou no ano de 2016 para cá¹⁸⁴, com os sucessivos cortes e contingenciamentos nas verbas destinadas ao setor da saúde, fato sintetizado pelas recentes medidas advindas do governo federal referente ao represamento por 20 anos dos investimentos orçamentários em todas as esfera das políticas públicas por meio da Emenda Constitucional nº 95/16, efetuada na vigência do Governo do ex presidente Michel Temer, consistindo numa medida de ajuste fiscal permanente, que atende à lógica imposta pelo capital imperialista aos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento que abocanha o fundo público para alcançar superávits primários elevados¹⁸⁵.

A partir daí, então, o processo de subfinanciamento do SUS, que já era instituído como uma política de estado, foi transformado em processo de desfinanciamento, onde se constata que os recursos federais para o SUS caíram e mantem projeção de queda até 2036. O desdobramento concreto desse processo é o esfacelamento das condições de saúde da população, sobretudo porque o desfinanciamento federal do SUS prejudica fundamentalmente

¹⁸⁴ O subfinanciamento do SUS foi intensificado a partir de 2016 com a alteração da base de cálculo de aplicação de recursos do governo federal na saúde para um índice menor do que o percentual alcançado em 2015, correspondendo à uma perda R\$ 9,2 bilhões para o orçamento do MS já neste ano, o que configura um processo de desfinanciamento. Mendes & Carnut, 2020).

¹⁸⁵ A EC 86, de 2015, definiu 15% das receitas correntes líquidas da União, como piso mínimo da saúde pública, variável conforme o crescimento do país. A partir de 2016, em razão da EC 95, congelou-se o valor das despesas federais com saúde ao nível de 2017, devendo a cada ano, incidir sobre tal valor, a correção da inflação, em acordo ao IPCA e assim sucessivamente até 2036. Desse modo a EC 95 imobilizou o piso da saúde por 20 anos, corrigindo-se esse valor fixo pela inflação de cada ano. O crescimento do país deixou de ser parâmetro para o piso da saúde, sendo apenas a sua manutenção em decorrência da inflação medida pelo IPCA que nem sempre mede a inflação real de produtos médico-farmacêuticos e tecnologias de saúde. Assim houve alteração na metodologia de cálculo de incidir 15% sobre a Receita Corrente Líquida (RCL) nos próximos 20 anos, uma vez que não mais haverá a incidência desse percentual sobre a arrecadação e sim o valor do ano anterior acrescido da correção do IPCA, mudando-se assim a regra da EC 86. A cada ano isso se repetirá, havendo sempre um novo piso percentual (o valor do ano anterior com a correção da inflação) e não mais 15% sobre a RCL. Cf.: Funcia & Santos, 2019.

a sustentação das ações desenvolvidas pela rede de saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Cerca de 2/3 das despesas do Ministério da Saúde são transferências fundo-a-fundo, como é caso das ações relacionadas ao Processo Transexualizador, por exemplo, que é financiado pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), cuja finalidade é financiar procedimentos e políticas consideradas estratégicas, bem como novos procedimentos incorporados à Tabela do SUS¹⁸⁶ (GUIMARÃES, 2016; MARIANO, 2017; VIEIRA, 2016). Dessa maneira, o financiamento do SUS nos Estados e Municípios tende a ser fortemente impactado, pois cerca de 2/3 das despesas do Ministério da Saúde são transferidas fundo a fundo para ações de atenção primária, média e alta complexidade, assistência farmacêutica, vigilância epidemiológica e sanitária, entre outras, a cargos dos entes federados (GUIMARÃES, 2016; MARIANO, 2017; VIEIRA, 2016).

É nesse contexto que se situa a ampliação dos ambulatórios de saúde trans. Com o surgimento cada vez mais crescente de ambulatórios de iniciativa local, muitas vezes funcionando de forma desarticulada das redes de saúde, nos marcos das debilidades aqui expressas, tende a acentuar as suas características de escassez, de descontinuidade, de polarização entre as unidades habilitadas e as não habilitadas pelo MS, da atomização, de ausência de regulação do acesso, do descompromisso da gestão em organizar as redes assistenciais públicas para todos/as e nelas incluir linhas de cuidado específicas para as singularidades das pessoas trans.

Esse parece ser o caso da ampliação dos ambulatórios trans, uma vez que esse crescimento, nos marcos das debilidades que atravessam todo o SUS, tem acentuadas as suas características de escassez, de descontinuidade, de dualização entre as unidades habilitadas e as não habilitadas pelo MS, da atomização, de ausência de regulação do acesso, do descompromisso da gestão em organizar as redes públicas assistenciais para todos e todas, e nelas incluir linhas de cuidados específicas para as singularidades das pessoas trans.

Será que precisamos criar ambulatórios específicos para pessoas trans? Será que este é o modelo assistencial mais adequado? Será que estamos criando “guetos assistenciais”?

São perguntas para as quais eu não tenho respostas, mas o que posso vislumbrar mediante a pesquisa feita nesta tese e a experiência acumulada em anos de atuação nesse campo, é que com a ampliação precarizada de ambulatórios específicos para saúde de travestis e transexuais, sem o aumento de unidades hospitalares, está se aprofundando o

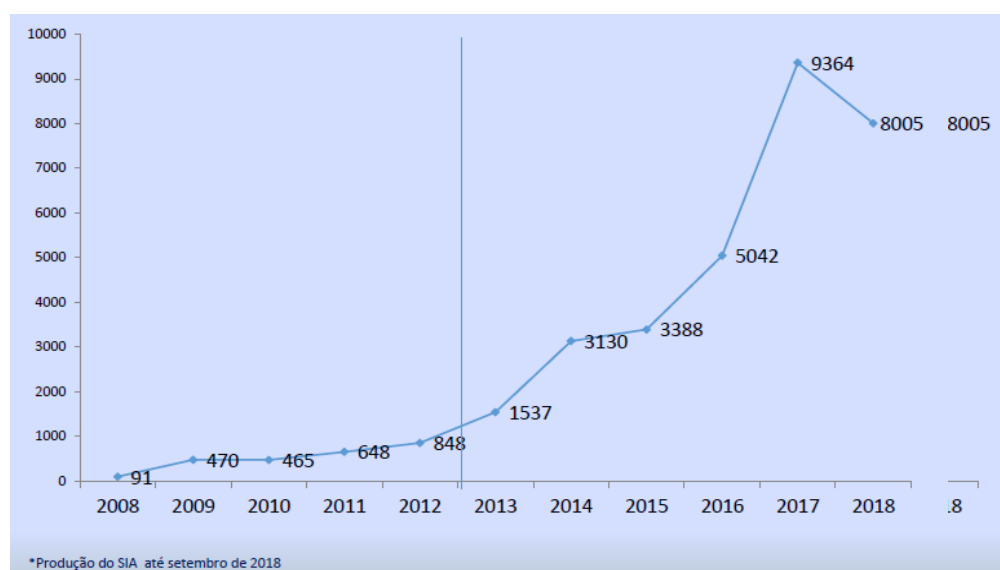
¹⁸⁶ Os recursos financeiros desse fundo são transferidos após a apuração da produção dos estabelecimentos de saúde registrada pelos respectivos gestores nos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar SIA/SUS, conforme estabelecido pelo MS.

problema da ausência de escoamento das cirurgias. Ainda que nem todas as pessoas que procuram os ambulatorios queiram fazer cirurgias, uma parte delas demanda os procedimentos cirúrgicos, e para estas e para aquelas que já aguardavam na fila por essas cirurgias por, em média 10 anos, ainda não há solução.

Esse aumento na rede ambulatorial se refletiu no aumento dos índices da cobertura ambulatorial de algumas das necessidades de saúde da população trans em âmbito nacional, mesmo quando se considera os muitos limites na prestação da assistência em função da precariedade que atravessa os serviços. Entre estes limites, figura a sistemática subnotificação e a não contabilização dos atendimentos realizados pelas unidades ambulatoriais não habilitadas. Esse aumento é traduzido pelos números da produção ambulatorial registrados no Sistema de Informação do MS, conforme demonstra o gráfico n. 4.

Nele se observa um crescimento exponencial dos atendimentos ambulatoriais registrados a partir de 2013. A assistência que antes daquele período ficava restrita aos quatro primeiros hospitais universitários, passou a contar com um maior número de instituições prestadoras, o que mais do que quadruplicou a oferta assistencial nesta modalidade. Esse aumento segue até 2017, quando começa a dar sinais de tendência de queda. Não foi possível saber se essa tendência se confirmou ou se a queda registrada correspondeu ao período contabilizado em 2018, que foi até setembro, e não ao mês de dezembro como nos anos anteriores.

Gráfico 4 – Nº de Atendimentos nas unidades ambulatoriais habilitadas



Fonte: MS/ Seminário João W. Nery 10 anos do Processo Transexualizador no SUS

A seguir, tendo como referência a publicação da Portaria n. 2803/13, tratarei de analisar o processo transexualizador nacionalmente a partir de seus cinco serviços, tendo em vista que, em 2014, a quinta Unidade de Atenção Especializada foi habilitada em Recife (PE). Assim, inicialmente, farei um levantamento da produção ambulatorial e hospitalar do programa, em âmbito nacional, considerando a entrada da mais nova unidade de atenção especializada e, em seguida, no terceiro capítulo desse estudo, lançarei o olhar de forma mais detalhada para cada um dos cinco serviços hospitalares, buscando traçar um panorama de cada um deles.

2.3 O processo transexualizador no Brasil e as fragilidades assistenciais

Entre 2008 e 2013 o país contou com 4 unidades de atenção especializadas no processo transexualizador, que como já se viu, já prestavam essa assistência desde o final da década de 90, sem nenhum aporte do Estado. Ao que parece, a entrada do MS na organização da assistência foi importante, mas alterou muito pouco a realidade do programa, notadamente no que toca à assistência cirúrgica e trouxe outros desafios, já que com a institucionalização, os serviços passaram a ser mais cobrados/reivindicados. Em relação à habilitação da quinta Unidade de Atenção Especializada, é importante sinalizar que desde as discussões que antecederam a publicação das novas diretrizes do Programa já se percebia, durante os encontros organizados pela DAGEP/SAS no MS, que havia tratativas com a equipe técnica do HU da UFPE para a institucionalização de um novo serviço, que seria o primeiro na região Nordeste do país.

Na ocasião, aquela equipe já era conhecedora de uma tentativa prévia de atendimento a transexuais na instituição e que não havia sido bem-sucedida. Desde os anos 2000, o HU tinha contado com um atendimento cirúrgico de transgenitalização desenvolvido por meio de um projeto de pesquisa coordenado pelo serviço de ginecologia e fundamentado nas normativas da Resolução do CFM.

Após a institucionalização do programa em 2008, a equipe que coordenava aquele projeto chegou a solicitar o credenciamento junto ao MS para que pudesse receber o valor correspondente aos procedimentos realizados conforme previa a Portaria n. 457/08. Todavia, em função das sucessivas reclamações acerca de atendimentos inadequados e de insucesso nos procedimentos realizados, aquela experiência foi muito mal avaliada pela população

usuária. Isso repercutiu na imprensa local, o que motivou a interrupção desses atendimentos e o fechamento do programa¹⁸⁷.

No entanto, persistiu uma demanda assistencial sem resposta, uma mobilização de profissionais interessados/as na oferta dos atendimentos e uma intensa cobrança dos movimentos sociais que pressionavam tanto a gestão estadual quanto o governo federal, para que criassem as condições adequadas para a viabilização do programa. Isso motivou a instituição a buscar a reestruturação do serviço em outros moldes. Como o MS já sabia daquela experiência anterior e de que havia interesse na reestruturação do programa, fez o convite para que a instituição participasse do processo de revisão da Portaria n. 457/08, o que ocorreu entre 2012 e 2013.

Por esse motivo, alguns integrantes do que viria a ser a nova equipe participaram ativamente daquelas discussões e se prepararam técnica e administrativamente por meio do cumprimento das exigências necessárias para o credenciamento, o que possibilitou sua habilitação em 2014, logo após a publicação da Portaria n. 2803/13.

Assim, o Espaço Trans da UFPE se tornou a quinta Unidade de Atenção Especializada nas modalidades ambulatorial e cirúrgico do país, ao se somar às quatro já existentes. Essa discussão será retomada mais adiante, quando cada serviço for individualmente apresentado.

¹⁸⁷ Em 2011 foi publicada pelo Jornal do Commercio de Pernambuco uma série de matérias intituladas “O nascimento de Joicy” relatando a saga de uma mulher trans que até então vivia como agricultor no interior do estado e que havia sido submetida a cirurgia de transgenitalização no Hospital Universitário da UFPE. Essas matérias tiveram grande repercussão e se transformaram no livro “O nascimento de Joicy: Transexualidade, jornalismo e os limites entre repórter e personagem”, da jornalista e socióloga Fabiana Moraes. Esses eventos suscitaram grande comoção na opinião pública e insuflaram o movimento social nas suas cobranças por um serviço de saúde mais estruturado para o atendimento das pessoas trans em Pernambuco. Sobre a (re)estruturação do atendimento a trans na UFPE ver TENÓRIO, LF; VIEIRA, LLF e LIVADIAS, SK, 2017.

Quadro 8 – Unidades de Atenção Especializadas na modalidade ambulatorial e cirúrgica no Processo Transexualizador credenciadas pela Portaria 2803/13.

Nº	Programa	Instituição	Natureza Jurídica	ano do de Início	Modo de financiamento
1	Programa de Transtorno de Identidade de Gênero (PROTIG) Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA	UFRGS/RS	Hospital Universitário Público Federal	1997/habilitado pelo MS em 2008	Recursos do MS
2	Unidade de Urologia Reconstructora Genital do Hospital Universitário Pedro Ernesto – HUPE	UERJ/RJ	Hospital Universitário Público Estadual	2003/habilitado pelo MS em 2008	Recursos do MS
3	Ambulatório de Transexualidade – Projeto Sexualidade (PROSEX) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP	USP/SP	Hospital Universitário Público Estadual	1998/ habilitado pelo MS em 2008	Recursos do MS
4	Projeto Transexualismo do Hospital das Clínicas de Goiânia	UFG/GO	Hospital Universitário Público Federal	1999/ habilitado pelo MS em 2008	Recursos do MS
5	Espaço Trans do Hospital Universitário da UFPE	UFPE/PE	Hospital Universitário Público Federal	2000/ habilitado pelo MS em 2014	Recursos do MS

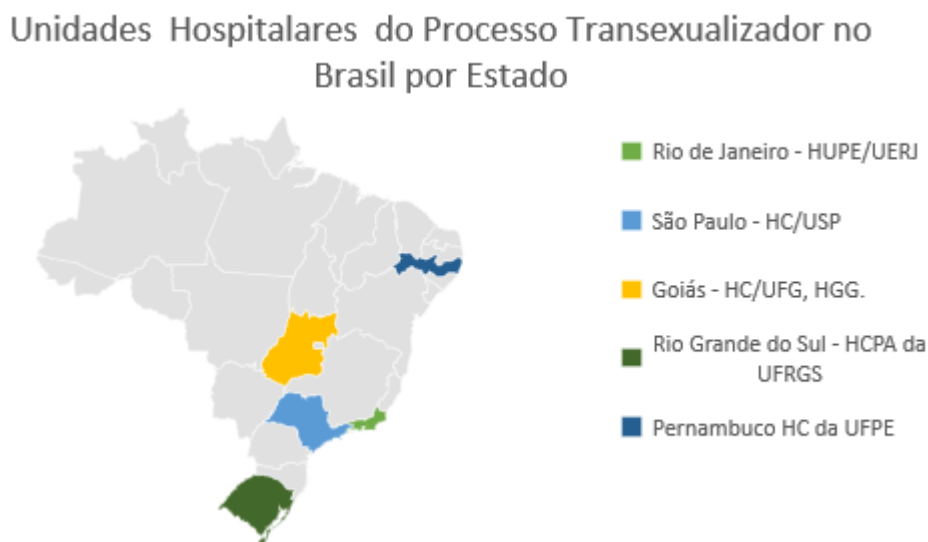
Fonte: A autora, 2019 - adaptação de Arán e Murta, 2009.

A entrada desse serviço foi muito significativa, notadamente, por ser a primeira instituição inaugurada na região Nordeste, onde a carência assistencial é muito grande. No entanto, aquele foi o único serviço hospitalar inaugurado desde 2013. De lá para cá tem aumentado a pressão por realização de mais cirurgias, sobretudo pelo aumento no número de ambulatórios em todo o país.

Assim, se mantém uma acentuada desigualdade regional de acesso aos procedimentos cirúrgicos, bem como um intenso represamento na realização dessas cirurgias em razão do

número reduzido de unidades hospitalares no país, conforme se pode vislumbrar a partir da ilustração (figura 8) abaixo:

Figura 8 – Unidades Hospitalares do processo Transexualizador no Brasil por Estado



Fonte: A autora, Baseado na Portaria 2903/13 do MS

Essas unidades, juntamente com os ambulatorios que se expandiram a partir de 2013, foram responsáveis pelos atendimentos às demandas das pessoas trans entre os anos de 2008 e 2018, uma assistência que se ampliou ao longo do tempo trazendo com essa expansão as disparidades regionais.

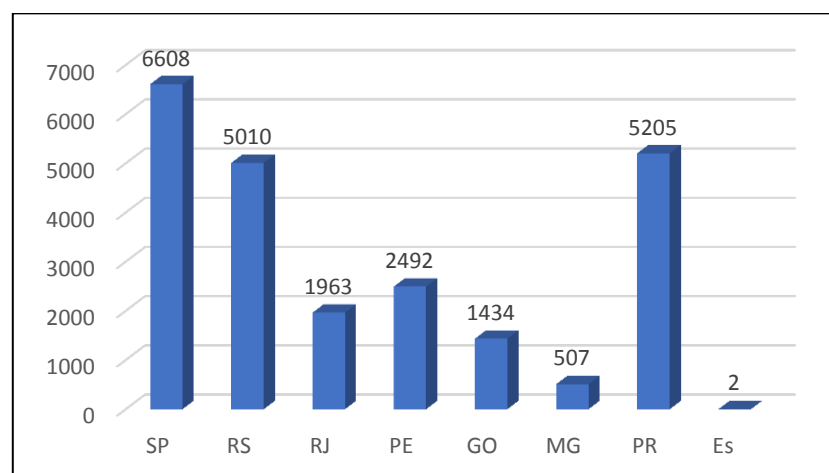
Procuo demonstrar, a partir das informações coletadas nos Sistemas de Informação do SUS¹⁸⁸ a produção ambulatorial e, mais adiante, a produção hospitalar/cirúrgica por estado e pela região do atendimento, considerando, é claro, o fato de que esses dados podem estar subnotificados, tanto em função das deficiências na forma de registro nas instituições, quanto da impossibilidade dos ambulatorios não habilitados notificarem seus atendimentos realizados.

Assim, mesmo com essa subnotificação, os gráficos 5 e 6 apontam para a importância dessas unidades do processo transexualizador na assistência prestada a essa população nos estados e regiões onde se situam, ainda que com muitas dificuldades. Essas poucas instituições

¹⁸⁸ As informações sistematizadas neste trabalho acerca da produção ambulatorial e hospitalar do processo transexualizador entre os períodos 2008/2018 foram consultadas na base de dados Sistema de Informações Hospitalares e Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS/DATASUS (Dados SIHSUS e SIASUS atualizados no TABNET), plataforma do MS.

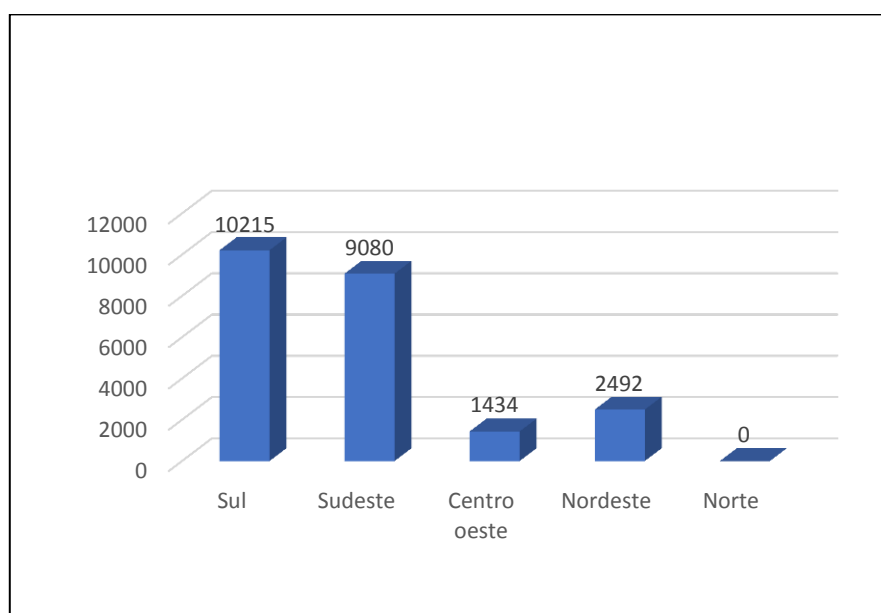
de atendimento acabam por dar visibilidade a uma população que, em geral, não é reconhecida pelo Estado, haja visto que nem o Censo Geográfico do IBGE a identifica. É possível que muitas dessas pessoas só vão a uma unidade de saúde, fora de situações de emergência, em função de buscarem atendimentos específicos para suas demandas de transformações corporais, representando, assim, uma grande oportunidade para as equipes de saúde as vincularem em uma referência de cuidado.

Gráfico 5 – Estado onde aconteceu o Atendimento - Brasil



Fonte: A autora, 2019 - Baseado no Sistema de Informação do MS.

Gráfico 6 – Região onde aconteceu o Atendimento - Brasil



Fonte: A autora, 2019 - Baseado no Sistema de Informação do MS.

A partir do olhar para esses dados é possível vislumbrar as grandes disparidades regionais, que se acentuam quando se trata desse segmento populacional. Como se pode observar, dos mais de 23 mil atendimentos realizados à nível nacional e contabilizados no período pesquisado, o estado de SP respondeu por 28%; o RS por 22%; o RJ por 8%; o PE por 11%; Goiás por 6%; MG por 2%; o PR por 22% e o ES não contabilizou. É importante lembrar que tais atendimentos se referem apenas à assistência ambulatorial e apesar de ser muito importante que os estados e municípios organizem alguma forma de assistência às demandas de saúde de pessoas trans, esse atendimento ainda é muito restrito, o que vai se agravar quando ao se tratar das demandas cirúrgicas. Cabe esclarecer que fiz a conversão dos dados para valores percentuais, embora tenha utilizado os valores absolutos nos gráficos.

Quando agrupei os dados de atendimentos dos estados nas cinco regiões do país, foi possível observar de maneira mais explícita as disparidades regionais na prestação da assistência. Constatei que a região Sul respondeu por 44% dos atendimentos, em seguida, a região Sudeste responde por 39% da assistência prestada, perfazendo uma concentração de atendimentos num percentual de 83%. Ou seja: 83% dos atendimentos ambulatoriais destinados às pessoas trans estão alocados na região Sul/Sudeste.

A região Centro-oeste responde por 6% dos atendimentos, a Nordeste por 1% e a região Norte não contabilizou. São dados que correspondem a ausência de unidades de atendimentos nessas regiões. Conforme já sinalizado, a região Centro Oeste até 2018 contava apenas com o HC da UFG como única unidade de atendimento ambulatorial e cirúrgico. O Nordeste, só contava com o HC da UFPE, situação que só foi atenuada em 2018 com a habilitação dos ambulatórios do HU da UFBA e do Hospital Clementino Fraga em João Pessoa, na Paraíba.

Situação de maior injustiça se constata na região Norte, que só em 2018 teve o seu primeiro ambulatório inaugurado, numa pareceria da Universidade do Estado do Amazonas com a Secretaria estadual de saúde, mas por se tratar de um serviço não habilitado pelo MS, seus dados não constam no sistema de informação do SUS. As dificuldades de identificação e devido enfrentamento das necessidades de saúde da pessoas trans, começam pela ausência de mapeamento dessa população e das demandas reprimidas. Ainda é um problema a ausência de dados oficiais sobre o perfil desse grupo, o que dificulta a elaboração/estruturação de políticas públicas que considerem suas necessidades, das mais amplas às mais específicas, o que converge para a escassez de unidades assistenciais que se observa nesse estudo. Essa situação de injustiça social, desconhecimento da população atendida, desorganização dos poucos serviços habilitados existentes é evidenciada também ao se tratar da dispensação/distribuição

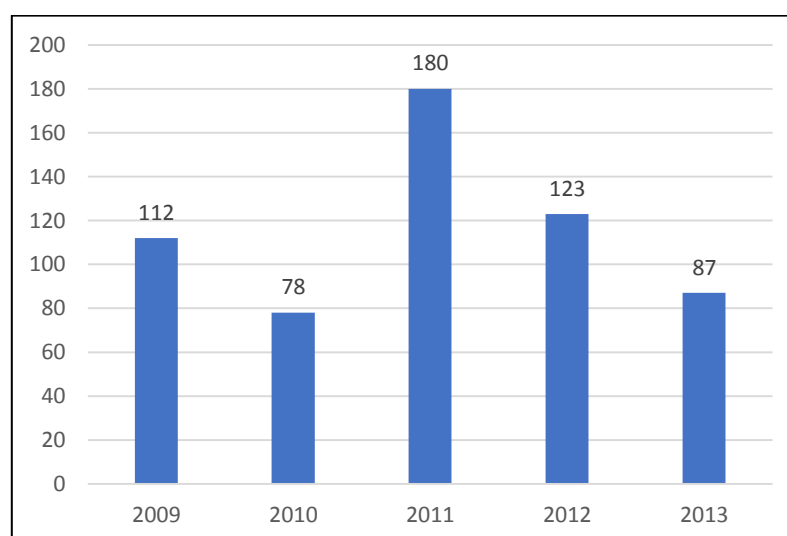
dos hormônios, que só foram possibilitados de forma mais bem definida e organizada em 2013.

Cabe lembrar que Portaria n. 457/08 apresentou um procedimento denominado “Administração Hormonal”, que abrangia a administração dos hormônios ‘Acetato de Ciproterona’ e estrógenos no período anterior a cirurgia de redesignação sexual, restrito às mulheres trans, mas que além de prever um recurso financeiro muito baixo, não orientava as unidades hospitalares sobre a forma de acessar tais insumos. Para além disso, estados e municípios, apesar de poderem organizar a dispensação desses medicamentos, que são corriqueiros na prática médica de baixa e média complexidade, raramente tomaram a iniciativa de organizar a disponibilização de tais medicamentos.

O resultado dessa omissão coordenada de cuidados entre as três esferas de gestão se observa no abandono assistencial das pessoas trans, que ou compravam os medicamentos quando podiam, ou judicializavam o acesso – o que nem sempre garantia o custeio dos remédios – ou permaneciam expostas aos agravos à saúde provocados pelo uso indiscriminado e sem acompanhamento adequado desses medicamentos.

Essas dificuldades no acesso aos hormônios são explicitadas nas baixas notificações desse tipo de procedimento nos sistemas de informação do MS, na medida em que apenas 580 registros foram notificados entre 2008 e 2013 em todo o país. O gráfico 07 mostra uma instabilidade na oferta desse tipo de atendimento com variações ao longo do período, sendo o pico da oferta em 2011. Minimamente, o que esses números apontam, é que essa assistência, foi extremamente restrita na vigência da Portaria 457/08 e permaneceu escassa após a mudança da Portaria, em 2013, conforme se poderá constatar mais adiante.

Gráfico 7 – Administração Hormonal/Portaria 457/08

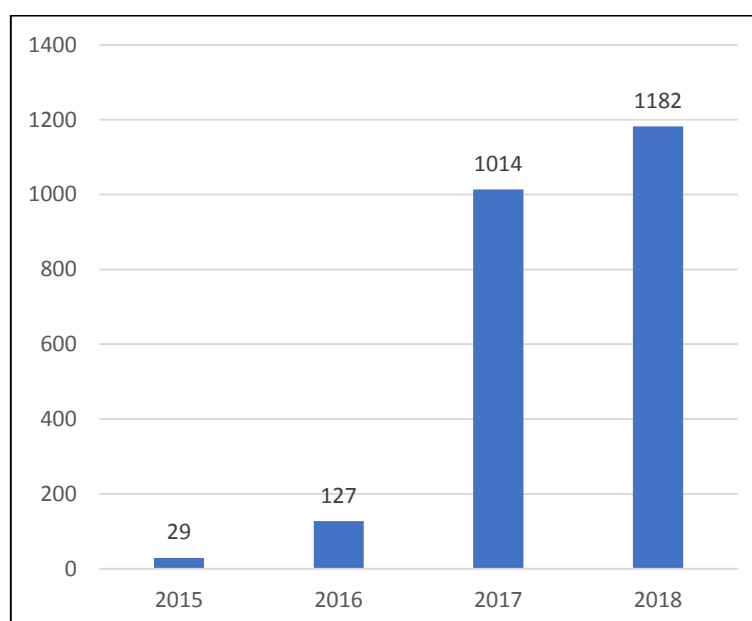


Fonte: A autora, 2019 - Baseado no Sistema de Informação do MS.

Em 2013, com a institucionalização da Portaria 2803/13, existia uma grande expectativa e pressão por parte de segmentos organizados de pessoas trans e dos profissionais/coordenadores envolvidos na construção das diretrizes assistenciais para que os hormônios fossem garantidos pelo SUS em qualidade, quantidade e abrangência adequadas, ou seja que homens, mulheres e as travestis que desejassem, tivessem acesso aos mesmos. No entanto, com a publicação da Portaria 2803/13, essas expectativas variaram entre a alegria e a frustração. Alegria pela inclusão dos homens trans no acompanhamento e na possibilidade de acessar os medicamentos e frustração pelo fato da assistência às travestis aparecer de maneira bastante controversa na nova Portaria.

O procedimento “Terapia hormonal no processo transexualizador” disponibiliza mensalmente a hormonização, tanto para os homens quanto para as mulheres trans, a partir da prescrição de medicamentos (estrógeno e testosterona) para serem iniciados após o diagnóstico definido. Ou seja, apesar desse procedimento abrir a possibilidade de atendimento às travestis, a exigência de diagnóstico as restringe, na medida em que alguns serviços não são acessíveis à elas, caso do Rio Grande do Sul, por exemplo, além de haver relatos de travestis mencionando que o uso de hormônios prejudica o desempenho sexual.

Gráfico 8 – Terapia Hormonal No Processo Transexualizador



Fonte: A autora, 2019 - Baseado no Sistema de Informação do MS.

De acordo com a Portaria n. 2803/13, a equipe técnica habilitada para esse acompanhamento poderá ser composta por médicos das diferentes áreas (residentes, clínicos,

médicos de família e comunidade, médicos sanitaristas, endocrinologistas e metabologista, ginecologista e obstetras, urologistas), o que sinalizaria para um deslocamento da centralidade da assistência nos hospitais universitários, uma medida positiva na medida em que essas pessoas poderiam ser assistidas na atenção primária de seus municípios, em ambulatorios mais próximos a seu lugar de residência. Todavia, a própria Portaria restringe o tipo de unidade que deverá prestar esse tipo de assistência, que deverão ser habilitadas na modalidade “Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador”, ou seja, ambulatorios específicos. É importante lembrar que desde 2016 o MS não habilitou nenhum ambulatorio específico para atendimento às pessoas trans, embora haja solicitações nesse sentido, conforme pude conhecer durante a pesquisa de campo.

Entre o período de 2015 e 2018 foram realizados 2352 procedimentos desse tipo, todavia, os dados apontam que o número de pessoas atendidas é muito restrito frente ao universo dos atendimentos realizados. Ao que parece nem mesmo as unidades habilitadas conseguem disponibilizar, sem grandes embaraços, os medicamentos necessários para o atendimento adequado das pessoas atendidas nos serviços, o Rio de Janeiro, por exemplo, apresenta grandes dificuldades na disponibilização dos hormônios. Por muito tempo o IEDE registrou o atendimento, mas teve dificuldade de ofertar o medicamento e o HUPE/UERJ não registra e não os fornece até o presente momento, conforme será apontado no terceiro capítulo desse estudo.

O aumento expressivo na possibilidade de oferta dos medicamentos à partir de 2017 em relação à 2015 e 2016 demonstradas no gráfico 08 pode estar relacionado à habilitação em 2016 dos ambulatorios do Rio de Janeiro (IEDE), Uberlândia (HC/UFU)¹⁸⁹, São Paulo (CRT/DST), Curitiba (CEPATT), Vitória (UCAM/UFES), Salvador (UPES/UFBA) e João Pessoa (ambulatorio Clementino Fraga).

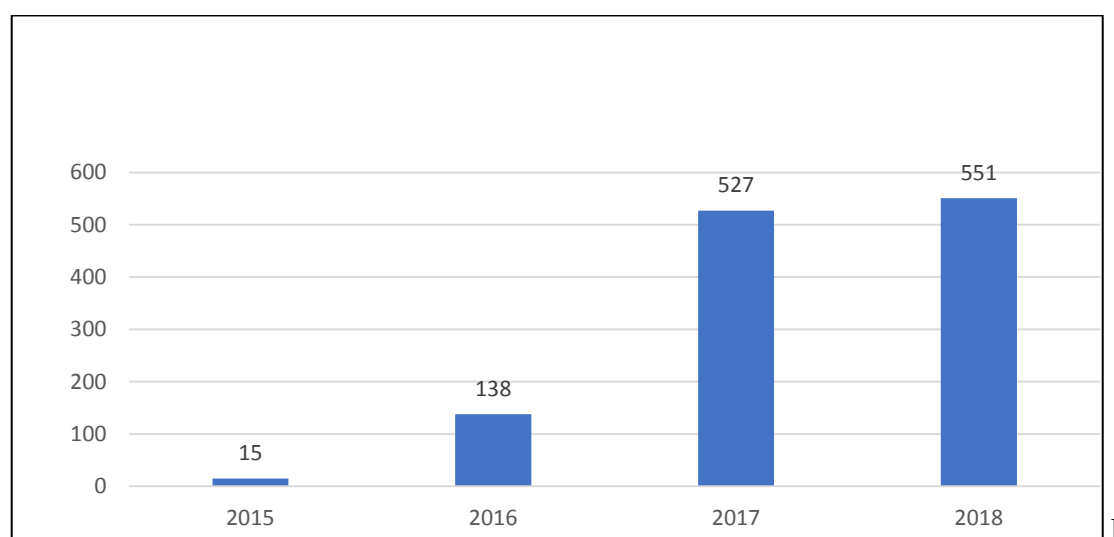
Quanto ao procedimento “Tratamento hormonal preparatório para cirurgia de redesignação sexual no processo transexualizador”, possibilitado pela Portaria n. 2803/13, prevê a disponibilização mensal do medicamento acetato de ciproterona durante o período de dois anos que antecede a cirurgia, destinado às mulheres trans.

Trata-se de um procedimento similar ao que já existia na Portaria n. 457/08, podendo ser conduzido por diferentes especialidades médicas (residentes, clínicos médicos de família e comunidade, médicos sanitaristas, endocrinologistas e metabologista, ginecologistas e

¹⁸⁹ Importante registrar que o ambulatorio Trans da Universidade de Uberlândia, embora tenha sido inaugurado em 2006, foi habilitado apenas em 2016.

obstetras e urologistas). Possibilidade que, em tese, pode vir a contribuir para que essa assistência absorva os profissionais que não estão inseridos nos hospitais universitários, no entanto, é importante destacar que essa possibilidade não veio acompanhada de outras ações que permitissem a estruturação desses atendimentos e a formação/qualificação desses profissionais para prestarem a assistência, sendo muito comum a existência de médicos, mesmo entre os endocrinologistas, verbalizarem que tem dúvidas ou desconhecem os protocolos de hormonização em pessoas trans, ou que não sabem quais efeitos a hormonização causará nessas pessoas, ou que se sentem inseguros e não contam com o suporte dos hospitais universitários onde as pessoas trans são atendidas, entre outras manifestações, que comumente se localizam entre a transfobia e a ausência de qualificação para o manejo da assistência, causando inseguranças.

Gráfico 9 – Tratamento Hormonal Preparatório para Cirurgias de Redesignação Sexual



Fonte: A autora, 2019 - Baseado no Sistema de Informação do MS.

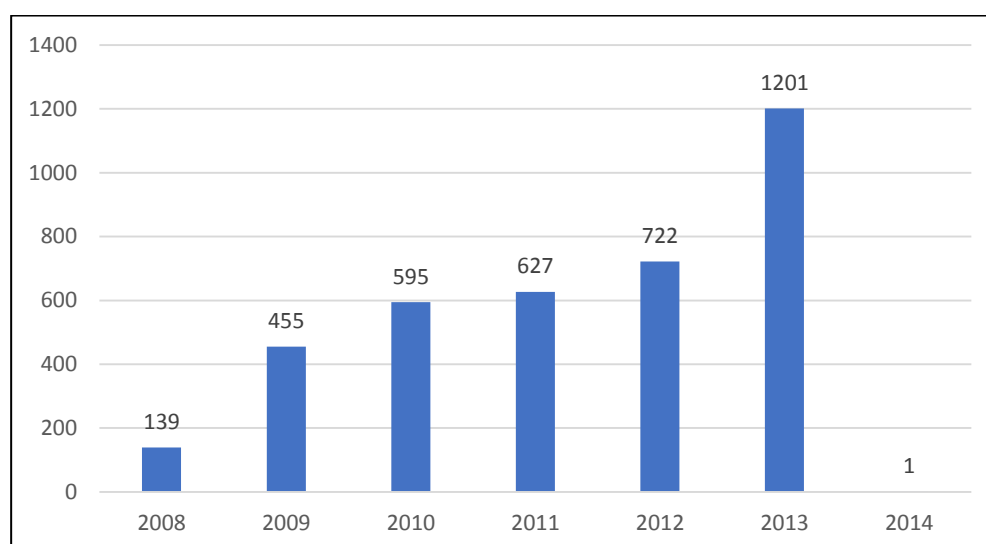
Entre o período de 2015 e 2018 foram registrados 1231 procedimentos desse tipo no país. Conforme o Gráfico 09 aponta, a partir de 2017, observa-se um aumento na disponibilização do “tratamento hormonal”, em relação à 2015 e 2016, provavelmente em função do credenciamento do HC da UFPE e de outros ambulatorios que foram habilitados a partir de 2016, conforme já sinalizado.

É possível observar, ainda, que no período de transição entre as duas Portarias, no ano de 2014 especificamente, não foi registrado nenhum tipo de atendimento relacionado à administração, tratamento ou terapia hormonal, situação que não aconteceu em relação aos demais procedimentos disponibilizados pelas portarias.

Provavelmente essa maior dificuldade em materializar o acesso aos medicamentos se deve as ações intra institucionais que cada serviço precisa estruturar para garantir a compra e posterior ressarcimento, após o registro do atendimento efetuado, nas plataformas de informação do MS, sobretudo, no período anterior a 2013, quando havia menos protocolos assistenciais em relação à nova Portaria. De qualquer forma, a nova normativa do programa não representou um salto de qualidade, abrangência e quantidade na oferta do procedimento. Apesar da Portaria 2803/13 ter incluído os homens trans e, supostamente, ter absorvido as travestis, o quantitativo de registros é muito baixo frente o número de consultas realizadas no país.

Em relação ao “Acompanhamento de paciente no Processo Transexualizador” (Gráfico 10), que na Portaria de 2008, possibilitava a equipe multiprofissional¹⁹⁰ fazer um único atendimento mensal durante dois anos, foi registrado um aumento progressivo em sua ocorrência: em 2008 foram 139 consultas, chegando a 1.201 registros de atendimento em 2014, no entanto ainda é um número aquém das necessidades das pessoas trans, tendo em vista a demanda reprimida que sempre foi uma realidade de todos os programas, conforme relatos dos coordenadores durante a pesquisa de campo.

Gráfico 10 – Acompanhamento de Paciente no processo Transexualizador



Fonte: A autora, 2019 - Baseado no Sistema de Informação do MS.

¹⁹⁰ A equipe poderia ser composta por profissionais variados dentre as seguintes categorias: médico cirurgião geral, médico cirurgião plástico, médico psiquiatra, médico endocrinologista e metabologista, médico ginecologista e obstetra, médico urologista, nutricionista, psicólogo clínico e assistente social.

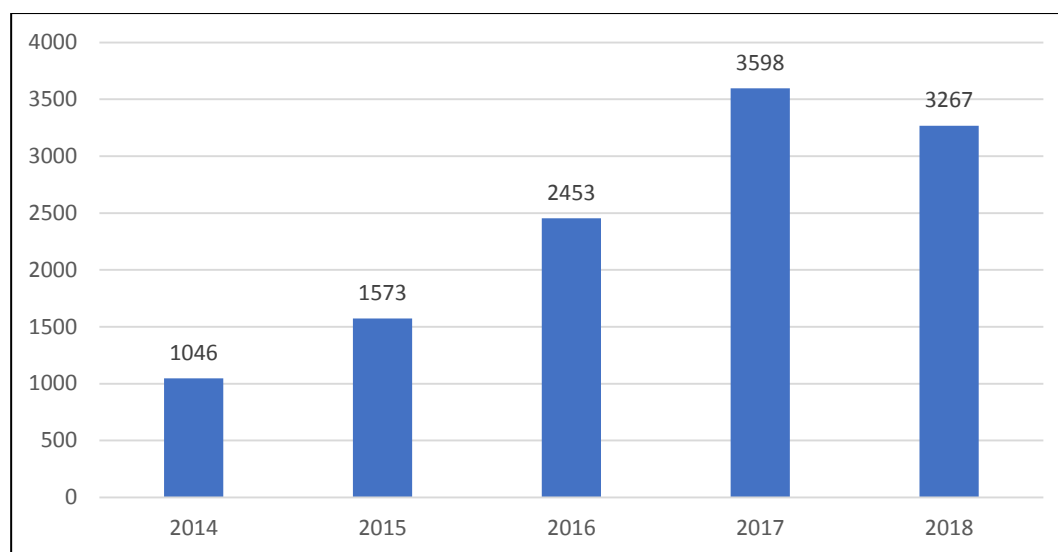
É importante reafirmar, no entanto, que o Portaria 457/08 limitava o pagamento de 1 procedimento realizado por equipe, não importando quantos atendimentos fossem realizados, nem quantos profissionais fizeram o atendimento. Ou seja, se uma equipe fosse composta por 1 médico clínico, 1 psiquiatra, 1 cirurgião, 1 psicólogo e 1 assistente social, apenas 1 dos atendimentos realizados dentre toda a equipe seria remunerado pela Tabela do MS. Essa forma de sustentação do programa, que tem seu financiamento limitado aos procedimentos realizados, não é capaz de manter a existência do serviço e não estimula o interesse, sobretudo, de outros hospitais de alta complexidade para compor a rede de atendimentos às demandas ambulatoriais, e notadamente, cirúrgicas das pessoas trans. Essa forma do MS lidar com os serviços hospitalares habilitados gera a sensação de que a gestão compreende a sua atuação como complementar, uma vez que os serviços já existiam sem a atuação do MS, e não como estruturante da assistência prestada pelos programas.

Na Portaria de 2013, o procedimento que antes era identificado como “Acompanhamento de paciente no processo transexualizador” (Gráfico 11) sofreu alteração e passou a ser designado como “Acompanhamento do usuário/a no processo transexualizador exclusivo nas etapas do pré e pós-operatório”. Houve uma ampliação que passou a permitir dois atendimentos mensais por equipe multiprofissional¹⁹¹ durante no mínimo dois anos na fase pré-operatória e um ano no pós-operatório. Nota-se que a composição da equipe foi pensada a partir de forte presença do profissional médico e uma presença mais periférica de outras categorias profissionais, que poderiam ter atuação importante no programa, como os fisioterapeutas e profissionais de educação física, por exemplo¹⁹².

¹⁹¹ A equipe poderia ser composta por profissionais variados dentre as seguintes categorias: médico residente, médico clínico, médico de família e comunidade, médico sanitário, médico da estratégia de saúde da família, médico cirurgião geral, médico cirurgião plástico, médico psiquiatra, médico endocrinologista e metabologista, médico ginecologista e obstetra, médico urologista, nutricionista, psicólogo clínico, assistente social e fonoaudiólogo.

¹⁹² Ao atuarem/ intervirem globalmente no corpo e na relação desse corpo com o contexto social/ambiental, tais categorias poderiam ser de grande valia nas equipes do processo transexualizador, inclusive no deslocamento da centralidade cirúrgica e enfrentamento das expectativas em relação às possibilidades ofertadas pelas cirurgias, tendo em vista que muitas pessoas só precisam entender melhor como pensar e colocar seu corpo no mundo.

Gráfico 11 – Acompanhamento do/a Usuário/a No Processo Transexualizador Exclusivo nas etapas do Pré e pós-operatório



Fonte: A autora, 2019 - Baseado no Sistema de Informação do MS.

Foi registrado um aumento significativo em relação ao procedimento similar anterior e se contatou 11.937 atendimentos notificados pelas cinco unidades de atendimento credenciadas entre 2014 e 2018, com aumento progressivo ano a ano dos registros de atendimentos realizados, embora seja necessário lembrar que não há mapeamento das necessidades reais das pessoas trans em escala nacional e se desconheça oficialmente o tamanho da demanda reprimida, o que torna uma incógnita saber o quanto esses números representam na cobertura assistencial.

Ainda que esse procedimento tenha possibilitado a remuneração de mais atendimento mensal por equipe, totalizando o pagamento de 2 consultas por mês, isso representa muito pouco na realidade dos serviços, notadamente porque há demandas de múltiplos atendimentos mensais, quando se pensa na atuação da psicologia e da fonoaudiologia, por exemplo.

A remuneração pela tabela do SUS que é de R\$ 39,38 por atendimento, limitados a duas consultas por mês equivaleria ao faturamento de R\$ 78,76 por usuário atendido no mês, ocorre que apesar desse valor ser maior do que os valores pagos pelas consultas de baixa complexidade, o volume de atendimento das pessoas trans é muito menor, redundando num subfinanciamento dos serviços, o que torna esses atendimentos menos atrativos do ponto de vista da gestão hospitalar/ambulatorial e da gestão local/estadual, sobretudo porque se trata de pessoas estigmatizadas, muitas vezes compreendidas como “barraqueiras”, “problemáticas”, por outras vezes há resistências entre os profissionais em função de motivação religiosa ou moral. Nesse caso, ao fazerem o cálculo dos custos e dos benefícios, é provável que muitos

gestores e instituições hospitalares de alta complexidade e mesmo ambulatoriais, não se sintam estimulados a ofertarem essa modalidade assistencial.

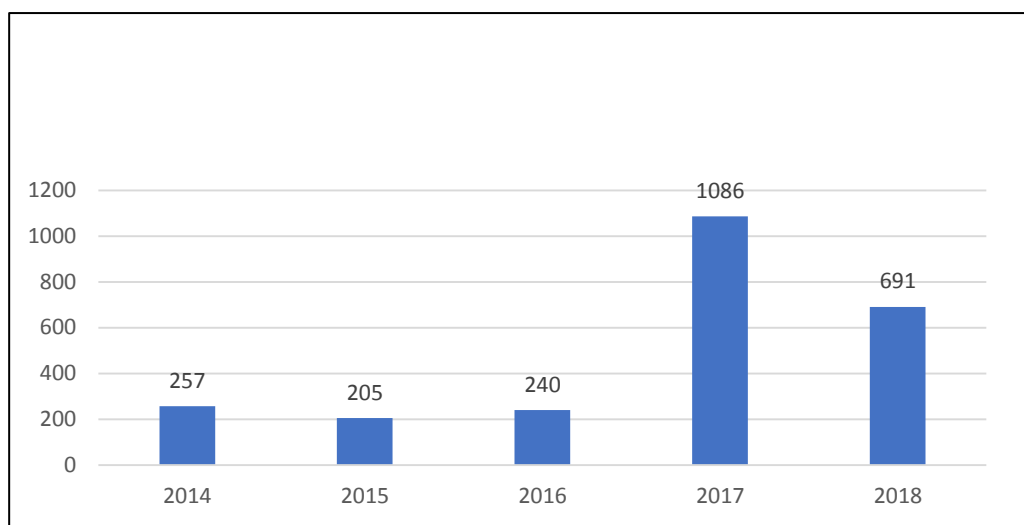
O “acompanhamento de usuário/a no processo transexualizador exclusivamente para atendimento clínico” (Gráfico 12) foi uma modalidade de atendimento inédita trazida pela novada Portaria e consiste em acompanhamento clínico por equipe multiprofissional¹⁹³ às pessoas trans, e pelo menos em tese, extensivo às travestis. Persiste a limitação observada nos demais procedimentos assistenciais no que tange ao quantitativo de consulta remunerada pelo MS, que nesse caso, é um atendimento por mês, independentemente de quantos profissionais realizaram o atendimento. Durante o período de 2013 a 2018 foram registrados 2.479 atendimentos dessa modalidade pelos 5 hospitais credenciados no país e presume-se que poucos desses atendimentos foram destinados às travestis tendo em vista que, pela exigência do diagnóstico na maior parte dos procedimentos, elas, de fato são pouco contempladas pelas ações do programa. Além dos serviços, principalmente os de alta complexidade, não estarem organizados para atender as singularidades que o atendimento às travestis, requer.

Em geral, o estilo de vida das travestis, suas rotinas de horários, as múltiplas precarizações que lhes atravessam, sobretudo em função do estigma e preconceito dos quais são alvo, na maior parte das vezes são compreendidos como impeditivos de acesso à saúde e precisam ser considerados no planejamento do atendimento às elas, e isso raramente acontece.

Os exemplos positivos no que tange à proposição de uma assistência acolhedora e respeitosa às travestis, os quais se tem conhecimento, estão localizados no ambulatório de Uberlândia e no Espaço Trans de Pernambuco.

¹⁹³ A equipe pode ser composta por profissionais variados dentre as seguintes categorias: Fonoaudiólogo, médico psiquiatra, médico endocrinologista, psicólogo clínico, assistente social.

Gráfico 12 – Acompanhamento de usuário/a No Processo Transexualizador Exclusivamente para Atendimento Clínico



Fonte: A autora, 2019 - Baseado no Sistema de Informação do MS.

As informações acerca dos atendimentos às pessoas trans registrados nos Sistemas de Informação do SUS, apesar de muito valiosas, contam com a subnotificação de registros e com omissão de informações de alguns campos. O quesito “cor” é um dos que mais aparecem sem preenchimento. Além disso, não dispõe de dados importantes como “escolaridade” e outras informações necessárias para traçar, em âmbito nacional, um perfil minimamente abrangente da população trans atendida no SUS¹⁹⁴.

Por outro lado, cada um dos serviços habilitados possui características muito singulares em todos os aspectos, além de apresentar toda sorte de dificuldades estruturais na composição das equipes, de modo que não foi possível obter dessas equipes, de maneira uniforme, as características da população por elas atendida para que fosse possível traçar este perfil com as informações fornecidas pelos serviços.

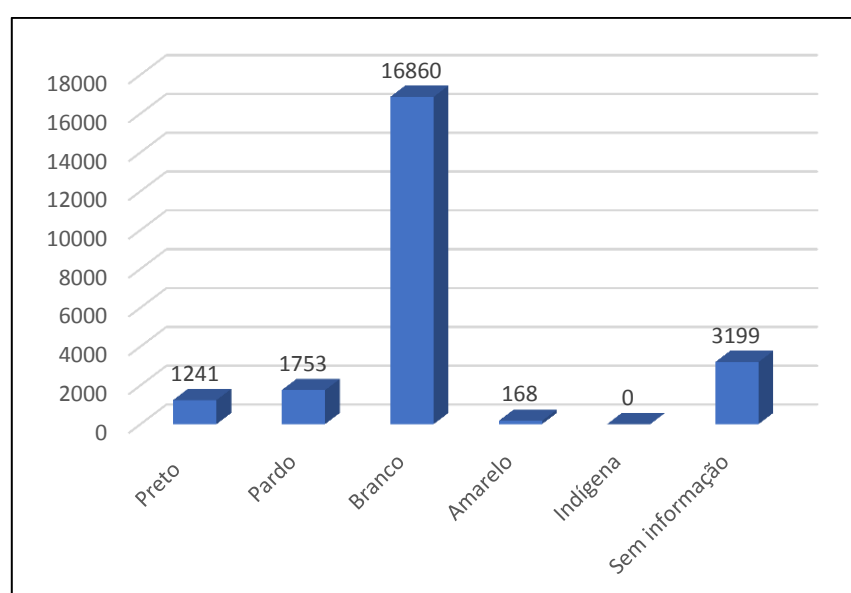
¹⁹⁴ No Brasil não há mapeamento nacional acerca do perfil e das condições de vida das pessoas LGBTQI+, incluindo aí as pessoas trans. Os levantamentos existentes são regionais e pouco abrangentes, sendo, em geral, realizados por grupos de pesquisas de diferentes universidades e institutos de pesquisa e por organizações de representação e defesa de direitos das pessoas trans, como a ANTRA, por exemplo. No final de 2018, o MS estabeleceu um convenio com o Hospital privado Albert Einstein, de São Paulo, por meio de projeto financiado com recursos de renúncia fiscal, e recentemente, eu fui informada que o Einstein, por meio dessa pesquisa fará um mapeamento nacional utilizando dados fornecidos pelos serviços que atendem às pessoas trans. Tendo em vista que nenhum serviço é obrigado a fornecer dados e que muitos deles não tem essas informações sistematizadas, acho pouco provável que essa intenção do Albert Einstein, tenha resultados confiáveis. Cabe esclarecer que as ações dessa pesquisa foram publicizadas para os serviços em 2019 e não foi possível trabalhar essa questão na tese. Por ora basta apontar que ouvi do diretor do Einstein, numa conversa informal dentro do hospital em SP, que o SUS era a sua maior fonte de renda, daí se pode vislumbrar os limites dessa pesquisa no que tange à estruturação e fortalecimento do programa enquanto política pública. Sobre Renúncia Fiscal e o SUS, Cf.: OCKÉ-REIS, 2018.

Assim, mesmo correndo o risco de enfrentar a escassez dos dados existentes, optei por categorizar algumas das informações disponibilizadas por meio do SIA-SIH/SUS a fim de que pudesse traçar um pequeno perfil dessa população, já que não foi possível obter esses dados de maneira uniforme por meio dos serviços.

Iniciando com a questão do quesito cor, o gráfico 13 ilustra uma situação que merece ser olhada com cuidado. Os cerca de 23 mil atendimentos registrados não significam que são 23 mil pessoas assistidas na totalidade, mas 23 mil registros no sistema de informações, ou seja, uma mesma pessoa pode ter sido atendida várias vezes no mesmo período. Supondo que seja dessa forma, ainda significa que 73% desses atendimentos foram destinados a uma pessoa de cor branca.

Seguindo esse mesmo raciocínio, conta-se 5% de atendimentos recebidos por pessoas pretas e 8% por pessoas pardas. A soma das ações voltadas para pretos/as e pardos/as foi de 13%, número inferior àqueles cujo registro de raça/etnia não foi preenchido, constituindo os 14% do bloco “sem informação” para designar a ausência dessa informação no campo.

Gráfico 13 – Cor - Brasil



Fonte: A autora, 2019 - Baseado no Sistema de Informação do MS.

Quando se analisa o que isso significa, em termos de abrangência nacional, é necessário pensar que o IBGE, ao pesquisar a cor ou raça da população brasileira se baseia na autodeclaração. Ou seja, as pessoas são perguntadas sobre sua cor, de acordo com as opções “branca”, “preta”, “parda”, “indígena” ou “amarela”. Isso é o que normalmente as equipes fazem, ou deveriam fazer, ao realizar os atendimentos. No entanto, observa-se dificuldades

tanto na realização da pergunta, quanto nas respostas dadas, o que pode explicar o índice de 14% de ausência desse registro nas informações contidas no DATASUS, ou mesmo os 19% das 346 pessoas atendidas no HUPE e que também não tem a cor de sua pele registrada durante as consultas.

Tendo por base a minha experiência de trabalho, constato que essa não é uma questão simples. Há situações em que os/as usuários/as apresentam dificuldade em responder essa pergunta e outras nas quais as equipes relatam constrangimento em perguntar, revelando a condição estruturante do racismo que perpassa a realidade brasileira.

De acordo com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2019) 42,7% dos brasileiros se declararam como brancos, 46,8% como pardos, 9,4% como pretos e 1,1% como amarelos ou indígenas. Assim, somando-se os pretos e os pardos, o Brasil é constituído por cerca de 56% de pessoas negras.

Isso me faz perguntar: onde estão as pessoas trans negras? 13% dos atendimentos realizados pelo Processo Transexualizador no país foram destinados às pessoas negras e cerca de 73% desses atendimentos beneficiaram as pessoas de cor branca, quando os índices oficiais apontam que nacionalmente os/as negros/as são maioria na composição étnico racial do país.

Ao analisar os índices de violência contra pessoas trans identifica-se pesquisas que apontam que 82% das pessoas transexuais assassinadas no país são negras. De acordo com o dossiê “Assassinatos e violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2019”¹⁹⁵ desenvolvido pela ANTRA (Associação Nacional de Travestis e Transexuais) o perfil médio das pessoas transexuais assassinadas no Brasil em 2019 é composto majoritariamente por pessoas negras e jovens. Das 124 vítimas contabilizadas, 82% eram negras e 59,2% tinham entre 15 e 29 anos. De todas as mortes, 97,7%, era de mulheres transexuais.

A este respeito Bruna Benevides (2020) aponta o seguinte:

Neste ano, tivemos 82% dos casos identificados como sendo de pessoas pretas e pardas, explicitando ainda mais os fatores da desigualdade racial nos dados de assassinatos contra pessoas trans, como já estava ratificado nas edições anteriores. Embora reconheçamos que a questão racial se dá de diversas formas e contextos em cada região/estado, atentemos ao fato de que é a população negra, a que tem maiores chances de ser assassinada (ANTRA, 2020).

O dossiê da ANTRA apontou, ainda, que a vítima mais jovem assassinada em 2019 foi uma adolescente transexual de 15 anos, e não foi a única pessoa jovem assassinada. De acordo

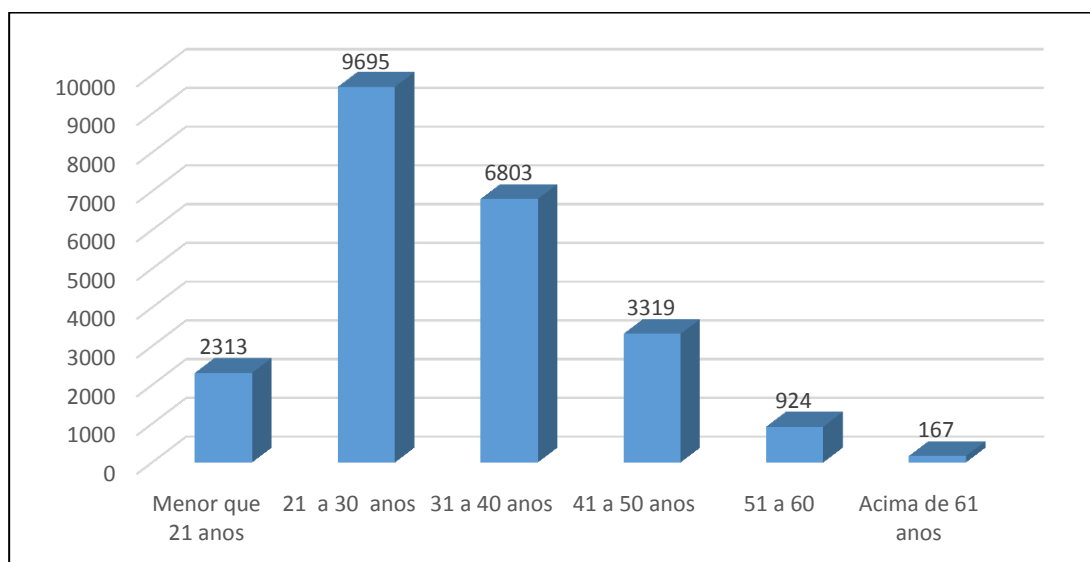
¹⁹⁵ A Associação Nacional de Travestis e Transexuais, responsável pela elaboração do dossiê, contabiliza as vítimas de assassinato no país por meio dos casos notificados à própria instituição e os noticiados pela mídia. Como já foi assinalado aqui, o país não conta com canais oficiais de informações que trate de forma ampliada as especificidades das pessoas trans no que tange as suas condições de vida, saúde e morte.

com o estudo, os índices mais altos de assassinato da população trans está diretamente relacionado às questões etárias e que a juventude trans está intensamente exposta à violência cotidiana (ANTRA, 2020).

É importante demarcar que as trajetórias de vida de pessoas trans constituem a síntese absolutamente singular de suas inserções de classe social, de gênero e “raciais”, bem como de suas características culturais, etárias, de seus percursos sexuais, entre outras. Como sugere Safiotti (1992, p.191), somente as “análises concretas de fatores reais poderão mostrar como as vivências humanas apresentam um colorido de classe e um colorido de gênero” e que estas dimensões são, portanto, inseparáveis (SANTOS; ALMEIDA, 2014, p. 300).

Assim, ao pensar no cruzamento da questão étnico racial com os elementos geracionais e de gênero, entendo ser necessário conhecer o perfil etário e de sexo/gênero da população trans atendida pelo SUS. Esses dados apontam que em relação à faixa etária pode-se constatar que os atendimentos realizados têm sido destinados às pessoas jovens, correspondendo a 42% na faixa de idade entre 21 e 30 anos; 29% dessas pessoas tem idades entre 31 e 40 anos, 14% delas estão entre 41 e 50 anos, 4% tem a idade entre 51 e 60 anos e 10% delas tem menos de 21 anos de idade, conforme ilustra o gráfico 14:

Gráfico 14 – Faixa Etária - Brasil



Fonte: A autora, 2019 - Baseado no Sistema de Informação do MS.

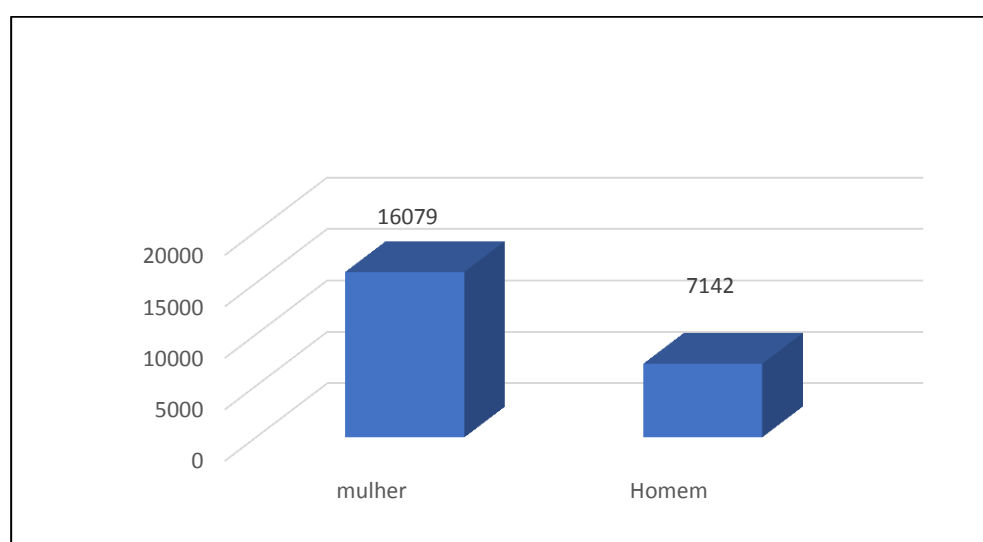
Quanto ao sexo das pessoas trans, as informações coletadas confirmam a realidade cotidiana, uma vez que a maioria dos atendimentos foram destinados às mulheres trans (cerca

de 70%) e cerca de 30% aos homens¹⁹⁶. Aqui cabe um registro que julgo importante: apesar da presença dos homens ser menor nos atendimentos, sabe-se, pela experiência cotidiana dos serviços, que a visibilidade política deles tem aumentado progressivamente e há uma maior procura por assistência em saúde por parte deles.

Todavia, é preciso apontar que é prática sistemática do SUS o negligenciamento das necessidades dos homens trans, haja vista a resistência do MS em ofertar procedimentos cirúrgicos simples como a histerectomia e a mamoplastia, que por muito tempo foram consideradas experimentais no caso deles. Lembro também a histórica desigualdade na oferta dos hormônios, que a própria Portaria n. 457/08 legitimou, como também aponto o fato de que as cirurgias de metoidioplastia e faloplastia necessitaram de intervenção da Justiça para passarem a ser custeadas pelo SUS.

Finalizo ressaltando mais uma iniquidade, que diz respeito às dificuldades de assistência na atenção primária, já que pouco se organiza a saúde ginecológica para os homens trans (Gráfico 15) Assim, se faz necessário questionar essa disparidade nos atendimentos porque ainda que, numericamente, as mulheres possam ter maior expressividade, a situação dos homens poderia ser mais bem atendida se eles não fossem expulsos da assistência por meio das dificuldades estruturais que o próprio SUS cria.

Gráfico 15 – Sexo - Brasil



Fonte: A autora, 2019 - Baseado no Sistema de Informação do MS.

¹⁹⁶ Cabe lembrar aqui que os formulários de registros das informações do SUS são rígidos, não dando alternativa para o registro de pessoas não binárias, por exemplo.

Este perfil de pessoas trans – mulheres, negras e jovens – que não conseguem, em sua maioria, acessar o SUS, é o mesmo perfil das pessoas trans, que são invisíveis ao estado e vem sendo assassinadas cotidianamente, conforme apontou o relatório da ANTRA. Ao olhar esses dados, entendo que a perspectiva da interseccionalidade para a compreensão das múltiplas e concomitantes opressões experimentadas por essas pessoas na busca por assistência pública em saúde, é um caminho incontornável.

Não é mais possível pensar a constituição do SUS sem considerar as determinações postas pelo racismo estrutural, pelo patriarcado, pelo machismo e sexismo. As determinações econômicas oriundas do modo de produção capitalista se interseccionam com as opressões resultantes do racismo estrutural e da violência de gênero e resultam na situação apontada pelo dossiê da ANTRA. Este estudo aponta que a população negra é a que tem mais chances de ser assassinada no Brasil, sobretudo, quando junto ao pertencimento étnico racial, se associam a condição de gênero, da diversidade de gênero e da pobreza:

Estas mortes acontecem com maior intensidade entre travestis e mulheres transexuais negras, assim como são as negras as que têm a menor escolaridade, menor acesso ao mercado formal de trabalho e a políticas públicas. Travestis e Transexuais negras são maioria na prostituição de rua. Proporcionalmente, são essas as que têm os maiores índices de violência e assassinatos (ANTRA, 2020).

Nesse sentido, é necessário compreender o assassinato das pessoas trans, notadamente das travestis e das mulheres transexuais, como parte da mesma estrutura que extermina cotidianamente a população negra no Brasil. É impossível separar o racismo da transfobia, dado que são expressões de uma mesma lógica. Assim, reafirma-se o quanto raça, classe social, relações de sexo/gênero, não se constituem nem em “temáticas” distintas, ou somatório de dimensões e, muito menos, enfoques paralelos ou secundários de leituras sobre o real. Na verdade, esses cruzamentos integram a conformação estrutural de nossa formação social periférica na dinâmica histórica de acumulação capitalista (OLIVEIRA; ALMEIDA; SANTOS; CARVALHO; PEREIRA, 2019).

A partir do relatório da ANTRA, uma pessoa trans apresenta maior probabilidade de ser assassinada. Este extermínio acontece com maior intensidade entre travestis e mulheres transexuais negras, assim como são as negras que têm a menor escolaridade, menor acesso ao mercado formal de trabalho e a políticas públicas. Travestis e Transexuais negras são maioria na prostituição de rua. Proporcionalmente, são essas as que têm os maiores índices de violência e assassinatos, diz o estudo (ANTRA, 2020).

Ao olhar para os dados que a plataforma do SUS disponibiliza, penso que é possível que muitas dentre as pessoas trans negras que não conseguem acessar os serviços de saúde e

serem alcançadas pelas demais políticas sociais públicas, conseguem, ser alcançadas pela violência.

Isso me faz olhar para o próprio serviço que integro e constatar que, à semelhança das outras Unidades hospitalares, as pessoas trans negras não estão acessando a assistência ou estão fazendo de maneira muito restrita. Além de apresentar semelhança no perfil de pertencimento étnico racial, as pessoas atendidas no HUPE/UERJ seguem a mesma tendência nacional em relação ao perfil etário.

Não foi possível conhecer o panorama educacional desse grupo nacionalmente, já que não constam as informações de escolaridade no DATASUS. No entanto, quando olho apenas para a realidade do HUPE/UERJ, constato que aquele conjunto de pessoas lá atendidas está muito distante do perfil das pessoas trans que sequer conseguem adentrar aquele serviço. As pessoas trans negras, de realidade social extremamente precária, não tem conseguido furar as barreiras sociais existentes, o que é uma tarefa necessária para acessarem a assistência naquele espaço, um hospital universitário na região central do Rio de Janeiro.

Isto ficou explícito para mim na ocasião que fui convidada para dar uma palestra para o projeto Damas¹⁹⁷, da Prefeitura do Rio de Janeiro e quando entrei na sala onde acontecia o curso, fui visualmente surpreendida pela cor, pela precariedade educacional e pela pobreza daquele grupo de pessoas. Até então eu ficava intrigada com o alto nível de escolaridade dos usuários/as que atendia¹⁹⁸, mas não conseguia enxergar que eu estava atendendo a um grupo muito restrito de pessoas e que uma parte muito significativa de outras, não estava conseguindo furar os bloqueios existentes entre elas e os serviços.

Essa situação me fez pensar sobre a relevância da categoria interseccionalidade e a partir dela pude ajustar minhas lentes de análise para compreender os múltiplos

¹⁹⁷ O projeto Damas é uma ação da prefeitura do Rio de Janeiro, iniciada em 2004, que por meio da interlocução entre a secretaria municipal de Desenvolvimento social e a Coordenadoria da Diversidade Sexual- CEDS/Rio, promovem a formação profissional para travestis e transexuais por meio de capacitações, incentivo à escolaridade e à empregabilidade, visando a reinserção social e o combate à discriminação e ao preconceito. Geralmente o foco desse projeto é o segmento mais pobre e precarizado dentre esse público.

¹⁹⁸ Entre as 346 pessoas atendidas no HUPE/UERJ, 115 (32%) concluíram o ensino médio, 67 (18%) dessas pessoas ingressaram no ensino superior, mas ainda não o concluíram, 31 (8%) delas alcançaram o diploma do ensino superior e 30 (8%) dentre essas pessoas tem o ensino médio incompleto. Com relação as faixas mais elementares do sistema educacional, 15 (4%) pessoas conseguiram finalizar o ensino fundamental e 32 (9%) delas não concluíram o ensino fundamental. Por outro lado, segundo dados de 2019, do IBGE, 46,6% da população de 25 anos ou mais de idade estava concentrada nos níveis de instrução até o ensino fundamental completo ou equivalente; 27,4% tinham o ensino médio completo ou equivalente; e 17,4%, o superior completo. O nível de instrução foi estimado para as pessoas de 25 anos ou mais de idade, pois pertencem a um grupo etário que já poderia ter concluído o seu processo regular de escolarização. Estes dados apontam que o grupo atendido no HUPE está, do ponto de vista da escolarização, numa situação mais vantajosa que a média da população brasileira.

atravessamentos que se acumulam sobre as pessoas transexuais atendidas nos serviços de saúde. Entender que as opressões de classe – quando se interseccionam com as opressões de gênero, diversidade identitária, sexual, étnico racial, geracional – constituem um caleidoscópio de iniquidades que precisam ser conhecidas para que possam ser melhor enfrentadas tanto nas micro relações institucionais, quanto na construção e fortalecimento de estratégias políticas de ação coletiva, inclusive questionando a construção de políticas públicas que não considerem essas singularidades.

Após ter abordado a constituição do processo transexualizador em âmbito nacional, finalizarei a exposição desse estudo com os dados reunidos no processo de pesquisa acerca dos cinco serviços hospitalares que compõem este programa. A expectativa é que eu tenha conseguido, ao final dessa investigação, traçar um panorama histórico acerca dos dez anos de existência e prospectar tendências possíveis de seu prosseguimento na conjuntura política atual.

3 O PROCESSO TRANSEXUALIZADOR NOS ESTADOS E A PARTICIPAÇÃO DOS HU'S

3.1 O HU como locus principal do processo transexualizador

Em relação à organização do processo transexualizador nos estados, embora não fosse objeto deste estudo analisar minuciosamente as particularidades de cada um dos entes onde o programa existia, eu busquei ao longo da pesquisa de campo contactar representantes da gestão estadual com o objetivo de entrevistá-los. O objetivo foi compreender cada realidade local relacionada à pesquisa. Assim, no caso de São Paulo, minha tentativa foi no sentido de entrevistar a coordenação do CRT, mas quando visitei o estado, o Coordenador estava licenciado por questões de saúde e não foi possível estabelecer contato.

No RS, eu busquei a Secretaria Estadual de Saúde na intenção de entrevistar os/as gestores/as responsáveis pela pactuação do processo transexualizador na Secretaria de Saúde, mas não obtive sucesso. Todavia, tive a oportunidade de estar com o responsável pela política LGBT do estado no Seminário ocorrido no município do Rio Grande (RS), onde quis entrevistá-lo, no entanto, por uma série de imprevistos, ele não compareceu ao Seminário, enviando uma técnica da mesma Secretaria. As informações que a técnica deu foram muito importantes para que eu pudesse vislumbrar um panorama da política LGBTIQ+ no estado. Posteriormente, eu entrei em contato com o Coordenador desta política no estado e pude conversar com ele por meio de mensagens eletrônicas, o que me auxiliou na compreensão da dinâmica daquela realidade.

De todos os estados pesquisados, Goiás (GO) teve uma particularidade. Foi possível para mim passar quase uma semana em visita à Secretaria de Saúde e visitando os projetos relacionados à saúde trans desenvolvidos pela instituição, o que não aconteceu em relação aos estados de São Paulo (SP), RS (RS) e Paraíba (PB).

No que se refere à Paraíba (PB), fiz contato com o Coordenador da Política Estadual de Saúde LGBT, solicitando um encontro na ocasião em que eu visitaria aquela região. Todavia, naquele período, ele estava em viagem à trabalho para outro estado. Já no caso do Rio de Janeiro (RJ), por considerar a proximidade com os/as gestores/as e o conhecimento prévio que já tinha acerca da realidade do programa no estado, eu não planejei visitar ou entrevistar os/as técnicos/as da SES-RJ e trabalhei com as informações acerca da realidade cotidiana, de alguns documentos e informação oficiais publicadas nos meios e canais de

divulgação e transparência conforme exigências legais e das produções técnico-científicas que já se debruçaram sobre o tema.

Assim, o estudo empírico sobre os estados foi construído a partir das entrevistas com os/as técnicos/as das Unidades Especializadas, com integrantes do movimento social em alguns deles e, também, a partir de levantamento bibliográfico de produções acerca dos serviços. Foi assim em todos os programas, à exceção de Goiás, onde foi possível entrevistar também os/as gestores/as estaduais da Secretaria de Saúde.

Uma discussão fundamental que precisa ser destacada se relaciona ao papel dos Hospitais Universitários (HU's) e a sua integração no SUS, tendo em vista que todos os serviços hospitalares e alguns ambulatorios que ofertam assistência no âmbito do processo transexualizador, funcionam dentro de HU's. Em todos os estados observamos algum nível de dificuldade na interlocução entre esses espaços e o restante da rede SUS, no que toca a condução da assistência às pessoas trans.

Esses entraves, que já não eram poucos, foram adensados com a entrada da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)¹⁹⁹ na gestão dos HU's federais, tornando ainda mais complexa essa relação envolvendo os hospitais, a EBSERH, as universidades e os/as gestores/as municipais, estaduais e federal.

Com exceção do estado do Rio de Janeiro e de São Paulo²⁰⁰, os três outros estados onde há serviços especializados/cirúrgicos no âmbito do Processo Transexualizador, estes se dão em hospitais geridos pela EBSERH. O caso do HC da USP, ainda que não seja administrado pela EBSERH, sua gestão também se dá de forma desvinculada da USP, sendo regida por uma lógica empresarial, inclusive na forma de contratação de seus funcionários, a partir da CLT e com oferta de leitos e assistência também para planos e seguros privados de saúde e para usuários/as/as pagantes particulares.

Esse também é o caso do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, vinculado à UFRGS e gerido pela EBSERH. Ele também oferta assistência para usuários/as particulares e juntamente com o HC da USP, serviu de modelo para o Governo Federal, nas discussões que

¹⁹⁹ Trata-se da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), uma empresa pública de direito privado, vinculada ao Ministério da Educação, criada em 2011 com o objetivo de reestruturar os HU's (HU's) federais. Essa empresa tem autonomia para contratar funcionários por CLT e por contrato temporário de até dois anos, acabando com a estabilidade dos/as trabalhadores/as e favorecendo a alta rotatividade dos funcionários, comprometendo a continuidade e qualidade do atendimento. Ver: Cislighi, 2011.

²⁰⁰ No Rio de Janeiro, a gestão do HUPE/UERJ é de responsabilidade exclusiva e integral do Governo do Estado, via Secretaria Estadual de Ciência e Tecnologia, seu regime de trabalho é estatutário. Em São Paulo, o Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da USP é uma autarquia estadual vinculada à Secretaria de Estado da Saúde para fins de coordenação administrativa e associada à Faculdade de Medicina da USP para fins de ensino, pesquisa e prestação de ações e serviços de saúde de alta complexidade. Seu regime de trabalho é celetista.

antecederam a reestruturação dos HU's ao longo dos governos petistas, conforme apontaram Correia (2011) e Cislaghi (2011).

A trajetória histórica e política dos HU's, a maneira como são atravessados pelos mais variados segmentos das políticas – sobretudo saúde e educação – e a forma como eles se relacionam com os/as gestores/as do campo da saúde nas três instâncias de governo, dizem muito sobre os impasses e desafios enfrentados pelo processo transexualizador.

Portanto, é impossível olhar para a trajetória desse programa sem considerar as particularidades dos HU's e as históricas dificuldades que enfrentaram e enfrentam nos diferentes contextos sócio políticos que perpassaram o país. Embora este seja o tema central desse estudo, faz-se necessário tecer algumas considerações acerca dessa trajetória para que se possa compreender e enfrentar as encruzilhadas do programa na atualidade.

Historicamente, os HU's tiveram diferentes formas de inserção no sistema de saúde do país, variando de acordo com as políticas desenvolvidas para a formação de profissionais que atuavam na área da saúde e em função da oferta assistencial altamente especializada e complexa que prestavam. Seu protagonismo no campo das políticas de saúde esteve atrelado desde o lugar ocupado por eles no que se relacionava essencialmente ao ensino e pesquisa, alcançando uma maior importância também no segmento assistencial, na medida em que cada vez mais se faziam necessários para a prestação de serviços de saúde para a comunidade, sobretudo, a partir da retração dos serviços prestados pelo setor filantrópico e privado, após a falência do sistema médico assistencial privatista, na década de 1980 (CARMO, 2006).

O surgimento dos HU's se deu em resposta a uma necessidade concreta da sociedade de que houvesse unidades assistenciais nas quais fosse possível articular ensino, pesquisa e formação de profissionais de saúde. Isso conferiu muitas particularidades à assistência prestada por essas instituições, notadamente, porque essa formação se fundamentava sobre o modelo de ensino médico flexneriano²⁰¹, o que trouxe desdobramentos que são visíveis ainda nos dias de hoje.

²⁰¹ Abraham Flexner foi um educador que se especializou em ensino médico e escreveu, em 1910, um relatório que mudou o ensino da medicina nos EUA e, conseqüentemente, a prática médica. Subvencionado pela Fundação Rockefeller, Flexner atuou, com base no modelo racional da medicina “científica” para a reorientação/organização do ensino e a prática médica naquele país. De maneira geral, identifica-se a matriz disciplinar e pedagógica criada por ele como Modelo Flexneriano ou Paradigma Biomédico Flexneriano. Associa-se a este modelo, uma perspectiva exclusivamente biologicista de doença, com negação da determinação social da saúde; formação laboratorial no Ciclo Básico; formação clínica em hospitais; estímulo à disciplinaridade, numa abordagem reducionista do conhecimento. Do ponto de vista pedagógico, o modelo de ensino preconizado por Flexner é considerado massificador, passivo, hospitalocêntrico, individualista e tendente à superespecialização, com efeitos nocivos sobre a formação profissional em saúde. Embora haja consenso em identificar o modelo flexneriano dessa forma, há correntes teóricas que questionam essa matriz interpretativa. Ver: Almeida Filho (2010).

Até 1950, a formação médica se dava, sobretudo, nas instituições filantrópicas. No entanto, esses espaços formativos, gradativamente, perderam centralidade na medida em que havia o aumento das escolas e faculdades públicas de medicina, que passaram a atender à população excluída do sistema previdenciário ao qual era vinculada a assistência em saúde no período.

Outra característica que marcou essas instituições foi o sistema de ensino por cátedras, que prevaleceu no Brasil até a Reforma Universitária de 1969, e que submetia a forma de organização dos hospitais ao poder da instituição de ensino, desde a ocupação dos espaços físicos até a lógica de funcionamento dos diversos setores como ambulatórios e enfermarias. Os privilégios dos professores catedráticos eram colocados acima das normas de administração hospitalar, e mesmo das necessidades assistenciais. Com isso, a organização dos processos de trabalho nos HU's se dava a partir da mesma estrutura departamental das faculdades de medicina e essas, por sua vez, se dividiam segundo a lógica das especialidades médicas, sendo a gestão feita em geral por docentes médicos (CARMO, 2006). Essas são características que, mesmo ressignificadas, ainda prevalecem nas estruturas dessas instituições, conforme se pôde observar ao longo da pesquisa de campo para a realização desse estudo.

Conforme apontam estudiosos como Escorel (1999) e Pereira Jr. (2018), os objetivos principais dessas organizações não respondiam prioritariamente ao atendimento às necessidades do sistema de saúde. Ao contrário, os interesses de ensino e pesquisa eram determinantes da assistência a ser prestada. Com o passar do tempo, entretanto, houve iniciativas voltadas a aproximar os HU's do sistema de saúde, embora a maior parte dessas características permaneçam até hoje, na medida em que ainda é possível notar elos de interlocução desse passado com a forma como a assistência a transexuais surgiu e se desenvolveu nesses espaços (ESCOREL, 1999; PEREIRA JR, 2018).

Ao longo do tempo, esses hospitais foram se tornando centros de referência na atenção hospitalar e especializada para o sistema de saúde, especialmente a partir da década de 1970, quando começa a se instituir uma relação dos HU's com estruturas político-administrativas de ensino universitário e de assistência à saúde.

As dificuldades de integração entre os HU's e o sistema de saúde bem como os impasses relacionados ao financiamento dessas organizações sempre estiveram em questão, suscitando aos/às gestores/as que buscassem formas de enfrentamento desse problema.

Assim, entre 1971 e 1974, estabeleceu-se uma luta por mudanças na relação dos hospitais de ensino com a Previdência Social. Embora esta integração estivesse prevista desde

1968, apenas a partir de 1971, começaram a ser realizados os primeiros convênios tendo em vista a necessidade de aumento do financiamento dos HU's, até então a cargo das instituições de ensino, em um processo que não se deu sem conflitos.

De acordo com Pereira Jr. (2018), esses conflitos foram motivados por interesses divergentes entre o então Instituto Nacional de Previdência e Assistência à Saúde (INAMPS) e os HU's em torno de perspectivas privatizantes de ambos. De acordo com o autor essa integração, que se dava por meio de convênios estabelecidos pelo INAMPS e os HU's, não representava nenhuma vantagem para os últimos, que foram equiparados, em termos de pagamento, aos hospitais comuns, que não tinham a incumbência de formação de recursos humanos, pesquisa e ensino (PEREIRA JUNIOR, 2018).

Assim, estabelecia-se parâmetros iguais para assistências qualitativamente diferentes, já que os hospitais privados contratados tinham como objetivo prestar apenas assistência médica (que era de pior qualidade), ao passo que os HU's, além de prestarem melhor assistência, eram encarregados de formar recursos humanos e realizar pesquisas. Dessa forma, a escassez de recursos para sua sobrevivência continuava sendo um problema.

Em resposta a esse conflito foi construído uma tentativa de aportar um volume maior de recursos, em 1974, a partir de um Convênio entre o Ministério da Educação e o Ministério da Previdência e Assistência Social (MEC-MPAS) que tinha como proposta a transformação da relação dos HU's com a Previdência por meio de convênio de orçamento global. Todavia, tal proposta desagradou grupos médicos que usufruíam de vantagens pessoais por receberem (além do salário pago pela universidade) de pagamentos do INAMPS por prestação de serviços.

A despeito desses incômodos, na proposta do INAMPS apresentada à Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) para firmar o acordo, houve priorização absoluta dos HU's e de ensino para efeito de contratos e convênios do INAMPS, além da diferenciação entre esses convênios e os estabelecidos com a iniciativa privada.

Ademais, houve a inclusão não apenas das atividades assistenciais, mas também das didáticas e de pesquisas nos parâmetros de avaliação para fins de financiamento. Posteriormente, foi assinado um protocolo entre o MEC e o MPAS, com o objetivo de integrar os hospitais de ensino nos programas de assistência médica da Previdência Social. Dessa forma, o INPS remuneraria mensalmente o hospital de ensino em função do número e do tipo de altas ocorridas no período (ESCOREL, 1999; PEREIRA JR, 2018).

Todavia, conforme aponta Escorel (1999), “os interesses hegemônicos privatizantes, aliados aos interesses pessoais de alguns/algumas professores universitários conseguiram

reduzir, senão paralisar o ritmo de integração dos HU's à Previdência", na medida em que, em 1978, apenas 25 das 75 escolas firmaram o convênio e poucas o executaram plenamente (ESCOREL, 1999:54).

Os impasses relacionados ao financiamento e integração dos HU's constituíram uma questão que atravessou os vários contextos sociopolíticos brasileiro ao longo da história, perpassando a crise econômica dos anos 1980, com incorporação de insumos tecnológicos e a elevação dos custos hospitalares devido à inflação. Além disso, os reajustes das tabelas de procedimentos pagos pelo INAMPS não acompanharam o aumento dos custos. Com isso, inaugurou-se a possibilidade de pagamento de valores complementares pelos/as usuários/as para internação em acomodações superiores aos padrões das enfermarias, conforme a Portaria n. 2.079/1982 do MPAS, configurando o que se convencionou chamar de "Dupla Porta", realidade ainda presente em alguns HU's (CARMO, 2006).

Ao longo dos anos, variadas respostas foram constituídas em busca de enfrentamento para a questão do financiamento e integração dos HU's ao sistema de saúde. Alguns fatores foram particularmente impactantes nesse processo, como por exemplo, a criação do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) que propôs o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social. Este Plano estabeleceu uma nova modalidade de financiamento dos hospitais, que deveria ocorrer por meio da "Autorização de Internação Hospitalar-AIH"²⁰², extinguindo o pagamento por Unidade de Serviços (US), que era uma modalidade de pagamento que, em geral, valorizava os procedimentos mais especializados e sofisticados, cuja compra descentralizada era especialmente suscetível a fraudes, cujo controle apresentava enorme dificuldade técnica (FLEURY; CARVALHO, 1988).

Em síntese, pode-se dizer que a ascensão e declínio do modelo médico assistencial privatista pautado na assistência filantrópica e na medicina liberal fortalecido pelo INAMPS entre as décadas de 1960 e 1980, a celebração de convênios dos HU's com o MPAS, em 1982 e a criação da Autorização de Internação hospitalar (AIH), em 1983, constituíram-se em

²⁰² A Autorização de Internação Hospitalar (AIH) é uma forma de identificação do paciente e dos serviços prestados sob o regime de internação hospitalar. A partir da AIH é possível fornecer informações para o gerenciamento do Sistema de Informação Hospitalar. Ela é gerada quando ocorre uma internação em um prestador público ou privado/conveniada ao SUS e é enviada ao gestor da Unidade Prestadora de Serviços. Mensalmente, os/as gestores/as enviam ao Ministério da Saúde um arquivo magnético com os dados de todas as internações ocorridas no Brasil. É através deste documento que se viabiliza o faturamento dos serviços hospitalares prestados no SUS. Na AIH Procedimento principal, chamada "AIH pacote" estão inseridos os medicamentos e materiais que devem ser utilizados, os procedimentos secundários, os profissionais de saúde envolvidos e estrutura de hotelaria e os serviços.

elementos que repercutiram fortemente nos HU's, forjando as características que os mesmos mantêm ainda hoje, notadamente, no que diz respeito ao financiamento hospitalar, uma vez que, paulatinamente, passaram a ter como contrapartida a prestação de serviços assistenciais, o pagamento conforme a produção de serviços e não mais por orçamentação global (CARMO, 2006).

Outra importante iniciativa de aproximação entre as universidades e o sistema de saúde se deu no contexto da Reforma Sanitária Brasileira. Com a instituição do SUS em 1988, a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde entrou no rol das suas competência. No entanto, com raras exceções, os HU's não se perceberam como parte do SUS, com papel relevante em sua construção e consolidação. Esta situação foi fortalecida pelo fato da relação entre os HU's e o SUS depender de contratualizações a serem estabelecidas com os/as gestores/as estaduais/municipais conforme estabeleceu a Lei nº. 8.080/90:

Os serviços de saúde dos HU's e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde, mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão, nos limites conferidos pelas instituições a que sejam vinculados (BRASIL, Lei 8080/90).

Apesar dos mecanismos instituídos pelo governo federal para estimular uma maior e mais efetiva integração entre os HU's e o SUS, essa não se desenvolveu com facilidade, permanecendo assim as mesmas dificuldades históricas, agravando-se ainda a questão da manutenção financeira dos HU's, que passaram a depender prioritariamente da venda de serviços para o setor público e suplementar de saúde, sobretudo, em decorrência dos processos de descentralização/municipalização e da implementação dos mecanismos de regulação dos serviços pela gestão local.

Cabe lembrar que com a descentralização prevista na LOS, a celebração de contratos e convênios com a rede prestadora de serviços, passou a ser de responsabilidade dos municípios, substituindo os antigos contratos do INAMPS, dentre eles os convênios com os HU's. A partir daí, houve uma maior agudização das crises de financiamento desses hospitais, apontando para uma maior dependência financeira dessas instituições em relação ao MS (CARMO, 2006).

Em 1991, houve mais uma tentativa do governo de integrá-los ao SUS, a partir da criação, do Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em Saúde (FIDEPS), por meio da Portaria n. 15, de 08 de janeiro de 1991. Esta foi uma iniciativa que foi voltada exclusivamente para os HU's e previa o acréscimo de uma porcentagem de 25 a 50% de repasse financeiro à receita do faturamento das internações realizadas, tendo como

contrapartida a obrigatoriedade dos hospitais atender alguns critérios estabelecidos pelo programa, como por exemplo, a existência nessas instituições, de cursos de Medicina e outros cursos da área da saúde, programas de residência médica e de pós-graduação *strictu sensu*²⁰³ (PEREIRA JUNIOR, 2018).

Em 1993, uma nova regulamentação do Governo Federal vinculou o repasse desse incentivo aos HU's a metas de integração deles ao SUS, determinando que o percentual mínimo de 70% dos seus leitos fosse destinado ao sistema público de saúde. Até que, em 1999, outra normativa do Governo Federal determinou que a aplicação do incentivo fosse condicionada à celebração de contrato de gestão entre o HU e o gestor do SUS. Todavia, por falta de recursos suficientes nos fundos municipais e estaduais de saúde e/ou por falta do estabelecimento dos pactos de interesse da gestão do SUS, os valores do FIDEPS, tenderam a permanecer fixos ou com acréscimos insuficientes para as necessidades dos hospitais (CARMO, 2006).

Não se pode desconsiderar o contexto em que se dá essa análise, na medida em que a década de 1990 foi marcada por um conjunto de contrarreformas neoliberais²⁰⁴, já aludidas neste estudo. Estas contrarreformas alcançaram o SUS, levando-o a um patamar de intenso questionamento de sua existência e de perda de legitimidade. O caráter universal e público do SUS foi intensamente desqualificado, prejudicando uma política que sequer havia conseguido ser estruturada em sua plenitude.

Naquele conjunto de ataques político-ideológicos ao SUS, o que se viu ganhar corpo foi uma progressiva universalização excludente²⁰⁵ com a sistemática mercantilização e privatização da saúde. Associado a esse processo, as universidades e os HU's também

²⁰³ Ressalta-se que os objetivos do FIDEPS foram distorcidos com o tempo, uma vez que os recursos que deveriam ser destinados ao apoio ao ensino e à pesquisa passaram a fazer parte do custeio geral dos hospitais. Ver: Pereira Junior, 2018.

²⁰⁴ Esse processo contrarreformista, conforme já sinalizado, foi fruto dos reflexos das mudanças do mundo do trabalho e da economia em nível mundial, tendo como porta-vozes do capital financeiro os agentes financeiros internacionais, em especial, o Banco Mundial, que desde a década de 80 vem traçando diretrizes de reordenamento social e econômicos nos países da periferia global, tendo como resultados os vários processos de “reformas” desencadeadas nas mais diferentes áreas do estado (reforma administrativa, reforma universitária, destruição do SUS, entre outros), em favor da maior rentabilidade para os organismos privados, representantes do grande capital. Ver: Silva, G. S, 2011; Correia, M. V.C., 2011.

²⁰⁵ Com a institucionalização do SUS houve a universalização do acesso dos/as trabalhadores/as informais que passaram a ser admitidas na saúde pública, antes restrita aos contribuintes do Instituto Nacional de Previdência Social, contudo, houve uma grande parte dos trabalhadores formais migraram do seguro social para o mercado de planos de saúde em busca de um atendimento diferenciado. Assim, em vez de ser um sistema único, para todos os brasileiros, o SUS ficou relegado aos mais pobres. Ver: MENDES, 2009.

passaram, concomitantemente, por uma série de medidas desencadeadas pelas reformas estruturais em favor do capital, assim como todo o elenco das políticas públicas.

O que ocorreu foi a materialização de repasse do fundo público para o setor privado, concretizando o que foi explicitado no Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado, em 1995, defendido pelo governo de Fernando Henrique Cardoso, conforme já sinalizado no início desse trabalho. Naquele governo, as funções do Estado deveriam ser de coordenar e financiar as políticas públicas e não de executá-las, transferindo a execução destas para o chamado setor ‘público não-estatal’. Neste Plano Diretor, através do denominado programa de “publicização”, propôs-se a transferência de serviços que antes eram de responsabilidade do Estado, para “entidades de direito privado” passarem a executá-los, mediante o repasse de recursos públicos (CORREIA, 2011).

Essa análise compõe a ambiência que atravessou todo o conglomerado de mudanças que refuncionalizou as estruturas de políticas públicas, notadamente da saúde e da educação, que aconteceram ao longo da década de 90 e atravessaram os anos seguintes. Paulatinamente, uma série de medidas foram implementadas para que, a médio prazo, o Estado se desresponsabilizasse da gestão dessas políticas, utilizando-se, na maior parte das vezes, de um discurso que camuflava suas reais intenções, a partir da alusão a históricas bandeiras de luta dos/as trabalhadores/as e movimentos sociais, como por exemplo, as demandas por maior integração dos HU’s à rede SUS.

De acordo com Carmo (2006), essa situação contribuiu para o agravamento da situação de desfinanciamento dos HU’s, além de ter desestimulado iniciativas direcionadas à sua integração ao SUS. Em resposta ao agravamento da crise, em 2003, foi instituída pelo Governo Federal uma Comissão Interinstitucional com o objetivo de avaliar e diagnosticar a situação dos HU’s, visando reorientar e/ou formular a política nacional para o setor²⁰⁶ (CARMO, 2006).

Foi nesse contexto que o Banco Mundial se inseriu num conjunto de discussões, inclusive com a organização de seminários e de financiamento das iniciativas de mudanças.

²⁰⁶ Um movimento liderado pela Associação Brasileira de HU’s e de Ensino (ABRAHUE) e encampado pela Frente Parlamentar da Saúde, mediante sucessivas audiências públicas, resultou no envolvimento de quatro ministérios (Ministério da saúde, Ministério da educação, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão e Ministério da Tecnologia) e várias entidades relacionadas ao assunto, entre estas a Associação Brasileira de Ensino Médico, que culminou com a publicação da Portaria Interministerial MEC/MS/MCT/MPOG nº 562, de 12 de maio de 2003, que tinha por objetivo a avaliação e o diagnóstico da situação dos HU’s Brasil. Posteriormente essa Portaria foi substituída pela Portaria Interministerial Nº 41, de 8 de JANEIRO de 2010.

Diagnósticos, em forma de documentos²⁰⁷ apresentados por essa organização em parceria com a OMS, apontaram que os HU's seriam extremamente caros e estimularam os governos a adotarem mudanças alinhadas as diretrizes privatizantes como forma de solução²⁰⁸ (CISLAGHI, 2010).

No escopo dessas mudanças sugeridas pelo Documento havia o apontamento de que não seria necessário que a formação dos/as profissionais de saúde se desse restritamente em hospitais de alta complexidade, dado que esse fato seria responsável por uma visão e uma prática hospitalocêntrica hegemônica na formação²⁰⁹.

Assim, no âmbito da cronificação da crise dos HU's e de maneira alinhada às diretrizes do Banco Mundial e OMS, foi criado em 2004, por meio da Portaria Interministerial n. 1000/04-MS/MEC o Programa de Reestruturação dos HU's e de Ensino do Ministério da Educação no SUS, que normatizava e instituía diferenciações entre os HU's e os Hospitais de Ensino.

Conforme já sinalizado aqui, os HU's ao longo de sua história, tiveram a sua construção e formatação voltados para atender aos interesses da atividade acadêmica, ou seja, se constituíam em instâncias direcionadas à formação nas faculdades de Medicina, tendo como diretriz o interesse clínico investigativo acima do interesse assistencial. Já os hospitais de ensino entraram na pauta da discussão a partir da agudização da crise de financiamento e de sustentabilidade dos HU's no ano 2000, sendo compreendidos como estruturas não necessariamente vinculadas às universidades.

De acordo com Cislighi (2010), a Portaria Interministerial que estabeleceu essa diferenciação, abriu caminho para a extinção dos HU's, da forma como são conhecidos na atualidade, na medida em que unificou HU's (vinculados e geridos por universidades), hospitais-escola (vinculados e geridos por escolas médicas isoladas) e hospitais auxiliares de ensino (hospitais gerais que desenvolvem atividades de treinamento em serviço, curso de graduação ou pós-graduação através de convênio com instituição do ensino superior) sob a

²⁰⁷ O Seminário realizado pela OMS – Organização Mundial de Saúde em 1995 gerou o texto “The Proper Function of Teaching Hospitals Within Health Systems”, que serviu de diretriz para as reformas universitárias implementadas no Brasil a partir de então.

²⁰⁸ Em geral, as sugestões para as saídas da crise vinham acompanhadas de recomendações aparentemente alinhadas com a filosofia do SUS e dos defensores da saúde pública. como por exemplo, a defesa feita pela OMS, da necessidade de uma maior integração dos HU's às redes locais de saúde, alegando a possibilidade de haver desperdício de recursos no excesso de uso de tecnologia nesses hospitais. Ver: CISLAGHI, 2010.

²⁰⁹ Outra retórica aparentemente alinhada ao pensamento dos defensores do SUS.

mesma denominação: hospitais de ensino²¹⁰. Sua regulação e as requisições para sua certificação também passaram a ser iguais. De acordo com a pesquisadora, essa medida rebaixou o estatuto dos HU's, que na sua relação orgânica com as universidades, reconhecidamente sempre garantiram melhores condições de formação com indissociabilidade entre pesquisa, ensino e extensão (CISLAGHI, 2010).

A partir de 2004, foram instituídos novos critérios de certificação dessas instituições e entre os pré-requisitos obrigatórios colocados para a sua certificação, havia a obrigatoriedade de sua participação nas políticas prioritárias do SUS, a colaboração ativa na constituição de uma rede de cuidados progressivos em saúde, estabelecendo relações de cooperação técnica no campo da atenção à saúde e da docência com a rede básica, de acordo com as realidades regionais, a destinação de 100% dos seus leitos ao SUS no prazo de quatro anos e a manutenção, sob regulação do gestor local do SUS, da totalidade dos serviços contratados (CARMO, 2006).

Dentro do contexto contra reformista e em consonância com as diretrizes do Banco Mundial, em 2006, o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão enviou à Presidência da República um Projeto de Lei Complementar, já apresentado ao Legislativo, propondo a criação de fundações estatais de direito privado para a realização de atividades que não exigissem a execução direta pelo Estado, dentre elas as atividades de atenção à saúde²¹¹. Nessa proposta, estava contida a intenção de serem criadas fundações para a gestão de hospitais públicos, cujo foco principal seriam os hospitais federais e os HU's federais²¹².

²¹⁰ Até 2016 existiam 46 HU's vinculados a 32 IFES localizados em 20 estados brasileiros além do Distrito Federal, sendo que em algumas regiões do país, os HU's são a única referência em saúde para a população desta região. Dos mais de 5.500 hospitais existentes no país, 180 são considerados como Hospitais de Ensino. Ver: Santos & Oliveira Jr. (2016).

²¹¹ É importante lembrar que neste contexto, durante o primeiro mandato do Governo Lula, foi sancionado a lei das Parcerias Público-Privadas -PPP's sob a justificativa de que tal medida iria melhorar o investimento público em infraestrutura no país. Essa modalidade de contratação tornou-se uma peça-chave para os governos contratarem obras de infraestrutura e foram centrais no âmbito do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), lançado no começo de seu segundo governo. Esse programa tinha como objetivo declarado a retomada de investimentos em infraestrutura pelo governo, onde o gasto público, principalmente em infraestrutura, passou a ser o principal motor de crescimento da economia nacional. Entre as obras que o governo se comprometeu a investir estavam projetos de infraestrutura social, urbana, logística e energética, tendo inspirado também outros programas do governo, como o Programa Mais Saúde. Ver: Trevisan e Junqueira, 2011.

²¹² A lógica do projeto das Fundações se fundamentou no Programa Mais Saúde (Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) da Saúde) lançado pelo então presidente Luiz Inácio Lula da Silva em 2007, onde se propunha a evolução formal nos processos de gestão do SUS, apresentando medidas estruturadas em sete eixos com objetivo de articular a dimensão econômica e social da saúde. Dentre tais eixos, situava-se a estratégia de valorização do Complexo Industrial de Saúde, que reunia, desde a produção de medicamentos, até núcleos de pesquisa de evolução tecnológica para a saúde que, entre outras atribuições, deveria consolidar-se como um campo gerador de empregos, renda e de divisas, através do esforço de indução do Governo e engajamento da iniciativa privada. Grosso modo, o que o governo propunha era o modelo de contrato de gestão para a

Nesse caso, o patrimônio dos hospitais continuaria sendo público, no entanto, a sua administração e exploração, seria feita por grupos políticos organizados que os gerenciariam de acordo com os seus interesses. O projeto previa que as fundações teriam autonomia gerencial, orçamentária e financeira, patrimônio próprio, as receitas seriam adquiridas mediante a prestação de serviços e doações, a contratação de recursos humanos pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), mediante concurso público.

Assim organizadas, caberia às fundações a celebração de contratos de gestão com o Poder Público, prevendo a prestação de serviços, condição para obterem a arrecadação de recursos públicos (CARMO, 2006). Assim, a solução para a crise de financiamento dos hospitais apresentada foi a sua privatização dentro de uma lógica derivada dos pressupostos da Reforma do Estado bresseriana, que defende que serviços não-exclusivos do Estado só sejam regulados nos seus resultados, deixando sua execução para entidades privadas prestadoras de serviços através de contratos de gestão.

Foi naquele contexto que, em 2010, foi criado o Programa Nacional de Reestruturação dos HU's Federais, decretado pelo Governo Federal em 27 de janeiro de 2010, com o objetivo declarado de estabelecer um novo mecanismo de financiamento dos HU's. Este seria progressivamente compartilhado entre o MEC e o MS, além de ter como diretrizes a melhoria dos processos de gestão, a adequação da estrutura física, a recuperação e a modernização do quadro tecnológico, a reestruturação do quadro de recursos humanos e o aprimoramento das atividades através de avaliação permanente e incorporação de novas tecnologias (CISLAGHI, 2010).

Este programa impôs a obrigatoriedade de apresentação de um Plano de Reestruturação para cada universidade, que deveria conter o diagnóstico situacional das condições físicas, tecnológicas e de recursos humanos e impactos financeiros da reestruturação, além de um cronograma para implementação do Plano com atividades e metas. O Decreto que instituiu o REHUF apontou ainda a necessidade de uma pactuação global de metas anuais de assistência, gestão, ensino, pesquisa e extensão entre os Ministérios da Educação, do Planejamento e da Saúde, gestores/as do SUS e HU's.

De acordo com Cislighi (2011), o problema central da crise das universidades perpassava pelo subfinanciamento, condição demonstrada pelo próprio REHUF, ao diagnosticar as dívidas acumuladas pelos HU's em função dos valores defasados da tabela

SUS, do déficit no pagamento dos Procedimentos e da falta histórica de reposição de pessoal através de concursos, o que levava os hospitais a utilizarem a maior parte de sua verba de custeio para a contratação de pessoal terceirizado.

Durante algum tempo, essa contratação se deu via fundações de apoio ou cooperativas, sem garantia alguma de direitos aos/às trabalhadores/as e com baixíssimas remunerações, prática que, posteriormente, foi condenada pelo Tribunal de Cotas da União (TCU), condenação essa que serviu de justificativa para que o Governo Lula criasse, em seus últimos dias de mandato, a EBSEH (CISLAGHI, 2011)²¹³.

A partir dos estudos de Bravo e Menezes (2011) apontou-se que, em dezembro de 2010, o governo Lula assinou uma medida provisória que autorizava o Poder Executivo criar a EBSEH, mas só em 2011 essa medida se efetivou²¹⁴ por meio do Projeto de Lei n. 1.749/2011, que autorizou o Governo Federal a instituí-la na estrutura do Estado. Sua natureza seria de caráter privado, sob a forma de sociedade anônima, para prestação de serviços públicos de educação e saúde, ou seja, uma empresa pública de direito privado vinculada ao MEC, com o objetivo de reestruturar os Hospitais Universitários federais.

Essa reestruturação, no entanto, se deu pela via da privatização não clássica²¹⁵, na medida em que o Governo federal entregou a gestão de dezenas desses HU's para a exploração por grupos privados, que passaram a ter a prerrogativa de contratar funcionários

²¹³ O governo justificou a urgência de criação da EBSEH em função da necessidade de resolver o impasse dos terceirizados dos HU's federais, uma vez que o TCU havia declarado a ilegalidade da situação dos 26 mil contratados precarizados existentes à época e dado um prazo até 31 de dezembro de 2010 para que o governo resolvesse a situação (Acórdão 1520/ 2006). Ocorre que essa determinação do TCU ocorreu em 2006. Ou seja, o governo teve quatro anos para fazer concursos públicos e repor o quadro de servidores, mas não tomou essa medida, o que confirmava sua intenção de retirar a gestão dos HU's da alçada das universidades por meio de um modelo de gestão de direito privado. Ver Cislighi (2011, p. 60).

²¹⁴ Em dezembro de 2010, foi editada a Medida Provisória nº 520 que criou a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. (EBSEH). No entanto, devido ao esgotamento do prazo para a sua votação no Senado, o seu conteúdo foi retomado através de projeto de lei no ano seguinte. Ver: Bravo e Menezes, 2011.

²¹⁵ Ao passar a gestão dos serviços públicos de saúde por meio das Organizações Sociais, das Fundações Estatais de Direito Privado e de Empresas Públicas, como a EBSEH, o poder público opera uma forma de privatização não clássica. Isto porque o Estado transfere o fundo público aos capitais não como venda direta desses serviços como aconteceu com as empresas públicas de água, telefonia, bancos, entre outros, que foi a forma clássica de privatização mais comum ocorrida nos anos 90. Presume-se que as instituições brasileiras que prestam os serviços básicos de cidadania, de natureza social e que devem garantir a dignidade humana, não poderiam ser entregues ao setor privado tradicional na mesma lógica do que as empresas públicas de natureza econômica e de serviços tarifados (por meio de cotações na bolsa de valores – a privatização clássica). Assim a privatização não clássica, é uma forma aprofundada de privatização, que se faz por convênios, concurso de projetos, edital de licitação e que altera a natureza das instituições públicas de direito público para instituições públicas de direito privado. Dessa forma, nos serviços do SUS, havendo a impossibilidade legal e operacional da privatização clássica, ganha ênfase à privatização não clássica. A privatização não clássica é chamada assim porque não se realiza pelo mecanismo da venda típica, mas envolve também no plano dos argumentos uma afirmação de que tais mecanismos operarão como mais e não menos Estado. Ver: Granemann (2011); Krüger, Silva, Bunn e Reis (2017).

via CLT, podendo ser de forma temporária de até dois anos, acabando com a estabilidade e favorecendo a alta rotatividade de trabalhadores, que assim, não se vinculam com a dinâmica institucional, comprometendo a continuidade e qualidade do atendimento prestado (CISLAGHI, 2011; BRAVO; MENEZES, 2011).

Com a gestão feita pela EBSEH, o que ocorreu, na verdade, foi a desvinculação dos hospitais das universidades, o que além de comprometer a formação e qualificação dos/as profissionais de saúde, favoreceu a quebra do sentido de pertencimento dos/as trabalhadores/as com a universidade e a implementação de uma racionalidade consumista/privatista na relação dos/as usuários/as/as com a instituição. Há uma perda progressiva do espírito de coisa pública envolvendo os/as trabalhadores/as da saúde, os usuários/as e os/as estudantes, conforme se pode observar a partir do relato de uma trabalhadora do ‘Espaço Trans’ do HU da UFPE, contidos no Trabalho de Silva (2019):

Eu digo assim... mesmo sensorialmente, é... Eu sinto uma mudança de lógica da cultura interna, meio que uma tentativa de mudar no DNA da coisa. Então, vem assim um caráter privatista, como se aquilo fosse uma empresa e não um órgão do SUS (...) tem se perdido o sentido de um serviço público, entende? É... eu digo isso, porque a gente trabalha no dia a dia com a demanda de maneira geral, e a gente vai vendo que as mediações ficam cada vez mais difíceis a partir da própria demanda dos/as usuários/as/as. Então, eu digo que a gente vem tendo uma mudança de curso no sentido da prestação da política. Essa política, ela vem perdendo a sua característica de política pública, e do Hospital como integrante de uma rede, não é?” (SILVA, 2019, p. 113-117).

Essa desvinculação aludida complexificou ainda mais a interlocução da universidade com o SUS, embora toda a retórica que defendia a gestão privada dos HU’s vendesse um mundo de facilidades nesse sentido. No que tange ao processo transexualizador, por exemplo, a relação envolvendo o HU, a universidade e os/as gestores/as estadual e/ou locais, tornou-se muito mais difícil, na medida em que também passou a ser necessário o envolvimento do gestor da EBSEH nas negociações em torno da assistência. Obter esse envolvimento não é tarefa simples, conforme se pôde observar nas vistas aos estados durante a pesquisa de campo²¹⁶.

Assim, em substituição ao discurso de que existiria um fortalecimento do SUS com a entrada da EBSEH, o que se tem observado, na prática, é a desconsideração dos princípios basilares do SUS, notadamente com a quebra do princípio da integralidade. Isso ocorre porque

²¹⁶ Nas visitas ao HU da UFG foi possível perceber as tensões existentes entre o gestor estadual e a EBSEH nas tratativas envolvendo a organização do processo transexualizador no estado, bem como foi perceptível as dificuldades relacionadas aos recursos humanos, com queixas de servidores apontando sobrecarga pela não reposição de funcionários aposentados. Na visita ao HU da UFPE, o que mais percebi foi a animosidade latente entre os/as trabalhadores/as do Espaço Trans e a gestão da EBSEH em função da racionalidade administrativa (desempenho, produtividade, metas...) dos/as gestores/as.

não é possível construir uma alternativa de cuidado onde pressupõe-se “a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos”²¹⁷ em um contexto de plena restrição de acesso e articulação com o SUS, como tem se estabelecido e acentuado na realidade dos HU’s sob a gestão da EBSEH (SILVA, 2019).

De maneira geral, os princípios basilares do SUS (universalização, equidade e integralidade) são continuamente desconsiderados na vigência da EBSEH, e não o contrário, conforme discursos governamentais e empresariais que faziam a defesa desse modelo de gestão. A EBSEH não favoreceu a universalização e a equidade da saúde, sobretudo no que se refere ao acesso das pessoas trans à assistência, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais/pessoais, não tendo sido observado a diminuição das desigualdades em função das necessidades distintas apresentadas por essas pessoas. Também houve acirramento da quebra da integralidade do cuidado e da articulação dos HU’s com as redes de saúde, que é uma luta histórica como se pode observar nesse breve resgate da trajetória dos HU’s no contexto do sistema de saúde.

Em relação às pretensas facilidades referentes à reposição de trabalhadores/as nos hospitais, também não se observou nenhuma melhoria, conforme apontado no relato de uma das trabalhadoras do ‘Espaço Trans’ do HCPE:

Então, a EBSEH, eu não sei em que medida facilitou... eu não vejo isso. Porque são seleções simplificadas, mas que tem também a necessidade de cumprir com um quadro. E se a gente precisa de mais também não tem. Então, não é uma coisa que facilitou: a qualquer hora a gente pode ter... Não! Vai seguindo mais ou menos a mesma lógica de orçamento; de necessidade diante do jeito que se cuida, então eu tenho que ter o mínimo. A gente percebe que é o mínimo que tem. A gente tem que ter mais do que mínimo. A gente vem pensando, por exemplo... Falava-se em uma equipe, né? Existe lá na Portaria uma equipe mínima e a gente propôs mais profissionais, mas em função da demanda mesmo que a gente tem... não foi atendida a nossa solicitação. Ou seja, mudou em que mesmo? (SILVA, 2019, p. 118).

A partir desse posicionamento, é possível constatar que o tão enaltecido modelo de gestão, que iria resolver o problema de recursos humanos dos hospitais, na verdade, além de autonomizar os vínculos de pertencimento dos/as trabalhadores/as em relação à universidade, resultou numa sobrecarga de trabalho, notadamente dirigida a profissionais terceirizados/as e contratados/as pela via da CLT. Houve um aumento das cobranças por produção e em função da polivalência, que era algo comum aos trabalhadores/as da saúde, sobretudo para os/as de qualificação técnica, que são exigidos a desempenhar várias atividades (receptionistas, secretários/as, administrativos/as, entre outros).

²¹⁷ Cf.: BRASIL, Lei 8080/1990.

Também foi potencializada a multiplicidade de vínculos dos/as trabalhadores/as da saúde, na medida em que antes da vigência da EBSEH, os/as trabalhadores/as considerados/as profissionais de atividade-fim (médicos, assistentes sociais, psicólogos/as, enfermeiros/as, entre outros) eram contratados pela via do Regime Jurídico Único (RJU), o que lhes garantia, entre outros direitos trabalhistas, a irredutibilidade dos salários e a estabilidade no emprego. Com a entrada da EBSEH, o vínculo empregatício passou a ser estabelecido por meio da Consolidação da Lei do Trabalho (CLT), o que diminuiu bastante as possibilidades de enfrentamento às propostas de intensa precarização e sobrecarga de trabalho existente, aumentando a necessidade de uma pessoa ter dois ou mais empregos.

Associada a essas questões, pode-se observar que mediante a presença da EBSEH, uma outra lógica de cuidado passa gradativamente a vigorar nesses espaços, que é a obsessão pela produtividade. Essa busca pela produtividade não combina com a perspectiva de enfrentamento das demandas apresentadas e o seu encaminhamento adequado, mas, combina com um produtivismo, onde cada ação realizada precisa equivaler a um procedimento orçado em determinado valor, focando na busca de que quanto mais procedimentos forem realizados, maior será a fatura a ser apresentada pela empresa gestora a seu contratante, no caso, o Governo Federal.

O produtivismo esteve muito presente como tema das entrevistas que realizei nos hospitais das universidades federais que realizam os atendimentos às pessoas trans. Alguns/algumas dos/as Coordenadores/as e trabalhadores dos programas apontaram uma permanente e latente tensão com a gestão hospitalar em relação à natureza do trabalho que pode ser realizado e a sua incompatibilidade com a racionalidade de quantificação empresarial e com a obsessão por metas de realização de procedimentos.

Um outro aspecto importante a ser considerado refere-se à possibilidade de participação e de controle social por parte dos/as usuários/as/as e profissionais nos processos institucionais de tomada de decisão e no funcionamento dos hospitais, normalmente bem reduzida. Embora essa fosse uma dificuldade mesmo antes da existência da EBSEH, na condição anterior ainda era possível a existência de grupos e associações de usuários/as terem algum espaço de escuta/participação na tomada de decisões, como também era possível um maior envolvimento dos/as trabalhadores/as nas decisões relacionadas aos HU's. Atualmente essa possibilidade é quase inexistente ou muito controlada.

Tal fato ficou evidente, por exemplo, quando a coordenação do serviço do RS sustentou que *uma das vantagens* daquele programa residia no fato de lá não haver presença do movimento social influenciando nas decisões da equipe. De maneira similar, ficou

explícito durante a visita de campo em Goiás, que os/as trabalhadores/as do programa de lá, têm muitas dificuldades no diálogo com a gestão do serviço²¹⁸. Tal fato se repete no programa de Pernambuco, evidenciado no relato de uma trabalhadora e ativista do “Espaço Trans”, ao ser questionada sobre o funcionamento e os recursos financeiros destinados à estruturação e manutenção das atividades do programa²¹⁹:

Olhe, eu particularmente não sei nada sobre recursos, tu acredita? Eu acho que eu não saber, também é intencional, sabe? Porque assim... eu acho que quanto menos a gente souber do que acontece em termos administrativos da EBSEH, melhor ela exerce suas funções e objetivos. Eu acho até que a Coordenadora do serviço pode saber, mas eu garanto que os/as profissionais que trabalham comigo na assistência a usuários/as nos serviços não sabem... e isso é bem sintomático, tu não acha? (...) Essa falta de transparência toda é estratégica (...). Ela serve para que a gente não participe ativamente dos processos de decisão. Eu sei que não tem nada mais útil para uma organização tão misteriosa quanto a EBSEH do que ocultar informações importantes para nossa mobilização. E isso não é uma particularidade nossa: é parte de um protocolo de desvalorização do SUS do jeito que a gente conhece e defende. Então é assim por aqui: as decisões são de fato tomadas em gabinetes, sem diálogo nenhum com os/as trabalhadores/as e usuários/as que constroem cotidianamente esse hospital (SILVA, 2019, p. 121).

Assim, as dificuldades observadas ao longo das vistas de campo aos HU's que desenvolvem o processo transexualizador, em maior ou menor escala, estiveram presentes em todas as realidades com as quais me deparei. Elas são parte desse processo histórico que constituiu as universidades e seus hospitais, bem como da própria trajetória do SUS, posto que oriundas das contrarreformas neoliberais que, paulatinamente, têm atacado as políticas públicas em busca de ampliação de espaços para a rentabilidade máxima do capital financeiro.

Os efeitos deletérios desse processo são sentidos em cada realidade onde se desenvolve esse programa, podendo ser traduzidos pela escassez das equipes, falta de recursos e estrutura de trabalhos, precarização dos vínculos e trabalho voluntário, bem como pela persistente fragilidade ou ausência de integração das unidades hospitalares com a rede SUS.

No bojo desse conglomerado de questões é necessário considerar a persistência de uma lógica que atravessou e se perpetuou na trajetória das universidades ao longo do tempo. Ela diz respeito à cultura institucional dos HU's como um espaço do saber e do poder médicos. Embora não se fale mais em cátedras, a essência dessa forma de organização estrutural dos espaços de formação médica, ainda se inspira nessa lógica marcada pelo hospitalocentrismo, individualismo e superespecialização, conforme se pôde observar em

²¹⁸ Tais dificuldades podem ser exemplificadas nos obstáculos criados na alocação e distribuição da carga horária dos médicos dedicadas a assistência no programa. Recentemente um respeitado e um dos poucos cirurgiões daquele serviço deixou o HC de Goiás por discordância na distribuição de sua carga horária no programa, que ele julgava insuficiente para prestar uma assistência adequada. Exemplos como esse são frequentes.

²¹⁹ Entrevista contida na dissertação de Silva (2019).

todos os serviços visitados na pesquisa de campo e sobre a qual tangenciarei no decorrer dessa explanação.

A partir de minha inserção em um HU, foi possível notar que a formação dos médicos ainda é muito atravessada por uma perspectiva destacadamente biologicista e centrada na doença, acentuada por uma grande dificuldade de compreensão dos aspectos sociais como um dos determinantes da saúde. Também se observa uma acentuada aversão a troca de saberes e ao trabalho em equipes multiprofissionais, o que no caso do processo transexualizador, tem um impacto diluidor/desintegrador muito grande, tendo em vista que essa assistência se centra, desde as suas origens, na necessidade de um trabalho coletivo e integrado entre as diferentes equipes²²⁰.

Em minha avaliação, a partir do acompanhamento da constituição do programa, o protagonismo do poder médico e a consequente dificuldade de integração e de valorização dos saberes e práticas não médicas, consistiu em um forte obstáculo. Ele esteve presente na origem da assistência às pessoas trans antes da institucionalização do processo transexualizador, agudizou-se no processo da construção do programa no SUS e persistiu na sua materialização em todos as unidades de atenção especializada, conforme vimos durante a pesquisa de campo.

Assim, a condução da assistência em saúde que já era impactada por questões macrossociais originadas dos processos de desmonte do patrimônio público, também foi, concomitantemente, atravessada por questões micropolíticas e disputas de poder/saber nas relações institucionais. Isto seguramente impactou na maneira como a assistência foi e é ofertada, expressando-se nas múltiplas dificuldades encontradas pelas pessoas que buscam a assistência, o que torna o processo transexualizador uma ação política extremamente complexa.

Tal complexidade se intensifica quando se considera que os espaços de formação médica²²¹ ainda constituem ambientes pouco diversos, majoritariamente integrados por pessoas brancas, compostos por representantes das classes médias e altas e, em geral, com uma profunda ignorância em relação à forma como as pessoas (“os outros”), em geral,

²²⁰ Não tem como saber, sem uma pesquisa prévia, porque apenas cinco HU's dentro os mais de 40 existentes, se interessaram em ofertar essa assistência, incluindo as cirurgias de transgenitalização. Com base nas observações realizadas durante essa pesquisa e a minha inserção em um HU, presumo que dentre os motivos da falta de interesse, podem residir o conservadorismo/moralismo, a LGBTfobia, bem como as dificuldades que boa parte dos médicos tem de trabalhar em equipes multidisciplinares, exigência factual desse programa.

²²¹ É importante considerar que os HU's consistem em espaços de formação para a maioria dos/as profissionais da saúde e não apenas para os médicos, todavia, a lógica que atravessa formação de todos os profissionais de saúde que tem nesses espaços o seu campo de prática é predominantemente a racionalidade médica, ainda fortemente conduzida pelo paradigma biomédico flexneriano.

oriundas dos estratos mais pobres da classe trabalhadora fazem para sobreviver e os malabarismos realizados para conseguirem acessar a assistência em saúde.

Esse aspecto é importante a ser considerado porque boa parte das dificuldades e tensões observadas na relação entre as pessoas atendidas e as equipes são atravessadas por atitudes elitistas, racistas, hierárquicas, moralizantes e transfóbicas, regularmente presentes nas condutas de parte considerável dos/as profissionais, notadamente médicos. É sabido que os/as médicos, em sua maioria, ainda são representantes da elite brasileira²²², que se comporta em consonância com o histórico processo de formação social brasileira. Ao longo dessa formação, desde suas origens com o achamento do Brasil, com a escravização e a exploração comercial de negros/as, o massacre dos povos originários, sempre foi conduzida por relações hierárquicas, racistas, machistas, patrimonialistas e elitistas. Essa lógica – guardadas as proporções e as estratégias implícitas de camuflagem utilizadas por parte desses profissionais – ainda são persistentes e bastante visíveis, conforme se poderá notar ao longo do percurso pelos serviços.

Tendo chamado atenção para esse aspecto das características constitutivas dos HU's, tendo, brevemente exposto alguns elementos de seu percurso histórico e os impactos provocados pela gestão da EBSERH, iniciarei a seguir uma apresentação panorâmica dos cinco serviços hospitalares apontando as características gerais da sua trajetória histórica, a caracterização das equipes técnicas, as formas de organização da assistência prestada, a produção hospitalar/ambulatorial do serviço, a dispensação de medicação, bem como a dinâmica atual do Estado em relação à organização da assistência, onde procurarei abordar a formação/caracterização das equipes, a existência ou não de política LGBT em cada um dos estados, a regulação e as formas de acesso. Ou seja, procurarei discutir com base em estudos de caso se há integração dos HU's com a rede SUS, a coordenação do cuidado naquela região e a análise sobre como esse cuidado se estabelece.

É importante alertar que alguns serviços forneceram mais informações do que outros e isso refletiu no desenvolvimento da escrita sobre cada um dos programas. Dessa forma, Goiás, onde foi possível entrevistar os/as gestores/as da Secretaria Estadual de Saúde e o Rio de Janeiro, que é o serviço em que me insiro como trabalhadora, a exposição dos dados e a análise foram mais abrangentes.

²²² Ainda que o perfil dos cursos de medicina e da formação médica venha passando por mudanças, sobretudo a partir da implementação das cotas raciais nas universidades, o elitismo ainda é uma realidade bastante presente nestes espaços, mesmo diante de uma visível proletarização do médico que, gradativamente, vem ocorrendo a partir do aprofundamento e proliferação das formas precárias de contrato dos/as profissionais da saúde.

Figura 09 – Hospital das Clínicas da USP /FMUSP – SP



Fonte: Banco de Imagens do HCFMUSP

3.2 Trajetória histórica, caracterização da equipe técnica, organização da assistência prestada e produção hospitalar/ambulatorial do serviço no HC/FMUSP

De acordo com a pesquisa de Munin (2018), o Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, HC/FMUSP, teria iniciado o atendimento a transexuais em 1979²²³, graças à condução de uma médica endocrinologista e professora daquela instituição, Dorina Quaglia, que foi pioneira no atendimento à pessoas trans no HC da USP, hoje aposentada.

Com a saída daquela médica pioneira, assumiu a chefia do programa a também médica endocrinologista Berenice Bilharinho de Mendonça²²⁴. Em 1984, alguns/algumas médicos da clínica de endocrinologia e da divisão de psicologia do hospital deram início a um ambulatório multiprofissional para atendimento de transexuais (MUNIN, 2018).

²²³ O ambulatório de disforia de gênero do Departamento de endocrinologia do HC, como mencionado começou a atender trans em 1979. No entanto, pode-se afirmar que houve atendimentos em períodos anteriores, já que Waldirene Nogueira, primeira mulher trans operada no Brasil por Roberto Farina em 1971, também foi atendida no HC antes da cirurgia para obtenção de laudo médico atestando sua transexualidade. Ver sobre isso, Munin (2018).

²²⁴ Médica endocrinologista e metabologista. Professora Titular do Departamento de Clínica Médica na área de Endocrinologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Atua como investigadora clínica na área de endocrinologia do desenvolvimento abrangendo o estudo clínico e molecular dos distúrbios da determinação e diferenciação sexual.

Elaine Frade²²⁵, atual Coordenadora do serviço que atende a transexuais naquela unidade de saúde, corroborou com esse relato ao reafirmar que desde as décadas de 1960 e 1970, a médica Dorina Rosetta Giannetta Epps Quaglia acompanhava clinicamente pessoas que demandavam transformações corporais para realizarem a transição de gênero. Este é um dado histórico que esta pesquisa apresenta de forma pioneira.

Dessa maneira, quando houve a publicação da Resolução do CFM em 1997, o atendimento a transexuais não era novidade para aquele serviço. Antes daquela Resolução, o HC apenas oferecia acompanhamentos com psicólogos/a e com a equipe de endocrinologia para o acompanhamento da hormonização. No caso de interesse do/a usuário/a na realização de cirurgias de transgenitalização, necessário procurar atendimento em hospitais privados, dentro ou fora do país.

Em relação aos acompanhamentos psicológicos, é importante demarcar que o projeto sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria da USP já fazia atendimentos psicoterápicos às pessoas trans, porém com a Resolução do CFM de 1997, viu sua demanda aumentar. Esse projeto era realizado em parceria com o ambulatório de disforia de gênero do Departamento de Endocrinologia do HC da FMUSP, conforme relata Liliane Caetano²²⁶, assistente social vinculada ao Instituto de Psiquiatria da USP:

Mesmo antes da Resolução CFM n. 1482/1997, já aconteciam atendimentos no IPq, para a população transexual, o ProSex, coordenado pela Dra. Carmita Abdo²²⁷. Ela desenvolvia assistência em saúde mental, psicoterapia e orientação. Mas foi a partir da publicação dessa Resolução que se estruturou uma assistência de forma mais orgânica no âmbito da instituição, para o atendimento dessa demanda específica (EN2) (CAETANO, 2019).

Após a Resolução do CFM de 1997, o hospital passou a efetuar também os procedimentos cirúrgicos. A primeira cirurgia teria sido realizada em janeiro de 1998 pelo

²²⁵ Médica endocrinologista e metabologista da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Chefe da Unidade de Endocrinologia do Desenvolvimento do Serviço de Endocrinologia do Hospital das Clínicas da FMUSP. Vice Coordenadora do “Centro de Tratamento e Treinamento de Profissionais para o Atendimento de Pacientes com Transexualismo do HCFMUSP” em convênio com a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Membro do Comitê Técnico Estadual de Saúde Integral da População LGBT. Membro da Comissão Científica do projeto de Pesquisa: “Análise do Acesso e da Qualidade da Atenção Integral à Saúde da População LGBT no SUS” financiado pelo Ministério da Saúde. Membro do Comitê Técnico do Ministério da Saúde para revisão da Portaria que determina as diretrizes para o Processo Transexualizador no SUS.

²²⁶ Liliane Caetano é Assistente Social do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, atuando junto à crianças e adolescentes que potencialmente poderão a vir a se expressarem como trans. Integrou o Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (CNCD/LGBT), representando o Conselho Federal de Serviço Social.

²²⁷ Psiquiatra e sexóloga. Doutora e livre-docente em psiquiatria, é fundadora e coordenadora geral do ProSex do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo.

médico Frederico Queiroz²²⁸, que após sua aposentadoria, foi substituído por Francisco Tibor Dénes²²⁹. Posteriormente, a médica Maria Helena Sircili²³⁰ também se tornou cirurgiã da equipe. Como as cirurgias eram em caráter experimental, o hospital não recebia verbas do MS para o custeio dos procedimentos. O financiamento se dava apenas por meio dos recursos oriundos de projetos de pesquisa, em razão disso, o número de cirurgias não passava de duas por ano (MUNIN, 2018).

De acordo com a Coordenadora Elaine Frade, naquele período, a demanda pelas cirurgias não era volumosa e as candidatas aos procedimentos eram colocadas na mesma agenda cirúrgica dos/as usuários/as/as com distúrbios da diferenciação do sexo, (popularmente conhecida como genitália ambígua) conforme se pode constatar a partir de seu relato, abaixo:

[...] a gente montou o serviço já nessa época quando saiu a primeira Resolução do CFM em 1997. Independia do SUS, a gente montou o ambulatório... era a professora Berenice, que na época era minha chefe e chefe da unidade da qual hoje sou chefe. Ela então, montou esse ambulatório organizado comigo e ela – que atendíamos no ambulatório – uma psicóloga e o cirurgião e um psiquiatra. A gente já tinha uns pacientes que procuravam o serviço, porque a nossa unidade, da qual eu chefo hoje – unidade de endocrinologia do desenvolvimento – a gente trabalha com pessoas que nascem com genitália ambígua, e aí a gente já trabalha com identidade de gênero com essas pessoas. É o meio mais propício para transexualidade também, porque a gente já lidava com as questões da cirurgia, com as questões de identidade e com a questão de mudança de sexo social. A percepção acerca da transexualidade, de como essas pessoas viviam e já eram conhecidas, porque algumas delas já estavam acompanhadas no HC há muitos anos, desde a época de Dra. Dorina Epps, que foi uma precursora disso nas décadas de 60 e 70. Então, para nós, não era uma novidade, porque já apareciam essas pessoas no HC. A Roberta Close foi uma que passou pela gente para obter o laudo dela (EN1) (FRADE, 2019).

Ao caracterizar o fluxo assistencial naquele período, Munin (2018) apontou que o programa sempre foi vinculado ao Departamento de endocrinologia e que o acesso se dava pela psicologia. Na psicologia, os/as candidatos/as passavam pela avaliação diagnóstica com os/as psicólogos/as Marlene Inácio²³¹, Elisa Verduguez²³² e Ari Oliveira²³³, que estabeleceram como critério de inclusão a idade acima de 21 anos e menos de 70.

²²⁸ Médico urologista. Professor Livre-docente da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

²²⁹ Professor Livre Docente de Urologia, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Chefe da Unidade de Uropediatria da Divisão de Urologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Membro da Sociedade Brasileira de Urologia.

²³⁰ Médica Assistente da Endocrinologia do Desenvolvimento e da Urologia Pediátrica do Hospital das Clínicas da FMUSP. Especialista em Cirurgia Pediátrica atuando principalmente em Urologia Pediátrica e no tratamento dos pacientes com Distúrbios do Desenvolvimento Sexual para correção cirúrgica da genitália ambígua. Médica Assistente do grupo de Cirurgia de Transgenitalização do HCFMUSP.

²³¹ Marlene Inácio é psicóloga, doutora pela Faculdade de Medicina da USP (2011), atuando na assistência aos pacientes, ensino e pesquisa do Serviço de Endocrinologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da

A pessoa, de ambos os sexos, também não deveria usar hormônios sexuais por pelo menos 3 meses antes e durante a avaliação e não poderia apresentar doenças psiquiátricas consideradas graves, como esquizofrenia, por exemplo. Também estavam excluídos da assistência “os casos de prostituição, alcoolismo, dependência de drogas, travestismo de duplo papel e travestismo fetichista, anomalias genéticas e ambiguidades genitais” (Verduguez, 2009 apud Munin, 2018: 95).

Para o então chamado diagnóstico do “transtorno da identidade de gênero” ser realizado, a equipe acreditava ser importante a compreensão da dinâmica desses/as usuários/as/as que, basicamente, girava em torno da percepção de sua feminilidade ou masculinidade.

Para essa compreensão e para elaborar o diagnóstico preliminar eram realizados três testes que deveriam ser aplicados em período de 08 ou 20 sessões: os testes de Szondi²³⁴, para avaliar a dimensão da masculinidade e da feminilidade; o teste projetivo HTP²³⁵ – do inglês House-Tree-Person (casa-árvore-pessoa), que era para avaliar como os/as candidatos/as vivenciavam sua individualidade social e familiar, como era sua imagem corporal e se havia conflitos com seu gênero e o teste psicológico de inteligência não verbal²³⁶, para que se pudesse avaliar as habilidades intelectuais e cognitivas e a capacidade de saber decidir sobre a cirurgia (VERDUGUEZ, 2009 apud MUNIN, 2018: 95).

Universidade de São Paulo nos distúrbios do desenvolvimento sexual (DDS) e transexualidade. Ver: Currículo Lattes.

²³² Elisa Del Rosario Ugarte Verduguez é Mestre em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Psicóloga da Divisão de Psicologia do ICHC- FMUSP. Atua em avaliação psicológica e psicoterapia pre e pós-cirúrgica de pacientes transexuais e pacientes com Distúrbios da Determinação e Diferenciação Sexual. Ver: Currículo Lattes.

²³³ Ari Alves de Oliveira Junior é psicólogo e mestre em Ciências – Endocrinologia – HC-FMUSP (2013). É aluno de doutorado do programa de endocrinologia da FMUSP, docente e supervisor clínico do curso de Psicologia do Centro Universitário São Camilo. Tem atuado na assistência a pacientes portadores de Distúrbios de Desenvolvimento Sexual e Transexuais. Ver: Currículo Lattes.

²³⁴ O teste de Szondi é um teste de personalidade criado pelo psiquiatra húngaro Léopold Szondi em 1935, um leitor ávido das obras de Freud que acreditava que as pessoas tendem a sentir atração por pessoas semelhantes a elas mesmas – e usavam elas como base para o teste. Consiste em uma série de fotos, em que as pessoas a serem testadas devem escolher as duas mais atraentes e as duas mais repulsivas – e a análise de personalidade seria examinada de acordo com elas escolhas. Ver: Redepsi (2020).

²³⁵ O HTP foi criado por John N. Buck, em 1948, e tem como objetivo compreender aspectos da personalidade do indivíduo bem como a forma deste indivíduo interagir com as pessoas e com o ambiente. O HTP estimula a projeção de elementos da personalidade e de áreas de conflito dentro da situação terapêutica e proporciona uma compreensão dinâmica das características e do funcionamento do indivíduo. Ver: Borsa (2010).

²³⁶ O Teste de Inteligência Não Verbal–tem como objetivo avaliar desempenhos e possibilita uma análise neuropsicológica, a qual permite identificar os tipos de raciocínios e os processamentos envolvidos na sua execução, além das classificações habituais do potencial intelectual. Possibilita uma classificação dos sujeitos em termos de Percentil ou QI, além da classificação da inteligência de acordo com o grau de escolaridade. Ver: Silva e Alves (2018).

Após os testes, os/as candidatos/as diagnosticados preliminarmente como transexuais eram orientados sobre os procedimentos a seguir no tratamento e os não considerados trans eram encaminhados para psicoterapia em outras instituições. O programa adotou alguns critérios para o tratamento daqueles diagnosticados como transexuais: a realização de dois anos de psicoterapia no período que antecederesse a cirurgia e o início do ‘tratamento’ hormonal após seis meses de acompanhamento com a psicoterapia. Além disso, esperava-se dessa pessoa a vivência no papel de gênero desejado por no mínimo dois anos, com indicação de cirurgia de transgenitalização nos ‘portadores de transtorno específico de identidade de gênero’. Para finalizar aquele ciclo de atendimento, era necessário realizar um ano de psicoterapia no pós-operatório (VERDUGUEZ, 2009 apud MUNIN, 2018: 95)²³⁷.

Quanto aos procedimentos disponibilizados, além das cirurgias genitais, o HC também oferece outros procedimentos como a mastectomia e o implante de silicone, a raspagem de pomo de Adão e a cirurgia nas cordas vocais para feminização da voz. Em alguns momentos, o HC contou com fonoaudiólogo/a para exercício de modulação da voz.

De acordo com Elaine Frade, em razão da baixa procura, os procedimentos cirúrgicos eram realizados um dia por mês, situação que se manteve inalterada até 2009. Todavia, após a publicação da Portaria de 2008 e, também em função de um artigo escrito pelo médico Drauzio Varella²³⁸ e publicado em 2009 pelo jornal Folha de São Paulo, ocorreu uma série de desdobramentos que alteraram a forma como o programa era desenvolvido até então. O número de cirurgias aumentou para duas ao mês em média e, com isso, também houve um aumento da equipe e do número de usuários/as atendidos/as. Apesar disso, a espera na fila para diagnóstico e para a entrada no programa, continuou longa e gerando grande descontentamento.

Elaine Frade avalia que a matéria publicada pelo Jornal Folha de São Paulo chamou atenção da população em geral para o tema, ao evidenciar que as pessoas trans eram um grupo marginalizado, que estava morrendo por processos não ortodoxos, em função da ausência de assistência. No entendimento dela, foi a partir disso, que o Secretário de Estado de Saúde, que

²³⁷ Essa caracterização de funcionamento do programa é relativa ao período pesquisado por Munin (2018), que compreende o período de 1997 até 2013, no entanto, a entrevista de Elaine Frade concedida a mim por ocasião da pesquisa de campo, traz informações muito próximas aos achados de Munin.

²³⁸ Médico oncologista, cientista e escritor. Formado pela Universidade de São Paulo, é conhecido por popularizar a informação médica no Brasil, através de aparições em programas de rádio, TV e pela Internet, com um site e canal no Youtube. Escreveu um artigo sobre as dificuldades das pessoas trans no acesso a saúde, que foi publicado em matéria no jornal Folha de São Paulo em 11/04/2009, o qual teve grande repercussão. Infelizmente o link não está mais disponível.

na época era o Luiz Roberto Barradas Barata²³⁹, criou as condições para que o Centro de Referência DST/AIDS constituísse um ambulatório (Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais), para o atendimento dessa demanda. Com esse ambulatório criado, a diretora do CRT, Maria Clara Gianna²⁴⁰ juntamente com a direção do HC estabeleceram uma parceria para que as cirurgias pudessem ser realizadas, conforme explica Elaine Frade:

Aí, a diretora na época foi procurar a gente no HC porque ela não tinha noção do que fazer. E, a partir disso então, nós fizemos uma parceria com eles com uma verba da Secretaria da Saúde para poder aumentar nosso serviço e atender os pacientes deles. Na época então, eu fui lá e ajudei a montar o serviço, participei de concurso para contratar médicos. Dei a lista de medicamentos que tinha que ter, então eu fui lá e ajudei a montar o serviço e a gente tinha essa parceria e essa parceria durou até uns três anos atrás (EN1) (FRADE, 2019).²⁴¹”

Elaine Frade relatou que quando a parceria com o estado de São Paulo acabou e a Secretaria de Saúde parou de mandar a verba anual que mantinha o serviço mais bem estruturado para a realização das cirurgias, houve alguma dificuldade para que a instituição entendesse que precisava continuar arcando com os atendimentos.

Apesar dessas dificuldades, as cirurgias foram mantidas, sobretudo, porque havia uma preocupação acerca do impacto que teria para a população atendida, caso a única possibilidade cirúrgica no estado naquele momento fosse interrompida. Com o fim da parceria com o CRT, o acesso dos/as usuários/as que eram encaminhados daquela instituição, foi fechado. Todavia, o serviço dispunha de outras três portas de entrada no programa²⁴² que não eram reguladas, ou seja, o acesso se dava por demanda espontânea, que ocorria da seguinte forma:

AMTIGOS²⁴³ – Ambulatório Transdisciplinar de Identidade de Gênero e Orientação Sexual, coordenado pelo psiquiatra Alexandre Saadeh²⁴⁴. Trata-se de um ambulatório

²³⁹ Foi médico sanitarista e um dos fundadores do Sistema Único de Saúde. Exerceu o cargo de secretário da Saúde do estado de São Paulo entre os anos de 2003 e 2010, faleceu em 2010.

²⁴⁰ Médica Sanitarista. Atualmente é diretora do Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS, vinculado à Secretaria do Estado da Saúde

²⁴¹ Entrevista realizada em maio de 2019.

²⁴² É importante esclarecer que dentro do HC/FEMUSP os atendimentos no âmbito do processo transexualizador são realizados por diferentes instâncias institucionais pertencentes ao mesmo hospital. Assim, há o Instituto Central, onde se situa o Departamento de Endocrinologia, que coordena o programa com sua equipe multidisciplinar, além do Instituto de Psiquiatria, que pertence ao HC e dispõem de 2 projetos que atendem as pessoas trans (AMTIGOS e ProSex).

²⁴³ O atendimento destinado as crianças e adolescentes nesse ambulatório se iniciou pelo pioneirismo dessa equipe multiprofissional, coordenada do médico psiquiatra Alexandre Saadeh, em 2010. Trata-se de um trabalho sistematizado, que obteve anuência do Conselho Regional de Medicina e que se estruturou sob a forma de projeto de pesquisa. Para que aconteça esse acompanhamento na infância e adolescência é necessária a autorização de responsáveis legais, o que por vezes demanda a sensibilização de familiares/responsáveis, por

vinculado ao Instituto de Psiquiatria, que iniciou fazendo o atendimento da população adulta e hoje atende, principalmente, crianças e adolescentes, além da manutenção do acompanhamento dos adultos inscritos anteriormente e dos adolescentes que estão ficando adultos.

ProSex – Programa de Estudos em Sexualidade, também é um ambulatório vinculado ao Instituto de Psiquiatria, sendo coordenado pela psiquiatra Carmita Abdo.

Departamento de endocrinologia do HC – chefiado por Elaine Frade, responsável pelo programa no Instituto Central do HC, onde também havia equipes de psicologia fazendo o atendimento individual e grupal.

Essas pessoas acompanhadas e que ingressaram pelas três portas de entrada desembocavam numa mesma fila cirúrgica, que atualmente está sendo organizada pelo serviço de endocrinologia. No que se refere à disponibilização dos hormônios e das próteses para o acompanhamento dos/das usuários/as/as, Elaine Frade informou que todas as pessoas atendidas têm à sua disposição tudo o que é necessário para que a assistência se dê. Segundo ela, foi necessário adequar o serviço de acordo com as exigências postas pela Portaria, para que os insumos, como hormônios e próteses, não faltassem, tendo em vista que a partir de 2013 o MS passou a disponibilizar verbas específicas extra teto para a compra, tanto das medicações quanto das próteses. Isso não acontecia até então, pois a Portaria n. 457/08 não previa o custeio sequer dos hormônios, conforme explica a Coordenadora do HC:

É esse dinheiro vem específico para isso. A Portaria prevê isso... O serviço que tem que ir atrás desse dinheiro, porque a Portaria prevê que esse dinheiro entre via FAEC, ela vem fora do *pool* do que vem para o hospital. É extra teto, tanto que a gente teve que mudar os nomes dos nossos ambulatórios que atendem trans. Eu tive que nomear cada ambulatório especificamente para o sistema do Hospital conseguir identificar quem é o paciente que está sendo atendido por essa meta. Até então, os pacientes ficavam no meio do “bolo”, porque vinham para o meu ambulatório... Aí não conseguia identificar o que era uma situação específica dos outros atendimentos... O que que estava acontecendo com isso? Lá pro MS a nossa produtividade era muito baixa, então nós falamos: “vamos arrumar isso, nós produzimos muito mais do que isso...” Aí a gente arrumou isso, então... eu fui atrás disso. Teve um movimento nosso, eu fui falar com minha chefia, e falei: “Ó, nós temos que encontrar esse dinheiro... esse dinheiro existe, ele tá chegando”. Aí envolve setor de faturamento... TI... Tudo aí, tivemos que fazer uma reunião porque tem que mexer nos códigos da Unidade... fazer essa movimentação pra codificar o procedimento de acordo com o que está na Portaria pra receber isso (EN1) (FRADE, 2019).

parte da equipe, ou em situações mais peculiares o acionamento do sistema de garantia de direitos. Além disso, pela Portaria nº2803/2013 do Ministério da Saúde não contemplar crianças e adolescentes, não há uma destinação de verba específica pelo SUS.

²⁴⁴ Médico psiquiatra, professor colaborador da Faculdade de Medicina da USP, coordenador do AMTIGOS do Hospital das Clínicas da FMUSP, médico supervisor do Serviço de Psicoterapia do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP e professor doutor da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Em relação à caracterização da atual forma de atendimento e da composição da equipe técnica, Elaine Frade aponta que em função da FMUSP ser uma fundação²⁴⁵, há possibilidade de maior autonomia para contratação de recursos humanos e que, desde a época da parceria com O CRT, haviam sido contratados/as profissionais específicos/as para atuarem no programa:

Nós temos uma equipe, então, de 2 endocrinologistas, que não são específicos, que já eram do serviço, nós temos 1 psiquiatra, 4 psicólogas, um cirurgião plástico, 1 cirurgião ginecologista, 3 cirurgiões urologistas e 1 secretária... Esses todos que são específicos foram contratados na época dessa parceria com a secretaria, via fundação (EN1) (FRADE, 2019).

No entanto, durante o processo de coleta de dados para a elaboração desta tese e, mesmo pela observação como trabalhadora desse campo, constatei como um problema importante, o fato de nesse serviço haver uma presença significativa de trabalhadores/as voluntários/as, notadamente no Instituto de Psiquiatria do HC/FEMUSP.

A presença desses/as trabalhadores/as chamados de “colaboradores” porque não remunerados, agrega um nível a mais de complexidade a este processo, tendo em vista que esses/as voluntários/as (normalmente motivados pela perspectiva de agregarem experiência ao currículo e prestígio profissional) não são obrigados/as a manter uma carga horária suficiente para proporcionar enraizamento institucional e assistencial. Essa condição de voluntariado expressa uma precariedade assistencial que se soma aos demais problemas que este programa já enfrenta.

Quanto à triagem e aos critérios de acesso, Elaine Frade, indica um fluxo: o serviço dispõe de uma sala com secretária, onde a pessoa interessada pode ligar para o telefone disponibilizado e fazer o cadastro para um possível atendimento. No momento em que essa pessoa é chamada, o primeiro contato dela no HC é com a Psiquiatria, somente após passar por esse trâmite é que ela poderá avançar para os outros atendimentos com os demais membros da equipe:

Aí é o psiquiatra que vai lá e puxa o paciente, pega a ordem e faz a primeira entrevista. Ele tendo as primeiras entrevistas para tentar fazer um diagnóstico inicial, essa suspeita é confirmada e ele encaminha já pros grupos de psicoterapia. Dos grupos de psicoterapia, é encaminhado para depois de uns dois, três meses, para meu

²⁴⁵ A consolidação das fundações como entidades que administram os serviços de saúde é uma realidade que se solidificou a partir da década de 90 dentro da lógica do subfinanciamento e desresponsabilização do Estado com as políticas sociais públicas. Supostamente a gestão dos hospitais públicos por organizações privadas possibilitariam maior celeridade nos processos de compras de insumos e contratações de recursos humanos. Todavia, a realidade tem apontado, conforme foi possível perceber ao longo da pesquisa de campo que essa suposta facilidade não garantiu o suprimento de materiais e equipamentos, muito menos supriu a carência de recursos humanos, confirmando a tese de que tais organizações não passam de uma forma de privatização não clássica, conforme apontou Granemann, 2011.

ambulatório para fazer hormonioterapia. Aí ele fica no ambulatório e fazendo todo o processo preparatório para as cirurgias. Quando a equipe inteira concordar, a equipe clínica – todos os pacientes são discutidos caso a caso antes de ir para a cirurgia – aí quando chega na cirurgia, o cirurgião já sabe que está tudo certo, que tem indicação, que ele está preparado, que ele pode operar tranquilo. O cirurgião aqui é o último da equipe. O protagonista da equipe tem que ser a equipe de saúde mental. Tem que ser o psiquiatra e... porque é aí que vai haver as indicações... é por isso que a gente não tem nenhum arrependimento. Nosso índice de arrependimento é zero nesses anos todos. Ela não vai pra cirurgia se a equipe inteira não concordar... se chegar no cirurgião e no ambulatório do cirurgião e o cirurgião achar que tem alguma coisa esquisita, volta pra ser discutido na reunião. Então a gente tem esse cuidado... a gente é muito criticado por isso também... somos muito criticados por isso também, mas, nós não temos nenhum arrependimento. Acho que isso é o nosso ganho porque se o paciente se arrepender, não tem o que fazer... é muito difícil... ou ela entra numa depressão profunda...é muito complicado isso. Nós temos uma paciente que a gente demorou seis anos para convencer ela que ela não tinha indicação para cirurgia. Ela ficou brava, esperneava, ia na Ouvidoria, mas hoje... ela é de uma família de classe média, ela estudou alemão, é professora, trabalha na USP hoje. E ela hoje está super bem, tranquila e fala que, realmente a gente tinha razão... Então sábado, eu fui dar uma aula em Brasília e falei disso, foi pra Sociedade Brasileira... Aí levantou um médico que está começando a trabalhar com essa população e ele perguntou isso. Aí eu apresentei esse caso pra eles, né? De que a paciente veio dizendo que era trans e que queria fazer cirurgia e ficou nessa tecla durante anos e aí mostrei que depois ela não tinha indicação. Aí ele falou “como vocês fazem quando o paciente de vocês acha que não tem indicação, mas o paciente insiste, insiste, insiste?” Eu falei: “olha, a gente insiste, insiste, insiste, de que não... e a gente não sucumbe à vontade do paciente (EN1) (FRADE, 2019).

O recurso a esta longa citação foi necessário porque ela sintetiza plenamente uma lógica desse serviço que não se alterou com o passar do tempo. Ao comparar esse protocolo ao fluxo de atendimento e critérios de inclusão relatados na pesquisa de Munin (2018), referida no início dessa discussão, percebemos que a centralidade diagnóstica era uma realidade na fase inicial do programa que se manteve inalterada até hoje no Instituto Central do HC, apesar das mudanças políticas e sociais e das constantes problematizações em torno da despatologização, que inclusive redundaram em mudanças recentes nos manuais de classificação da Associação Americana de Psiquiatria²⁴⁶ (APA) e nas diretrizes da OMS relativas a este tema²⁴⁷.

²⁴⁶ A American Psychiatric Association (APA) é reconhecida como a principal organização profissional de psiquiatras e estudantes de psiquiatria nos Estados Unidos e serve como referência para a psiquiatria na maior parte dos países do mundo. Desde 1952 a associação publica documentos que servem de parâmetro para os psiquiatras formularem diagnósticos. A nomenclatura de transexualidade foi incluída no Manual de Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais (DSM III), na década de 1980. Já o DSM-5, no seu capítulo “Disforia de Gênero” consiste em um dos textos mais importantes na defesa de uma base biológica para as múltiplas identidades de gênero e é o que orienta os psiquiatras na produção dos laudos exigidos para a realização das cirurgias de transgenitalização. Cf.: Back et al, 2019; Bento, 2008.

²⁴⁷ Em 2018 a Organização Mundial da Saúde apresentou a CID-11 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde), na qual retirou a transexualidade da lista das doenças mentais, no entanto, realocou-a em outro capítulo da CID, como incongruência de gênero. Cf.: <https://www1.folha.uol.com.br> de 18 de junho de 2018.

A partir desse relato é possível depreender uma série de outras questões que são centrais para pensar, por exemplo, em algum ponto de convergência entre os serviços habilitados e entre estes e a gestão estadual dos respectivos territórios em que se situam.

Nem todos os serviços têm a mesma característica em relação a centralidade dada ao diagnóstico psiquiátrico. É sempre muito difícil estabelecer algum equilíbrio entre o saber/poder médicos, sintetizados na figura da instituição universitária e os demais técnicos, médicos e não médicos/as, que atuam nesse campo, tanto no âmbito da gestão quanto na prestação da assistência fora dos centros de pesquisa.

A patologização tem sido um ponto de dissenso importante para a organização da assistência, tendo em vista que, em geral, ela tem sido considerada pelos serviços que a praticam como característica marcante, em algo inegociável e isso dificulta a necessária interlocução entre esses serviços, a rede, a gestão e os/as usuários/as.

Essa situação na qual a equipe médica, imbuída de um saber/fazer e a partir de um lugar de extremo poder, tem a prerrogativa de decidir sobre a vida e o modo de andar a vida das pessoas que procuram o serviço em busca de assistência, tem sido motivo de muito descontentamento, não só por parte dos/das usuários/as/as, tendo em vista que essa questão costuma ser um dos motivos de conflitos e dificuldades na condução do trabalho institucional por parte da equipe multiprofissional. Frequentemente isso provoca reflexões em torno do papel e do lugar dos HU's, tanto no que diz respeito ao protagonismo do saber médico em detrimento dos outros saberes e especialidades, quanto na sua relação com o SUS.

Além disso, em geral, trata-se de um contexto no qual há grandes dificuldades para se instituir alguma forma de questionamento das normas instituídas e, frequentemente, o/a usuário/a do serviço se encontra numa condição de bastante solidão, onde precisa constituir respostas ao discurso externo que teima em lhe (re)construir.

O discurso que lhe (re)constrói, quando encontra alguma resistência, muitas vezes faz uso da desqualificação, da deslegitimação, da psiquiatrização para interditá-lo e para erradicar suas possibilidades de autodeterminação. Exemplifica essa tendência, o que ocorre quando, por exemplo, a pessoa trans questiona um atendimento recebido e é qualificada como “barraqueira”, “encenqueira”, “louca” ou mesmo é impedida de acessar um dado serviço, por sua forma de andar a vida não se encaixar nos modelos de normalidade existentes na instituição, conforme ilustra o relato de Alexandre Peixe sobre sua experiência no HC:

Eu tenho as minhas críticas ao HC... total. A questão patologizante, a questão da pesquisa... é bizarro o negócio... a questão do “trans verdadeiro” nasceu ali dentro. Pra ser trans você tem que ter nojo de seu órgão sexual. Isso eu sei, porque eu fui ver isso... eu vi... tanto que uma das pessoas que trabalha lá nessa equipe falou que eu

não era nem transexual, que era travesti porque eu tinha filho. Entendeu? Então, assim... é uma coisa bizarra... (...) vai eles falar pra mim o que eu sou? Eu não passaria da primeira porta por estas questões, porque eu tenho filho, entendeu? (EN3), (PEIXE, 2019, f. ?).

Assim, no centro dessas conexões, sendo perpassadas por essas relações conflitantes, está situada a pessoa que busca a assistência no serviço e por meio dessa ação é falada, ressignificada e infantilizada pelo discurso institucional.

Nesse processo, é possível que muitas dessas pessoas acreditem no que é dito sobre elas e se adequem a esse discurso, inclusive incorporando a ideia de que elas têm uma patologia. Existem outras que simulam a crença no que é dito sobre elas para obterem acesso a assistência e ainda outras que resistem e não aceitam ser falada e ressignificada pelo saber/poder médicos. É interessante pensar no significado de simular a aceitação do diagnóstico como forma de acessar a assistência e no potencial que isso tem para a deslegitimação/negação do próprio ato de diagnosticar. Para ilustrar esse raciocínio me valho de outro relato de Alexandre Peixe:

As meninas que vão pro HC, elas têm uma aula entre elas de quem já passou: “quando chegar lá, você cruza a perna, você fala baixo, você senta direitinho”. Entendeu? Elas têm uma aula entre elas ... E não é só de ser mulher, é de ser um tipo específico de mulher, entendeu? Precisa ser mulheríssima. Se a mulher transar e usar o pênis dela, ela não passa nem na porta...É isso, você tem que ter nojo de seu órgão genital. Se você não tiver, cara, se você tá bem com ele, então você não passa no programa (EN3), (PEIXE, 2019).

Essas pessoas que performam o gênero para impressionar positivamente a equipe médica, apontam para nós que aquelas certas tecnicistas que tentam definir o que elas são e o que não são, não servem para nada: Elas fazem a cirurgia e seguem a vida. E o saber fica lá, acreditando em seu poder. Todavia, nem sempre as pessoas trans assistidas conseguem burlar a norma, boa parte delas seguem submedidas a esse campo de forças paralisante.

A patologização da transexualidade assim, acaba por conformar atos de violências institucional que seguem legitimadas pelo poder/saber hegemônico de uma dada cientificidade, que tem resultados muito concretos no sentido de “*ortopedizar*” as existências, seja para atestar um diagnóstico, seja para refutá-lo no sentido de ajustar o desvio à uma dada normalidade. É o que parece ter ocorrido no caso supracitado da mulher que permaneceu 6 anos buscando ter sua identidade reconhecida pela equipe do programa do HC, e após as ações ortopedizantes do serviço, foi convencida de que ela não era quem acreditava ser.

Contudo, essa é uma das características do serviço que é histórica e, apesar de um maior refinamento discursivo, ela permanece muito forte. Penso que é algo estruturante, inclusive da lógica como o processo transexualizador se instituiu nacionalmente, seja pela importância geopolítica de São Paulo, seja pelo prestígio e tradição da FMUSP, como

legitimadora no campo da produção de conhecimento, ou mesmo pelo lugar ocupados pelos médicos da instituição na estrutura do CFM²⁴⁸.

No que se refere às dificuldades enfrentadas, a Coordenadora do serviço, Elaine Frade, relata que o respeito ao nome social na instituição é uma questão que teve avanços, mas que ainda precisa de ajustes, tendo em vista que existem vários sistemas de tecnologia de informação no hospital e nem sempre estes sistemas são compatíveis entre si.

De acordo com ela, eventualmente, o nome social ainda “aparece entre parênteses em um ou outro registro”. No entanto, ela identifica que o maior obstáculo enfrentado pela equipe é relativo à grande demanda por cirurgias, porque mesmo com a realização de um procedimento cirúrgico semanal (não necessariamente uma cirurgia genital) e mesmo tendo uma sala cirúrgica específica para trans com atendimento toda segunda feira, a demanda permanece grande:

Então temos essa sala cirúrgica que é dividida entre as equipes. Então duas segundas feiras são da Urologia – uma para fazer uma cirurgia nova e outra pra fazer os retoques, as re-operações de segundo tempo. – A outra segunda é da plástica e a outra é da Ginecologia... pra poder operar todo mundo [...] (EN1) (FRADE, 2019).

Essa é uma questão importante a ser analisada tendo em vista as disputas por tempos cirúrgicos, que é algo relativamente comum no cotidiano dos hospitais. Com tantas portas de entrada para o programa que atende a maior metrópole da América Latina e apenas um procedimento cirúrgico genital novo realizado por mês, as equipes se encontram diante de um grande funil e a necessidade de aumentar o tempo cirúrgico para dar vazão a imensa demanda se impõe.

Da mesma maneira, outras equipes das mais diferentes especialidades, diante de semelhantes problemas, também disputam por mais tempo cirúrgico. A preocupação que me ocorre, sobretudo por constatar o mesmo problema também na instituição a que me vínculo, é como as pessoas trans, partícipes dessas disputas, irão se sair ao final delas.

A sociedade brasileira é caracterizada pelo elitismo, pelo racismo estrutural, pelo sexismo e pela LGBTfobia. Assim, é de se indagar como ficam as pessoas trans, que são peões no xadrez institucional, nessa disputa por ampliação do tempo cirúrgico? Há uma preocupação se em tal processo de disputa pelos recursos institucionais, as decisões (conscientemente ou não) sejam afetadas por esses valores típicos da nossa formação social,

²⁴⁸ É comum que os médicos dos serviços tenham reconhecimento e legitimidade dentro e fora das instituições, sobretudo pelos lugares que ocupam dentro da Universidade. Muitos desses profissionais são muito vinculados à estrutura dos Conselhos estaduais e federal de medicina, ocupando cargos ou representações nos seus temas de especialidade, havendo assim, um alinhamento destes com as instâncias reguladoras da profissão e com seus pressupostos éticos e filosóficos.

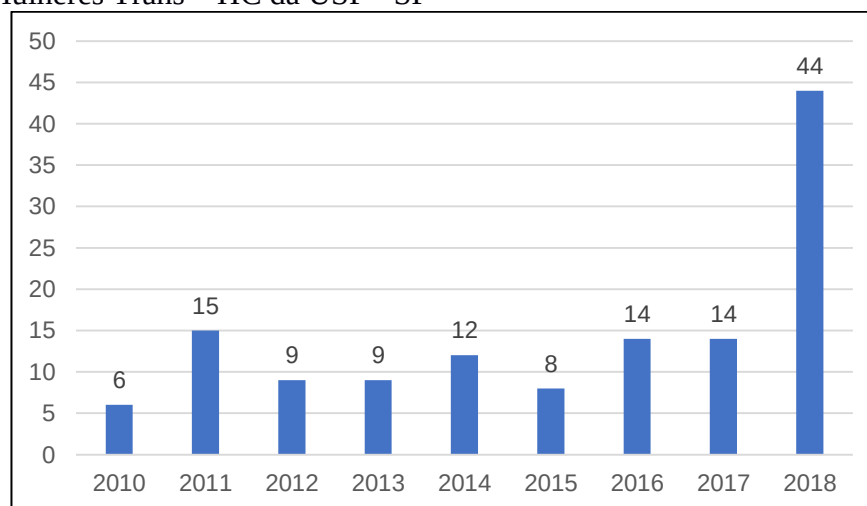
fazendo com que aquelas características estejam presentes nas decisões e escolhas a serem tomadas.

Sabe-se o quanto são corriqueiras atitudes de hierarquização e estipulação de escalas de sofrimento diante da escassez de recursos. Nesse sentido, chamamos a atenção para a questão levantada pela entrevistada Liliane Caetano: “não basta ser preto, ser pobre... tem que querer cortar o pau?!” (EN2) (CAETANO, 2019). Assim, numa estipulação de escala de sofrimento, em que grau hierárquico se localiza a mulher que necessita “cortar o pau”?²⁴⁹ Ou o homem que quer tirar o útero ou as mamas?

Diante da necessidade de aumento no tempo cirúrgico, num contexto de tensão institucional entre as especialidades, bem como de escassez de recursos financeiros, é mais factível imaginar a cardiologia, a oncologia e a neurocirurgia brigando e tendo suas demandas mais legitimadas pelos pares. Mediante tudo que sinalizei acima, me preocupa a possibilidade do processo trans permanecer *ad eternum* relegado a segundo plano.

Todavia, mesmo diante de inúmeras restrições, o serviço registrou – via sistemas de informação de atendimentos ambulatoriais e cirúrgicos do MS – um quantitativo de 136 procedimentos cirúrgicos entre 2010 e setembro de 2018, com destaque para o ano de 2018, conforme demonstra de forma pormenorizada o gráfico 16, abaixo:

Gráfico 16 – Cirurgias de Transgenitalização e Cirurgias Complementares em Mulheres Trans – HC da USP - SP



Fonte: A autora, 2019 - Baseado no Sistema de Informação do MS.

²⁴⁹ Essa é a forma rotineira como o senso comum se refere às cirurgias de transgenitalização de mulheres trans.

Em relação às “cirurgias de transgenitalização de segundo tempo”²⁵⁰, que são referentes à raspagem do pomo de Adão e ao alongamento das cordas vocais, foi realizado um único procedimento em 2010 e quatro deles em 2011. Após a mudança na Portaria, esse procedimento, já identificado como *tireoidioplastia*, foi realizado pelo HC/FMUSP em 07 pessoas trans entre 2015 e 2018 (02 em 2015, 03 em 2017 e 02 em 2018).

Quanto às cirurgias de histerectomia, mastoplastia, plástica mamária com implante de silicone, o HC/FMUSP informou a realização de 26 procedimentos no período analisado. Sendo 06 cirurgias de histerectomia (01 em 2014, 01 em 2015, 02 em 2017 e 02 em 2018). Em relação à mastoplastia foram realizados 05 procedimentos (01 em 2014, 01 em 2016, 02 em 2017 e 01 em 2018). No que se refere às plásticas mamárias com implante de silicone foram realizadas 15 cirurgias (05 em 2015, 06 em 2016, 03 em 2017 e 01 em 2018).

Quadro 9 – Demais Cirurgias em Homens e Mulheres Trans HC da USP – SP

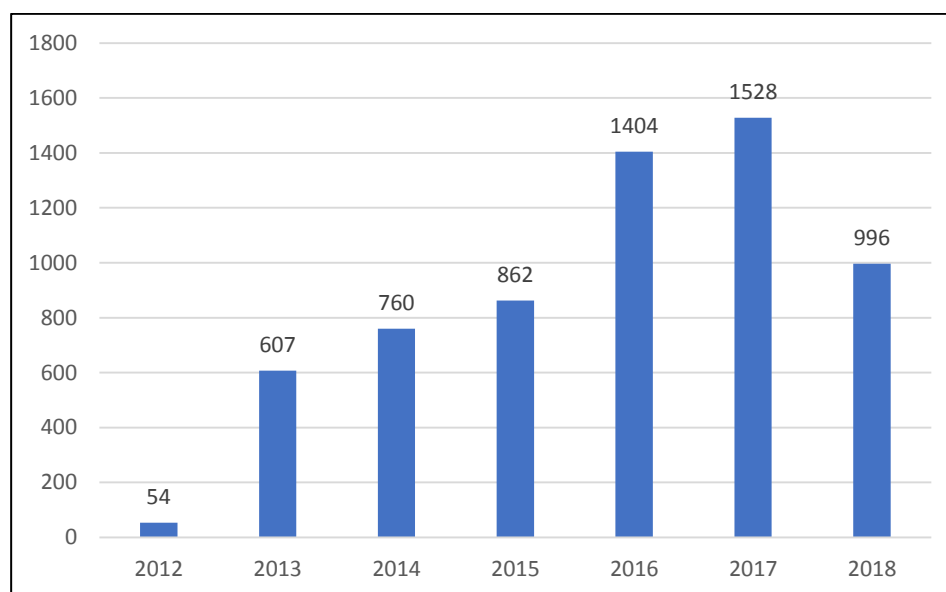
Ano Proced.	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Tireoidioplastia/ Redesignação Sexual 2º tempo	–	1	4	–	–	–	2	–	3	2
Plástica mamaria incluindo prótese de silicone	–	–	–	–	–	–	5	6	3	1
Histerectomia	–	–	–	–	–	1	1	–	2	2
Mastectomia	–	–	–	–	–	1	–	1	2	1

Fonte: autoria própria com base no Sistema de Informação do MS.

Em relação ao “acompanhamento de usuários/as do processo transexualizador em âmbito ambulatorial para acompanhamento multiprofissional pré e pós cirúrgico”, o HC/FMUSP registrou um total de 6211 atendimentos no período analisado conforme se pode visualizar no gráfico 17 disposto abaixo:

²⁵⁰ Optou-se aqui por manter os termos utilizados na Portaria 2803/13.

Gráfico 17 – Atendimentos Ambulatoriais HC da USP – SP



Fonte: A autora, 2019 - Baseado no Sistema de Informação do MS.

Entre 2009 e 2011, a Carta dos direitos dos/as usuários/as/as do SUS se constituía no único documento oficial de abrangência nacional que tratava dos direitos de pessoas LGBTIQ+, em especial das pessoas trans na saúde. Com a publicação da PNSILGBT essas discussões que já estavam em curso foram adensadas, com isso houve uma maior intensificação nos debates relativos à saúde de pessoas LGBTIQ+ no estado de São Paulo.

Contudo, não obstante as ações existentes, cujas iniciativas são as mais diversificadas, o estado de São Paulo, à semelhança de outros estados que mantém ações de saúde voltadas para LGBTIQ+, não estruturou uma rede assistencial definindo claramente o fluxo de assistência para as pessoas trans acessarem os serviços de saúde no âmbito do processo transexualizador e a ampliação gradativa dessas ações foi aquém das demandas por atenção.

Apesar da existência do Ambulatório de Saúde Integral de Travestis e Transexuais no CRT/DST/AIDS e da publicação da PNSILGBT, não houve, do ponto de vista da Secretaria Estadual de Saúde, a institucionalização, em colaboração com os municípios, de rede assistencial à saúde destinados a este público.

Inicialmente, o único fluxo de acesso existente para o atendimento às demandas cirúrgicas das pessoas trans vigorou apenas durante a parceria entre o CRT e o HC. Ao final dessa parceria, o acesso para as cirurgias no HC passou a ser unicamente por demanda espontânea, não havendo qualquer regulação estadual nesse sentido. Em um segundo momento, outras parcerias para fins cirúrgicos foram estabelecidas por iniciativa do CRT,

mas frente à procura crescente, a demanda reprimida para esse tipo de assistência só se avolumou.

Assim, ainda que haja ações que contemplem algumas das necessidades de saúde das pessoas LGBTIQ+ e de contar com a existência de Comitê de Saúde LGBT, o estado não implementou a Política Estadual de Saúde LGBT e suas ações no campo da saúde para esse público específico permaneceram pontuais e desarticuladas, não havendo um desenho institucional definido de uma rede assistencial formal.

A ação mais contundente nesse sentido foi a criação, em 2009, do Ambulatório, voltado exclusivamente à Saúde Integral de Travestis e Transexuais, com ênfase no processo transexualizador nas dependências do Centro de Referência e Treinamento DST/Aids-SP, vinculado à Secretaria da Saúde de São Paulo, por iniciativa do então secretário de Saúde Luiz Roberto Barradas Barata.

De acordo com Gianna (2015), o CRT DST/Aids-SP foi a instituição identificada como a mais sensível e apta para incorporar essa tarefa naquele momento inicial, em função de já ter acumulado uma expertise no atendimento respeitoso à população LGBTIQ+ (que já era atendida naquele local desde o ano 2000 no âmbito do Programa Estadual de DST/Aids-SP). De acordo com ela, a alocação do ambulatório dentro de um serviço de HIV/aids foi discutida com parceiros dos movimentos LGBTIQ+ estadual e nacional, usuários/as do serviço, travestis e transexuais, associações de transgêneros, profissionais com experiência nesta área, a fim de que não se incorresse em reforçar a discriminação já existente (de associar as pessoas LGBTIQ+ necessariamente à Aids) e a maioria optou pela instalação do ambulatório nas dependências do CRT (GIANNA, 2015).

Para a Coordenadora do Programa Estadual de IST/Aids-SP, Maria Clara Gianna, a partir da inauguração daquele serviço, várias medidas foram adotadas para que as pessoas atendidas pudessem ter acesso a ações específicas de saúde. Dentre elas, ocorreu o estabelecimento de parcerias institucionais para garantir as cirurgias de modificações corporais para adequação à identidade de gênero. Um exemplo dessas parcerias foi o estabelecimento de acordos institucionais com o HC da USP para a realização de cirurgias de transgenitalização, bem como a estruturação de referência em procedimentos para retirada de silicone industrial, no caso das travestis, a partir da parceria instituída junto ao Hospital Estadual de Diadema. O principal diferencial do ambulatório foi a inclusão da população de

travestis nos procedimentos de adequação à identidade de gênero e o acesso dos homens trans ao Processo Transexualizador²⁵¹ (GIANNA (2015).

O ambulatório trans chegou a matricular e atender a 850 usuários/as/as em seu primeiro ano de existência. Cinco anos depois, ele já contava com cerca de 3 mil pessoas trans matriculadas, entre os/as quais, 30% eram travestis e 70%, transexuais. Atualmente, o acesso de novos/as usuários/as está fechado por absoluta incapacidade da Unidade em absorver novos/as usuários/as e, principalmente, de atender a suas demandas cirúrgicas, ainda que com o fim da parceria com o HC da FMUSP, novos acordos com outras instituições para a realização de cirurgias tenham sido estabelecidos, como por exemplo, um acordo com o Hospital Estadual Mario Covas.

Esse serviço tem o mérito do estabelecimento de ações fundamentais, sobretudo no que se refere à construção de modelos assistenciais menos patologizantes, caracterizados por maior interação com a população usuária e escuta das reivindicações dos movimentos sociais. Também merece destaque a abertura de protocolo para o atendimento às travestis, a capacitação regular de profissionais de saúde com vistas ao estímulo à abertura de novos serviços para esta população e a busca por parcerias no sentido de ampliar e qualificar a assistência prestada.

No entanto, por maior que seja esse mérito, é preciso problematizar o fato de que o estado de São Paulo continua sem implementar a Política Estadual de Saúde LGBT e sem estruturar a rede assistencial voltada para as pessoas trans por meio da pactuação dessas ações de saúde na CIB, em articulação com os municípios.

Ao que parece, o estado delegou todos os assuntos referentes à assistência à saúde de travestis e transexuais ao CRT/DST/Aids-SP. Sobre isso é necessário lembrar que este centro é um serviço e não uma sucursal da Secretaria Estadual de Saúde e, da forma como esse processo se constituiu ao longo do tempo, coube ao serviço toda a responsabilidade de responder por toda a política dirigida a pessoas trans: um caso típico de rabo abanando o cachorro.

Assim, em contraponto ao discurso oficial, é importante chamar a atenção para o olhar dos/as profissionais que estão na ponta desses serviços. Na avaliação de Liliane Caetano, ao

²⁵¹ Para regulamentar o atendimento específico a travestis, no que diz respeito à adequação à identidade de gênero, foram realizadas discussões com o Conselho Regional de Medicina, que culminou na elaboração e na publicação de uma Resolução (CREMESP nº 208, de 27 de outubro de 2009) que garante o respaldo ético e legal, junto à comunidade médica, para o atendimento dessa população. A partir desta Resolução, o CRT DST/Aids-SP publicou um protocolo de cuidados à saúde integral para travestis (Portaria CCD/ CRT nº a-1, de 27 de janeiro de 2010). Ver: Gianna, M.C., 2015.

falar da ausência de rede assistencial estruturada no estado, as ações que beneficiam essa população são produzidas muito mais em função da iniciativa e da pressão dos/as profissionais e do movimento social, do que pela iniciativa dos gestores:

São sempre profissionais que a partir da demanda e de um determinado olhar, disponibilidade e compromisso ético que começam a prestar esse atendimento e a fazer as articulações. Em SP, isso é muito presente. Também é necessário dizer que não são somente as normatizações que fazem os serviços acontecerem, existe muita pressão e articulação do movimento social, muitas vezes, para que isso se efetive. Dessa forma, é possível perceber que não parte do gestor da política pública. E acredito ser essa uma das problemáticas em termos do alcance dos serviços no âmbito de uma política pública de fato (EN2) (CAETANO, 2019).

A Coordenadora do Programa Estadual de IST Aids-SP, Mria Clara Gianna, sustenta que foi a partir da criação do ambulatório que se criou um canal de comunicação entre a população usuária do serviço e as instituições que possuem poder e responsabilidade sobre a condução das políticas públicas de saúde. No entendimento dela, as demandas das pessoas trans, até então dispersas e pouco visíveis, puderam então ser sistematizadas e encaminhadas para discussão e deliberação nos espaços competentes.

Dentre essas ações, a Coordenadora cita a Resolução do Conselho Regional de Medicina (CRM) n. 208, de 27 de outubro de 2009 que oficializou e normatizou o atendimento às populações transgêneras no ambulatório, o Decreto do Governo do Estado de São Paulo que dispôs sobre o tratamento nominal das pessoas transexuais e travestis nos órgãos públicos do estado, a elaboração e a publicação de um protocolo de cuidados à saúde integral para travestis (Portaria CCD/CRT nº a-1, de 27 de janeiro de 2010) que propiciou respaldo para a ação profissional (principalmente, no que se referia à prescrição de hormônios).

Além dessa fala legitimar que um serviço seja responsabilizado pela condução e protagonismo da política em âmbito estadual, ela não ressalta a intensa atuação política do movimento social e dos/as trabalhadores/as na cobrança por ações estatais mais efetivas para a ampliação de direitos e proteção social às pessoas trans.

Ao que parece, apesar do estado de São Paulo ter tomado providências para ofertar ações de saúde para LGBTIQ+, notadamente, para a população trans, essa decisão política não contemplou, à semelhança de outros estados da Federação, a estruturação de uma rede assistencial incluindo o processo transexualizador, conforme diretrizes da Portaria n. 2803/13.

A estruturação desta rede assistencial é tomada pela Coordenadora do Programa Estadual de IST Aids-SP como um desafio:²⁵²

O desafio do estado de São Paulo passou, agora, a ser a ampliação e o aprimoramento da rede de atenção à saúde e a elaboração da linha de cuidado para transexuais e travestis. O Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais torna-se estratégico para a viabilização deste processo, ou seja, para contribuir na formação dos/as profissionais de novos serviços que surgirão ou mesmo na incorporação dessa população naqueles já existentes (GIANNA, 2015, p. 152).

Quatro anos após essa afirmação, pouca coisa mudou, tendo em vista que até o período da realização da pesquisa de campo para essa tese, que foi durante o ano de 2019, essa política ainda não havia sido estruturada e o CRT se mantinha como o Coordenador do cuidado à saúde trans e enfrentando os desafios relacionados à restrição da rede de atenção especializada, especialmente, no que diz respeito ao acesso às cirurgias de transgenitalização.

Assim, esse serviço vinculado à Secretaria de Saúde de São Paulo tem se mantido atuando na articulação e formação de rede assistencial voltada para o atendimento à algumas das necessidades das pessoas trans. No entanto, sem que esse fluxo seja estruturado e regulado com definição da rede assistencial e critérios de acesso que sejam válidos para todo o estado, os esforços do CRT não serão suficientes.

O CRT atua politicamente no sentido de estabelecer articulações capacitando e estimulando municípios para o atendimento da população trans, cria parcerias institucionais com hospitais para a realização de cirurgias, mas são ações pontuais. Não se pode dizer que não haja assistência, todavia, é uma forma de atenção estruturalmente frágil, na medida em que depende de acordos institucionais estabelecidos entre o CRT e as demais instituições parceiras. A fragilidade dessas alianças foi demonstrada quando se analisa a parceria anterior entre o CRT e o HC, quando ao fim da parceria, as pessoas trans tiveram que enfrentar dificuldades adicionais para terem acesso a seu direito às cirurgias e o HC voltou a seu isolamento institucional.

Dessa forma, houve um reconhecimento dessa demanda por parte da gestão estadual, mas isso não significa que esteja em curso uma estruturação orgânica do atendimento a elas,

²⁵² Além desse desafio, o estado de São Paulo sempre esteve ciente das necessidades das pessoas trans no âmbito do Processo Transexualizador, na medida em que a representante da saúde estadual apontou, durante seminário realizado em Brasília pelo Ministério da Saúde, como dificuldades a serem enfrentadas a necessidade de ampliação da rede de atenção especializada, o investimento na sensibilização e na instrumentalização da rede de atenção primária para possibilitar que as pessoas tenham acesso a uma atenção em saúde acolhedora, livre de preconceito, julgamentos morais e práticas discriminatórias. No que diz respeito ao nível terciário da atenção, ela ressaltou as dificuldades de acesso às cirurgias, tendo em vista que por muito tempo o HC foi a única referência cadastrada para essa função, bem como apontou outros obstáculos. Ver: Transexualidade e travestilidade na saúde (MS, 2015).

tendo a esfera estadual como articuladora desse cuidado junto aos municípios, de maneira que essa política se efetive como norma e como ação prática. Ao que parece, a escolha política do estado de SP foi pela criação de pólos de atendimento à população trans, sem que isto se estruture como uma linha de cuidado. Esses pólos comprometem os municípios, para que se inicie neles a atenção primária e ela se espraie para os demais níveis de atenção, de acordo com as necessidades apresentadas. A respeito desse desenho da política, Liliane Caetano fez as seguintes ponderações:

Não estamos estruturados/organizados ainda enquanto política pública, somos serviços, mas não há uma rede articulada, uma organização e essa é uma das maiores dificuldades que a gente tem. Mais recentemente, a UNIFESP também começou a fazer atendimento para essa população, em parceria com o ambulatorio trans. Pela expressiva demanda, mesmo serviços que iniciam, por vezes, também, enfrentam demora em disponibilizar a assistência (EN2) (CAETANO, 2019).

Vale lembrar ainda que o CRT se encontra saturado de demandas trans e com dificuldades de dar conta de suas próprias atribuições assistenciais, é o mesmo que precisa sair do atoleiro puxando seus próprios cabelos. Na busca por dar respostas às demandas cada vez maiores e sendo profundamente tencionado pelo movimento social, o CRT intensificou sua atuação em prol da ampliação da rede e como resultado desse esforço algumas unidades básicas de saúde da Prefeitura de São Paulo²⁵³, e outras unidades assistenciais localizados em outros municípios²⁵⁴ têm estruturado alguma forma de assistência à população trans em parceria com o estado²⁵⁵.

A partir das articulações empreendidas pelo CRT também foi possível viabilizar cirurgias para os homens trans (mamoplastia masculinizadora) em duas outras referências

²⁵³ A UBS Dr. Humberto Pascale, conhecida simplesmente como UBS Santa Cecília constitui uma das nove unidades de Saúde da região central de São Paulo que desde 2015 iniciou atendimento ambulatorial a travestis e transexuais. Inicialmente a hormonização e o acompanhamento endocrinológico ficariam restritos a esta unidade e as demais ofertariam acompanhamento psicológico até que houvesse a ampliação da hormonização para todas as outras unidades. Até 2019, momento em que realizei a pesquisa de campo para esta tese, essa ampliação ainda não tinha acontecido conforme previsto e a UBS Santa Cecília já estava saturada, o que fez com que ela se estabelecesse dentro da atenção primária como um polo orientador para outras unidades. Apesar das dificuldades postas, essa experiência sinaliza que é possível prestar assistência às pessoas trans na atenção primária, deixando os níveis de atenção terciário e quaternário para casos de maior complexidade.

²⁵⁴ O Município de Guarulhos passou a contar desde setembro de 2017 com um ambulatorio especializado na saúde de transexuais. O ambulatorio oferece acompanhamento médico com endocrinologista, psiquiatra e ginecologista, Serviço Social, além de apoio psicossocial nas fases pré e pós-cirurgia de transgenitalização, bem como nos procedimentos de hormonioterapia e ainda nos casos em que houver complicações decorrentes do uso inadequado e prolongado de hormônios e silicone industrial).

²⁵⁵ Apesar do esforço empreendido pelo CRT para viabilização da assistência às pessoas trans, ainda não existe Unidade de referência para encaminhar as demandas por cirurgia de prótese mamaria, uma das solicitações mais recorrentes das travestis e transexuais.

para cirurgia²⁵⁶. Assim, atualmente SP conta com dois serviços habilitados pelo MS que são o HC da FMUSP e o CRT com uma série de possibilidades de atendimento ambulatorial e cirúrgico, que se deram em função das articulação empreendidas pelo CRT, conforme já sinalizado e, mais recentemente conta também com o ambulatório da UNIFESP²⁵⁷, inaugurado em 2017 por iniciativa de um grupo de pesquisadores/as, docentes e técnicos/as da Universidade Federal de São Paulo, que igualmente se estabeleceu com o apoio do CRT, que é o responsável pela triagem dos/as usuários/as/as.

Este último ambulatório não é habilitado pelo MS, mas tem estreita articulação com a Secretaria de Saúde de São Paulo, através do CRT e com algumas prefeituras do estado a partir de atividades extensionistas, tendo, inclusive, cooperado com a elaboração, em 2020, do “Protocolo para o atendimento de pessoas transexuais e travestis no município de São Paulo”, que foi uma das iniciativas do Comitê Técnico de Saúde Integral LGBTI da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo²⁵⁸.

Não obstante as ações empreendidas para a ampliação da assistência, a situação de São Paulo é semelhante à dos demais estados que ofertam esse serviço, no que se refere à saturação da capacidade de atendimento, especialmente quando se trata de demandas cirúrgicas. Dessa forma, uma mulher trans que buscasse atendimento cirúrgico hoje por meio do CRT, ela não conseguiria entrar em nenhum serviço porque os hospitais parceiros só estão operando quem já constava na lista de espera do CRT, embora seja possível que sua intenção de fazer a cirurgia seja cadastrada. Quanto aos homens trans não inscritos, estes ainda têm alguma possibilidade de atendimento se a sua demanda for por mamoplastia masculinizadora.

²⁵⁶ Os hospitais Pedreira, que fica na zona sul aqui de São Paulo e o Serraria, que fica em Diadema, são instituições estaduais com as quais o CRT estabeleceu convenio para a realização das cirurgias de mamoplastia para os homens trans, inclusive, no momento da pesquisa de campo, não havia fila de espera. O encaminhamento se dá por meio do CRT. Cabe lembrar que Hospital Mario Covas também realiza as cirurgias tanto em homens quanto em mulheres trans. Anotações do diário de Campo.

²⁵⁷ O ambulatório do Núcleo de Estudos, Pesquisa, Extensão e Assistência à Pessoa Trans Professor Roberto Farina é uma iniciativa da Unifesp (Universidade Federal de São Paulo) e tem como objetivo a oferta de assistência multiprofissional de saúde a pessoa trans, possibilitando um cuidado diferenciado a essa população. O serviço conta com profissionais das áreas da antropologia, Cirurgia Plástica, enfermagem, fonoaudiologia, Ginecologia, endocrinologia, psicologia, Psiquiatria e Serviço Social, com a possibilidade de ampliar para outras especialidades. Magnus R. Dias da Silva, professor da Disciplina de Endocrinologia e um dos Coordenadores do projeto. Ver: página eletrônica da instituição. Acesso em 30/05/2020. (<https://www.unifesp.br/noticias-antteriores/item/2689-ambulatorio-do-nucleo-de-assistencia-multiprofissional-a-pessoa-trans-da-unifesp-e-inaugurado>)

²⁵⁸ De acordo com as informações institucionais, o documento tem por objetivo apoiar a Atenção primária no acolhimento e no cuidado específico para essas populações, já que é o nível de atenção que tem função de oferecer acesso à saúde, atenção integral e coordenação do cuidado, com base nas peculiaridades de cada pessoa. Cf.: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Protocolo_Saude_de_Transexuais_e_Travestis_SMS_Sao_Paulo_3_de_Julho_2020.pdf

No entanto, essa possibilidade também tem limites. A assistência ambulatorial também tem sido viabilizada, ainda que com muitas dificuldades.

No que se refere ao acesso aos hormônios, as pessoas trans atendidas no estado de São Paulo conseguem adquiri-lo por meio dos serviços aos quais são vinculado/as. Aquelas pessoas inscritas no HC/FEMUSP, por exemplo, de posse da receita médica, fazem a retirada na farmácia hospitalar, tendo em vista que o hospital compra os medicamentos, faz o devido registro do procedimento em acordo com a Portaria n. 2803/13 e é ressarcido conforme Tabela do SUS. As pessoas atendidas no CRT e ambulatório da UNIFESP, conseguem retirar a medicação na sede do CRT e as pessoas atendidas nos ambulatórios especializados da atenção primária, igualmente, adquirem os hormônios nas farmácias dessas Unidades.

É importante afirmar o papel fundamental que o movimento social teve nesse processo de aquisição dos hormônios, tendo em vista a pressão que ele exerce sobre o estado nas cobranças por ampliação da assistência. Trata-se de uma pressão que se dá tanto sobre os serviços, quanto sobre a Secretaria de Saúde, via CRT. Em relação aos serviços, as cobranças, em geral se dão de forma menos sistemática e ocorrem, em geral, por ocasião de eventos públicos nos quais os representantes dos serviços estão apresentando alguma atividade técnico-científica. No cotidiano dos serviços essa cobrança é menos frequente, agora em relação às cobranças formais às instâncias da gestão, elas ocorrem de forma sistemática e contundente. No entanto, o lugar e o papel que o CRT ocupa nesse processo traz muitas complexidades nessa relação com o movimento social.

Já foi dito aqui que o CRT é um serviço de saúde, um centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS, no entanto, ficou explícito que ele também ocupa uma estranha função de gestão e de coordenação da assistência às pessoas trans no estado. Essa dupla condição é muito complexa. Ao mesmo tempo em que o CRT desempenha um papel muito importante nas articulações necessárias para a oferta dessa assistência, ele está muito imbricado com a Secretaria de Saúde, e no momento das cobranças do movimento social, o CRT acaba funcionando como escudo de proteção da gestão estadual, que terceiriza para uma instituição assistencial da “ponta” a responsabilidade de responder pela assistência tanto na oferta dos serviços quanto nas cobranças que chegam.

Como o CRT tem uma proximidade com a população usuária, um atendimento respeitoso e é quem realmente tem feito ações que beneficiem essa população, torna-se um desafio a mais para o movimento social fazer a distinção entre quem faz o serviço acontecer e a gestão, que poderia fazer mais, inclusive instituindo organicamente e normativamente junto aos municípios, uma linha de cuidado para as pessoas trans no estado.

Persiste uma preocupação quanto ao potencial de apassivamento que tem um serviço com essas características e cuja coordenação não muda há mais de 20 anos,²⁵⁹ o que pode favorecer a submissão de potenciais relações políticas conflitantes à rotina, à domesticação.

Esse borramento dos limites entre a prestação de assistência em saúde e a dimensão programática e de gestão da política de saúde, pode redundar numa acomodação (mesmo que inintencional) por parte do movimento social, pois torna-se difícil estruturar estratégias de pressão política diante deste manejo graduado dos conflitos e da oferta de uma “política à conta-gotas”, como definiu Alexandre Peixe, ao se referir a forma pontual e desarticulada como as políticas públicas para pessoas trans são instituídas de uma maneira geral.

A perspectiva da saúde integral continua sendo a principal reivindicação do movimento social e um dos grandes desafios da gestão estadual na oferta assistencial no âmbito do processo transexualizador²⁶⁰, isso ocorre, principalmente, quando se considera escassez de possibilidades cirúrgicas no estado, que também é resultante das restrições na oferta de formação e qualificação técnica de recursos humanos para as especificidades trans.

Nessa direção, Elaine Frade apontou a baixa oferta de capacitação²⁶¹ das equipes, como uma falha dos três níveis da gestão, tendo em vista que as ações do processo transexualizador demandam preparo técnico especializado, tanto para a capacitação voltada para o atendimento cotidiano dos/as profissionais de saúde, quanto para o aprendizado da técnica cirúrgica. Em relação ao preparo técnico dos/as médicos, ela sugere seguinte:

[...] o MS deveria identificar algum serviço que tivesse possibilidade e formar um Comitê, uma equipe que vá lá e capacite essas pessoas. As pessoas têm muito medo ainda, especialmente cirurgiões, porque os problemas caem na mão deles, né? Então, se tiver um processo, será em cima do cirurgião. Sempre (EN1) (FRADE, 2019).

Essa questão não é novidade e não é um desafio apenas para SP: os cinco estados que ofertam a assistência cirúrgica a transexuais enfrentam dificuldades em relação à formação técnica de cirurgiões. Isso talvez pudesse ter sido minimizado com o investimento em programas de residência médica, desde a institucionalização do Programa em 2008. No entanto, o fato da política ter sido fundamentalmente criada para responder pontualmente a

²⁵⁹ Consta no currículo Lattes da diretora do Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS que ela iniciou nesse cargo em 1993, há 27 anos, portanto.

²⁶⁰ Trata-se de um problema do SUS, de maneira geral, dado que a integralidade de uma política pública num país da periferia do capital, com todas as restrições impostas aos direitos sociais, é algo bastante improvável.

²⁶¹ Aqui é interessante chamar a atenção para o fato de a coordenadora não compreender que a capacitação deveria ser uma atribuição dos HU's por excelência. Ao que parece as equipes estão se dedicando mais ao aspecto assistencial e menos a sua *raison d'être* no SUS. No entanto ao buscar na internet por cursos de capacitação, é possível encontrar anúncios de alguns com preços variados, sendo ofertados por profissionais do HC.

uma demanda jurídica, pode ter sido uma das razões que contribuiu para essa ausência de planejamento, de uma rede assistencial e de cirurgias/ões habilitados/as.

Se o acesso as cirurgias é um problema no estado de SP, a assistência ambulatorial, por mais que tenha sido ampliada, também é uma grande questão. Isso ocorre, notadamente quando se considera o tamanho de SP, o tamanho de sua população, o tamanho da sua arrecadação fiscal e a quantidade de municípios que ainda não ofertam nenhum tipo de assistência em saúde a essa população. Neste sentido, ao indagar sobre o modelo assistencial mais adequado, o ativista social Alexandre Peixe, ao mesmo tempo em que valoriza a existência dos ambulatórios e unidades especializadas, aponta que o ideal seria que todos os serviços de saúde estivessem preparados para prestar a assistência de que necessitam:

Eu gostaria de ser atendido em qualquer lugar, eu ir a um posto de saúde e ser tratado, tratado não, acompanhado, tipo como se eu tivesse uma dor de barriga... Quantas vezes eu cheguei no hospital com cólica renal – eu tinha muita cólica renal – e eu dava o meu cartão do SUS e dava o RG junto, só que o RG não condizia com o mesmo nome do Cartão do SUS, e eu lá de joelhos, quase morrendo e o cara: “ai meu Deus, que nome eu coloco aqui?” eu falava “Maria, Maria... mas me atende!”. Então eu acho que tem que se descentralizar: sair dessa coisa de trans só se tratar em unidade especializada... Aconteceu muito aqui em SP de tipo... pessoas irem procurar um médico: “vamos lá: tô tendo dor de cabeça a semana inteira, vou procurar um neuro”, chegar no neuro e ele identificar que você é trans e dizer: “ai, você tem que ir lá no ambulatório lá do CRT”. Entendeu? Isso acontece ainda, ainda... Eu penso: eu sou uma pessoa politizada... Eu fico pensando naquela mulher, naquela travesti, naquele menino trans que tá lá na periferia. Ele não vai cuidar da saúde dele e isso me causa uma preocupação muito grande, que é a morte de pessoas trans por doenças que pessoas cis não morreriam, porque essas pessoas não foram ao médico, por que entrar em um médico e ser destrutado... o cara não vai voltar mais, né? “Não vou, cara. Eu vou chegar lá e a pessoa vai ficar questionando...”. Sabe? Por isso que hoje tem muita gente morrendo de doenças que não matam mais pessoas cis (EN3), (PEIXE, 2019).

Ao que parece, o estado de SP, por mais que apresente ações assistenciais voltadas para o atendimento das pessoas trans, ainda falha na estruturação de uma linha de cuidados que possa abarcar as necessidades gerais e específicas dessa população, sobretudo no que se refere ao enfrentamento da escassez de possibilidades cirúrgicas.

Além da coordenação desse processo de organização assistencial junto aos municípios, que demanda investimento político e financeiro, cabe ao estado de SP apoiar os municípios na formação dos recursos humanos para um atendimento qualificado e respeitoso em toda a rede assistencial.

Outro desafio que parece ser importante responder, diz respeito ao lugar que ocupa o HC nesse processo. Ele é uma instituição do estado de SP, que presta serviços assistenciais de saúde dentro da estrutura do SUS, mas no que se refere ao processo transexualizador, essa regulação não se manteve. Não foi possível saber o que motivou a interrupção da parceria estabelecida entre o CRT e o HC, mas ao considerar a profunda distinção na forma como cada

instituição compreende a transexualidade e, conseqüentemente, o trato que cada uma delas destina às pessoas trans, não é difícil supor que a concepção extremamente patologizadora que é característica do HC, possa ter sido um elemento a mais na instabilidade de uma relação político-institucional que já nasceu frágil, sobretudo por ter sido mais uma decisão de governo na época que se iniciou a parceria, do que uma ação de estado.

Aos municípios, a quem cabe a coordenação do cuidado no âmbito da atenção primária, restam muitos desafios também: desde a qualificação dos/as profissionais que prestarão os atendimentos nos ambulatórios específicos ou nas unidades básicas, até a busca de adequação alternativa nos sistemas de faturamento e de informação das secretarias de saúde das prefeituras, para que se garanta a assistência “desgenerificada”, mesmo nas situações onde o sistema eletrônico “não permita” como, por exemplo, que um homem trans que tenha necessidade de um exame de Papanicolau seja atendido.

Trata-se de desafios que não se limitam ao estado de SP e que precisa ser enfrentado numa conjuntura política e econômica marcada pela escassez de recursos, acirrada por uma reestruturação que fragilizou ainda mais o financiamento da Política Nacional de Atenção primária, em 2017. Esta Política juntamente com as restrições e congelamentos dos gastos com a saúde desenhou um cenário extremamente adverso e complexifica ainda mais o panorama atual de SP em relação à estruturação e organização da assistência à saúde trans no estado.

Figura 10 – Hospital de Clínicas de Porto Alegre/ UFRGS – RS



Fonte: Clóvis S. Prates/Divulgação

3.3 Trajetória histórica, caracterização da equipe técnica, organização da assistência prestada e produção hospitalar/ambulatorial do serviço no HCPA/UFRGS.

Introduzo essa seção apontando que o resgate da trajetória histórica e caracterização do programa de atendimento às pessoas trans que demandam procedimentos cirúrgicos no RS não foi uma tarefa simples. Eu tive muitas dificuldades de acessar informações sobre o serviço e de entrevistar os diferentes técnicos/as do programa. Apesar de solicitar entrevistas a alguns/algumas profissionais, tanto os atuais quanto os que já se desvincularam da instituição, não obtive muito sucesso.

Depois desses esforços, consegui ter um encontro com a equipe técnica atual em junho de 2019 e participei de uma reunião de trabalho da equipe. Lá, a Coordenadora do serviço, a médica psiquiatra Maria Inês Lobato fez uma exposição oral com uma projeção em formato *Power Point* de um material que ela havia preparado para participar de um evento científico que aconteceria na FURG três dias depois dessa minha visita técnica ao HC de Porto Alegre – HCPA. Naquela primeira projeção, eu apenas ouvi e fiz algumas anotações e, ao final, eu solicitei o material apresentado, pedido que ela atendeu e me enviou via *e-mail*. Posteriormente, participei do mesmo Seminário que a equipe do HCPA, na FURG, que fica no município de Rio Grande (RS) e, estando lá, pude gravar a apresentação da Coordenadora do programa.

Assim, a base da caracterização que exponho aqui é oriunda desses materiais (a apresentação recebida por e-mail e a gravação da palestra no Seminário). Procurei ter acesso a outras fontes de pesquisa e tive alguma dificuldade de encontrar material que não fosse da própria instituição, o que dificultava a formulação de um contraponto e circunscrevia minha escrita ao ponto de vista institucional.

Além do material já sinalizado, utilizei a tese de uma das precursoras do programa, Esalva Silveira²⁶², bem como me beneficiei de algumas informações do Plano Estadual de Saúde do RS, anotações de diário de campo acerca de conversas informais com gestores da saúde estadual do RS e, por último, também utilizei um artigo técnico-científico de Oliveira e Romanini (2020) que, a partir de entrevistas com pessoas trans usuárias do PROTIG, analisou a trajetória delas em busca de acesso ao processo transexualizador no estado. Este artigo foi fundamental para construir o contraponto que eu precisava. Dito isto, passarei em seguida a

²⁶² Foi assistente social do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, exercendo suas atividades junto ao PROTIG, coordenadora adjunta da Residência Integrada Multiprofissional do RIMS/HCPA. Também foi professora da Faculdade de Serviço Social PUCRS.

caracterizar o Programa Transdisciplinar de Identidade de Gênero – PROTIG do Hospital de Clínicas de Porto Alegre da UFRGS.

A história daquele programa se iniciou a partir do protagonismo do médico que era o Coordenador do serviço de Urologia do HC e professor da Faculdade de Medicina da UFRGS, Walter Koff²⁶³, um dos pioneiros a realizar as cirurgias de transgenitalização no Brasil. Por ocasião da publicação da Resolução do CFM em 1997, ele procurou o Serviço de Psiquiatria, a fim de cumprir com as exigências que o Conselho determinava para a realização das operações, pois teriam de ter a avaliação psiquiátrica dos/as candidatos/as à intervenção.

Em função disso, o Serviço de Psiquiatria, através do Professor Sidney Schestatsky, designou a médica psiquiatra e atual Coordenadora do serviço, Maria Inês Lobato, para assumir esta tarefa que, por sua vez, convidou a também já mencionada assistente social Esalva Silveira para, juntamente com os demais, realizar os atendimentos dos/as usuários/as que ingressariam no programa.

Aquele grupo inicial se organizou como um projeto de pesquisa dentro da instituição e nessa condição, a equipe foi se ampliando, por meio da coordenação da Psiquiatria, de modo que, paulatinamente, passou a contar com urologista, psiquiatra, psicóloga, assistente social, fonoaudióloga, enfermeira, ginecologista, cirurgião plástico, otorrinolaringologista, representante do Comitê de Bioética do HC, representante da área do Direito (eventual), representante do Ministério Público (quando necessário) e representante da Associação dos Familiares e Amigos de Transexuais.

Uma marca do direcionamento daquele trabalho que se mantém até hoje é também a centralidade diagnóstica, de modo que todos os desdobramentos que são advindos do contato entre essa equipe e a pessoa atendida, tem como norte a perseguição desse diagnóstico, conforme se pode constatar a partir da narrativa contida em Silveira (2006), ao falar do trabalho do serviço social junto às famílias daqueles/as usuários/as²⁶⁴:

²⁶³ Médico psiquiatra, foi professor de Urologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e coordenador e precursor do Programa de Transexualidade do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

²⁶⁴ É importante assinalar aqui os limites que os profissionais de serviço social tinham em intervir e abordar essa temática, sobretudo, por não contarem, naquele momento, com discussões avançadas no debate de gênero e diversidade. Lembro aqui que a primeira Resolução do CFESS sobre essa questão se deu em 2006, com a Campanha “O amor fala todas as línguas”. Igualmente, normativas sobre atendimento a trans, só foram publicadas em 2018 com a Resolução. Importa assinalar que as discussões/problematizações em torno da transexualidade, sobretudo, os questionamentos acerca da patologização das identidades trans eram ainda muito incipientes. Assim, a discussão que trago aqui a partir da análise da tese de SILVEIRA (2006) precisa ser compreendida dentro de seu contexto e limites históricos.

Pela experiência no trabalho com famílias, assim que tomei contato com o tema, me perguntei da repercussão da transexualidade na vida das famílias. Antevendo as implicações da cirurgia, levantei a necessidade de a família participar do tratamento. A família também faria o aporte, através da história do desenvolvimento, com dados que viriam a contribuir para o diagnóstico de transexualidade, que é o elemento decisivo na indicação para a cirurgia, considerando que representa uma ação definitiva na vida destas pessoas e que o risco da imprecisão pode levá-los a um caminho sem volta (SILVEIRA, 2006, p. 78).

Assim, ao que parece, a relação entre a equipe e as pessoas trans atendidas foi constituída desde o início pela tensão e pela resistência dessas últimas em se submeterem as regras e ao poder institucional que se condensava por meio da autoridade médica em definir as regras do jogo. Havia questionamentos acerca da idade limite para acesso ao programa, bem como havia questionamentos sobre a necessidades de dois anos de acompanhamento obrigatório prévio as cirurgias, dentre outros.

Ainda que a resistência dos/as usuários/as fosse grande, estes não obtinham muitos canais de negociação de suas demandas. A equipe tinha a prerrogativa de se cercar das normativas e poder institucional que lhes cabia, utilizando-se do regramento da Resolução do CFM, com o respaldo da assessoria jurídica e do Comitê de Ética do Hospital para referendar suas convicções e manter as pessoas trans atendidas na condição de “paciente”, de portador de um diagnóstico²⁶⁵. O relato a seguir, de uma usuária inscrita no Programa, sobre sua participação nos grupos multiprofissionais ilustra um pouco essa configuração institucional no que diz respeito ao lugar que cabe aos usuários/as e o papel da equipe nesse processo:

O grupo não avança. Não há espaço de empoderamento, acolhimento, e quando eu falei de direitos, leis, essas coisas... eles disseram que a minha fala era agressiva, porque é como se eu estivesse confrontando os saberes deles, essas coisas... E quanto mais eu procuro essa posição saudável no grupo, mais eles tentam diminuir a minha fala. Fora o diagnóstico de *borderline* que eles colocaram sem ao menos conversar comigo sobre isso. Disseram que o meu pensamento era dissociativo, que eu tinha o afeto irritado, depressão leve, hostil (relato de Dandara em OLIVEIRA; ROMANINI, 2020:07).

A partir desse relato, infere-se que a hierarquização do saber biomédico, respaldado pelo diagnóstico de disforia de gênero, colaboram para a perda ou o não desenvolvimento da autonomia das pessoas atendidas acerca de seu processo de cuidado, como acontece, aliás, na maior parte das situações envolvendo a relação institucional entre usuários dos serviços de saúde e seus cuidadores, sobretudo, médicos. Nesse contexto, a relação entre os usuários/as do serviço e os profissionais é caracterizada pela hierarquia do saber biomédico em detrimento

²⁶⁵ É possível que eu esteja sendo dura demais em relação a crítica à patologização desse serviço, desconsiderando que a concepção do programa tenha se dado em um outro momento histórico, no entanto, ainda hoje, mais de 20 anos após esse início, ainda é perceptível a permanência da lógica patologizadora na condução desse serviço.

da construção de uma relação mais horizontal entre usuários/as e profissionais havendo, assim uma primazia da manutenção dos sujeitos no lugar de paciente, ou seja, *desautonomizados*, sem agência de si. (OLIVEIRA; ROMANINI, 2020). E a mesma usuária conclui:

A primeira coisa quando você chega lá e apresenta algum estado de depressão, alguma coisa, a única coisa que eles sabem fazer é aplicar a medicação, um antidepressivo. Eles não procuram saber a fonte, qual é a motivação, e ao invés de tratar aquilo, eles acham que só com a medicação resolve e eu já os questionei por isso. Ontem, no grupo, eu falei: como é que eu vou confiar numa avaliação psiquiátrica, se até a TPM virou transtorno mental agora? Como é que eu vou aceitar que uma condição de vida natural agora virou transtorno? Vai fazer o quê, receitar agora algo para que elas não menstruem, para que elas não tenham o transtorno mental? E eles não compreendem isso. Eles não conseguem compreender, porque é a ciência deles, o saber deles. E eles acham que o saber deles tá acima de tudo (Relato de Dandara em OLIVEIRA; ROMANINI, 2020:10).

Como já afirmou Bento (2012) em sua “carta-desabafo” e em outros textos, a patologização não dá nada às pessoas trans, ela só retira. Além de referendar o poder e saber da biomedicina, que acredita que um transtorno psiquiátrico possa ser corrigido por meio de operações cirúrgicas no corpo dos/as usuários/as/as, ela obrigatoriamente atua para a aniquilação da autonomia dessas pessoas. Deixa-as submetidas, tuteladas, deslegitimadas para falarem de si próprias, na medida em que o diagnóstico serve como um instrumento a partir do qual as pessoas trans são lidas e legitimadas, necessitando do reconhecimento do outro, a partir de uma perspectiva patologizante, para terem os seus direitos assegurados e garantidos (BENTO, 2012; OLIVEIRA; ROMANINI, 2020).

É importante atentar para o fato de que a patologização das identidades trans produzidas e reproduzidas pelos discursos e práticas dos/as profissionais de saúde numa instituição com a legitimidade que tem essa unidade especializada, tem repercussões no campo da saúde como um todo e pode gerar o afastamento das pessoas dos serviços, em decorrência do abismo existente entre o discurso biomédico e a experiência de vida dessas pessoas, que não compreendem sua existência como patológica. Talvez isso responda, em alguma medida, pela evasão observada no serviço.

Um marco na história desse serviço é que ele tem como traço muito relevante em sua trajetória, o fato de que teve papel preponderante na institucionalização do Processo transexualizador em âmbito nacional²⁶⁶, tendo em vista que a ação Judicial que protagonizou essa institucionalização foi oriunda do PROTIG.

²⁶⁶ Além disso, não se pode desconsiderar que a importância desse serviço também se deveu a seu pioneirismo em ofertar um tipo de assistência ainda inédito no país, na amplitude que ofertaram, tendo em vista que atenderam as demandas de muitas pessoas trans que procuravam o serviço e foram replicadores de um modelo de atendimento e de expertise cirúrgica para os outros serviços do país.

Tal situação foi desencadeada por ocasião da realização das duas primeiras cirurgias e a equipe do HC, cujo pagamento foi negado pelo MS sob a justificativa de que o nome do procedimento cirúrgico era incompatível com o sexo masculino, ou seja, a neocolpovulvoplastia só era autorizada para o sexo feminino, o que impediria o sistema informatizado de reconhecer o procedimento e, por isso, o pagamento foi indeferido, ficando as cirurgias suspensas (SILVEIRA, 2006).

Esse fato gerou uma mobilização institucional, já que era interesse da equipe manter o trabalho assistencial e de pesquisa que vinham desenvolvendo e se buscou estimular os usuários/as em torno da mobilização política pela garantia do pagamento das cirurgias²⁶⁷. Nesse sentido, houve uma articulação com a população usuária em prol de um interesse que era comum tanto a instituição quanto à população e uma série de ações judiciais foram desenvolvidas nesse sentido.

Segundo Silveira (2006), os/as profissionais passaram a identificar figuras-chave nas diferentes instâncias (Ministério Público, Procuradoria da República) do município, do Estado e da União, a fim de facilitar os canais de acesso aos recursos necessários e, junto com os usuários/as, se partiu para um novo patamar de ação. A instituição procurou resolver o impasse acionando os três níveis de gestão na tentativa de que os procedimentos fossem pagos com as verbas do SUS, no entanto não obtiveram sucesso num primeiro momento.

Naquela ocasião, dois anos após a publicação da Resolução do CFM, o PROTIG já aglutinara aproximadamente 45 pessoas candidatos/as às cirurgias e a partir da articulação desses usuários/as, sobretudo por meio do protagonismo do Serviço Social, iniciou-se uma estratégia de envolvimento das famílias, dos/as usuários/as/as e da comunidade com o debate em torno do que era a problemática do “transexualismo” e seus desdobramentos, notadamente a presença da discriminação, e o quanto essas pessoas precisavam do aporte do Estado para terem seus problemas de saúde resolvidos. Houve um envolvimento dos meios de comunicação e essa discussão ganhou corpo e ressonância, conforme se pode ver no relato abaixo:

Perseguindo essa direção através da promoção do conhecimento, foram então realizados, num mesmo ano, três programas de televisão, contando com a equipe técnica e com a participação dos/as candidatos/as à cirurgia e de seus familiares; mais três programas de rádio, no mesmo estilo, e várias reportagens em jornais

²⁶⁷ Houve um envolvimento da instituição nessa questão porque a equipe tinha interesse em manter os atendimentos regulados pela resolução do CFM, mas entendia que o custeio deveria ser realizado por parte do Ministério da Saúde e não por verba de pesquisa, inclusive porque eles refutavam o entendimento de que se trataria de cirurgias experimentais, que era então o entendimento do Ministério da saúde para todas as cirurgias desse tipo (tanto para homens quanto mulheres).

locais. A repercussão foi muito importante, culminando com a criação de uma pauta para um programa dominical em rede nacional de televisão, onde trataram da questão da suspensão do pagamento das cirurgias pelo SUS, e a repercussão na vida destas pessoas. O depoimento de uma pessoa do grupo causou grande impacto, quando narrou o frequente constrangimento ao qual era submetida quando tomavam conhecimento da sua identidade, que nada tinha em consonância com a sua aparência física, ao mesmo tempo em que mostrou todo o esforço que vinha empreendendo, ao longo da sua vida, para assumir os compromissos de cidadã; no entanto, tinha o seu direito, garantido pela Constituição Federal, barrado por essa determinação do SUS (SILVEIRA, 2006, p. 102).

No entendimento daquela equipe, a atuação junto à mídia na época correlata ao início da ação judicial foi estratégica para produzir visibilidade da questão, assim como o trabalho coletivo institucional foi igualmente importante, pois ao envolver o Comitê de Bioética do HC e a psiquiatra na aproximação com o Ministério Público, contribuiu para o endosso necessário na legitimação daquela reivindicação judicial.

Progressivamente, o processo foi tramitando e em todas as audiências foi garantida a presença de representantes da equipe e dos/as candidatos/as às cirurgias. Essa se constituiu numa estratégia importante, sobretudo porque foi possível que a assistente social e a psiquiatra fossem em várias audiências e, assim, tiveram a oportunidade de tecerem breve conceituação a respeito da transexualidade, das suas formas de “tratamento”, da Resolução do CFM e do não pagamento da cirurgia pelo SUS. Posteriormente, as pessoas trans candidatas à cirurgia também puderam dar seus depoimentos, o que foi fundamental para a subsidiar a decisão do Judiciário em favor da demanda feita (SILVEIRA, 2006).

Foi dessa forma que se iniciou a Ação Civil Pública ajuizada pelo Ministério Público Federal, em benefício dos/as transexuais, junto ao Tribunal Regional Federal da 4ª Região, tendo o protagonismo da atuação de dois procuradores da república que se revelaram muito interessados, que foram o Paulo Leivas²⁶⁸ e o Luís Carlos Weber²⁶⁹.

Ao que parece, o fato desse serviço ter uma perspectiva fundamentalmente patologizadora e se constituir como autoridade científica com legitimidade para discorrer sobre o tema e direcionar uma dada narrativa, tanto entre os juristas, quanto junto à opinião pública, através do uso estratégico da mídia, e mesmo das narrativas dos/as próprios usuários/as, contribuiu fortemente para que a transexualidade fosse entendida como doença, também pelo Judiciário, ainda que tenha aberto o caminho para o reconhecimento de um

²⁶⁸ Procurador regional da República do Rio Grande do Sul – MPF/4ª Região. Doutor em Direitos Humanos, Direitos Fundamentais e Argumentação Jurídica e professor de Direito da Universidade Federal, de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

²⁶⁹ Procurador regional da República do Rio Grande do Sul – MPF/4ª Região. Atualmente é procurador regional Eleitoral do Rio Grande do Sul. Juntamente com o promotor Paulo Leivas, teve papel fundamental na institucionalização do processo transexualizador no Brasil.

direito, que até aquele momento parecia ser algo improvável. Eu penso que aqui se deu um imbricamento importante entre duas estruturas de poder, e que marcarão, como ferro em brasa, a identidade das Portarias que institucionalizaram o programa²⁷⁰.

À medida que o processo tramitava, a equipe técnica do HCPA atuava em paralelo buscando saídas possíveis para o impasse que se instaurou com a negativa de pagamento das duas primeiras cirurgias. Na busca por soluções, acionou-se a Secretaria de Estado de Saúde, na qualidade de gestora, a fim de reivindicar o comprometimento do estado do RS em viabilizar o acesso daquelas pessoas aos seus direitos, numa estratégia que já havia sido utilizada em relação ao município. O resultado desse esforço também foi descrito por Silveira:

Imediatamente as autoridades comprometeram-se a buscar uma alternativa. Passaram-se muitos meses, até que foi efetivado um convênio entre a Secretaria da Saúde e o HC, comprometendo-se a assumir o pagamento de até vinte e quatro cirurgias por ano. Assim foi possível que mais cinquenta pessoas já tenham realizado as suas cirurgias, mesmo com algumas interrupções por falta do cumprimento do pagamento e posterior retomada. Por ocasião da troca do governo do Estado, foi exigido da equipe e dos participantes o uso das mesmas estratégias para novamente celebrar convênio (SILVEIRA, 2006, p. 116).

É importante chamar atenção para o fato dessa parceria ter sido facilitada por circunstâncias favoráveis, conforme sinalizou a Coordenadora do serviço durante o Seminário ocorrido na FURG. Naquela ocasião, ela afirmou que conhecia algumas pessoas que trabalhavam na Secretaria de Saúde do estado²⁷¹, na assessoria ao Secretário de Saúde, que a receberam, bem como receberam a toda a equipe e os usuários/as do serviço. Logo em seguida, eles/as firmaram o convênio²⁷², que inicialmente foi algo específico para aquele grupo de usuários/as, pelo qual o estado se comprometeu a pagar tudo o que o MS, teoricamente, pagaria com valores da Tabela-SUS. Tal parceria, entretanto se manteve, mesmo com as mudanças de gestão que ocorreram no período de sua vigência.

²⁷⁰ Não obstante a importância do judiciário na institucionalização do Programa, não se pode deixar de notar o cariz patologizador presente nos documentos e decisões emitidas pela justiça, exemplo disso, é a decisão da Ministra do STF Hellen Gracie, ao negar o financiamento do Processo Transexualizador em 2007. Mesmo nas decisões favoráveis, é recorrente que as justificativas sejam pautadas em questões patologizadoras, uma marca importante deixada pelo serviço do HCPA/UFRGS.

²⁷¹ Não obstante as características patrimonialistas e do “jeitinho brasileiro” que são inerentes a nossa formação social, parece que aqui foi algo que teve o seu benefício. A médica colocou seu capital político (e talvez de classe) a serviço da construção de uma relação próxima com a gestão estadual. Algo parecido também aconteceu em Goiás, com a médica Mariluzza Terra, resguardadas as devidas particularidades. Parece que esse agenciamento a partir de redes pessoais teve um papel estratégico, em alguma medida.

²⁷² Não me parece absurdo inferir que o fato daquela ação judicial ter sido iniciada no estado e ter tido grande repercussão midiática, também pode ter favorecido a decisão do governo em estabelecer o convenio.

De acordo com a médica Inês Lobato, aquele convênio garantiu o recebimento de 60 mil reais por ano, o que foi suficiente para realizar duas cirurgias por mês, o que revela o quanto limitada era a remuneração pelos procedimentos.

Essa pactuação entre o serviço e a Secretaria Estadual de Saúde foi o que viabilizou a manutenção do programa e sua melhor estruturação até 2008. Quando a Portaria n.457/08 institucionalizou o processo transexualizador no país, o estado deixou de enviar os recursos e o programa permaneceu atuando, no entanto apenas com o financiamento via produção ambulatorial e hospitalar com base na tabela de procedimentos do SUS.

A partir daí, o estado que já tinha essa trajetória de proximidade com o programa e com as questões correlatas, providenciou os trâmites normativos necessários para a formalização da habilitação do programa. Veremos mais adiante que essa habilitação não correspondeu à estruturação de uma rede assistencial mais ampla de atendimento a pessoas trans, mas tão somente à criação de fluxos de acesso/encaminhamento da pessoa trans que demandava o serviço.

A ação do Ministério Público, como se pode constatar, caminhou até o presente momento em um processo que já dura 18 anos e que foi fundamental para a constituição e reconhecimento do direito das pessoas trans, no que diz respeito ao acesso as cirurgias de transgenitalização²⁷³. Esse processo, segundo Silveira (2006), que foi parte atuante durante um tempo significativo em que ele tramitava, foi o que motivou a formação do grupo de trabalho para discussão e criação das normas que permitiram que o SUS instituísse uma tabela com os valores dos procedimentos e que assumisse o custeio das cirurgias²⁷⁴.

Na ocasião da formação daquele grupo de trabalho, o PROTIG teve dois representantes que participaram daquela Comissão e durante todo o tempo em que se discutia as diretrizes das Portarias de 2008 e 2013. Essa representação se manteve de forma bastante incisiva, de modo que é inegável a marca desse serviço na constituição do programa (SILVEIRA, 2006).

Sobre esse momento Maria Inês Lobato se pronunciou da seguinte forma:

²⁷³ No entendimento de Silveira, o reconhecimento do CFM em 06.11.2002 de que as cirurgias das mulheres trans não eram experimentais se deu em função da determinação do Ministério Público, no curso desse processo. Cf.: Silveira (2006). Igualmente, o avanço que houve em relação ao custeio das cirurgias dos homens trans ocorrido em 2019, também é fruto desse processo, conforme já demonstramos aqui.

²⁷⁴ É importante registrar que muitas das pessoas envolvidas naquele grupo inicial desconheciam que a formação do grupo era para atender a uma demanda judicial. Eu perguntei expressamente sobre essa questão durante a pesquisa de campo e apenas uma das pessoas que participou daquele momento sabia que a formação do grupo tinha relação com a ação judicial e essa pessoa era integrante da gestão do MS.

Em 2008, nós fomos convidados pelo governo da época para participar da elaboração dessa Portaria, eu, Ângelo Brandelli²⁷⁵ [...] várias pessoas que estavam envolvidas nisso. A gente participou, revisou a Portaria [...]. Algumas coisas não ficaram contempladas, mas na ocasião foi para nós [...] foi maravilhoso isso. Queria reforçar também a importância, porque poucos países do mundo não saberiam dizer quantos, esse atendimento e tratamento é grátis como no Brasil é. Entende? Pode até fazer: pagando bem, não há problemas[...] eu queria enfatizar isso, porque há pouco ouvi que a Portaria era uma coisa desimportante, mas para nós é o fundamento, é o que nos dá maior legitimidade [...] eu acho que foi um importante avanço que nós tivemos e foi com muita dificuldade. Essa questão de 2013, ela aconteceu porque a União perdeu e chegou um momento em que eles tinham que pagar. Eu não tenho a memória [...] tipo 100 mil reais de multa diária se eles não providenciassem a transexualidade como um serviço pago pelo SUS. Eles foram obrigados. Também cabe ressaltar que isso é independente de governo, isso transcorreu Fernando Henrique, Lula, Dilma [...] porque às vezes as pessoas podem dizer: “não, é que agora isso vai ser assim, vai ser assado”. Não, foi difícil sempre (EN6) (LOBATO, 2019).

Após ter apresentado um pouco da trajetória do serviço até o momento presente, passo a discorrer sobre a configuração atual da assistência no PROTIG. Ele é um serviço que tem grande ênfase na pesquisa, conforme afirmou sua Coordenadora e que, por isso, estabeleceu-se numa organização onde atua uma pequena equipe fixa e um grupo maior, formado por alunos/as e ex-alunos/as que auxiliam nas pesquisas e no ensino na pós-graduação. De acordo com Maria Inês Lobato, o entrelaçamento da pesquisa com a assistência foi importante por propiciar melhor compreensão da “disforia de gênero”²⁷⁶, maior qualificação da assistência, maior desenvolvimento de ações e protocolos e para a minimização do preconceito.

A equipe técnica conta hoje com a presença de médicos psiquiatras, psicólogos/as, assistente social, endocrinologistas, ginecologistas, urologistas, otorrinolaringologistas, fonoaudiólogos/as, mastologistas, enfermeira e a bioética. O acesso ao programa é regulado e se dá pela atenção primária, que encaminha as pessoas interessadas na assistência, onde a cada mês são disponibilizadas oito consultas. A Coordenadora resalta que inicialmente eram regulados dois pacientes novos por mês e o serviço realizava dois procedimentos cirúrgicos por mês, com o aumento promovido pela regulação estadual, houve um represamento, na medida em que entram 08 pacientes por mês e saem 02 cirurgias²⁷⁷.

²⁷⁵ Professor do Programa de Pós-Graduação em Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e coordenador do Grupo de Pesquisa Preconceito, Vulnerabilidade e Processos Psicossociais. É pesquisador associado do Programa de Identidade de Gênero do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

²⁷⁶ De acordo com a sociedade Brasileira de Psiquiatria trata-se de transtorno caracterizado pela desconformidade entre o sexo biológico e a identidade de gênero. Cf.: <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/criterios-para-diagnosticar-e-tratar-o-transtorno-de-identidade-de-genero-sao-abordados-em-documento-da-sbp/>

²⁷⁷ Em conversa com o responsável técnico pela Coordenação da Saúde da População LGBT do Departamento de Ações em Saúde – SES/RS, fui informada que uma das maiores demandas por atenção especializada no estado é referente ao processo transexualizador.

Em relação às consultas, inicialmente a pessoa é avaliada para que a equipe tenha certeza de que se trata de alguém que tenha critérios para ingressar no Programa e intenção de fazer uma cirurgia, que é um critério de acesso importante, uma vez que as pessoas que querem acompanhamento sem intenção cirúrgica, não são admitidas naquele serviço, o que exclui às travestis da assistência. Depois dos exames iniciais realizados, marca-se novas consultas onde se pede a presença de um familiar e, por último, os/as usuários/as/as entram no atendimento de grupo e permanecem lá por até dois anos ou mais. No que se refere a esse fluxo, a Coordenadora do serviço se pronunciou da seguinte forma:

Esse é um fluxo que a gente segue por todo o período que eles estão em atendimento lá. Essa fase de avaliação, ela acaba girando em torno de dois meses, entre vai, volta, faz... tudo. (...) A gente também acha bastante importante a questão da pesquisa. Isso desde o início foi uma coisa para mim assim... muito importante porque eu fiquei muito surpresa em relação às cirurgias e eu vivia com medo de que alguém se arrependesse daquele procedimento, de que pudesse dizer “não, eu não queria”, ou “não era”. Porque é algo que nos assombra, tendo em vista a cirurgia do porte que é a cirurgia de reafirmação de gênero... Então eu sempre fiz um protocolo, um banco de dados buscando entender se esse trabalho que a gente fazia era o melhor. Se a adequação também das expectativas, que é algo bastante importante da gente ver... *se a pessoa está bem, se a pessoa tem um quadro disfórico de gênero e que a cirurgia e o hormônio ajudam em graus variáveis, algumas pessoas mais, outras nem tanto e que a pessoa tem que saber que esse é um processo crônico, inclusive. A pessoa vai participar de um atendimento no mínimo hormonal sem previsão de alta* (EN6) (LOBATO, 2019, grifo nosso).

Figura 11 – Fluxo do Atendimento no PROTIG.



Fonte: Maria Inês Lobato.

Quanto ao fluxo de atendimento, o que se observou a partir do relato das pessoas atendidas contidos no artigo de Oliveira e Romanini (2020) foi a dificuldade que algumas delas tinham, sobretudo as que moravam distantes da capital, em cumprir as exigências de comparecimento nas atividades propostas:

Quando eu entrei era um grupo aberto, onde nesse grupo assinava e colocava o número do prontuário. Era necessário assinar, senão não contaria, entre aspas, uma presença. E nisso, fora do grupo, precisava ir todo mês, ou de dois em dois meses com a psicóloga e com consulta esporádica com o urologista que ia fazer a cirurgia na gente [...] Voltando à questão da cirurgia, na época que eu entrei, era no mínimo dois anos de acompanhamento, no mínimo do mínimo, só que dentro desses dois anos era necessária uma presença no grupo, ou seja, uma participação por mês, então eu conseguia me deslocar da minha cidade para Porto Alegre uma vez por mês [...] Só que de 2005 a 2006 veio uma nova regra para o grupo, que precisava ser duas vezes ao mês, quinzenalmente, porém eu não conseguia ir [...] Era táxi, era passagem de ônibus e eu não tinha condição financeira, e às vezes eu não conseguia pelo SUS. Então teve muito tempo que eu consegui ir uma vez por mês. Então aquele tempo virou mais um ano, então no caso o que poderia ser dois anos se transformou em três, em razão da regra ter sido reformulada. Hoje eu sei que foi muito válido, mas foi um tempo assim, angustiante, eu derramei muita lágrima (Relato de Bruna *apud* OLIVEIRA; ROMANINI, 2020: 7).

O deslocamento dos/as usuários/as em direção ao serviço é uma questão recorrente e similar em todos os serviços. A escassez de unidades de atendimento, as dificuldades em relação ao Tratamento Fora do Domicílio (TFD²⁷⁸), a falta de estrutura das unidades de saúde para receber as pessoas que vem de locais distantes e a focalização do cuidado no hospital de atenção especializada, colidem com o fato de que boa parte desse acompanhamento poderia ser partilhado com a rede de atenção primária, próximo da residência do/a usuário/a.

Ainda sobre os atendimentos realizados por aquela instituição, foi recorrente no relato das pessoas trans entrevistadas, algo que é muito semelhante ao que ocorre nas outras unidades de atenção especializadas: a falta, para a população usuária, de informações sobre o trabalho desenvolvido pela equipe e sobre como se dá especialmente a eleição para a cirurgia e todo o detalhamento específico sobre os procedimentos.

Assim, apesar de todo o cuidado produzido na instituição ter como direcionamento o preparo para a cirurgia, as informações referentes a esse processo são restritas, sobretudo no que tange ao período que elas devem aguardar até serem convocadas para a realização das cirurgias. Como as informações são restritas, muitas dessas pessoas recorrem a outros meios

²⁷⁸ O Tratamento Fora de Domicílio – TFD, instituído pela Portaria SAS nº 55/1999, é o instrumento legal que viabiliza o encaminhamento de usuários/as que necessitam de atendimento não ofertado em seu município/estado de origem a outros municípios/estados que realizem a assistência necessária. Por meio desse recurso, os/as usuários/as podem receber, além do transporte gratuito ao local do atendimento, uma ajuda de custo para si e, em alguns casos, também para seu acompanhante, desde que sugerido pelo médico assistente. As despesas permitidas pelo TFD são aquelas relativas ao transporte aéreo, terrestre e fluvial (ida e volta), e diárias para alimentação e pernoite para paciente e acompanhante. Cf.: Portaria SAS/MS nº 55/1999.

de conseguir informações sobre o procedimento em si e o processo pós-operatório, o que invariavelmente gera situações conflituosas, pois na maioria das vezes, esse conhecimento adquirido por essas vias é incompatível com o que a equipe lida no cotidiano. É reiterada assim uma relação “médico-paciente”, na qual o/a usuário/a ocupa uma posição passiva em seu processo de cuidado (OLIVEIRA; ROMANINI, 2020).

Lá no ambulatório, a relação era bem afastada. Eu não gostava no início, porque no início era assim... eu tinha medo até de falar, era uma coisa que eu ficava assim [...] Era muito distanciamento, tipo... “você é doente, eu sou profissional”. Aquela coisa muito distante [...] E eu estava lá porque eu queria fazer a cirurgia. Eu não tinha noção nenhuma dos meus direitos, enfim, tu internalizas a questão do “ser abjeto”. Então tu te limitas assim. (Relato de Larissa *apud* OLIVEIRA; ROMANINI, 2020, p. 8)

Conforme sustentam Oliveira e Romanini (2020), percebe-se que a maior parte das críticas das entrevistadas, contidas no artigo aqui já referenciado, não se direciona à falta de conhecimentos tecnológicos úteis ao processo transexualizador em si, mas à dificuldade na construção de uma relação mais próxima com os/as trabalhadores/as envolvidos/as na assistência. Dessa forma, tal qual outros/as usuários/as do SUS, essas pessoas se sentem “inseguras, desinformadas, desamparadas, desrespeitas” em muitos momentos desse processo, com o agravante de, em geral, serem atravessadas por processos estigmatizantes, patologizadores e discriminatórios.

Dessa forma, apesar do respaldo tecno assistencial dado pelo hospital, no que se refere à cirurgia em si e aos outros procedimentos de modificação corporal realizados nesse espaço, o que impera é a falha na comunicação e na vinculação dos/as usuários/as com os/as profissionais de saúde, o que é algo extremamente comum nas práticas das outras unidades de atenção especializada, não sendo exclusividade desse serviço, o que nos faz pensar sobre as particularidades próprias dos HU's (OLIVEIRA; ROMANINI, 2020).

A Coordenadora apresentou como uma importante iniciativa do programa, o atendimento de adolescentes, iniciada a partir de um projeto de pesquisa em 2014, onde se busca criar um espaço, não necessariamente para fazer o diagnóstico, mas para criar uma forma de apoio e subsídios para as escolas e as famílias, conforme revela o seu relato:

[...] A gente só vai saber que uma criança está tendo problemas em relação ao seu comportamento sexual, se diz “*comportamento sexual atípico minoritariamente*”, se evoluir para disforia de gênero na idade adulta. Mas a gente podendo educar as famílias, as escolas, os professores para diminuir o *bullying* e a morbidade que essas crianças já sofrem e que acabam introjetando um ressentimento social que é cobrado de todos. Eu acho que é o maior ganho, se a gente conseguir fazer intervenções mais precoces. Que eu reforço não necessariamente para dizer: “é isso e vai ser isso que nós vamos fazer”, mas para dar suporte e acompanhar a essas crianças e esses adolescentes.

Quanto aos tipos de procedimentos cirúrgicos realizados, a coordenação do serviço informou que em relação aos homens, o hospital realiza mamoplastias, histerectomias e metoidioplastias. Em relação à neofaloplastia, ela ressaltou que houve dois procedimentos em toda a trajetória do serviço, mas “um obteve sucesso parcial e o outro não teve sucesso” (SIC). Além disso, o médico que era qualificado para realizar a cirurgia, o cirurgião plástico Roberto Chem²⁷⁹, faleceu no acidente da *Air France* e, por isso, não houve mais esse tipo de cirurgia naquele serviço. Quanto às mulheres trans, o hospital realiza a tireoidioplastia, a construção da neovagina e as correções/retoques que se fizerem necessários. Além disso, há a plástica mamária com colocação de próteses de silicone.

Diferentemente da maior parte dos outros programas, esse serviço mapeou e publicizou algumas informações relativas ao perfil da população atendida. Em geral, os/as usuários/as são majoritariamente jovens, com idades entre 20 e 39 anos. Identifica-se uma escolarização acima da média do Brasil, com um percentual grande de pessoas que têm formação entre o ensino médio completo e até nível superior. A maioria é de solteiros/as, brancos/as, a naturalidade é da própria região sul, no entanto, o serviço é procurado também por pessoas que moram fora do estado. Esse perfil acompanha, em certa medida, os achados em âmbito nacional e são muito próximos também dos dados da população atendida no HUPE/UERJ.

No que se refere à produção hospitalar/ambulatorial do serviço, a coordenação do programa apresentou as seguintes informações:

[...] Então... são 934 casos avaliados, 776 com disforia de gênero, retornando ao menos 3 vezes ao ambulatório, 601 são do sexo masculino e 175 são do sexo feminino²⁸⁰. 17,5% não prosseguiram o tratamento, abandonaram o programa. Nós não sabemos os motivos. A gente imagina que talvez não houvesse interesse na cirurgia. Fizemos até agora 291 procedimentos cirúrgicos, sendo que 203 foram penectomia, 13 colocações de prótese de silicone mamária, 30 mastectomias, 30 histerectomias, 15 colpectomia. 68,54% dos/as usuários/as ainda aguardam cirurgias. Realizamos 23.674 consultas psiquiátricas.

Já foi discutida neste estudo a problemática das subnotificações dos procedimentos realizados pelos serviços, que nem sempre são devidamente registrados nos sistemas de informação do MS. Apresentaremos abaixo os dados de produção que constam no sistema DATASUS, as discrepâncias que forem percebidas entre as informações do serviço e as que

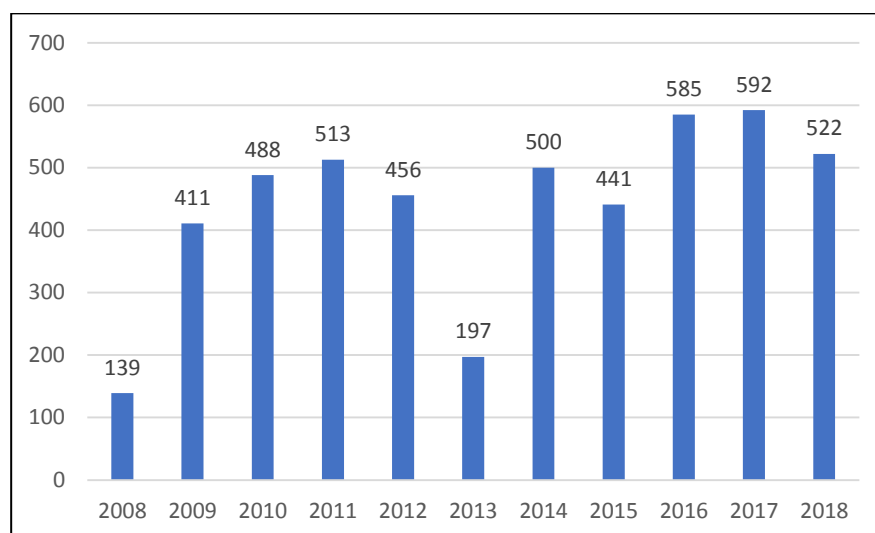
²⁷⁹ Foi chefe do Serviço de Cirurgia Plástica da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre e professor adjunto da Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre. Foi criador do primeiro banco de peles do Brasil. O médico foi uma das 228 vítimas do acidente aéreo em que se envolveu a empresa de aviação Air France em 31 de maio de 2009 (Globo.com, 2020).

²⁸⁰ É importante esclarecer que Maria Inês Lobato quando fala que “601 são do sexo masculino” está se referindo às mulheres trans, bem como quando fala “175 são do sexo feminino”, está se referindo aos homens trans.

acessei por meio do sistema de informação, devem ser atribuídas a uma possível subnotificação de dados.

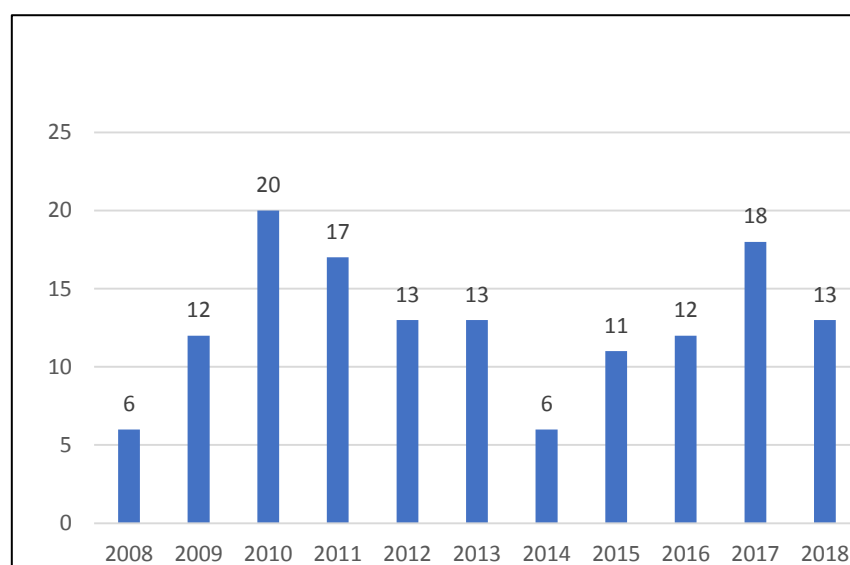
No que se refere ao “Acompanhamento de paciente no processo transexualizador”, incluindo-se as diferentes especialidades da equipe nas etapas do pré e pós-operatório foram registradas 4844 consultas, conforme demonstra o gráfico 18. Em relação às “cirurgias de transgenitalização e as cirurgias complementares de transgenitalização” foram registrados 141 procedimentos no período entre 2008 e 2018.

Gráfico 18 – Atendimentos Ambulatoriais HC da UFGS



Fonte: A autora, 2019 - Baseado no Sistema de Informação do MS.

Gráfico 19 – Cirurgias de Transgenitalização e Cirurgias Complementares em Mulheres Trans – HC da UFRGS



Fonte: A autora, 2019 - Baseado no Sistema de Informação do MS.

Quanto às cirurgias de tireoidioplastia e “cirurgias de transgenitalização 2º tempo” foram feitos 3 procedimentos de acordo com os registros no DATASUS: duas cirurgias em 2012 e uma em 2014. Em relação ao procedimento “mastectomia simples bilateral em usuário sob processo transexualizador”, há dois registros de cirurgias, um em 2015 e outro em 2016.

Quanto à cirurgia de “plástica mamária reconstrutiva bilateral incluindo prótese mamaria de silicone bilateral no processo transexualizador” constam 11 registros, sendo quatro em 2017 e sete em 2018. Houve o registro de nove histerectomias no Sistema de informação do SUS: duas em 2015; uma em 2016 e seis em 2017.

Ou seja, conforme se pode ver, os dados que o serviço apresenta, não são compatíveis com os dados informados na Plataforma DATASUS. Essa é uma questão recorrente e, provavelmente, tem relação com dificuldades no preenchimento e registro das informações durante os atendimentos e/ou no processo de trabalho do setor de faturamento hospitalar que, em geral, sofrem muitas restrições de estruturação do trabalho, sobretudo no período retratado pela pesquisa.

Quadro 10 – Demais Cirurgias em Homens e Mulheres TRANS HCPA/UFRGS

Ano Proced.	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Tireoidioplastia/ Redesignação Sexual 2º tempo	–	–	–	2	–	1	–	–	–	–
Plástica mamaria incluindo prótese de silicone	–	–	–	–	–	–	–	–	4	7
Histerectomia	–	–	–	–	–	–	2	1	6	–
Mastectomia	–	–	–	–	–	–	1	1	–	–

Fonte: A autora, 2019 - Baseado no Sistema de Informação do MS.

Já a Secretaria Estadual de Saúde do RS, informou no Plano Estadual de Saúde (2020-2023) um quantitativo um pouco diferente do que encontrei no Sistema do DATASUS e do número informado por Maria Inês Lobato. Lá consta o registro 13 histerectomias, 3 mastectomias si e 21 plásticas mamárias.

Em relação ao acesso aos medicamentos hormonais, não existe organização nem do PROTIG/HC/UFRGS nem da Secretaria Estadual de Saúde, para a viabilização deles. Dessa forma, as pessoas trans atendidas no serviço precisam comprá-los com os próprios recursos,

judicializarem o acesso, ou mesmo, ficarem sem a medicação, ainda que haja recursos previstos pelo MS para o fornecimento dos hormônios às pessoas inscritas e acompanhadas pelo HC. Há, portanto, falhas na assistência prestada tanto pelo estado quanto pelo serviço.

A referência de cuidado integral à saúde das pessoas trans atendidas no RS continua sendo o HC de Porto Alegre, vinculado à UFRGS. Essa unidade comporta o serviço responsável pelos atendimentos ambulatoriais e cirúrgicos ao processo transexualizador naquele estado.

Isso significa que os potenciais usuários/as residentes em um dos 497 municípios necessitam se deslocar para cidade de Porto Alegre para serem atendidas pelo programa. Apesar do estado ter cumprido as exigências normativas para a pactuação/habilitação do serviço nas instâncias competentes (CIB, Conselhos de Saúde...), o acesso aos serviços de saúde de base territorial (Atenção primária), na maioria das vezes, ocorre em razão da necessidade de conseguir um encaminhamento para o serviço especializado, ficando restrito a esses casos.

Dessa forma, não há uma maior vinculação dos/das usuárias com as equipes de saúde da Atenção Primária nem para as pessoas que demandam iniciar o acompanhamento, nem para as que não desejam realizar os procedimentos, notadamente, as travestis, muito menos para aquelas que já são acompanhadas pelo PROTIG nesses 20 anos de existência do serviço.

O convênio estabelecido entre a Secretaria Estadual de Saúde e o HCPA/UFRGS previa tão somente a regulação do acesso dos/as usuários/as/as. Quando esse convênio se estruturou como parte de uma política pública mais sedimentada, ele manteve a lógica inicial de regulação do acesso sem a ampliação dos serviços e a estruturação da rede assistencial. Assim, do ponto de vista normativo, a política está devidamente estruturada, mas no que se refere à realidade concreta, ainda falta muito a construir, conforme apontaram Oliveira e Romanini (2020) quando identificaram em seu estudo que as unidades de atenção primária do estado, além de não darem conta da integralidade do cuidado, estavam despreparadas para o atendimento cuidadoso às pessoas trans que buscavam assistência, sobretudo, no que se referia ao respeito ao uso do nome social.

Assim, a construção dessa rede assistencial demanda muito mais do que a determinação sobre quais serão as unidades de saúde referenciadas para esse cuidado, se toda a rede ou se unidades específicas, pois diz respeito fundamentalmente ao preparo/qualificação técnica trabalhadores/as da saúde para o atendimento pautado no reconhecimento da diversidade e do respeito à população atendida da forma como ela se apresenta para esse atendimento.

É importante fazer essa consideração porque a partir dos relatos de pessoas trans atendidas no PROTIG se pode observar a preocupação legítima que elas têm em relação à qualidade do atendimento que teriam na rede e o quanto se sentem atreladas ao centro de referência especializado.

Segundo Oliveira e Romanini (2020), mesmo quem já passou por cirurgias há muito tempo no PROTIG, sente-se inseguro/a em procurar atendimento fora de lá, sobretudo em relação às questões relativas às modificações corporais que realizaram, fazendo com que sintam mais confiança no preparo técnico dos/as profissionais do HCPA em relação ao atendimento de suas demandas específicas, conforme se pode contatar a partir do relato abaixo:

A pessoa trans, dependendo do espaço [que busque atendimento], se sente amarrada, porque ela corre grande risco, e não é pequeno, de encontrar profissionais que não estão preparados e lá [hospital] é uma área especializada. Eles devem receber treinamento, é diferente, e eu acho que a tendência é acontecer isso em outros lugares (Relato de Larissa apud OLIVEIRA; ROMANINI, 2020, p. 5).

Assim, o que se pode inferir desse relato é que a insegurança das pessoas em relação ao atendimento recebido fora da unidade especializada e a consequente centralização do cuidado no PROTIG, não se refere apenas ao fato da cirurgia ter sido realizada naquela instituição e que a equipe, em tese, seria mais bem preparada, mas às dificuldades que encontram em relação ao despreparo dos/as profissionais quando elas tentam acessar as unidades de saúde da atenção primária.

No estudo de Oliveira e Romanini (2020) foi identificado, através do relato nas entrevistas, que há no RS, muita dificuldade em relação ao cuidado das pessoas trans, tendo em vista que os postos de saúde, em geral, são meros encaminhadores. Dentre essas dificuldades, figuram os obstáculos para se conseguir informações referentes à forma correta de utilização da terapia hormonal, o que as obriga a ficar dependentes do ingresso no processo transexualizador:

Os obstáculos para o atendimento nas unidades da atenção primária fazem com que as pessoas trans, notadamente as travestis, que não conseguem se inserir no acompanhamento no processo transexualizador, acabem, na maioria das vezes, ficando sem assistência médica continuada e permanecendo com o uso indiscriminado dos hormônios, o que denota a centralização do cuidado integral das pessoas trans na unidade de Atenção Especializada.

Essa centralização no HCPA tem como desdobramento uma série de restrições, dentre elas, a exclusão das travestis e de toda a pessoa que não queira fazer as cirurgias, mas que poderiam ser atendidas em outras demandas. A centralidade no aspecto cirúrgico acaba por direcionar todas as ações desempenhadas pelos profissionais em sua busca do diagnóstico e

pela crença de que tais procedimentos teriam o poder de restituir “normalidade” a essas pessoas.

Quando se busca analisar a forma como o RS direciona sua atenção para esse aspecto da política de saúde, o que se tem são ações ainda muito tímidas quando se considera que a assistência existe no estado, de forma institucionalizada, há pelo menos 20 anos e o protagonismo da região na institucionalização do programa em âmbito nacional.

Apesar da Política Estadual de Saúde LGBT ter sido institucionalizada em 2014 e de haver conselhos e comitês de saúde e de direitos LGBT, tanto em nível estadual quanto em determinadas municipalidades, a efetivação dessa política ainda encontra muitos desafios, dentre eles, a estruturação da rede de acesso, conforme consta no Plano Estadual de Saúde – preliminar (2016/2019) do Estado do RS²⁸¹, ao descrever suas metas e compromissos em relação a política de saúde no estado, especificamente, em relação ao processo transexualizador:

De acordo com relatório do sistema AGHOS²⁸², em dezembro de 2015 havia 162 solicitações em regulação, sendo a mais antiga datada de março de 2014. São disponibilizadas ao mês oito novas consultas neste serviço, das quais quatro (50%) são para residentes de Porto Alegre (regulação própria) e quatro para residentes de outros municípios e estados do país (Regulação Estadual e Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade – CNRAC)²⁸³. Quanto à realização dos procedimentos cirúrgicos de transexualização, são necessários dois anos de acompanhamento prévio. Somando-se os tempos de espera, fica nítido o longo caminho percorrido por aqueles e aquelas que necessitam deste serviço. É importante ressaltar que muitas pessoas que buscam acesso à hormonioterapia são encaminhadas para o serviço hospitalar especializado de alta complexidade. *Entretanto, muitos desses casos poderiam ser atendidos em outros pontos de atenção da rede, caso ela estivesse estruturada* (SES/RS, Plano Estadual de Saúde 2016-2019, grifo nosso).

Conforme se pode observar, a partir dessa citação, não é novidade para o RS as restrições assistenciais que as pessoas trans enfrentam em busca de assistência no estado, sendo de conhecimento da gestão o longo tempo de espera entre a solicitação de atendimento e a recepção na unidade de atenção especializada, a alta procura e a baixa oferta de vagas disponíveis para todo o estado.

É muito relevante que o acesso seja regulado e isso o estado já deu um passo à frente. No entanto, a ausência de estruturação da rede, conforme o reconhecimento do próprio gestor,

²⁸¹ Esse documento está disponibilizado em versão preliminar na página eletrônica oficial da Secretaria Estadual de Saúde do RS. Ainda não foi publicado.

²⁸² Trata-se do sistema gerencial da empresa contratada para fazer a regulação das consultas especializadas no estado (AGHOS – GESTÃO E REGULAÇÃO ASSISTENCIAL E FINANCEIRA DE SAÚDE).

²⁸³ A CNRAC deixou de regular o acesso nacional aos serviços em 2017, conforme já sinalizado neste trabalho em outro momento.

associado ao despreparo dos/as profissionais, dão materialidade à reiterada exclusão das pessoas trans dos espaços de cuidados, notadamente dos espaços onde essa assistência poderia se dar a partir da lógica do cuidado integral, ratificando os relatos de desassistência que aqui foram anteriormente registrados.

Face a esse contexto de baixa oferta de serviços assistenciais e mediante pressão dos movimentos sociais e de parte dos/as profissionais da saúde, o estado e os municípios têm procurado instituir ações que minimizem as dificuldades por que passam as pessoas trans em busca de assistência. Assim, o Plano Estadual de Saúde do triênio 2020-2023 ao fazer referência aos quatro anos anteriores sinaliza que a SES/RS tem acompanhado a mobilização de municípios e serviços para a ampliação da oferta de cuidado especializado no processo transexualizador no que tange a implantação de novos pontos de atenção, na perspectiva de melhorar o acesso das pessoas aos serviços especializados, conforme se pode observar a partir do seguinte fragmento:

Destas iniciativas, cita-se
 o Centro de Especialidades Médicas de Canoas, em processo de habilitação na modalidade ambulatorial (Resolução CIB/RS Nº 118/2018);
 o HU Miguel Riet Corrêa Jr. De Rio Grande, em processo de habilitação nas modalidades ambulatorial e hospitalar (Resolução CIB/RS Nº 165/2019),²⁸⁴
 o Centro de Referência em Saúde da Mulher e População LGBT de Passo Fundo, serviço municipal com atendimento ambulatorial;
 o Centro de Saúde Modelo de Porto Alegre, serviço municipal com atendimento ambulatorial e
 a Policlínica do Rosário, de Santa Maria, serviço municipal com atendimento ambulatorial” (SES/RS, *PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2020-2023/preliminar*).

Importa registrar que essas iniciativas ainda estão em fase embrionária, mas isso não diminui o valor que elas têm, em vista da escassez de serviços específicos nesta região, à semelhança do que acontece nos demais serviços especializados nessa modalidade assistencial no país.

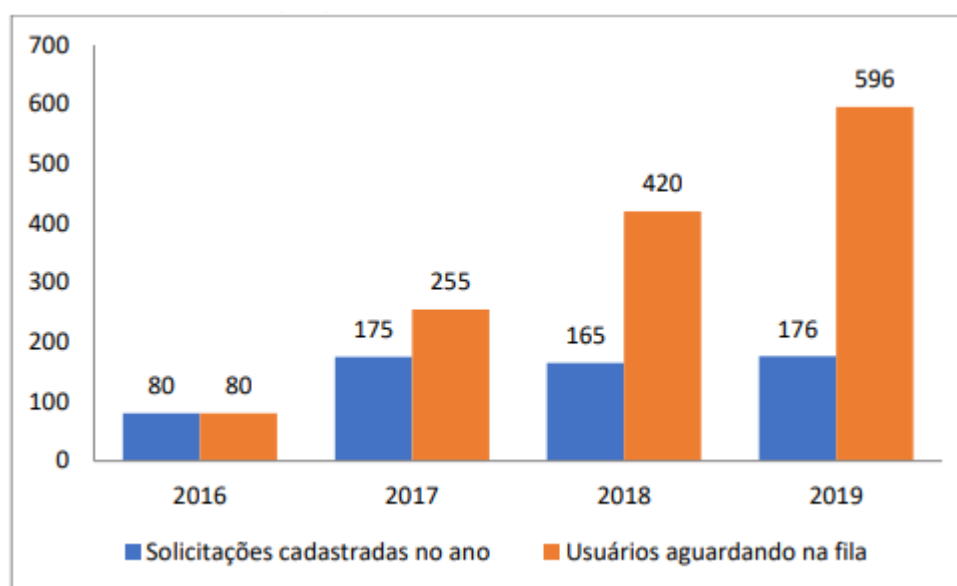
É possível que gradativamente, se assista à formação de uma possibilidade de cuidados, que hoje está com um atraso de pelo menos 20 anos, já que esse programa foi institucionalizado de cima para baixo e não houve o envolvimento dos estados e municípios, sobretudo em sua fase inicial, conforme já se discutiu aqui.

²⁸⁴ Trata-se do HU da FURG. Em junho de 2019 eu estive nesta instituição, juntamente com outros profissionais e pesquisadores, participando de atividade científica de cooperação/capacitação técnica e troca de experiências num contexto de ações que a instituição estava promovendo com vistas a capacitação do seu corpo técnico/científico para se qualificar como mais uma unidade especializada (ambulatorial e cirúrgico) do processo transexualizador.

Um dos muitos desafios que hoje está em pauta é que o acesso aos serviços especializados seja acompanhado de cuidados efetivos e qualificados nas unidades básicas de saúde e que elas não se limitem a ser meras encaminhadoras, conforme tem acontecido de forma recorrente.

Outro desafio que requer enfrentamento do Estado, especialmente da gestão federal e das esferas estaduais é relativo à escassez de serviços habilitados para a realização das cirurgias e o grande gargalo que se formou nas cinco regiões do país que oferecem essa modalidade assistencial. No que diz respeito especificamente ao RS, a regulação estadual (exceto em Porto Alegre, que possui regulação própria para esta especialidade) registrou a seguinte fila de espera de solicitações de atendimento especializado no âmbito do processo transexualizador, na especialidade “Saúde Mental – Transexualidade”²⁸⁵, entre 2016 e 2019, no estado do RS:

Gráfico 20: Fila de espera ativa de solicitações cadastradas no sistema GERCON na especialidade Saúde Mental -Transexualidade, RS, 2016-2019



Fonte: SES/RS, 2019.

O gráfico 20, ao identificar a demanda reprimida por atendimentos especializados no âmbito do processo transexualizador, demonstra para os/as gestores/as do SUS, tanto do RS quanto do MS, o desafio que têm pela frente. É necessário estruturar uma rede assistencial qualificada e capaz de responder às demandas cirúrgicas e ambulatoriais que se apresentam.

²⁸⁵ Como o acesso ao processo transexualizador no HCPAUFGRS se dá pela Psiquiatria, a nomenclatura do procedimento na regulação estadual/municipal é identificada dessa maneira: “Saúde Mental – Transexualidade”.

Se em 2016 havia 80 solicitações de atendimento nessa direção e 80 pessoas aguardando na fila, em 2019, o número chegou a 176 solicitações novas e 596 pessoas aguardando atendimento. Em outras palavras, as requisições de cirurgias mais que dobraram e as demandantes por atenção especializada como um todo mais que sextuplicou. Ao considerar que a cada mês são realizadas no máximo 2 procedimentos cirúrgicos, aproxima-se uma realidade de absoluta saturação da rede assistencial.

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 ambulatorios especializados? Ela será ofertada de maneira híbrida dividida entre ambulatorios 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, não passem por situações semelhantes ao relatado abaixo:

Não acessei nenhum serviço de atenção primária antes de retificar meus documentos. Eu tive a sorte de não passar por isso, sabe? Eu tive a sorte de não ficar doente, de não precisar de uma consulta, por incrível que pareça e eu meio que evitava... [...]. E ficou um pouco essa questão, porque hoje para eu ir no médico é muito difícil, porque eu me acostumei tanto a evitar essa questão de SUS, de constrangimento, de chamarem o meu nome antigo que, hoje em dia, eu posso tá um pouco doente, ou sei lá... eu para ir no médico é muito raro. Então ficou isso. E a trans faz muito isso, ela se automedica, porque é menos um sofrimento para ela passar. A trans não quer ser chamada no SUS pelo nome masculino, ou ficar tensa se vão chamar pelo nome social. Porque o nome social ele tá junto, mas ele não entra na frente do nome de registro, então a pessoa pode tá ali e ter o nome social, mas se equivocar e chamar o nome de registro... (Fala de Bruna *apud* Oliveira, Romanini, 2020, p. 12).

Esse relato informa ao gestor do SUS, responsável não só pela regulação burocrática do acesso, mas pela gestão, estruturação e qualificação do cuidado, que não é possível admitir que as pessoas trans evitem frequentar os espaços de cuidado em saúde por receio de sofrerem algum ato discriminatório. O local, que deveria produzir vida se materializa ainda para pessoas trans como mais uma barreira de acesso.

Figura 12 – Hospital de Clínicas de Goiás



Fonte: Banco de Imagens da UFG.

3.4 Trajetória histórica, caracterização da equipe técnica, organização da assistência prestada e produção hospitalar/ambulatorial do serviço no HC/UFG

O serviço do HC da UFG apresenta muitas peculiaridades. Algumas delas tentarei demonstrar neste estudo. No entanto, é necessário registrar que tais particularidades se estruturaram a partir do protagonismo técnico-político da médica ginecologista Mariluzza Terra Silveira²⁸⁶, demonstrando mais uma vez o quanto o personalismo é uma marca desse programa, em escala nacional.

O protagonismo individual, no entanto, não elimina a extrema importância dessas iniciativas que tiveram grande influência na estruturação do programa em Goiás. Exemplificam essa importância o papel exercido pelo movimento social das pessoas trans, que se consolidou, inclusive dentro da UFG, articulando usuários/as, estudantes e pesquisadores/as em coletivos que têm sido extremamente potentes no envolvimento de agentes políticos dentro e fora da universidade, bem como têm sido capazes de articular os/as gestores/as das secretarias de saúde na organização da assistência a pessoas trans.

A minha aproximação com a realidade daquela Unidade de Atenção Especializada durante a pesquisa de campo teve como marca mais impactante ter ocorrido de forma quase

²⁸⁶ Médica ginecologista e psicóloga. Foi professora adjunta do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás. Foi coordenadora do “Projeto Transexualismo” da Faculdade de Medicina/Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás. Faleceu em outubro de 2019.

concomitante com o falecimento da médica e psicóloga Mariluzza Terra, Coordenadora do “Projeto Transexualismo” do HC/UFG, na ocasião em que me preparava para visitar o campo.²⁸⁷

Aquela profissional exerceu um grande protagonismo técnico-político na implementação das diretrizes do Processo Transexualizador tanto em âmbito nacional quanto na esfera estadual e sua atuação, quase que militante, foi muito relevante para o desencadeamento de condições que tornaram possível a oferta dessa modalidade assistencial pelo HC da UFG.

A liderança dela, no entanto, teve como desdobramento um forte personalismo, o que é uma característica de todos os serviços, o que também pode ser decorrência tanto do *modus operandi* das relações institucionais típicas dos HU’s²⁸⁸, quanto da omissão institucional e da gestão do estado/municípios na assunção dessa assistência, ou mesmo da junção desses fatores.

Assim, em geral, o/a profissional que se torna protagonista de uma determinada iniciativa local ligada ao Processo Transexualizador, o faz por absoluta ausência de outros/as profissionais que se interessem pela causa e/ou pela omissão da gestão que não cria estímulos para fomentar áreas caracterizadas por saberes/setores negligenciados.

No entanto, uma das peculiaridades desse programa foi que no curso de sua trajetória, por pressão do movimento trans e travesti, surgiu uma articulação envolvendo militantes, coletivos de estudantes e pesquisadores/as da UFG, a própria Coordenadora, Mariluzza Terra e técnicos/as da gestão estadual e do município de Goiânia (GO).

A partir daí houve uma ambiência favorável à discussão e à proposição de ações assistenciais mais efetivas e menos centradas na liderança individual da coordenação do Programa, de modo que com o falecimento de Mariluzza Terra, o processo transexualizador em

²⁸⁷ Em maio de 2019 eu conversei com a médica Mariluzza Terra em um evento que participávamos em São Paulo e combinamos a minha ida à Goiás em novembro daquele mesmo ano. Em setembro escrevi um e-mail para organizar a visita ao campo e as entrevistas que faria com ela e com outros/as técnicos/as e não obtive resposta. Após algumas tentativas e outros e-mails para a secretaria de saúde do estado de Goiás, fui informada do adoecimento da médica. Em 11 de outubro, três semanas antes da minha ida à Goiás, fui informada de seu falecimento.

²⁸⁸ É muito comum na cultura universitária, sobretudo em espaços de saber/poder como os HU’s, a constituição de determinadas posições institucionais que se sedimentam ao longo do tempo e passam a ser legitimadas pelos pares como posições quase que intransponíveis. É como se a instituição da cátedra e do catedrático naquele determinado tema não pudesse ser partilhada, questionada ou mesmo disputada por outros. Dessa maneira, tacitamente são criados guetos, caixas, estamentos nas rotinas institucionais que personificam as figuras e seus determinados cargos por anos à fio, a ponto de a pessoa só deixar aquela determinada posição após a aposentadoria ou morte. Ao longo do processo dessa pesquisa eu observei, por exemplo, que professores “donos de terminadas cadeiras/Cátedras, ao se aposentarem, foram sucedidos pelos filhos. Não foi nem preciso trocar a placa de identificação da porta (em geral, os catedráticos e seus sucessores são homens).

Goiás não se fragilizou. Pelo contrário, está com suas ações mais sedimentadas e mais espreiadas, não dependendo mais exclusivamente do HC da UFG, pois outro hospital também se tornou referência ambulatorial e cirúrgica pela Secretaria Estadual de Saúde e o estado de Goiás assumiu o seu papel no gerenciamento da política, conforme será abordado mais adiante.

No que se refere ao programa do HC da UFG, à semelhança dos outros três serviços pioneiros, seu histórico começou em 1998, no final da década de 1990, após a primeira resolução do CFM sobre esse tema em 1997. De acordo com Menezes e Silveira (2015), em 1998, houve a possibilidade da primeira cirurgia de transgenitalização realizada naquele serviço. Isso deu quando o Departamento de Ortopedia, Traumatologia e Cirurgia Plástica convidou o professor Jalma Jurado²⁸⁹ para realizar essa cirurgia em uma mulher transexual.

No entanto, por não existir na ocasião ainda uma equipe técnica formada e a possibilidade do acompanhamento adequado, em consonância com as diretrizes da Resolução, o então diretor técnico do HC na época, o professor Félix André Sanches Penhavel²⁹⁰, achou razoável adiar o convite.

Após esse fato, a Direção do HC/UFG entendeu ser necessário criar as condições institucionais para ofertar as cirurgias de transgenitalização daquele serviço e – conhecendo o interesse da médica ginecologista Mariluzza Terra Silveira pelo estudo da sexualidade humana, notadamente por ela também ter a formação em psicologia – convidou-a para coordenar a equipe multiprofissional que seria responsável pelo “diagnóstico e pelo tratamento das disforias de gênero” daquela instituição. Então, em maio de 1999 foi o início do Projeto Transexualismo do HC/UFG²⁹¹ (MENEZES; SILVEIRA, 2015).

A equipe pioneira foi formada a partir do convite feito por Mariluzza Terra aos departamentos de “Clínica Médica”, “Cirurgia”, “Psiquiatria” e “Ortopedia, Traumatologia e Cirurgia Plástica” para que estes indicassem pessoas interessadas em compor a equipe.

Foram indicados/as para isso, profissionais da endocrinologia, da Urologia, da Psiquiatria e, na falta de indicação de cirurgião plástico dos quadros institucionais, foi

²⁸⁹ Ver nota 33.

²⁹⁰ Médico cirurgião do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, professor adjunto do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, coordenador regional de Residência Médica. Cirurgião Geral e do Aparelho Digestivo e Nutrólogo no Instituto de Neurologia de Goiânia.

²⁹¹ O projeto Transexualismo foi cadastrado na Pro Reitoria de extensão da UFG como um dos projetos extensionistas da Faculdade de medicina daquela instituição. Em 2016 o projeto passou por uma reformulação com o apoio de professores da Universidade e de integrantes de movimentos sociais, além da equipe do TX e passou a ser também um projeto de pesquisa, mudança que o insere dentro do tripé ensino, pesquisa e extensão, o que o possibilita a concorrer a editais de pesquisa nas agências de fomento. Ver: Jornal da UFG 29/09/16.

indicado um médico voluntário daquela especialidade. Como também não havia psicólogos/as disponíveis para integrarem a equipe, foi solicitado o trabalho voluntário de três profissionais da Psicologia, que tinham formação em sexualidade humana. Em relação ao Serviço Social, foi feito o convite a uma profissional que era vinculada à maternidade do HC/ UFG. Além dessa equipe, o projeto também contou em seu primeiro ano, com a participação de duas promotoras de Justiça que apoiavam na orientação dos aspectos jurídicos do projeto e orientavam sobre a documentação necessária para o processo judicial de requalificação civil.

A estruturação da equipe técnica desde o início foi um problema enfrentado por aquele serviço em razão do número reduzido de profissionais do quadro funcional interessados em participar do projeto e da necessidade constante de contar com o trabalho voluntário²⁹² e/ou contratado de forma precária: sempre muito instável, fazendo com que essa equipe oscilasse frequentemente em sua composição.

Ao longo dos primeiros anos de existência do projeto uma psicóloga foi contratada via Fundação de Auxílio à Pesquisa da UFG (FUNAPE). Ela atuava no Pronto-Socorro da UFG, iniciou um suporte ao Projeto e, posteriormente, assumiu essa função integralmente, por meio de um segundo contrato com outra fundação, a Fundação Hospital das Clínicas (FUNDAH) (MENEZES; SILVEIRA, 2015).

Naquela ocasião os três psicólogos voluntários saíram do projeto, ficando apenas a psicóloga contratada pela Fundação Hospital das Clínicas, que era a responsável pelo tanto pelo psicodiagnóstico quanto pelo acompanhamento psicoterapêutico e contava, para isso, com o auxílio de estagiários/as curriculares do último ano de Psicologia da Universidade Católica de Goiás, que, supervisionados por ela, ficaram responsáveis pelo psicodiagnóstico. A psicologia do projeto também contou com a colaboração voluntária do professor Rodolfo Petrelli²⁹³ e de suas estagiárias, nos dois primeiros anos do projeto, com a aplicação do teste psicológico projetivo de Rorschach²⁹⁴ (MENEZES; SILVEIRA, 2015).

²⁹² Sobre o trabalho voluntário ver: Lei Nº 9.608, de 18 de fevereiro de 1998.

²⁹³ Rodolfo Petrelli, historiador, filósofo e psicólogo italiano, é membro da Associação Goiana de Psicodiagnóstico Rorschach e professor aposentado da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

²⁹⁴ Grosso modo, o teste psicológico projetivo da mancha de tinta de Rorschach é realizado com o objetivo de descobrir a personalidade de um sujeito a partir das interpretações dele acerca de dez imagens com padrões abstratos. O seu nome é dado em homenagem a Hermann Rorschach (1884-1922). O teste é considerado “projetivo” porque o paciente é induzido a projetar a sua personalidade através da interpretação de outrem. Cf.: Torres, 2010.

A equipe também obteve a participação da fonoaudiologia e da otorrinolaringologia com o objetivo de atuar na modulação da voz das mulheres trans, seja por meio cirúrgico através da tireoidioplastia, seja pela terapia vocal.

Em 2001, o Projeto Transexualismo passou a contar com a participação do médico e atual chefe da equipe cirúrgica para transgenitalização, o ginecologista Aldair Novato Silva²⁹⁵. Ele dedicou parte de sua carga horária de trabalho à equipe cirúrgica do projeto, fazendo com que as cirurgias se realizassem com maior rapidez e objetividade, porque ele realizava o procedimento em um único tempo cirúrgico, ao contrário do que se fazia até então, quando os procedimentos eram realizados em etapas e o intervalo entre uma etapa e outra podia levar seis meses, de modo que a cirurgia completa chegava a levar dois anos para ser finalizada.

Houve também, naquele período, a entrada na equipe de uma geneticista do Ambulatório Geral do HC/UFG. Em 2003, dois residentes (ambos no último ano de residência) – um da Urologia e outro da Cirurgia Plástica, mostraram-se interessados em fazer parte da equipe cirúrgica e se integraram a ela. Em 2006, houve um fato bastante relevante na trajetória desse projeto, que foi a entrada, via concurso público, da primeira psicóloga lotada e dedicada exclusivamente ao programa. Aquela profissional, posteriormente, passou a ser a vice Coordenadora do projeto, auxiliando a médica e Coordenadora Mariluz Terra na condução do mesmo (MENEZES; SILVEIRA, 2015). A partir de 2013, a endocrinologia, por meio do interesse de uma médica daquele Departamento passou a acompanhar as mulheres trans não operadas. Também naquele ano, ficou oficializado que o Médico Residente de primeiro ano da Cirurgia Plástica passaria a auxiliar nas cirurgias de transgenitalização e de maneira semelhante, a partir de 2014, por resolução da Reunião Departamental do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, ficou definido que os Residentes de primeiro ano de Ginecologia e Obstetrícia do HC/UFG acompanhariam o Ambulatório de Transexualidade²⁹⁶. Cabe registrar que a enfermagem também participava do programa, realizando a primeira consulta dos/das usuários/as que chegavam para inserção no programa (MENEZES; SILVEIRA, 2015).

²⁹⁵ Médico ginecologista e obstetra da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás e do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (UFG). Foi presidente do Conselho Regional de Ginecologia e Obstetrícia de Goiás.

²⁹⁶ É importante destacar que o esforço institucional empreendido para fixar os residentes no atendimento às pessoas trans teve alcance importante, mas limitado. Atualmente, por exemplo, não há residentes acompanhando o projeto, conforme relatou o chefe da equipe cirúrgica do Projeto Transexualismo, o ginecologista Aldair Novato.

Não obstante as iniciativas empreendidas pela coordenação do Projeto para viabilizar os atendimentos, a forma como essa organização se dava era muito precária e constantemente as cirurgias eram suspensas pela ausência de médicos/as, de disponibilidade na agenda dos/as profissionais ou mesmo de vaga/horário no centro cirúrgico.

Uma das soluções criadas para enfrentar essas dificuldades foi a entrada, também em caráter voluntário, de um médico cirurgião plástico que havia sido residente no programa para fazer as cirurgias de transgenitalização dos/as usuários/as/as do serviço. Como esse profissional só tinha disponibilidade de horário aos sábados, esses procedimentos passaram a só acontecer nesse dia da semana, uma ou duas vezes por mês. Esse arranjo favoreceu a diminuição da disputa por vagas nos centros cirúrgicos, já que nos fins de semana não há rotina assistencial e diminuiu um pouco a pressão sobre os/as demais médicos/as que dedicavam parte de sua carga horária para o acompanhamento clínico dos/as usuários/as/as.

Outra dificuldade importante enfrentada pelo projeto TX se relaciona à ausência de leitos específicos para a internação das pessoas trans, sobretudo porque tais procedimentos demandam uma permanência durante, no mínimo, oito dias, um período relativamente longo em comparação com outras cirurgias eletivas, o que faz com que o planejamento desses procedimentos seja organizado para ocorrerem em momentos de não uso do leito pelos/as demais usuários/as.

Em 2012, o Projeto TX foi paralisado para a recepção de novos/as usuários/as/as devido à escassez de profissionais tecnicamente habilitados/as e interessados/as na assistência ambulatorial e cirúrgica das pessoas trans atendidas no serviço. Houve o comunicado de previsão de afastamento do chefe da equipe cirúrgica e outros dois profissionais atuantes no Projeto, sem previsão de suas substituições. O Projeto TX foi então suspenso e correu um risco grande de ser extinto. A notícia das limitações foi dada pela Coordenadora em uma reunião com todas/os as/os usuários/as/as e algumas pessoas integrantes do movimento trans e travesti.

Em 2015, essas dificuldades se acentuaram quando o ginecologista Aldair Novato Silva, que é o cirurgião estatutário que tinha parte da carga horária dedicada a assistência às pessoas trans atendidas no serviço, precisou se ausentar da unidade por ter sido eleito como presidente do CREMEGO (Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás). A eleição implicaria na impossibilidade de realização das cirurgias, já que em sua ausência, o outro

profissional, que era voluntário, estava impedido de atuar²⁹⁷. Esse foi um momento de grande dilema na trajetória daquele serviço, principalmente porque as consultas à novos/as usuários/as/as já estavam bloqueadas desde 2012.

Essa possibilidade de encerramento das atividades assistenciais desencadeou uma mobilização entre os/as usuários/as/as do serviço e alcançou outros sujeitos políticos dentro da universidade, notadamente os coletivos de estudantes e pesquisadores/as das áreas de ciências humanas, tendo em vista que na fila de espera pelas cirurgias, havia estudantes transexuais da universidade que se tornaram importantes elos e dinamizadores/as da discussão para fora do HC/UFG²⁹⁸.

Tal mobilização envolvendo o movimento trans e travesti, o movimento estudantil, coletivos de pesquisadores/as das ciências humanas e o projeto transexualismo do HC/UFG se fortaleceu e se espalhou para além dos muros da universidade²⁹⁹, atingindo as instâncias da gestão estadual, que passou a ter um papel mais ativo em relação ao processo transexualizador do HC, por meio Projeto TX, coordenado por Mariluz Terra (ALMEIDA, 2018).

Como principal produto daquela movimentação em busca da permanência do programa no HC/UFG houve a formalização de um acordo entre a instituição e a Secretaria Estadual de Saúde, por meio da Superintendência de Política de Atenção Integral à Saúde (SPAIS). Pelo acordo, a SES se comprometeu a ceder um ginecologista/cirurgião plástico, que fazia parte do quadro de servidores do estado de Goiás. É importante registrar que foi o próprio movimento social que localizou aquele profissional e passou a intermediar o diálogo entre ele e a coordenação do Projeto TX, sobretudo porque uma liderança daquele movimento, aluna da universidade, tinha proximidade pessoal com aquele profissional, o que facilitou as tratativas nesse sentido. Assim, no final do ano de 2015 foi formalizada a cessão do servidor e, no ano seguinte, foi possível integrá-lo a equipe multiprofissional do Projeto TX, no qual ele passou a ter a responsabilidade, principalmente de realização das cirurgias de

²⁹⁷ Dentre as regras que regem o trabalho voluntário dentro do HC/UFG, figura a necessidade de o trabalhador voluntário atuar sob supervisão de um profissional contratado/efetivo da instituição.

²⁹⁸ Destaca-se aqui a importância do Coletivo TransAção, que já vinha desenvolvendo vários trabalhos dentro da Universidade Federal de Goiás relacionados ao uso do nome social, a demandas por vagas nas casas de estudantes para pessoas transexuais e travestis, dentre outras questões. Esse coletivo iniciou uma série de articulações e parcerias junto a outros grupos de ativistas, ao governo e à UFG para que se concretizasse a reabertura do Projeto.

²⁹⁹ Esse encontro com o movimento estudantil e coletivos Trans dentro da universidade ensejou a mudança do nome do projeto que passou a ser referenciado por eles como Projeto TX e não mais “Projeto Transexualismo”, aos poucos, os próprios/as técnicos/as do HC passaram a legitimar a nova nomenclatura.

transgenitalização. A meta mensal de cirurgias de transgenitalização passou a ser de até dois procedimentos por mês.

A obtenção do cirurgião não se deu sem problemas, sobretudo, porque o profissional teve perdas salariais no processo de transferência, o que foi precariamente solucionado com a oferta de uma bolsa de pesquisa pela universidade para que ele tivesse a suplementação do valor pedido com a cessão à universidade. Essa situação se manteve por um certo período até que, por mudanças na gestão estadual em função das eleições, outras alterações aconteceram e obrigaram o retorno do profissional a sua instituição de origem, e de novo, voltaram as ameaças de fechamento do acesso de novos/as usuários/as/as. Ainda que tenha sido um processo com muitas dificuldades, essa situação inaugurou o envolvimento da esfera estadual com as ações assistenciais do Processo transexualizador no Estado, conforme se verá mais adiante (ALMEIDA, 2018).

Apesar desses arranjos destinados à composição de uma equipe técnica para o atendimento das pessoas trans inscritas no serviço, até outubro de 2019 o projeto conduzido por Mariluzza Terra dispunha de apenas 2 profissionais fixos e dedicados integralmente a ele, um que era a própria Mariluzza Terra, Coordenadora do projeto e o outro era a psicóloga e vice Coordenadora, Siomara Magalhães. Todos/as os/as demais técnicos/as que atuavam no serviço, por também atuarem em outros projetos, trabalhavam no serviço de forma parcial, descontínua, voluntária, informal do ponto de vista institucional, o que deixava as ações do projeto e os /as usuários/as em constante estado de incertezas.

Ainda que houvesse tratativas para fixar um médico do Departamento de Ginecologia no Projeto TX, apenas em julho de 2019, o programa recebeu o primeiro médico cirurgião concursado e dedicado integralmente aos atendimentos dos/as usuários/as/as inscritos no serviço. Essa realidade pode ser ilustrada por meio da descrição realizada pela psicóloga Siomara Magalhães na entrevista que me concedeu:

[...] A nossa equipe sempre foi assim... os médicos que operaram da nossa equipe não eram médicos da nossa equipe. Não eram... tem o Dr. Aldair que você já conheceu. Ele não era do projeto, mas ele fazia cirurgia para o projeto. Isso por negociação também com a Dra. Mariluzza, né? A equipe sempre foi apenas só eu e a Mariluzza. Porque a Assistente Social, a gente tinha uma que, no começo, ela ajudava quando precisava. Mas ela nunca ficou à disposição de forma direta. Depois, ela também teve uma série de problemas e a gente até hoje não tem. Não tem enfermeiro, porque a enfermeira que tinha, aposentou. Então, nós não tínhamos médico. Então tinha o Dr. Aldair, como já disse, que é do HC, mas ele não era do projeto. Mas ele que fazia as cirurgias juntamente com o Dr. Marcelo, que é voluntário [...] Na verdade assim... até julho, a gente não tinha médico que podia se falar “não, esse médico é válido, é da equipe”. Até julho deste ano. Então, o primeiro médico que chegou que é da equipe, é esse que veio do Concurso, que é um cirurgião plástico que veio de Uberlândia e que nunca trabalhou no processo trans. Ele até ficou, assim... surpreso, quando ele veio. Ele não sabia que ele ia trabalhar no

Projeto, né? Aí ele está treinando nas cirurgias que estão sendo realizadas. Hoje, as cirurgias são feitas pelo Dr. João Nino, que desde outubro do ano passado já vinha acompanhando e auxiliando nas cirurgias. Juntamente com o Dr. Marcelo, que é voluntário, que é cirurgião plástico. E até hoje é o Dr. Marcelo que está treinando esses médicos para cirurgia. Tanto assim, que até hoje a nossa equipe, os médicos daqui, dependem da disponibilidade do Dr. Marcelo para vir operar com eles (EN18) (MAGALHÃES, 2019).

A fragilidade e informalidade que sempre permeou o projeto parecia ser uma característica institucional: a regra era ser instável, perpassada por uma provisoriedade permanente e disso decorria uma série de gambiarras institucionais que eram arranjadas na medida dos apelos de Mariluzza Terra, que sempre reconhecia a “solidariedade dos/as profissionais do Hospital das Clínicas” (MENEZES; SILVEIRA, 2015, p. 138) e a “boa vontade” da equipe em “colaborar” com o projeto. Igualmente, a psicóloga e vice Coordenadora desse programa no HC/UFG identificou o apoio institucional ao afirmar que “A gente tinha o apoio do hospital. A gente sempre teve apoio do hospital, para fazer as coisas, assim, com muito trabalho da Dra. Mariluzza também: muita insistência, muita persistência, negociação, né? (EN18) (MAGALHÃES, 2019).

Esse apoio institucional angariado por meio do prestígio pessoal da Coordenadora do programa e constituído de maneira tão frágil e pouco enraizada institucionalmente revela um olhar dessa equipe sobre as ações do processo transexualizador reveladora de uma concepção mais voluntarista, piedosa, humanitária, do que como uma política pública, direito conquistado pelas pessoas trans.

Tal perspectiva não é uma característica exclusiva daquele serviço. Eu já ouvi da Coordenadora da Cirurgia Plástica do Hospital ao que me vínculo como trabalhadora, que operava as pessoas trans porque tinha “pena delas”. Nesse apelo discursivo da piedade não há direito garantido, só há pessoas destituídas de autonomia e de direitos por um lado, e profissionais salvacionistas e heroicos, de outro.

Essa perspectiva idealista, salvacionista é algo muito comum dentro dos serviços de saúde e precisa ser desconstruída, inclusive porque ela reforça posturas individualistas e colabora para o apagamento do trabalho coletivo e do direito social inscrito na política pública de saúde. Ao que parece, há também nesses arranjos uma tentativa de manutenção do frágil equilíbrio das relações institucionais no espaço do HU, que é garantido também pela camaradagem entre os pares, pelo controle e dosagem das críticas ao serviço e às posturas profissionais e pela constituição tácita de um grande pacto de sobrevivência institucional no

qual os interesses e direitos efetivos dos/as usuários/as nem sempre entram no cômputo, ou entram de uma forma bastante periférica e fragilizada.

Por outro lado, fora dessa equipe constituída para o atendimento das pessoas trans no HC/UFG, há relatos de muita rejeição ao projeto e relatos de discriminação contra as pessoas atendidas e mesmo contra os/as profissionais que prestam a assistência. Apesar do apoio verbalizado pela gestão da instituição, a coordenação do projeto enfrentou muitas dificuldades frente a seus colegas, sobretudo os que eram chefes de serviço, conforme relatou o médico cirurgião Aldair Novato Silva:

Aqui dentro do hospital tinha uma resistência muito grande quando nós começamos aqueles casos iniciais. Os próprios chefes de serviços eram frontalmente contra. A Mariluz teve que lutar demais (...). A gente ouviu até hoje comentários preconceituosos e de cunho religioso... os comentários... a gente ouviu. Eu sou de formação religiosa, eu sou espírita. Mas, nada influencia no meu trabalho... ainda se escuta brincadeiras: “Ah! vai me cortar não sei o quê...” Isso tem (EN15) (SILVA, 2019).

O preconceito institucional ainda se materializa nesse serviço por meio, sobretudo, da discriminação praticada e permitida institucionalmente por residentes médicos/as do HC/UFG. É uma discriminação que se dá pela omissão e negativa de atendimento, na medida em que tem sido permitido a residentes *escolher não atender pessoas trans*, o que não acontecia nos anos iniciais do projeto, quando houve um esforço para envolvê-los na assistência prestada.

De maneira geral, os/as residentes atendem a todas as demandas institucionais, mas no caso das pessoas trans eles/as consideram legítimo se negarem a fazer esse atendimento e contam com a anuência (por omissão) da instituição. Ao não tomar medidas disciplinares coibindo esse comportamento, a instituição acaba por legitimar práticas transfóbicas, além de colaborar para a ausência de trabalhadores/as da saúde tecnicamente qualificados, o que é um contrassenso, por se tratar de uma instituição de ensino. É relevante a preocupação do médico cirurgião Aldair Novato Silva a esse respeito:

Os residentes têm muita resistência, certo? Nem da Cirurgia Plástica, nem da Urologia, nem da Ginecologia, nenhum participa, porque não querem... eu estou em uma fase final da minha vida profissional, assim, dentro da instituição. Daqui a três anos eu vou completar 70 anos... Daqui a três anos eu, compulsoriamente, vou aposentar. A coisa mais difícil que tem é você achar um residente que queira passar pelo projeto... Tem alguns que alegam religiosidade própria... que a religião não permite, por exemplo, os evangélicos, parecem que tem uma resistência grande... Tivemos aqui um ex-residente de Cirurgia Plástica, um talento. Ele operou alguns casos comigo, um talento, sabe? Mas tinha que seguir no projeto e ele falou: “infelizmente, estou passando aqui porque eu sou obrigado, mas a minha formação religiosa não me permite” (EN15) (SILVA, 2019).

Esse tipo de resistência, somado à baixa institucionalidade e ao isolamento do programa em relação à gestão estadual/municipal foram fatores cruciais para as dificuldades enfrentadas pela coordenação do projeto para a materialização de uma assistência sólida, que atendesse, de fato, às demandas das pessoas que buscam o serviço.

Com o falecimento da Coordenadora, há uma preocupação dos/as colegas em manter o seu legado, há esperança de que a assistência se mantenha, sobretudo em função da contratação de um cirurgião dedicado exclusivamente para as cirurgias de transgenitalização, antes mesmo da morte da Coordenadora. Todavia foi possível observar também que há dificuldades para a continuidade do projeto no formato que era até então, tendo em vista que, passados quase doze meses do falecimento de Mariluzza Terra, até hoje não houve interessados/as em coordenarem o programa.

Nesse momento o projeto TX está vinculado ao Departamento de Ginecologia, como uma das ações do Departamento, mas sem uma referência de coordenação. Há um médico do Departamento de Ginecologia que é reconhecido pelos pares como Coordenador interino do projeto, mas ele mesmo nega essa condição. O projeto se mantém com atendimentos de usuários/as que já se encontravam em acompanhamento e com bloqueio de acesso para os de primeira vez desde o ano de 2017, isso ocorreu porque o profissional recém contatado ainda está sob qualificação/treinamento e os médicos que auxiliam nesses atendimentos são em número restrito (apenas quatro, sendo um voluntário e três que dividem a carga horária com outras ações).

Essa instabilidade permanente do programa aparentemente escamoteia uma característica bastante presente nas ações dos/as técnicos/as e na organização do serviço e que não é visível aparentemente, mas sua onipresença é sentida em vários momentos. Trata-se da patologização da transexualidade. Naquele serviço ela é apresentada quase como um detalhe, “uma doença entre tantas outras que precisa ser tratada com compaixão e humanidade”. Essa característica não é tão ostensiva na retórica discursiva dos/as técnicos/as do Projeto TX como o é nos serviços de São Paulo e RS, mas nem por isso ela é menos nociva, excludente, opressora e moldadora de determinadas formas de ser homem ou de ser mulher.

Mariluzza Terra era uma médica, psicóloga, autodeclarada especialista em sexualidade que acreditava na patologização da transexualidade e não tinha nenhum conflito ético/filosófico com o diagnóstico de disforia de gênero ou do *transexualismo*. Tanto é assim, que o projeto que inaugurou e coordenou por vinte anos foi por ela denominado “Projeto Transexualismo” e assim se manteve até que os/as usuários/as do serviço decidissem rebatizá-lo por “Projeto TX”. Além disso, durante sua atuação no MS por ocasião da discussão sobre a

revisão da Portaria n. 457/08, ela figurava como uma das defensoras da manutenção do diagnóstico como critério de acesso, em consonância com as determinações do CFM³⁰⁰ e, por várias ocasiões, ela fez essa defesa, inclusive quando se discutia a nova Resolução daquele Conselho sobre esse tema, quando estivemos participando juntas do mesmo processo.

Havia naquela defesa tanto uma preocupação acerca de se haveria a manutenção do processo transexualizador como política do SUS caso não existisse o diagnóstico, quanto uma convicção acerca da legitimidade do critério diagnóstico. No entanto, não obstante essa forma de concepção, ela também era uma pessoa extremamente querida pelos/as usuários/as/as do serviço, sendo reconhecida como alguém que respeitava e lutava por essa população de forma apaixonada, colocando muitas vezes sua vida pessoal em segundo plano, uma realidade muito rara na vivência dessas pessoas, que sofrem violência e discriminação sistemáticas. É o que vemos no relato de Bianca Rosa, mulher trans, servidora da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás e usuária do Projeto TX:

Apesar de ela ter alguns posicionamentos a favor da patologização, eu acredito que ela se posicionava dessa maneira por medo dessa população perder direitos quanto à saúde, principalmente das pessoas que desejam cirurgias de redesignação. Mas acredito que a sensibilidade e a forma como lidava e defendia a nossa causa, o comprometimento que ela tinha conosco, muitas vezes colocando essa luta acima de muitas coisas da vida pessoal dela, acabava gerando em nós um sentimento de proteção para conosco, como se fosse de fato uma "mãe". Ela era muito acessível, frequentemente comprava briga com quem quer que fosse para "nos defender". Como nós, a maior parte do tempo estamos sozinhos e desamparados pelo Estado, pela sociedade, ao encontrar alguém disposto a lutar por nós e conosco, utilizando-se do seu poder e prestígio, sempre nos pareceu algo muito reconfortante. Também divergia de algumas questões com ela, mas isso não me afastava do amor e carinho que nutríamos uma pela outra (EN14) (ROSA, 2019).

Esse carisma pessoal de Mariluz Terra juntamente com a instabilidade e dispersão/frouxidão do programa, diluía um pouco o peso da patologização na dinâmica institucional, mas ainda assim, essa era uma marca importante do serviço e que figurava no relato e nas ações dos/as profissionais, conforme ela mesmo descreve ao falar da definição dos critérios de seleção dos/as usuários/as/as:

Os pacientes interessados em ingressar no programa devem ser diagnosticados como portadores de transtorno de identidade de gênero e satisfazer os critérios estabelecidos pela Resolução CFM n. 1.955/2010 (...) A seleção dos/as usuários/as para cirurgia de transgenitalização (CRS) obedecerá à avaliação de equipe multiprofissional constituída por médico psiquiatra, cirurgião, psicólogo e assistente social, obedecendo aos critérios subsequentes, após dois anos de acompanhamento conjunto: diagnóstico médico de transexualismo (...) (MENEZES, SILVEIRA, 2015, p. 135).

³⁰⁰ É difícil saber se os médicos acreditam ontologicamente no diagnóstico ou se acreditam no CFM. Tenho a impressão de que se, hipoteticamente, o CFM, de repente, deixasse de defender o diagnóstico de disforia de gênero para classificar o modo de existência das pessoas trans, os médicos que hoje defendem o diagnóstico, deixariam de fazê-lo.

Este entendimento foi igualmente aceito pelos/as técnicos/as das mais variadas áreas que atuavam no projeto desde a sua origem. Naquele momento, o psicodiagnóstico e os testes de personalidades eram práticas de padrão ouro entre os/as psicólogos. Mais recentemente, constata-se que a certeza do diagnóstico é uma busca incansável por parte da equipe, notadamente os cirurgiões, conforme apontou Aldair Novato Silva:

[...] A cirurgia é a ponta do *iceberg*. O grande volume do projeto está na avaliação do paciente, no estudo psicológico, psiquiátrico, na conclusão da transexualidade. Porque isso tem que ficar muito claro pra nós, né? E as indicações para as cirurgias têm sido muito precisas ao atender o caso que tenha saído desse tipo de avaliação, pois as evoluções são favoráveis, nós temos tido resultados estéticos bons. Tem reparo? Tem reparo, às vezes precisa de algum reparo. Mas, a esperança é manter essa ideia viva da Dra. Mariluza dentro do serviço [...] (EN15) (SILVA, 2019).

Em relação à forma de ingresso e fluxo de atendimento no serviço, os/as usuários/as/as que demandam cirurgias de transgenitalização iniciam esse acesso pelas unidades de atenção primária nos municípios. A partir daí, são regulados/as para atendimento especializado no Projeto TX e, mais recentemente, também para o Hospital Geral de Goiânia.

No momento, as consultas de primeira vez estão suspensas conforme já sinalizado, todavia, no período em que o acesso de usuários/as/as estava aberto, de acordo com Menezes e Silveira (2015), o primeiro atendimento se dava pela entrevista inicial com a enfermeira do projeto, na qual a pessoa era informada sobre as normas e os procedimentos para sua inserção e permanência no programa. Em seguida, a pessoa era encaminhada ao Serviço de Psicologia para entrevista inicial e fechamento do contrato de atendimento envolvendo o período avaliativo (psicodiagnóstico) e, após, início de processo psicoterapêutico individual, semanal, num período mínimo de dois anos³⁰¹, podendo este ser estendido, se necessário. Posteriormente, a pessoa era encaminhada ao Serviço Social, à Psiquiatria e à Endocrinologia para avaliação, com vistas à hormonização.

No final de dois anos, começava-se a etapa da emissão de laudos e pareceres pela Psicologia e pela Psiquiatria, com indicação da cirurgia de transgenitalização. Após a liberação desses laudos, eram feitos os encaminhamentos às clínicas de Cirurgia Plástica e de

³⁰¹ Importa destacar que a consulta com a psicologia é um dos marcos importantes dentro da trajetória no Processo Transexualizador, pois é através da consulta com este /a profissional que se inicia o tempo protocolar de dois anos para a possível obtenção de um laudo que permita a realização de procedimentos cirúrgicos almejados. Ao passar pelo/a profissional, a pessoa é registrada oficialmente no âmbito do SUS como sendo alguém que está em “tratamento” devido à transexualidade.

Ginecologia para avaliação das condições cirúrgicas. Após as cirurgias de transgenitalização, dava-se início ao acompanhamento clínico, realizado sistematicamente pela Psicologia e pela Coordenação (MENEZES; SILVEIRA, 2015).

No que se refere ao acesso aos hormônios, sempre houve muitas dificuldades em relação à dispensação dos medicamentos em Goiânia, embora a Portaria n. 2803/13 tenha previsto o custeio de alguns desses medicamentos (estrógenos, testosterona e ciproterona) tanto para os homens quanto para as mulheres trans e para as travestis. Nesse caso, os hospitais e ambulatórios habilitados precisam organizar a compra e dispensação destes medicamentos e, posteriormente, fazerem os registros e faturamentos adequados para receberem a verba disponibilizada pelo MS para esse fim.

Ocorre que essa possibilidade só ampara os/as usuários/as inscritos nos hospitais ou ambulatórios habilitados, não atingindo aquelas pessoas que precisam do medicamento, mas não conseguiram se inserir nos serviços especializados habilitados, por ausência de vagas. Além disso, é frequente que essa logística de compra e dispensação de medicamentos não seja organizada pelos Hospitais que prestam a assistência, como acontece, por exemplo no HUPE/UERJ do Rio de Janeiro, no PROTIG/HCPA/UFRGS e no Projeto TX do HC/UFG de Goiás.

Por outro lado, os estados e municípios também não tomam providências (ou são morosos para tomar) para que existam protocolos clínicos de hormonização e para que a assistência farmacêutica organize a dispensação dos medicamentos necessários ao acompanhamento das pessoas trans, conforme previsto na Portaria vigente.

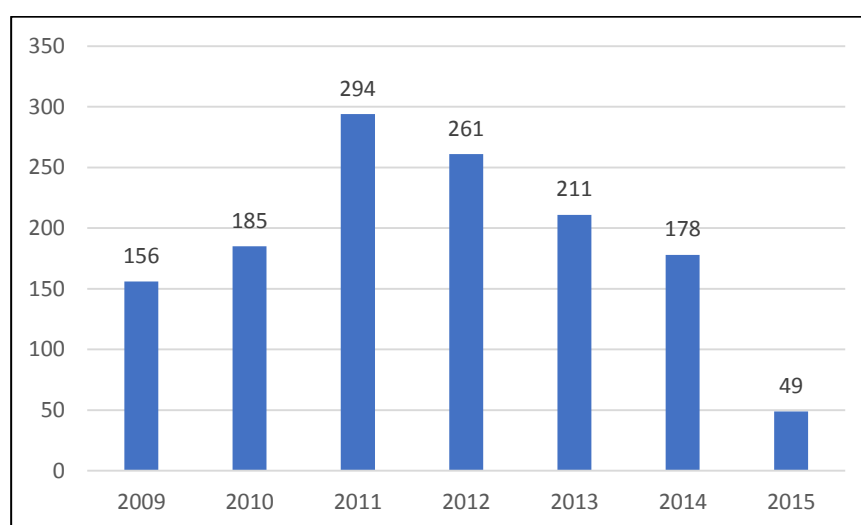
Os/as usuários/as/as atendidos/as em Goiás, em geral, precisam comprar a medicação ou buscam sua aquisição por meio de ação judicial. Alguns arranjos foram feitos para que essas pessoas tivessem acesso aos medicamentos, mas se tratava de estratégias muito limitadas, como por exemplo, a solicitação de insumos aos representantes da indústria farmacêutica, conforme fez Mariluzza Terra fez por algum tempo, na tentativa de garantir o acesso das pessoas inscritas no Projeto TX aos hormônios.

Nesse momento, o acesso a esses medicamentos ainda é um problema sem solução institucional a curto prazo. As mulheres trans e travestis domiciliadas no município de Goiânia, conseguem adquiri-los, quando eles estão disponíveis, nas farmácias públicas da rede municipal de saúde, já os homens trans e todas as demais pessoas atendidas domiciliadas em outros municípios, precisam continuar comprando o medicamento ou precisam judicializar o acesso pelo SUS.

Em relação aos procedimentos cirúrgicos e ambulatoriais realizados pelo serviço há a informação institucional de que dezoito homens e sessenta e cinco mulheres foram submetidas até hoje a cirurgias de transgenitalização, além dos procedimentos de retoque nos casos em que foram necessários. Todavia, ainda que os procedimentos ocorram, há registros de filas de espera para novos procedimentos. Importa ressaltar, ainda, que não há registros e relatos de atendimentos ofertados às pessoas identificadas como travestis.

Quanto aos atendimentos realizados e registrados nos sistemas de informação do MS pelo Projeto TX do HC/UFG entre o período 2008 a 2018 relativos ao “Acompanhamento de paciente no processo transexualizador” e ao “acompanhamento no processo transexualizador exclusivo para atendimento clínico, administração hormonal”, encontrei um total de 1334 registros de atendimento, que são melhor apresentados no gráfico 21 logo abaixo:

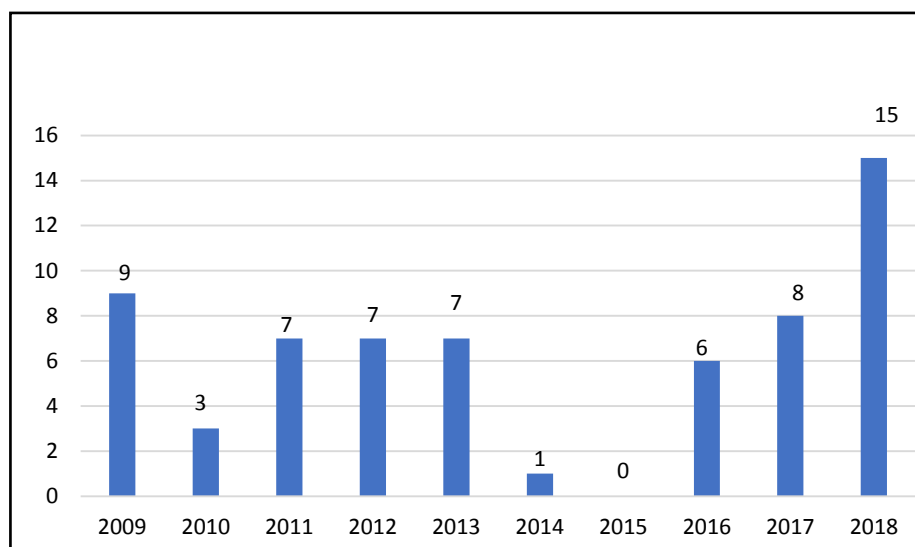
Gráfico 21- Atendimentos Ambulatoriais Projeto TX HOSP das Clínicas /UFG – Goiás



Fonte: A autora, 2019 - Baseado no Sistema de Informação do MS.

Em relação aos procedimentos cirúrgicos de transgenitalização e às cirurgias complementares/retoques o serviço registrou no sistema de informações do MS 63 procedimentos distribuídos no período estudado. Percebe-se pelo baixo registro entre 2014 e 2015, o momento crítico no qual o serviço ficou sem cirurgiões (Gráfico 22).

Gráfico 22 – Cirurgias de Transgenitalização e Cirurgias Complementares em Mulheres Trans Projeto TX – HOSP das Clínicas/UFG – Goiás



Fonte: A autora, 2019 - Baseado no Sistema de Informação do MS.

Em relação às cirurgias de “transgenitalização de segundo tempo” (que após 2013 foram categorizadas como tireoidioplastias), o serviço registrou nos Sistemas de Informações do MS, 36 procedimentos entre 2009 e 2013. Entre 2014 e 2018, já com nova nomenclatura, foram realizadas 09 cirurgias de tireoidioplastias, totalizando 45 procedimentos desse tipo em todo o período.

Quadro 11 – Demais Cirurgias em Homens e Mulheres Trans Projeto TX – HC/UFG

Ano Proced.	2009	2010	2011	2012	<u>2013</u>	2014	2015	2016	2017	2018
Tireoidioplastia/ Redesignação Sexual 2º tempo	3	10	9	11	3	-	2	1	3	3
Plástica mamaria incluindo prótese de silicone	-	-	-	-	-	1	5	6	8	8
Histerectomia	-	-	-	-	-	1	4	2	11	3
Mastectomia	-	-	-	-	-	1	4	4	3	9

Fonte: A autora, 2019 - Baseado no Sistema de Informação do MS.

Em referência aos registros de cirurgias de mamoplastia, plástica mamária com implante de silicone e histerectomia é importante chamar a atenção para alguns aspectos. As histerectomias e mamoplastias só entraram na Tabela de Procedimentos do SUS em 2013. Entre 2013 e 2018, o Projeto TX esteve a maior parte do tempo com o acesso fechado para novos/as usuários/as/as, o que pode ter refletido no represamento do atendimento das demandas e no bloqueio de novos/as candidatos/as às cirurgias. No entanto, o aumento dos procedimentos de histerectomia em 2017 e de mastectomia em 2018, pode ter relação com a entrada dos médicos cirurgiões (cirurgião plástico e ginecologista) que foram admitidos no projeto naquele período, seja pela via da cessão do profissional, seja pela via do trabalho voluntário.

Com relação às cirurgias mamárias de aumento, com implante de silicone, embora alguns procedimentos tenham ocorrido, notadamente em 2017 e 2018, há duas questões importantes que me foram relatadas durante a visita técnica ao serviço durante a pesquisa de campo e que podem impactar no quantitativo de cirurgias reportado ao MS. Primeiro, a equipe médica nem sempre registra corretamente os códigos das cirurgias que realiza e, por isso, estes procedimentos não são pagos nem contabilizados adequadamente. Segundo, existem conflitos e animosidades entre alguns/algumas profissionais do projeto TX e a equipe da Cirurgia Plástica, referentes à forma de condução dos atendimentos realizados, que repercutem nas decisões de realizar ou não realizar os procedimentos, o que acaba gerando morosidade no processo e traz prejuízos para os/as usuários/as do serviço.

A interlocução mais consistente entre o estado de Goiás e o HC/UFG para o enfrentamento das problemáticas envolvendo a assistência especializada às pessoas trans se iniciou em 2015, por intermédio, sobretudo, do movimento trans e travesti que cobrava solução a respeito das dificuldades pelas quais passava o projeto TX.

Aquela primeira interlocução abriu caminhos para o desdobramento de outras ações por parte da gestão voltadas para o desenho e estruturação da política no estado, a partir da discussão nas instâncias competentes e pactuação em CIB do programa do HC/UFG em 2016 e, posteriormente, a pactuação pelo estado de mais duas unidades para a oferta de assistência especializada no âmbito do processo transexualizador. Isto se deu por meio da definição de um hospital estadual em Goiânia e, também, de um ambulatório especializado no interior do estado, ambos pactuados no início de 2019, apesar de já estarem organizando a assistência um pouco antes.

Merece destaque nessa análise da trajetória histórica do Processo transexualizador em Goiás o já mencionado “Coletivo TransAção” (Coletivo de Mulheres e Homens Transexuais,

Transgêneras, Familiares Apoiadores da Causa Trans na UFG). O Coletivo nasceu dentro da UFG a partir da iniciativa de estudantes e pesquisadores/as de ciências humanas, daquela instituição e teve uma participação ativa na reabertura do Projeto TX entre o final de 2015 e início de 2016, por ocasião de seu fechamento em função da ausência de profissionais.

As mobilizações advindas do Coletivo foram fundamentais para provocar uma maior aproximação dos/as técnicos/as da gestão estadual de saúde com essa discussão, desencadeando um maior comprometimento dos/as gestores/as com a institucionalização do processo transexualizador em Goiás, bem como foi fundamental para a dinamização das pautas e demandas por direitos das pessoas trans, não só na universidade, mas em todo estado.

Aquele Coletivo é composto por pessoas com idades diversas entre 18 e 40 anos, entre homens e mulheres trans, além de apoiadores cis “da causa” e pesquisadores/as. Entre as pessoas transexuais, todas estavam inscritas no Processo Transexualizador, tendo por isso um interesse pessoal, além de estreita relação com o contexto acadêmico. O Coletivo é um desdobramento de um grupo previamente existente na universidade e denominado “Nome social da UFG”, que lutava por respeito à diversidade de gênero de pessoas trans estudantes daquela instituição. Foi oficialmente inaugurado como Coletivo em agosto de 2015, em resposta à ameaça de fechamento do Projeto TX em função da escassez de técnicos/as e da falta de estrutura do programa (ALMEIDA, 2018).

Seus passos iniciais se deram por meio do protagonismo de Ester Sales, uma mulher trans que estava na fila de espera para a cirurgia de transgenitalização e que era, na época, estudante da UFG. Quando foi anunciado pela coordenação o possível fechamento do projeto, ela começou a articular reuniões com os/as responsáveis pelo programa no HC/UFG, com a finalidade de evitar que isso acontecesse e deixasse de atender a uma grande demanda de pessoas trans em busca do processo transexualizador.

A atuação daquele Coletivo, no entanto, extrapolou a discussão da assistência específica do Projeto TX no HC/UFG, na medida em que provocou debates interinstitucionais que culminaram na oferta de disciplinas específicas na área de gênero e sexualidade nos cursos de saúde e psicologia. Tais disciplinas, até aquele momento, eram minoritárias tanto nesses cursos, como nos demais cursos da UFG, com raras exceções. É importante ressaltar que a partir da mobilização do Coletivo, várias disciplinas que tratavam da temática de gênero passaram a fazer parte das grades curriculares como “Núcleos Livres” a partir de uma iniciativa da Pro Reitoria de Graduação e de variados núcleos de pesquisa da universidade (ALMEIDA, 2018).

Vinculado à Coordenadoria de Ações Afirmativas (CAF/UFG), o Coletivo passou a realizar parcerias como o Projeto Pró-Saúde³⁰², com a equipe do Programa Ação Afirmativa do curso de Direito da UFG, com a Superintendência de Política de Atenção Integral à Saúde/SPAIS (Secretaria de Saúde do Estado) e com a Comissão de Direitos LGBT da OAB. Passou também a integrar o Comitê de Saúde LGBT do Estado de Goiás. Destaca-se ainda, a parceria desse Coletivo junto ao “Ser-Tão”, Núcleo de Estudos e Pesquisas em Gênero e Sexualidade da UFG, coordenado por Luiz Mello, para a criação do projeto de extensão “Trans UFG”, coordenado pelo Prof. Camilo Braz, que desde 2015 tem realizado grupos de estudos, apoio a pesquisas e eventos voltados para a discussão da temática trans na universidade (ALMEIDA, 2018).

Além disso, o TransAção fomentou a criação do Ambulatório de Atendimento para Pessoas Transexuais, Transgêneras, Travestis e Intersexuais nominado como Ambulatório de Atendimento “TTTI da UFG”, unidade de saúde que foi inaugurada também dentro da universidade para o atendimento, sobretudo na área da psicologia, de estudantes trans. O Ambulatório surgiu da articulação com a Diretoria de Atenção Básica do município de Goiânia. Também houve articulação com outros grupos do movimento trans para pressionarem o estado de Goiás para a criação de outra instituição destinada ao atendimento ambulatorial e cirúrgico das pessoas trans. O objetivo foi alcançado com a definição do Hospital estadual Alberto Rassi (HGG), na cidade de Goiânia, como referência. Ele iniciou seus atendimentos a pessoas trans no ano de 2017, inicialmente, realizando acompanhamento psicológico e de hormonização e, posteriormente, iniciando as cirurgias de mamoplastias, histerectomias e implante de silicone mamário em mulheres trans, tendo se tornado assim mais uma forma de acesso ao SUS para aqueles/as interessados/as no Processo Transexualizador, conforme detalharei mais adiante (ALMEIDA, 2018).

A partir da mobilização política ocorrida em 2015, em função da ameaça de fechamento do Projeto TX e as articulações em torno da cessão do médico cirurgião do corpo

³⁰² O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) foi criado em 2005, a partir de uma parceria entre a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde-SGTES do Ministério da Saúde e a Secretaria de Educação Superior -SESU, o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – INEP do Ministério da Educação, com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). O Programa tem por objetivo a modificação do processo formativo dos/as profissionais da área de saúde, deslocando o eixo de formação geralmente centrada na assistência individual prestada em serviços especializados para um processo em que a formação esteja sintonizada com as necessidades sociais e os princípios e diretrizes do SUS. Para tanto, o Pró-Saúde propõe a integração entre instituições de educação superior e o SUS, permitindo que os estudantes tenham um maior contato com a realidade e as propostas do sistema, através de disciplinas teóricas e práticas, construindo uma atuação que esteja de acordo com as necessidades concretas da atenção em saúde à população brasileira, levando em consideração suas dimensões sociais, econômicas e culturais. Ver: a Portaria n. 2.101, de 3 de novembro de 2005.

técnico do estado vinculado à Superintendência de Política de Atenção Integral à Saúde para atuar no HC/UFG, a gestão da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás, inaugurou o seu protagonismo como coordenadora da estruturação dessa política em âmbito estadual, um feito inédito até então.

Embora a Superintendência de Política de Atenção Integral à Saúde (SPAIS) exista no estado desde 2012 como uma das áreas da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás, o marco de sua atuação voltada à assistência em saúde das pessoas LGBTIQ+, notadamente as travestis e transexuais se deu em 2015, por ocasião da ameaça de fechamento do Projeto TX e dos desdobramentos políticos advindos desse anúncio.

Na estrutura daquela Superintendência há uma Gerência de Cuidados a Populações Específicas e dentro desta há uma Coordenação de Promoção da Equidade em Saúde que, por sua vez, é a responsável por atuar com políticas de saúde de populações negligenciadas (negra/quilombola/religiões de matriz africana, indígena, campo, em situação de rua, LGBTIQ+ e processo transexualizador).

Aquela Coordenação tem como responsáveis técnicos o Coordenador Wiley Pereira da Silva³⁰³ e a subcoordenadora, Bianca Lopes Rosa³⁰⁴. Ambos coordenam uma equipe composta por mais sete pessoas, também muito atravessadas pelos marcadores sociais de diferenças característicos das políticas nas quais atuam, pois há naquela equipe negros/as, lésbicas, gays e trans. Ser marcado/a por essas características, embora não seja uma regra, parece atribuir um direcionamento político mais posicionado na condução da Coordenadoria, conforme vemos no relato do Coordenador:

Quando eu vim para cá, eu vim por dois motivos. Um porque eu já atuo desde 2004 com movimentos sociais e o outro é porque eu também sou essa população, eu sou um homem *gay*. Então, na outra praça que eu trabalhava, eu também fui por causa disso. Na educação, onde eu também já trabalhei, foi por causa disso e daí por diante... É uma questão da minha vida, é uma questão de cidadão e é uma questão de servidor público. Há treze anos que eu sou servidor. Além dos colegas, dos pares que você vai encontrando ao longo do caminho e fazendo rede, intersecções, porque senão, não vai (...) E, no estado, para esses recortes populacionais, do qual eu também sou parte, trabalhei na Segurança Pública, na Educação, na Cidadania e aceitei o convite há três anos para trabalhar aqui na saúde para essa Coordenação e com esses grupos populacionais. Foi um aprendizado tremendo para mim, porque essas outras experiências me mostraram que o SUS é o que entrega para a população o maior número de serviços no estado de forma objetiva, de forma direta e que se consolida. Eu fiquei muito feliz com tanto aprendizado que tem sido aqui. Aproveitei e me especializei em Saúde Pública nos primeiros dois anos de trabalho aqui, aproveitando um projeto que era da Secretaria e estamos aí nesse campo.

³⁰³ Analista de gestão administrativa do Governo do Estado de Goiás. Coordenador de Promoção da Equidade em Saúde da SES

³⁰⁴ Trata-se de uma servidora pública estatutária da Secretaria de Saúde do Estado, mulher transexual, integrante do movimento social LGBTIQ+ local e usuária do projeto TX do HC/UFG.

Voltei a estudar, fui fazer ciências sociais, meu Mestrado já está direcionando para esse campo também de Sociologia da Saúde e, nesse campo que a gente está estudando que é a saúde e a população trans (...) em relação à Bianca, a vinda dela pra cá foi um posicionamento institucional. É uma mulher trans, é do SUS, tem condições de assumir uma subcoordenação e uma Coordenação. Então foi um pedido que a Coordenação fez para a gestão superior para trazê-la, porque precisa de representatividade, tê-la no meio dos/as profissionais e aconteceu (EN14) (PEREIRA DA SILVA, 2019).

De acordo com o responsável pela coordenação da Política de Promoção da Equidade do estado, ele teria assumido essa Coordenação em 2016, justamente no período em que a questão do fechamento do projeto TX estava em curso e que foi resolvida por meio do estabelecimento de um pacto do estado com o HC/UFG, onde o estado cedeu um profissional para o HC, conforme já sinalizado.

A partir dessas tratativas, que se deram institucionalmente, envolvendo a direção do HC, a coordenação do Projeto TX e o movimento social, a aproximação e envolvimento do estado foram se tornando mais sólidos, uma vez que até então, essa vinculação era meramente burocrática e se dava em conjunto com o município de Goiânia, exclusivamente para o cumprimento das normativas do SUS no que tange a regulação do acesso a assistência.

Cabe esclarecer que a regulação do acesso ao processo transexualizador no estado é de responsabilidade do município de Goiânia, pelo fato do HC/UFG estar localizado geograficamente dentro daquele município, o que o torna responsável pela coordenação/regulação daquela modalidade assistencial no estado³⁰⁵.

O que se pôde observar a partir da pesquisa documental, bibliográfica e de campo é que essa coordenação/regulação que, em princípio, é atribuição do município e se dá desde 2009, ocorre, no entanto, de forma limitada à regulação do acesso. Dessa forma, a pessoa busca a unidade básica de saúde, exclusivamente para ser encaminhada para o projeto TX do HC/UFG, não havendo, de fato uma coordenação do cuidado na rede de atenção primária.

Ao que parece, a tendência de regular sem organizar a assistência responde a uma dada estruturação das várias instâncias da gestão, onde cada setor tem competências específicas sem que haja uma coordenação articulando estas instâncias e suas competências. Assim, ao complexo regulador cabe regular o acesso e articular as unidades prestadoras, demandando

³⁰⁵ A Regulação da Atenção à Saúde e do acesso a assistência integra a Política Nacional de Regulação do SUS, sendo regulamentada pela Portaria MS/GM nº 1.559 de 1º de agosto de 2008. São ações exercidas pelas secretarias estaduais e municipais de saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde. Tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população. O estado de Goiás possui atualmente quatro centrais reguladoras. Uma de responsabilidade do município de Goiânia; outra em Anápolis; uma em Aparecida de Goiânia e uma quarta em Rio Verde, no sudoeste do estado. Por estar localizado no Município de Goiânia, a regulação do processo transexualizador do CC/UFG é de responsabilidade daquele município. Ver publicação de 22/02/2019 do Complexo Regulador Estadual (SES/GO).

delas as vagas disponíveis para os atendimentos. Todavia, para regular, há que se ter “o que regular” e essa estruturação da assistência, demanda decisão política do gestor da saúde frente às reivindicações da população usuária trans, o cumprimento das determinações legais, daquilo que foi discutido nos conselhos de saúde e do que entrou no plano de metas e no Plano Estadual de Saúde.

Na ausência dessa estruturação (que é trabalhosa) é mais fácil responder burocraticamente pactuando o caos e transferindo o problema para os serviços. O enfrentamento dessa questão envolve luta de classes, além da luta contra o sexismo, o racismo e a LGBTfobia. É a disputa, na realidade concreta, pelo SUS socialmente referenciado nos termos da Reforma Sanitária, é luta por garantia do fundo público e sua reversão para o custeio da saúde pública. É disputar com os representantes do Capital o alargamento e a garantia dos direitos sociais, que tanto despertam os interesses rentistas dos grupos financeiros que penetraram e capturaram o Estado, tornando-o “seu Estado”.

Assim, a ausência de investimentos nas políticas públicas tem atravessado todo o SUS, impedindo que haja estruturação da rede assistencial voltada para as necessidades de saúde da população, expressando-se na precariedade e na escassez dos serviços, numa situação que se agrava quando se trata de políticas direcionadas às populações estigmatizadas, como é o caso das pessoas trans.

Todavia, esse cenário político sofreu alterações entre 2015 e 2016 por ocasião das intensas dificuldades experimentadas pelo Projeto TX do HC/UFG e com a resistência combinada do movimento trans, estudantil, de pesquisadores/as e trabalhadores/as da saúde para que houvesse o estabelecimento de um cuidado em saúde mais efetivo.

A partir desse marco e num momento em que a SES/GO tinha em seus quadros, técnicos/as política e ideologicamente implicados/as com a sedimentação desse e de outros programas fundamentados na equidade, foi possível iniciar uma maior estruturação dessa assistência no estado, retirando o HC/UFG do isolamento institucional e do paradoxal lugar de poder que detinha até então. De acordo com o Wiley Silva, Coordenador dessa política em Goiás, a estruturação dessa assistência é:

O resultado de uma interlocução do movimento social com a gestão estadual, com a participação de lideranças, como por exemplo, a Mariluz, apoiando esse movimento e reivindicando no estado uma atuação mais profícua para ampliar o atendimento. A fila no HC era extensa. A gente nunca tinha os números corretos, mas se falava de uma lista de espera de duzentas pessoas, numa fila de espera que chegava a seis, sete, oito anos... Assim, até certo ponto, essa pauta ganhou lugar, apoio interno, que foi fruto de um movimento muito bem articulado do movimento social daqui, em diálogo com a Secretaria para essa coisa caminhar. Pra você ver... a Secretaria tem uma estrutura... dentro da Secretaria tem uma equipe que tem coordenação, subcoordenação, que tem dentro do Plano Estadual de Saúde metas

estabelecidas, já é um avanço muito grande em relação ao que era (EN14) (PEREIRA DA SILVA, 2019).

Em um tempo relativamente curto e num contexto político nacional e regional bastante adverso, considerando-se o conservadorismo sociocultural e político local, o estado de Goiás construiu uma ambiência política favorável à estruturação da assistência no âmbito estadual, inclusive com a inauguração de dois novos serviços. Foi um processo muito complexo, enlaçando as trajetórias profissionais e de vida privada dos sujeitos políticos envolvidos nessa construção, como se pode observar a partir da exposição de Bianca Rosa:

Eu sou Bianca Lopes Rosa, uma mulher trans, de 34 anos. Estou quase atingindo a expectativa de vida de uma pessoa trans no Brasil, e quando eu falo isso me dá muita aflição. Bom, enfim, eu sou servidora de carreira da Secretaria também. Entrei num cargo de nível fundamental por outras prioridades que eu tinha na época. Trabalhei durante oito anos no HGG³⁰⁶, vim para a militância e para o movimento social pela dor, quando em 2015 a Dr^a Mariluzia anunciou o fechamento do ambulatório e eu não tinha ainda feito a cirurgia. O maior sonho da minha vida era fazer a cirurgia, pois para mim era uma questão vital, era uma questão que afetava muito a minha saúde mental. Por conta disso, eu pensei em me matar várias vezes, pensei em me mutilar, mas graças a Deus deu tudo certo, o movimento se articulou, apoiou ela e a gente conseguiu reestabelecer o programa. Eu atuava como militante e quando Wiley assumiu a Coordenação de Equidade, ele vinha me convidando para compor a equipe e eu, como virginiana que sou, não queria sair da minha zona de conforto. Como eu estava, enquanto movimento social e enquanto servidora que conhecia a estrutura do HGG, a gente já confabulava essa oportunidade de criar um serviço lá, e sabendo que a gestão lá é feita por uma OS e era uma gestão que tinha uma certa sensibilidade para essas questões de populações vulnerabilizadas e conversando com o pessoal do movimento social, vimos uma oportunidade de tentar abrir um segundo serviço. E enquanto movimento social nós nos organizamos, fizemos uma reunião, sensibilizamos a Direção. Eles compraram a ideia e eu estava atuando lá, articulando naquilo que eu podia fazer até as coisas se estabelecerem e, no ano passado, quando o ambulatório já estava funcionando eu resolvi galgar um espaço maior. Wiley me convidou para eu vir compor a equipe e cá estou. Cada dia tenho aprendendo mais, a equipe tem sido muito generosa, muito paciente porque quando a gente vem do movimento social e que você vem atuar dentro da gestão é que você entende como funciona a dinâmica. É muito conflituoso e angustiante, mas por outro lado, é rico, porque a gente sabe exatamente onde a gente precisa atacar, melhora a nossa articulação... Além disso, fui me capacitar. Estou terminando a graduação em Gestão Pública e estamos aí (EN14) (ROSA, 2019).

De acordo com a Coordenação de Equidade da Superintendência de Política de Atenção Integral, o período de 2016 até 2018 foi de intensa movimentação política envolvendo diversos sujeitos para que se estruturasse o processo transexualizador no estado. Assim, houve várias mobilizações e contatos institucionais articulando o HC/UFG, sua diretoria e a EBSEH, solicitando que o hospital formalizasse o processo institucionalmente, uma vez que o programa nunca havia sido priorizado por aquela organização desde que esta

³⁰⁶ Trata-se do Hospital Geral de Goiânia, vinculado à Secretaria Estadual de Saúde de Goiás.

assumiu a gestão do HC/UFG e continuava até aquele momento apenas como um projeto de extensão.

No curso dessas tratativas para que o programa fosse institucionalizado pelo estado, foi necessária uma série de ajustes institucionais que permitissem sua pactuação. Dessa forma, o que o estado reivindicava, por meio da Secretaria de Estado de Saúde, numa perspectiva de atender às solicitações do movimento social, era que a instituição estabelecesse a formatação do programa para sua submissão à Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Ainda que houvesse interlocuções institucionais dentro do estado, solicitando a organização estrutural do serviço dentro do HC/UFG e que também houvesse iniciativas da gestão estadual buscando criar outros serviços em Goiás, a disputa política em torno da pactuação do Projeto TX do HC/UFG dentro da comissão Intergestores Bipartite, não foi algo fácil. Vimos isso na leitura da ata da reunião da CIB que discutiu e aprovou essa pactuação em 18 de fevereiro de 2016:

[...]

4.6 – Credenciamento/Habilitação do Hospital das Clínicas, CNES 2338424, no município de Goiânia, como Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando Acompanhamento Clínico, Pré e Pós-operatório e Hormonioterapia – Código 30.02 e Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando Cirurgias e Acompanhamento Pré e Pós-operatório – Código 30.03 nos termos da Portaria nº 2803/GM/MS, de 19 de novembro de 2013, que redefine e amplia o Processo Transexualizador no SUS (SUS). Vânia disse que o HC já é uma unidade habilitada no programa transexualizador, que antes da Portaria de 2013 se resumia na especialidade 30.0, com a nova Portaria e a redefinição dos critérios do programa criou-se mais três especialidades. Citou que o HC adequou a equipe com a inclusão de novos membros e estruturou a unidade com a *Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)*, e solicitou a extensão deste processo. Pontuou que o processo tramitou na Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, que encaminhou a SCAGES³⁰⁷ com parecer favorável, falando que a unidade encontra dentro das normas da nova política. Dr. André, de Morrinhos, indagou que estavam discutindo dinheiro para UTI e que não estão tendo, e ali estão aprovando uma “vontade” do cidadão, que não é questão de saúde e nem de doença. Reforçou que estão deixando de investir recurso em áreas prioritárias para fazer uma cirurgia que é de simples vontade do cidadão. Dra. Evanilde colocou que isto é Política do SUS. Dra. Gercilene falou que o recurso é finito, vai chegar o momento que terão que fazer opções, acrescentou que tem que repensar as questões das políticas, o que é prioridade. Dra. Evanilde convidou a técnica da SPAIS da Gerência de Programas Especiais para prestar esclarecimentos, até para mostrar que o SUS é universal e tem toda uma política para estas populações mais vulneráveis. Falou que é importante a colocação do Dr. André, pois muitas vezes ficam o questionamento dos Secretários, porque tem recurso para uma política e não tem para outra.[...] Dr. André disse que quando levantou a questão não foi para polemizar, que foi tecnicamente, se for falar de sofrimento todos os Municípios, uns mais e outros menos, têm problemas voltados ao atendimento do LGBT. Acrescentou que quando vão falar de sofrimento não dão conta de mensurar quem está sofrendo mais, se é a pessoa precisando de uma cirurgia desta ou se é alguém que está esperando uma vaga de UTI por estar infartado. Colocou que tecnicamente, quando fala que não está tirando dinheiro e um lugar e passando para outro, está sim.

³⁰⁷ Superintendência de Controle, Avaliação e Gerenciamento das Unidades de Saúde/SCAGES.

Explicou o porquê, citando o orçamento de 2015 do MS e o atual, e que o orçamento diminuiu e dentro dele aumentou o serviço e não tem recurso novo, então estão tirando de algum lugar. Ressaltou que não é contra o procedimento, mas acredita que serviço novo deveria ser recurso novo. (Secretaria de Estado de Saúde de Goiás/CIB – Ata da 1ª Reunião Ordinária realizada no dia 18 de fevereiro de 2016, às 14:30, grifo nosso).

A partir da transcrição desse fragmento do referido documento foi possível constatar o tamanho das dificuldades e das resistências enfrentadas para a institucionalização no âmbito estadual desse programa. Isso aconteceu, mesmo que ele já existisse de forma reconhecida e legitimada como uma política pública do SUS há pelo menos oito anos e que, à semelhança dos outros estados, não encontrava abertura e interesse político para sua estruturação, realidade política que começou a mudar em 2015, no caso de Goiás³⁰⁸.

Além das sistemáticas dificuldades relacionadas à destruição do SUS expressas pela escassez de investimentos e sua precarização, ao se tratar de segmentos populacionais estigmatizados como a população LGBTIQ+, acrescentemos outros atravessamentos como o preconceito, a discriminação e a moralidade conservadora que encontram nos agentes públicos os canais privilegiados para a materialização da LGBTfobia institucionalizada.

Dessa forma, o próprio Estado nega a essa população os direitos mais básicos, muitas vezes se utilizando aparentemente de um discurso “técnico”, onde a preocupação é com a gestão dos poucos recursos, mas trata-se de um argumento que busca esconder a transfobia velada. Nesse sentido, são comuns o estabelecimento das “régua de sofrimento” onde se busca estabelecer quem tem mais ou menos direito, de acordo com o grau de sofrimento ou a necessidade de hierarquizar a situação em que se encontra, como foi o mote da discussão na reunião da CIB que aprovou a pactuação do processo transexualizador no estado de Goiás.

Apesar das resistências a SES/GO conseguiu pactuar o processo transexualizador em Goiás em 2016, ao mesmo tempo que buscava estabelecer outras possibilidades assistenciais, além do HC/UFG. Esse trajeto demonstrou que o esforço empreendido pela Coordenação de Equidade, pelo movimento social e coordenação do projeto TX HC/UFG teve resultados. Embora o HGG, a nova unidade, esteja recebendo usuários/as desde 2017, ela só foi pactuada na CIB em maio de 2019, quando se alterou o contrato do estado com a OS ao se acrescentar o processo transexualizador como outra modalidade assistencial, com destinação de recurso estadual para o seu funcionamento. Assim, o Estado é o financiador desse serviço dentro do

³⁰⁸ É importante lembrar que cada um dos demais estados encontram dificuldades semelhantes com variados níveis de enfrentamentos e resultados. Em geral, é bastante comum que haja a regulação do acesso sem que estruture e se organize a assistência. Em alguns casos, a exemplo do Rio de Janeiro, sequer há a regulação do acesso, sendo a pactuação e estruturação do programa ainda uma realidade distante.

HGG, com recursos financeiros do Tesouro Estadual, pagando os procedimentos e pagando a remuneração dos/as profissionais.

Figura 13 – Hospital Geral de Goiânia – HGG/Hospital Alberto Rassi



Foto: Reprodução/TV Anhanguera

A organização do novo serviço contou com algumas particularidades, pois também foi organizado o processo de implementação do serviço dentro do hospital, onde se pôde, de forma planejada, instituir o serviço, designar a equipe, criar a codificação dos procedimentos a serem executados pelo HGG para serem utilizados pelo complexo regulador do município de Goiânia, bem como foi criada a codificação para a fila da regulação, a fim de que o/a usuário/a saiba o seu posicionamento na fila de espera entre o primeiro acesso na atenção primária e o atendimento na atenção especializada. O gestor responsável pela coordenação da promoção da equidade fez o seguinte relato sobre esse processo:

O HGG, na organização do serviço teve uma perspectiva diferente. O serviço do processo transexualizador foi organizado como uma área, uma especialidade como as outras especialidades que tem no HGG. Então, ele nasce nesse formato. O hospital foi treinado, desde [os funcionários da] portaria, desde a segurança, desde o primeiro contato de qualquer cidadão que chega lá, você tem todos os processos encaminhados para que essa pessoa alcance o que deseja e que não seja rejeitada. O estado [de Goiás] participou desse treinamento juntamente com a Direção do hospital, passo a passo. A Bianca participou desse processo porque ela estava lá. A Coordenação por meio da cessão de um servidor para lá, então foi muito próximo isso. Está funcionando. Diferente da história enfrentada pelo HU que teve um processo durante muito tempo como um projeto, não como uma área específica. Aqui existe essa especialidade no hospital. No HGG nasce como especialidade e pronto (EN17) (EQUIPE TCNICA HGG, 2019)

Sabe-se que os serviços novos contam com grandes vantagens em relação aos antigos, porque eles têm a oportunidade do aprendizado a partir de uma experiência prévia onde tudo era inédito e não havia muitos parâmetros, tanto no que diz respeito à organização estrutural da unidade de saúde quanto da assistência prestada. Esse serviço, no entanto, contou com alguns elementos positivos a mais, dentre eles a presença de uma mulher transexual, ativista e funcionária tecnicamente respeitada da instituição e a contratação, meses após o início do funcionamento, da médica Mariluzza Terra, que passou a integrar a nova equipe e auxiliar na organização do serviço³⁰⁹.

Assim, o Serviço Especializado do Processo Transexualizador – Ambulatório TX do HGG foi lançado em setembro de 2017, incluindo assistência ambulatorial e hospitalar. Em relação ao atendimento ambulatorial, o serviço conta com acompanhamento clínico, pré e pós-operatório e hormonização com equipe multiprofissional nas especialidades de Psiquiatria, Psicologia, Serviço Social, Endocrinologia, Clínico Geral, Enfermagem. Já na modalidade hospitalar há a realização das cirurgias, além da assistência prestada pelas equipes das áreas de Ginecologia, Urologia, Cirurgia plástica, Endocrinologia, Enfermagem, Psiquiatria e Psicologia, Serviço Social e Fonoaudiologia. Desde sua inauguração, já foram realizadas mais de 1,6 mil consultas, das quais 583 nos primeiros cinco meses de 2019. Em 2018, foram realizados três procedimentos cirúrgicos e, até maio de 2019, duas cirurgias já tinham sido realizadas no hospital (SES/GO, 2019).

³⁰⁹ Durante a visita que fiz a esse programa durante a pesquisa de campo, a equipe do processo transexualizador, cujo serviço é denominado ambulatório TX do HGG, se mostrou muito satisfeita com a oportunidade de terem tido a presença de Mariluzza Terra no novo serviço, os auxiliando na organização e qualificação da assistência. Após seu falecimento este fato ganhou outro significado, tendo sido qualificado simbolicamente como uma passagem de bastão, que esta nova equipe diz honrar e diz querer manter os entusiasmo e garra que tinha Mariluzza Terra à frente do projeto TX do HC/UFG.

Figura 14- Visita ao Ambulatório TX do HGG em companhia de Margareth Giglio – médica ginecologista que compõe a equipe Multiprofissional e Coordenadora do Ambulatório de Transexualidades do HGG.



Fonte: acervo pessoal.

Durante a pesquisa de campo, tanto nas visitas ao HC quanto nos contatos com a SPAIS/SES, me pareceu que a busca por um novo serviço hospitalar também se deu em razão de possíveis dificuldades institucionais na relação triangular, envolvendo a SES/GO, a EBSEH e a Universidade. Isso ocorreu, sobretudo, no que diz respeito ao posicionamento do HC na sua interlocução com o SUS, que é uma dificuldade observada em todos os serviços e diz muito sobre o papel dos HU's na sua relação com a rede e com as instâncias da gestão do SUS. Em nenhum dos estados analisados, essa relação flui com facilidade e um pouco dessas dificuldades foram reveladas por Wiley Silva, ao relatar como era a interlocução com o HC da UFG a partir do momento em que a SES/GO tomou para si a condução do processo transexualizador em âmbito estadual:

A relação interpessoal do trabalho com as pessoas envolvidas no trabalho lá conosco da gestão é muito tranquila, é de fácil acesso, é fácil de a gente conversar. A tensão instalada é uma tensão sob o ponto de vista institucional a partir do momento que o estado se posiciona diante da instituição HC e EBSEH e solicita que seja estruturada a assistência dentro do Hospital para que se possa implementar a pactuação. O hospital é universitário, mas ele está dentro de uma regulação do SUS na esfera municipal, que é quem regula o acesso e ele tem que atender a uma política do SUS. Então, isso tensiona um pouco. Encaminhava e ele sempre dava resposta... aliás, a última movimentação no HC aconteceu por conta de uma insistência muito grande da gestão estadual para cima do HC... Porque você precisa que a Diretoria dê uma resposta, que a EBSEH dê uma resposta, que eles se posicionem e nem sempre há uma compreensão e isso talvez não esteja no escopo de prioridades ou de vias deles compreenderem. Deu resultados. Então, eu avalio como uma relação de cooperação, amistosa, não é uma relação de negação, mas não foi fácil. Todavia, eu compreendo que aquela instituição ainda não tem uma compreensão do SUS como nós temos no estado, que a gente enxerga o SUS funcionando em todas as suas

etapas e, talvez, eu compreenda que o HC ainda é muito voltado para si no campo das pesquisas e projetos de extensão, sem ter uma coisa de forma transparente. Quando eu olho para o HC e para o HGG eu vejo a diferença. O HGG é uma relação que flui, que é institucional, que dá respostas institucionais com tranquilidade e o HC é um negócio que por conta de um histórico que ainda é da universidade brasileira, daquele lugar medicocentrado [...] Então, há uma dificuldade nesse sentido (EN14) (PEREIRA DA SILVA, 2019).

O estado de Goiás desencadeou um movimento muito promissor, portanto, entre os anos de 2015 e 2019. Ainda quando se discutia a estruturação e inauguração do serviço do HGG, já havia tratativas entre a SES, o movimento social³¹⁰ e a Secretaria Municipal de Saúde de Itumbiara, município que fica a pouco mais de 200 km de Goiânia, no interior do estado, para a abertura de um serviço ambulatorial também naquele território.

De acordo com a Coordenação de Promoção da Equidade, a organização para o atendimento naquela cidade se deu no mesmo contexto em que o HGG se estruturou e começou a funcionar. No mesmo momento se dava o diálogo entre o estado e aquele município, sendo que lá o processo de construção foi de um ambulatório regional para atender a doze municípios, além de Itumbiara, que fazem parte da microrregião sul³¹¹. Todavia, essa fronteira já foi ultrapassada por se tratar de um serviço que além da regulação por meio da unidade básica, também possibilita a busca pelo/a usuário/a por livre demanda, por se tratar de um serviço de “portas abertas”.

³¹⁰ De acordo com Wiley Silva, houve um acordo com o movimento social por ocasião das discussões do fechamento do Projeto TX, em 2015, em que a gestão estadual se comprometeu em levar pelo menos um serviço para cada macrorregião de saúde no Estado. Como na macrorregião central já havia o HC funcionando desde 1999 e o HGG, que iniciou suas atividades em 2017, a unidade assistencial em Itumbiara pegaria a macrorregião sul, sendo a primeira macrorregião em que as tratativas deram resultado, embora haja negociações com outras macrorregiões de saúde.

³¹¹ Cabe esclarecer que Goiás possui 18 regiões de saúde formada pela junção de microrregiões, que para fins de organização da assistência, se organiza em cinco macrorregiões.

Figura 15 – Integrantes da equipe da Coordenação de Equidade e do Ambulatório trans – CTA/SAE – Itumbiara / NABS – Núcleo de Atenção Básica à Saúde.



Fonte: Acervo pessoal

O processo de estruturação do atendimento em Itumbiara foi conduzido pela gestão estadual e municipal e seguiu todos os ritos protocolares do SUS (reunião entre gestão estadual gestão municipal, controle social, Conselho Municipal de Saúde, aprovação na Comissão de Intergestores Regionais/CIR, aprovação na CIB), apesar do contexto político pré e pós-eleições de 2018 que apontava para um processo de forte recrudescimento do conservadorismo.

A equipe multiprofissional formada por enfermeiros, assistente social, psicólogos, farmacêuticos e médicos do Núcleo de Atenção Básica à Saúde responsável pelo atendimento ao ambulatório trans de Itumbiara, recebeu o apoio e a colaboração para formação/qualificação técnica para o atendimento do HGG, sob a coordenação de Mariluzza Terra. Ela, generosamente, orientou acerca dos protocolos e fluxos de atendimento o novo serviço especializado do Processo Transexualizador. É um processo formativo que, mesmo após a morte da Coordenadora, é mantido, pois as equipes mantêm contato sistemático, conforme relatou o médico endocrinologista Clayton de Souza Gomes, um pouco antes da abertura do ambulatório:

Esse será o primeiro Ambulatório de Transexualidade no interior de Goiás, e eu estarei à frente, como médico. Serei o responsável pela hormonização desses pacientes. Como a dra. Mariluzza Terra é referência neste tipo de tratamento, tive a grata oportunidade de participar desse treinamento com ela. Atendi pacientes transexuais femininos e masculinos, conheci os protocolos de atendimento. O nosso

intuito é abrandar o sofrimento desses pacientes, que geralmente tem algum tipo de trauma e inseri-los cada vez mais na sociedade (SES/GO, 2018).

A preocupação que merece destaque é que, mesmo respeitando a importância e o legado de Mariluzza Terra, não dá para desconsiderar a possibilidade desses/as profissionais formados por ela, reproduzirem sua perspectiva patologizadora da transexualidade, tarefa que caberá, sobretudo, ao movimento social trabalhar pela sua desconstrução nos novos serviços. Sobressai na fala do Coordenador também a concepção de que se trata de “inserir os/as usuários/as” em sociedade, o que numa perspectiva crítica não corresponde à realidade. A população trans está inserida em sociedade, jamais deixou de estar. Normalmente, a partir de uma condição subalterna e sem direitos de cidadania, mas inseridos/as. Embora o trabalho da equipe seja fundamental para atenuar o sofrimento e auxiliar na construção de melhores condições subjetivas para enfrentar essas iniquidades, não se trata de modo algum de uma tarefa que possa ser compreendida em termos salvacionistas.

Outra preocupação que me ocorreu, foi dirimida no dia da visita aquela unidade de saúde durante a pesquisa de campo, que era o fato do novo serviço estar localizado dentro de uma unidade de saúde de referência para testagem em HIV/AIDS e ser desenvolvido pela mesma equipe do Centro de Testagem Anônima. De acordo com aqueles/as técnicos/as, a discussão em torno da localização do ambulatório foi realizada em várias ocasiões e com a participação do movimento trans e travesti até que se construiu o consenso de que aquela equipe e serviço seriam os mais qualificados e sensibilizados para o atendimento às travestis e transexuais que procurassem aquele programa.

Em relação às travestis, tendo em vista o caráter patologizante que é comum na maioria dos serviços brasileiros, aí incluindo o HC/UFG que, ao longo de sua trajetória, excluiu as mesmas da assistência, persiste a preocupação quanto ao acesso delas às novas possibilidades de atendimento no estado. Quanto a isso, a coordenação da Promoção da Equidade pontuou que:

[...] Sim elas podem e devem ter acesso. O serviço também é para elas, porém existe uma problemática sócio cultural aqui em Goiânia para o acesso das travestis aos ambulatórios do processo transexualizador, além delas “se sentirem numa condição não digna de direitos para adentrarem esses espaços”, ainda existe um estigma difundido entre as travestis que, as pessoas que buscam o processo transexualizador, são induzidas a realizar a hormonização (as que trabalham como profissionais do sexo evitam hormônios para não interferir na libido) e isso acaba atrapalhando a busca por parte delas desses serviços.

Diante da histórica exclusão das travestis dos espaços de assistência à saúde, eu diria, nesse caso, que “gato escaldado tem medo de água fria”. Todavia, a coordenação afirmou que

tem atuado junto aos consultórios de rua para sensibilizá-las de que elas podem e devem procurar os serviços do processo transexualizador, no entanto, observaram até o momento pouca aderência.

Assim, o estado de Goiás tem atualmente mais dois serviços habilitados por iniciativa da gestão estadual, atendendo às reivindicações, sobretudo, do movimento social, de modo que em 23 de maio de 2019 estes novos serviços tiveram sua pactuação aprovada na reunião ordinária da CIB, tendo sido discutidos nos Conselhos, nas comissões regionais, na Comissão Bipartite e atualmente se encontram aguardando habilitação pelo MS.

A gerência da Política de Promoção da Equidade tributa os avanços na estruturação dessa política a partir de 2015 tanto da coalisão política já descrita, como também às características da forma como a SES está estruturada naquele estado, onde todos/as os/as profissionais que atuam nesse campo são servidores/as públicos/a estatutários/as. Destacam, ainda, o posicionamento da gestão, que não mudou a equipe nem mesmo com as transições típicas do processo político eleitoral e a importância de terem conseguido pactuar metas e destinar verbas para essa política na Programação Anual de Saúde do Estado, que prevê recursos específicos para esse tipo de ação, uma vez que o Plano Plurianual do Estado tem financiamento para promover tal política³¹².

No entendimento dos/as gestores/as, essa postura diante do programa não se trata de arranjo ou improviso da SES para fazer propaganda política, mas de uma decisão estratégica da pasta da Saúde, inscrita e publicizada nos documentos oficiais, de alcance público, sendo esta o que lhes dá respaldo institucional para desempenharem o seu papel. Ao indagar sobre as particularidades características dessa Coordenação na condução dessa política no Estado, Wiley Silva aponta que:

[...] Tem um fator nesse campo de políticas estigmatizadas... a Coordenação é um lugar que sempre perpassou profissionais que se ligam às causas sociais, as questões sociais dentro do SUS de uma forma alinhada com o movimento social e com a perspectiva do SUS, na visão de sua concepção, de sua perspectiva como saúde pública, de saúde como direito social e trabalha dentro do Estado e aí você olha o Estado como uma concepção política ou como uma grande organização cheia de departamentos e se posiciona do ponto de vista técnico e político também... dentro dessa Secretaria. Há um diálogo que a Coordenação faz com os seus pares (EN14) (PEREIRA DA SILVA, 2019).

Nessa mesma direção, Bianca Rosa sustenta que a aproximação que o movimento trans fez com a gestão e a abertura que a gestão teve para a necessidade da representação

³¹² Além da dotação orçamentaria no PPA para o custeio das ações do processo transexualizador instituído no estado, a SES/GO, representada pela Coordenação de Promoção da Equidade, conseguiu incluir no planejamento anual das ações de saúde do para o ano de 2021, a destinação de uma verba extra em apoio aos municípios que abrirem ambulatorios. Com essa medida, espera-se uma maior adesão dos municípios à esta política.

política de pessoas trans dentro da estrutura do estado, foi um diferencial que contribuiu para o sucesso que a equipe conseguiu construir, em consonância com as reivindicações do movimento trans e travesti. De acordo com a gestora, é importante que os sujeitos estigmatizados ocupem espaços estratégicos na sociedade, nas instituições, porque segundo ela:

Precisamos sair do lugar de pedir assessoria e [passar a] dar a direção, assumir esse protagonismo: “Olha, a gente vai por aqui, vamos fazer isso”. Sair desse tecnicismo burocrata que emperra as coisas e faz com que as coisas não funcionem (EN14) (ROSA, 2019).

Essa mobilização da Coordenação da Promoção da Equidade em parceria com o movimento trans e travesti e com os demais sujeitos políticos, tem alcançado as mais variadas regiões do estado. De forma, que há entendimentos em curso para a adesão de outros municípios com interesse manifesto de ofertar assistência especializada. É o caso de Jataí (GO), localizado no sudoeste do estado, visitado pela Coordenação da Promoção da Equidade quando eu terminava minha pesquisa de campo em Goiás, o que inviabilizou minha presença também naquele município.

O interesse de alguns municípios na abertura de possibilidades de atendimento ambulatoriais no estado é creditado, entre outros motivos, a um trabalho realizado pela Coordenação de Promoção da Equidade que diz respeito à capacitação das equipes de saúde do estado nos temas atinentes aos segmentos populacionais sob responsabilidade da Coordenação (negros, indígenas, ciganos, LGBTIQ+, entre outros). Assim, de acordo com Wiley Silva:

O estado por meio da Coordenação, por exemplo, do bloco de capacitação em que a gente trabalha desde 2012... esse tema é pautado pelo estado em encontros estaduais e regionais com os profissionais de saúde. Então, o tema chega para os profissionais e, também, chega para a população que começa a questionar o município... Em Goiânia, nesses últimos dois anos, todos os distritos sanitários foram alcançados por debates em encontros com os profissionais de saúde para essa política especificamente. Há uma sensibilização constante. Todo ano a gente está fazendo. Há uma sistematização que vai fomentar os núcleos de discussão e o estado atinge diretamente, apoiando os municípios, que são no total de duzentos e quarenta e seis aqui dentro do estado de Goiás. E todas as regiões do estado nesses últimos anos, vem sendo atingidas por esse tema por meio de seminários, fóruns, cursos, treinamentos, visitas técnicas, capacitações. A gente vai até os municípios, o estado financia essa equipe para ir aos municípios, para ir para as regiões. Além disso, há uma interlocução com as instituições de ensino superior. Estamos presentes em congressos de estudantes de enfermagem... vai acontecer um em Goiânia, também em Rio Verde e em Itumbiara e a gente está planejando outro. Onde têm escolas que têm cursos de saúde, o estado vai se envolvendo e leva essas temáticas. Fizemos preceptoria de estudantes de Medicina aqui, da UFG, da PUC, que aqui passam e conhecem a política nas áreas de saúde. Nós temos aulas para os estudantes de Institutos Federais aqui. Eles vêm aqui conosco e passam uma manhã tendo aula para discutir essas políticas e isso já acontece há quatro ou cinco anos. Então, esse é outro elemento que eu acho que o estado faz de uma forma diferenciada e mantém essa postura. E é uma atitude também que mostra a força do SUS em Goiás. A

Secretaria tem uma história dentro do SUS, junto com os municípios e a Secretaria tem guardado essa história e acho que é por isso que isso tem acontecido. Claro que a gente tem os limites e os riscos. Nós não somos ingênuos como profissionais, mas nós atuamos para manter e ampliar (EN14) (PEREIRA DA SILVA, 2019).

Além das ações para a estruturação e ampliação do processo transexualizador no estado, a Coordenação de Promoção da equidade destacou as parcerias instituídas com a Secretaria Estadual de Desenvolvimento Social e o Instituto de Pesquisa e Estatística Mauro Borges, vinculado ao governo estadual. Tais parcerias se deram para a criação de um formulário eletrônico destinado ao mapeamento da população LGBTIQ+ do estado de Goiás, tendo em vista as dificuldades encontradas para a formulação de políticas públicas, sem que haja o devido conhecimento quantitativo e qualitativo acerca da população a quem se destina essas políticas. *“Como é que você vai fazer política pública se você não tem dados? Quando você não reconhece essa população é mais fácil negligenciar”*, questionou a esse respeito Bianca Rosa. Nessa perspectiva, a gestora aponta a intersetorialidade como algo que não se pode perder de vista:

Nós não podemos nos isolar como uma ilha e achar que somos autossuficientes. Porque o estado, mesmo que venha a ter a política LGBT, essa política tem elencado quais são as responsabilidades da União, dos estados. E a gente tem tentado fazer, mesmo sem a política formalizada, o que é o papel institucional do estado de dar apoio técnico, de mediar as capacitações, porém, não fazemos isso sozinhos. Não é “a Coordenação” é o estado. Então, a gente tem tentado demandar as responsabilidades para cada área. E o nosso mote de trabalho, além desse apoio técnico para mediar todos esses processos, dar apoio técnico aos municípios é essa parceria de estar sempre dentro dos espaços acadêmicos falando sobre essas políticas, de trabalhar a capacitação profissional. Capacitação acho que nem tanto [...] mas a sensibilização porque o preconceito acho que é o maior problema, principalmente quando a gente pensa em integralidade e pensa no processo transexualizador para além daquela linha de cuidados específicos da transição, é pensar que o ser humano tem um monte de outras demandas... Ele tem unha encravada, tem dor de cabeça, dor de dente, pressão alta, diabetes e, é claro, que você precisa pensar em interseccionar (EN14) (ROSA, 2019).

Cabe destacar aqui um dos maiores paradoxos encontrados durante a pesquisa de campo no que se relaciona à organização do processo transexualizador em Goiás frente a Política Estadual de Saúde LGBT. Com exceção da rede de atenção à saúde da população trans de Goiás, que está sendo estruturada, não existe outra política específica que contemple a população de LGBTIQ+ no estado. Ou seja: não existe Política Estadual de Saúde LGBT instituída em Goiás, ainda que haja avanços visíveis e palpáveis no que toca a saúde trans.

Tendo como base as observações advindas da pesquisa de campo, cheguei à conclusão que esse paradoxo tem relação com as características contraditórias próprias da formação sociopolítica local que, ao mesmo tempo que é marcada pelo conservadorismo nos costumes e

na política, tem uma tradição de valorização do SUS, além de contar com um movimento trans e travesti atuante no campo dos direitos humanos.

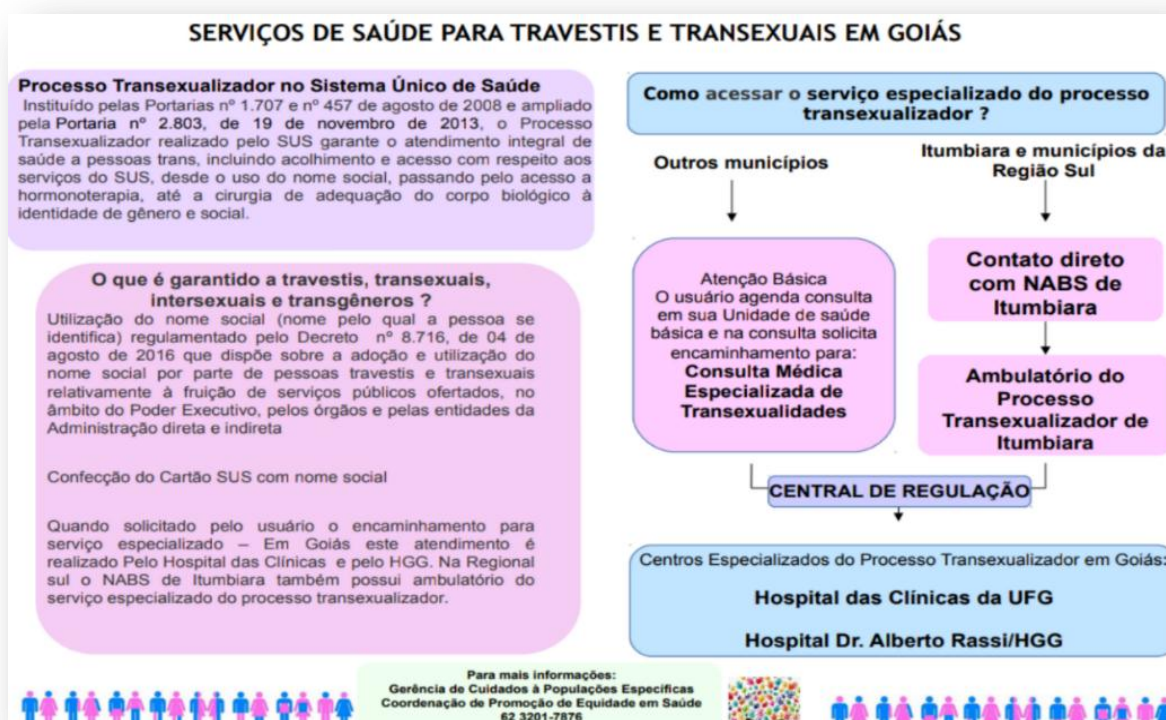
De acordo com a Coordenação de Promoção da Equidade, ainda que exista uma bancada legislativa de deputados estaduais e federais que dificultam o desenvolvimento de pautas progressistas no campo dos direitos humanos, o governo criou e manteve o Conselho Estadual LGBT, o Conselho Estadual para a Mulher e o Conselho Estadual da População Negra. Criou também estruturas, dentre as quais a Coordenação de Promoção da Equidade, por exemplo, dentro da Secretaria de Saúde desde 2012 e que ainda se mantém na atualidade. Ao que parece, esses avanços também podem ser tributados ao fato de que muitos dos atuais gestores que atuam na estrutura do SUS e de outras secretarias, notadamente, as voltadas para as políticas sociais (educação, assistência social, direitos humanos), serem originários das bases dos movimentos sociais/direitos humanos.

Tal característica permitiu conquistas muito importantes, mas também apresenta limites, um deles é não terem conseguido implementar ações políticas que demandem corresponsabilização das outras pastas governamentais (intersectoriais) ou que provoquem discussões que possam despertar reações opositoras de grupos políticos mais conservadores, sobretudo em um estado onde o legislativo é protagonizado por representantes afiliados de grupos religiosos e de policiais, conforme consulta realizada ao *site* da assembleia legislativa do estado³¹³.

Quanto às formas de acesso ao atendimento nos serviços especializados, é necessário atualmente que a/o interessada/o busque um encaminhamento nos postos de saúde de qualquer um dos municípios do estado e passe por um/a médico/a clínico geral informando a necessidade do encaminhamento para o acompanhamento nos ambulatórios do processo transexualizador. Lembro aqui que os únicos serviços com possibilidade de inserção de novos/as usuários/as/as atualmente são os programas de Itumbiara e do HGG:

³¹³ A assembleia legislativa de Goiás é composta por 37 deputados, apenas 7 são de partidos denominados de centro esquerda. A maioria desses políticos se reivindicam cristãos, seguido de delegados, coronéis, representantes do agronegócio e do campo.

Figura 16 - Fluxo de Atendimentos às pessoas Trans no estado de Goiás.



Fonte: SES/GO

Não obstante os esforços empreendidos pela gestão para a organização da assistência e capacitação/qualificação das equipes, ainda são comuns as situações de constrangimento e embaraço experimentados pela população em busca de atendimento. No trabalho produzido por Almeida (2018) há relatos de pessoas que foram encaminhadas primeiramente a uma assistente social para aconselhamento e verificação da veracidade da demanda, até situações, em que foram encaminhadas para profissionais que não atendem a essa especialidade. Ou seja, chegar ao atendimento, propriamente dito, ainda é um processo árduo, conforme relato de uma usuária do programa, registrado na produção de Almeida (2018):

Primeiramente, eu tive que ligar no 0800 e esperar para ser atendida, para agendar uma data para passar pelo clínico geral. Porém quando fui, não tive sucesso e passei por vários constrangimentos, o principal em relação ao meu nome. Depois disso eu desisti e continuei fazendo meu tratamento particular, para tomar meus hormônios (ALMEIDA, 2018, p. 62).

Esse tipo de situação faz com que muitas pessoas desistam de buscar atendimento especializado e persistam na automedicação e no uso de silicone industrial para algumas das transformações corporais desejadas, por exemplo. Tal situação expressa a dificuldade que a população trans e travesti tem em acessar os serviços de saúde ao solicitarem serviços

especializados, já que ainda é recorrente que passem por situações de transfobia institucionalizada nestes espaços, o que aponta que por mais que haja esforços da gestão estadual em estruturar, ampliar e qualificar o atendimento, muito ainda precisa ser feito.

Figura 17 – Hospital das Clínicas da UFPE – Pernambuco



Foto: Vanessa Bahé/G1.

3.5 Trajetória histórica, caracterização da equipe técnica, organização da assistência prestada e produção hospitalar/ambulatorial do serviço no HC/UFPE

Cada um dos cinco serviços habilitados para o atendimento ambulatorial e cirúrgico no âmbito do processo transexualizador no Brasil é muito singular. Eles, no entanto, carregam em si algumas características de sua trajetória histórica e de organização interna que guardam bastante similaridades umas com as outras.

No caso do Programa de Pernambuco, há pontos em comum no seu percurso histórico com os demais e as diferenças são dignas de nota. Ao que parece, o fato de ser um serviço habilitado mais tardiamente em relação aos demais e de ter tido uma experiência anterior de atendimentos cirúrgicos às pessoas trans, avaliada como mal-sucedida, fez com que a Unidade

Assistencial da UFPE se beneficiasse dessas experiências, adquirindo maior amadurecimento político e buscando trilhar outros caminhos.

Acerca desse passado anterior do serviço no que toca as cirurgias de transgenitalização, tanto as entrevistas realizadas com as profissionais precursoras do programa na UFPE (a partir do momento em que ele foi institucionalizado em 2014), quanto a produção teórica de análise sobre essa realidade, apontam que se tratou de um processo complexo, difícil e malsucedido, no qual a população usuária enfrentou muitas situações de desrespeito e opressão.

Em artigo de Tenório, Livadias e Vieira (2017), bem como no contato que tivemos com a assistente social Cristiane Valença de Miranda³¹⁴ e a psicóloga Suzana Konstantinos Livadias³¹⁵, durante a pesquisa de campo, pudemos chegar a um resgate histórico da trajetória daquele programa, tendo em vista terem sido estas as vozes ativas na sua construção.

De acordo com esses protagonistas do processo de construção do programa, a experiência que vigorou entre 2001 e 2010 constituía-se numa “equipe” formada por um cirurgião ginecologista, um residente em ginecologia e um residente em Urologia, 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).

Durante a pesquisa de campo, em visita aquele serviço e durante uma reunião com toda a equipe atual para discussão do programa, foi dito que havia muitas pessoas que já tinham feito cirurgias de transgenitalização. Essas pessoas teriam sido submetidas a procedimentos sem que o médico responsável tivesse pleno domínio da técnica cirúrgica,

³¹⁴ Assistente Social no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco e Assistente Social da Prefeitura de Camaragibe. Foi coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde do Hospital das Clínicas-UFPE, coordenadora adjunta do Espaço Trans/UFPE.

³¹⁵ Coordena o Serviço de Assistência à população transexual e travesti – Espaço Trans – no Hospital das Clínicas HC/UFPE. Possui graduação em Psicologia, com Residência em Psicologia na área de Saúde Mental. É Psicóloga da Universidade Federal de Pernambuco – Hospital das Clínicas.

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 profissional responsável, que era o único médico responsável pelos procedimentos. Como saldo daquele período, restou o subsequente abandono institucional das pessoas que eram atendidas até então. 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 daquele médico, na ausência de encaminhamentos das várias situações de cirurgias mal sucedidas que tornavam necessários reparos imediatos, além da nebulosidade acerca das informações sobre o trabalho realizado, o que já era grave mesmo antes da aposentadoria do profissional.

Sobre essa desresponsabilização institucional, a assistente social e uma das pioneiras da fase de reestruturação do programa, Cristiane Valença, relatou o seguinte³¹⁶:

Essas meninas ficaram completamente desassistidas. Sem nada. Eu tive conhecimento disso porque, espontaneamente, eu decidi ir ao prontuário. Quando eu notei que o nome social era uma prerrogativa importante e eu situei na rede pública uma possibilidade de encaminhamento, de drenagem dessa demanda aí eu digo: *“Vou aos prontuários das meninas que já foram submetidas ao processo para ver se elas já sabem da boa nova. E vou dar os referenciais de encaminhamento”*. Por esse motivo, foi que eu tive acesso à história crítica dessas meninas. Depois que eu fiz esse contato para referenciar para a retificação do nome, fiz um pré acolhimento com a demanda que procuravam e que dizia respeito ao processo transexualizador. Então, minha amiga no ambulatório de Ginecologia atendendo as demandas gerais de “gineco” e eu acabei naturalmente me reportando as especificidades do processo transexualizador. E aí eu fiz esse pré acolhimento porque a resposta institucional, não tinha (EN23) (VALENÇA, 2019).

De acordo com Silva (2019) com a suspensão das cirurgias, a grande mídia passou 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 acabou atraindo os olhares do movimento trans e travesti, fazendo com que ganhasse força para exigir maior

³¹⁶ Cristiane Valença apresentou, panoramicamente, como ela teria se aproximado dessa problemática, ao relatar durante a pesquisa de campo, que por volta de 2011, ela estava inserida na enfermaria da Ginecologia, departamento no qual o médico e professor absorvia as pessoas trans interessadas na cirurgia. Nesse mesmo departamento, havia uma colega, também assistente social, que atendia no ambulatório as demandas das pessoas trans, juntamente com as demandas gerais, tendo em vista que não havia nenhuma proposta de atuação com especificidade para essa demanda. Assim a partir dessa proximidade com a colega que atuava no ambulatório, Cristiane Valença tomou conhecimento das recorrentes reivindicações feitas pelas pessoas trans desassistidas após a aposentadoria do médico e que estavam sem absolutamente nenhuma resposta institucional às suas demandas.

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 repensasse sobre sua responsabilidade institucional e sobre os encaminhamentos que deveria dar a essa questão (SILVA, 2019).

Paralelamente, outras ações foram encaminhadas, primeiro por iniciativa individual de alguns/algumas técnicos/as do HC³¹⁷ e, posteriormente, como respostas institucionais, ao mesmo tempo em que o movimento social acionava o Ministério Público. 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 2008³¹⁸.

Tenório, Livadias e Vieira (2017) destacam em seu texto, algumas ações importantes implementadas pelo movimento trans e travesti e por outros sujeitos político-institucionais após o fechamento do serviço. Elas sintetizam de maneira apropriada o contexto em que se deu a construção e aprimoramento do programa, em outras bases:

- 1) Em fevereiro de 2012, foi feita denúncia pelo homem trans ativista Leonardo Tenório – em função de também sua história pessoal de vida ter sido prejudicada pelo fechamento do serviço –, no Ministério Público de Pernambuco (MPPE). A denúncia resultou na abertura de um inquérito civil conjunto pelas promotorias de Direitos Humanos (com o promotor Westei Conde y Martin Júnior) e de Saúde (com a promotora Helena Capela) em julho de 2012 (PERNAMBUCO, 2012). O MPPE pressionou e acompanhou a Secretaria Estadual de Saúde e a direção do Hospital das Clínicas até o ano de 2016, já com o serviço implantado e funcionando;
- 2) Dentro do Conselho Estadual de Saúde (CES-PE), os ativistas Leonardo Tenório (AMOTRANS-PE) e Henrique Eduardo Alves, ocupando o cargo de conselheiros estaduais de saúde, representando o movimento LGBT, também garantiram a inclusão da meta de “Implantar Núcleo Estadual de Atenção à Saúde da População LGBT” (sic) dentro do Plano Estadual de Saúde de 2012-2015 (PERNAMBUCO, 2012);
- 3) No segundo semestre de 2011, durante as conferências municipais, estadual e nacional de Políticas Públicas e Direitos Humanos de LGBT, e a partir de reivindicações trazidas pelos ativistas Leonardo Tenório, Chopelly Santos e demais ativistas da AMOTRANS-PE, foi incluída nas resoluções e todas as conferências a

³¹⁷ A assistente social Cristiane Valença, que foi a profissional que primeiro teve a coragem de enfiar a mão naquele vespeiro, informou que houve um momento, por volta de 2011/2012, em que o HC descobriu que as mais de 20 cirurgias realizadas nas pessoas trans não haviam sido remuneradas. Só naquele período a gestão descobriu que existia uma Portaria de 2008 (457/08) que permitia o pagamento desses procedimentos pelo Ministério da Saúde. Ao mexerem com essa questão a gestão também descobriu que os/as usuários/as/as do serviço havia procurado o Ministério Público para tentar forçar a instituição a se posicionar frente a desassistência que estavam submetidos/as. A partir daí, a instituição por meio da assistente social Cristiane Valença e dois membros da direção do HC, 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 pudesse intervir.

³¹⁸ A constituição de um espaço como este 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, na época lideradas pelos ativistas Chopelly Glasdistone e Leonardo Tenório, respectivamente. Cf.: SILVA, 2019.

demanda da implantação do Processo Transexualizador em Pernambuco, dentro dos moldes regulamentados pelo MS;

4) Organizado pelo CES-PE, foi realizado o I Seminário Estadual de Saúde da População LGBT no Controle Social, em Itamaracá (PE), nos dias 24 a 26 de agosto de 2012, no qual esteve presente o então Secretário Estadual de Saúde, Antônio Carlos Figueira. Ele anunciou que criaria a equipe do Processo Transexualizador em Pernambuco, e assinou uma Portaria criando um Comitê Técnico Estadual de Saúde Integral LGBT (PERNAMBUCO, 2012) para assessorar a Secretaria, entre outras coisas, na implantação do Processo Transexualizador no SUS no estado;

5) A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa da SES-PE, sob gestão de Andreza Barkokebas, interrogou as direções dos grandes hospitais estaduais pernambucanos e o Hospital das Clínicas, que é federal, sobre a possibilidade de criação do serviço. Apenas o Hospital das Clínicas se candidatou. Em consenso entre a SES-PE, a DAGEP e o DAE do MS e o movimento social trans, o serviço seria criado *contanto que nenhum profissional da equipe não-credenciada anterior fizesse parte* e o atendimento prezasse pela humanização, o respeito ao nome social e tivesse pelo menos uma pessoa trans trabalhando na equipe;

6) Em outubro de 2014, o MS através da Portaria SAS/MS n. 1.055/2014, credenciou oficialmente o HC-UFPE como estabelecimento de saúde habilitado a disponibilizar o Serviço de atenção especializada do Processo Transexualizador no SUS nas modalidades ambulatorial e hospitalar (TENÓRIO; LIVADIAS; VIEIRA, 2017, p.115-117, grifo nosso).

É importante destacar, em acordo com Silva (2019) que a mobilização interna realizada 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 problema³¹⁹, situação em que se destaca a assistente social Cristiane Valença, a psicóloga e hoje Coordenadora do serviço, Suzana Livadias, entre outros (SILVA, 2019).

Outro destaque importante a ser feito, diz respeito à exigência tanto do movimento trans quanto dos/as técnicos/as do MS de que o serviço habilitado não tivesse a presença de nenhum dos/as profissionais que atuaram no projeto anterior, conforme aponta Cristiane Valença:

Eu estava na Ginecologia e, naturalmente, eu fui me aproximando dessa temática. Foi quando eu cheguei na gestão, porque o MS, quando chegou, a gestão do HC vai pegar quem estava envolvido no processo. Eu e outras pessoas fomos. A assessora da gestão me convidou e disse assim para mim: “O Ministério vai vir, vamos confeccionar a formalização do documento e a gente precisa montar a equipe, mas o MS não quer gente antiga aqui”. Eu disse: “Beleza”. Foi quando essa aliança com a gestão aconteceu e a gente começou a discutir composição da equipe e eu disse: “Conheço a Suzana da Psicologia”. Ela deu uma chamada em Suzana. Suzana entra

³¹⁹ É importante destacar que toda a mobilização interna e externa em torno da institucionalização do atendimento às pessoas trans dentro do HC da UFPE teve um outro desdobramento muito importante, que foi a iniciativa da Universidade de criar 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 Intersexuais. Ver <https://www.ufpe.br/diretoria-lgbt>.

no processo e a gente começa a pensar o processo juntas e já corremos para o Departamento de Psicologia e de Serviço Social, porque a gente precisava fazer a imersão nessa discussão, porque a gente reconhecia que não tinha *expertise* para isso e precisávamos estudar a temática. A gente começou por aí. E a partir dessa inserção nossa, fomos compondo (EN23) (VALENÇA, 2019).

Há consenso entre as atuais lideranças do programa no HCPE de que constituiu uma vantagem o serviço ter sido organizado quando o MS formalizava a revisão do processo trans em âmbito nacional e que esse processo de organização interna fosse protagonizado pela gestão do hospital.

Essa convergência de mobilizações institucionais tanto na esfera do HCPE quanto dentro da gestão do MS foi fundamental para a quebra da lógica tão frequente no processo transexualizador, que é personalização do serviço. Ou seja, o programa nasceu 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 serviço³²⁰.

Isso também foi possível porque, diferentemente dos outros quatro serviços que tinham uma história anterior à revisão da Portaria, o programa de Pernambuco quando foi instituído, contou com outros elementos e discussões que já questionavam a centralidade da cirurgia e propunham a perspectiva da integralidade do cuidado.

É importante destacar que nas reuniões no MS onde aconteciam o núcleo das discussões e polêmicas em torno da patologização e centralidade da cirurgia na assistência prestada, invariavelmente, eu encontrava com a presença sempre atenta da assistente social Cristiane Valença, que era a representante do HC/UFPE naquele espaço e que, certamente, soube aproveitar a riqueza daquelas polêmicas ao retornar para seu serviço.

Esse aspecto é um diferencial bastante importante em relação aos quatro serviços pioneiros, uma vez que a nova unidade de atenção especializada habilitada pôde desconstruir a lógica pautada no saber/poder médico hegemônico, a partir tanto das polêmicas no âmbito da

³²⁰ Durante a pesquisa de campo, foi dito em reunião em que discutíamos a trajetória desse programa em Pernambuco que houve um apoio da gestão na organização do novo programa também porque se acreditava que haveria uma remuneração importante a ser feita a partir da implantação da política, o que facilitou os diálogos e os trânsitos entre os serviços e chefias e a realização de reuniões de discussão sobre a organização do serviço. Além disso, também havia tido uma importante mudança de gestão, com a entrada de gestores mais acessíveis e abertos à essa temática, inclusive a partir da participação de uma gestora egressa do Programa Nacional de Humanização.

revisão da Portaria no MS, quanto nos percursos construídos no processo de discussão dentro do estado. Sobre isso, Cristiane Valença fez as seguintes considerações:

Tem um detalhe nesse processo, que eu observava: é que o antigo cirurgião sempre se promovia dentro de uma concepção técnica de “inovador”. Então, quando ele falava disso – porque ele era dentro do meio médico o importador da instituição para fora – ele sempre se referia a essa questão a partir desse lugar de inovação, de tecnologia de ponta. O que eu achei que foi um diferencial na mudança de curso político dentro dessa discussão foi quando a gente estava na aliança com a psicologia e foi com aquele menino, Benedito³²¹, porque Benedito tinha um pé na academia e no movimento social, pela inserção dele. E foi quando Benedito, nessa reunião, desmistifica essa construção que o cirurgião fazia. Benedito tinha diálogo estreito com o movimento social e dizia que se sentia envergonhado de saber que Pernambuco era entendido como um açougue com a experiência da cirurgia experimental. E com essa desconstrução que Benedito faz de a gente ser a tecnologia de ponta cirúrgica, porque se a gente vai nessa pegada, com certeza a gente ia por essa lógica patologizante e medicocentrada. Mas isso foi deslocado e eu senti que dali para frente, nunca mais nenhum cirurgião teve o protagonismo dentro da equipe (EN23) (VALENÇA, 2019).

Nessa mesma direção Suzana Livadias, atual Coordenadora e uma das precursoras do programa no HC/UFPE, apontou o papel do movimento trans e travesti, do MS e do MP. Ela destaca o fato de que não há na nova equipe qualquer vestígio dos/as profissionais que atuaram no antigo projeto do Departamento de Ginecologia em função da experiência cirúrgica mal sucedida, o que pode ter contribuído para que o novo serviço tivesse sua lógica deslocada e a centralidade da equipe cirúrgica fosse ressignificada. Esse deslocamento tensionou uma lógica que nunca é questionada. “Isso também trouxe para o hospital uma rusga porque o pensamento era: Como? Se a gente que é o centro da inovação e o povo não quer saber dessa equipe?”, analisou Suzana Livadias.

Assim, pode-se dizer que 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 mais singularidades do que por aspectos comuns em relação aos outros quatro serviços habilitados no país. Dentre essas singularidades, a que mais se destaca é o fato de o serviço não ser coordenado por médicos/as, não se pautar pela lógica psiquiatrizante e não ter a cirurgia como meta do cuidado.

Diferentemente do que ocorre nos outros serviços credenciados pelo MS no Brasil, 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 expressão (SILVA, 2019).

³²¹ Trata-se do especialista em gênero e diversidade, Benedito Medrado, integrante do movimento LGBT, professor e pesquisador da UFPE no campo da psicologia.

Dessa maneira 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 nuclear onde duas psicólogas, duas assistentes sociais, uma farmacêutica e uma enfermeira recepcionam e acompanham sistematicamente por, no mínimo, dois anos as pessoas trans que demandam assistência naquele programa.

Para aquelas pessoas que demandam procedimentos cirúrgicos, são realizados encaminhamentos (e não laudos) após o tempo legalmente exigido para os/as médicos/as que farão os procedimentos cirúrgicos. No curso daquele acompanhamento multiprofissional, as pessoas trans são atendidas por clínicos gerais, endocrinologistas, ginecologistas, tem acesso a terapia individual em caso de demanda, fazem exames clínicos, sempre referenciadas por esse núcleo, que é o Espaço Trans.

Dentro da dinâmica daquele programa, a equipe multiprofissional do Espaço Trans se organizou a partir da definição de que toda a equipe acompanhará todos os atendimentos, sendo que há técnicos/as de referência para cada usuário/a³²². O carro-chefe desses atendimentos são as reuniões de grupo quinzenais, nas quais a proposta é proporcionar discussões horizontais acerca de absolutamente todo e qualquer assunto que surgir, inclusive se constituindo num espaço onde essas pessoas podem ou não questionar as normas de gênero que muitos/as reproduzem, conforme sinalizou Suzana Livadias:

Então, a gente dividiu esses grupos, a ideia é que possamos conversar com as pessoas, problematizar. Aqui virou uma sala de espera, tem essa possibilidade. A gente gosta, acha importante que as pessoas também venham, conversem, circulem, se encontrem, referenciem o espaço. Tem uma coisa interessante aqui, pois surge um monte de conversa e essas conversas são provocativas, normativas, ortopedizantes, heteronormativas, transfóbicas, muita cobrança nos marcadores corporais, muitas cobranças nas relações. Isso de trans para trans. Cobrança nas relações interpessoais, nesses encontros as mulheres trans estão começando a namorar os homens trans. E aí? Muitos questionamentos do corpo do homem trans, “não tem... não é.” ou “E tu? O que tem? Como é que a gente fica?”. Contradições... Então são essas provocações que não são fáceis, mas temos encontrado uma estratégia bem legal (EN22) (LIVADIAS, 2019).

O fato desse serviço não ser centralizado na lógica cirúrgica e na psiquiatrização das identidades, 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 cisgenderidade e nas transexualidades. Há assim a possibilidade de questionamentos reiterados

³²² Trata-se de um modelo assistencial inspirado nos paradigmas da saúde mental após a reforma psiquiátrica e bastante presente nos CAPs.

e constantes das normativas de gênero, dos preconceitos, sobre o que é ser homem, sobre o que é ser mulher e sobre que papéis de gênero são esses, conforme assinala Suzana Livadias:

É isso que a gente provoca. Mas que feminino é esse? Que mulheridade é essa? Muitas vezes, a frase clássica: “Ah! É porque você tem uma vulva e não passa por isso”. Certo. Aí eu provo: “E ter uma vulva significa o que? Vamos pensar sobre? Como a sociedade lida com isso?” Então a questão é: Que transcendência é essa? Que transgressão é essa que a gente quer? A gente enquanto técnico que está aqui, pensar sobre isso, porque a nossa atuação será sobre isso. Não é fazer laudo. Não é acompanhar psicoterapeuticamente, que pode ser um recurso também no que tange a psicologia, que é colocada nesse lugar de chancela se está na hora, chancela se é trans, chancela se está em juízo perfeito. E aí, eu acho que isso também é um convite para revermos valores, as nossas sexualidades, como vivemos as coisas, como isso é tabu na sociedade. Então nós não estamos longe também, não é “eles e nós”. Entendendo que no grupo a gente também tem que manter alguma neutralidade. É um trabalho interessante você está num corpo-a-corpo muito próximo, e ao mesmo tempo, precisamos criar algumas diferenças, encontrar algumas intercessões... é isso. Primeiro, a gente consegue ser fígado pela história dele, então: vamos estudar? É interessante? Vamos pensar sobre isso? Porque pode ser inclusive uma reprodução de mais do mesmo. Tudo igual. Mas se a gente consegue chegar numa confluência dessas pessoas aqui, vamos provocar isso. Isso é extremamente difícil aqui, Márcia. Nós estamos num lugar hegemônico, medicalocêntrico, biologicista, que cobra produção e produtividade, que questiona o nosso lugar, por exemplo, quando uma pessoa se questiona, inclusive se não quer mais, se desiste, onde essa ‘desistência’, que para nós é produto do trabalho que está sendo feito no grupo, para a instituição é o questionamento do nosso trabalho, do nosso desempenho. Como se o trabalho não estivesse sendo bem feito. Enquanto a dúvida para nós não simboliza um fracasso, um trabalho errado. Então, essas são as potências, um pouco do que a gente acredita. Essas provocações muitas vezes são tidas, como uma dúvida, se elas estão com certeza ou não (EN22) (LIVADIAS, 2019).

Assim, esse espaço dentro do HC, vem constituindo uma linha de cuidado com muitas possibilidades, mas pouco reconhecimento dentro da própria instituição. A equipe tem um reconhecimento externo, sendo chamada a dar entrevistas e palestras sobre sua forma de atuar, mas é pouco reconhecida pela comunidade hospitalar sendo, muitas vezes, discriminada e ignorada pelos próprios pares institucionais.

Entende-se aqui que essa compreensão do serviço e sua organização a partir de outra lógica tem sido resultante, dentre outros aspectos, da qualidade da formação teórica, técnica e política da equipe e da habilitação tardia desse programa em relação às outras unidades. Ela é reveladora de uma interpretação diferenciada das diretrizes da Portaria n. 2803/13, bem como a sua recusa em se construir pelas diretrizes da Resolução do CFM.

A Resolução do CFM n.1955/2010 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. Já a Portaria n. 2803/13, ainda que tenha persistido na exigência de

diagnóstico, abre algumas brechas que flexibilizam o protagonismo do psiquiatra nas equipes, como se verá adiante:

[...] 2.8. Recursos Humanos. [...] A equipe cirúrgica deve contar com profissionais capacitados no Processo Transexualizador, garantindo a intervenção de forma articulada nas intercorrências cirúrgicas e clínicas do pré e pós-operatório. Equipe de Referência: O estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador- modalidade hospitalar – deverá contar com, no mínimo, 1 médico urologista, ou 1 ginecologista ou 1 cirurgião plástico, com título de especialista da respectiva especialidade e comprovada por certificado de Residência Médica reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC) ou título de especialista registrado no Conselho Regional de Medicina, para atendimento diário. A Equipe de Enfermagem deve contar com enfermeiros e técnicos/as de enfermagem dimensionados conforme Resolução COFEN 293 de 2004. Ainda, a equipe do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador – modalidade hospitalar deverá contar no mínimo: 1 psiquiatra ou 1 um psicólogo, 1 endocrinologista, e 1 assistente social (MS, PORTARIA 2803/13, grifo nosso).

Assim, a equipe do Espaço Trans entendeu que a presença obrigatória do psiquiatra não é uma exigência da Portaria n. 2803/13 e sim do CFM. Como nenhuma das Coordenadoras é médica, não se sentiram obrigadas do ponto de vista da fiscalização profissional a seguirem as diretrizes de um Conselho a que não estão submetidas. A partir dessa compreensão, organizaram o serviço assistencial sem a presença obrigatória de um psiquiatra e nortearam as ações do programa numa perspectiva de integralidade do cuidado, tomando por base o discurso do sujeito demandante e não a taxionomia médica prescritiva de quem é ou não transexual.

Existe psiquiatra de referência na equipe, com horários reservados às pessoas trans acompanhadas no programa, que são encaminhadas para atendimento em caso de necessidade identificada pela equipe multiprofissional, mas esse profissional não é responsável pelo processo decisório. Ele apenas assiste às pessoas em suas necessidades de saúde, sobretudo, considerando os impactos da transfobia e dos processos de opressão e negligência comumente experimentados por essas pessoas.

Ao final do prazo exigido pela Portaria, a equipe técnica encaminha a pessoa que foi atendida no Espaço Trans à equipe de responsáveis pelas cirurgias, apenas informando que foi acompanhada pela equipe técnica, que atendeu aos critérios estabelecidos pelo serviço e que, portanto, encontra-se apta para dar prosseguimento às etapas seguintes. O diagnóstico é utilizado apenas quando o médico cirurgião preencher a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), não tendo importância nas ações dos/as profissionais que fazem o acompanhamento sistemático das pessoas trans durante os dois anos prévios.

A equipe questiona, inclusive, esse prazo de dois anos de acompanhamento, mas na impossibilidade de ignorar esse critério, tem utilizado dele como uma justificativa para esse

acompanhamento, onde busca ressignificar e desconstruir uma série de parâmetros baseados em normas de gênero, inclusive entre as próprias pessoas que buscam o atendimento.

As profissionais relataram dificuldades que têm em manterem esse modelo assistencial, especialmente, no que diz respeito às limitações financeiras das pessoas atendidas, que muitas vezes não tem dinheiro para a passagem do ônibus para se locomoverem até ao HC e, na obrigatoriedade de escolherem a qual atividade faltar, em geral, optam por faltar aos grupos para não perderem as consultas com os médicos e as expectativas em torno da realização da cirurgia.

Esses relatos apontam o quanto o modelo médico centrado resiste e o quanto a cirurgia persiste como meta mais significativa entre as pessoas que buscam o serviço, apesar dos esforços que a equipe tem feito para o deslocamento dessa lógica, conforme aponta Coordenadora e psicóloga Suzana Livadias:

É bem difícil deslocar o foco da cirurgia porque ela é o mote para que se chegue aqui. Particularmente no HC, as pessoas estão vindo por causa da cirurgia. Tudo isso tem a ver com toda lógica de que o programa existe para fazer adequações ortopedizantes ao gênero conforme o modelo “cis”. Desculpa aí, mas é isso. E as pessoas têm também um pouco dessas questões e o que a gente está querendo provocar é: “não somos cis x trans”. A gente tem que ter um pouco dessas coisas do aliado, do coletivo, do reforço, da conversa quinzenal, grupos semiabertos fixos, temáticas transversais, sua experiência de transformação, relacionamentos interpessoais, afetivos, mundo do trabalho, família, sonhos, sexualidade, muito a partir do que as pessoas trazem. Escapar daquela coisa de palestra... é uma roda de conversa e sempre escapar das armadilhas, porque a conversa para o grupo é sempre a cirurgia... E aí a gente quer escapar dessa história de *aguardando cirurgia. Vocês estão aqui para se cuidar, para conversar*. É uma coisa que a gente provoca aqui também, é que a vida tem outras coisas. Por que é trans só vai falar de hormônio? De cirurgia? E os “bofes”? E a vida? E os sonhos? E o Brasil? E o presidente? (EN22) (LIVADIAS, 2019).

Essa lógica deu o norte à organização do programa na qual, gradativamente, a equipe multiprofissional construiu os protocolos, fluxos e dinâmicas voltadas a responder às demandas das pessoas usuárias, que haviam passado por uma experiência recente de desassistência e negligência institucional. Desse modo, foi priorizando aportar alternativas de minimização dos efeitos das intervenções equivocadas feitas anteriormente, mas a partir dessa nova proposta, sob outro paradigma, o do cuidado integral em saúde.

De acordo com Silva (2019) na perspectiva de oferecer 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. Isso evidencia neste trabalho 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”. A concepção do Espaço Trans 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 (SILVA, 2019).

É nessa direção que Suzana Livadias entende a potencialidade do trabalho multiprofissional, autônomo, livre da lógica medicocentrada e hospitalocêntrica, uma vez que cria possibilidade de um redirecionamento dos caminhos assistenciais, mesmo no âmbito da alta complexidade e nos espaços de saber/poder médicos como costumam ser os HU's, como se pode observar a partir de seu posicionamento:

Nesse sentido, eu acho extremamente profícuo a Psicologia e o Serviço Social se juntarem nessa perspectiva. Não de responder uma demanda, não de ver o que eu posso fazer, de qual papel eu preciso preencher, qual benefício que tem, mas que sujeito político a gente pode pensar, né? Que sujeito psíquico está aí? O que se apresenta para a gente? Então, o Serviço Social, a Psicologia e a Enfermagem nesse olhar de entender como estão esses aspectos do sujeito. Tentar instigar para além do hormônio e da cirurgia. Suas perebas, os dentes, vamos ver... A gente está tentando hoje, esse é o meu sonho dourado: é ver uma de atividade de práticas interativas, bota para mexer o corpo também tão desinvestido, tão deslibidinizado, tão capenga, tem que potencializar lugares que ninguém toca, que ninguém olha (EN22) (LIVADIAS, 2019).

Esse direcionamento alicerçou a estruturação do serviço, de modo que desde o início de funcionamento do programa, isso também refletiu na forma como se entendia a configuração da equipe de trabalho. Assim, a coordenação, em acordo com seus pares, solicitou (e foi atendida) a contratação de trabalhadores/as administrativos/as trans para atuarem naquele espaço. Ainda em 2014, foi contratado para atuar como recepcionista, a partir de um processo seletivo público autorizado pela EBSERH, o Coordenador da Associação Brasileira de Homens Trans (ABHT) e notório ativista na causa trans, Leonardo Tenório. Ele participou, ativamente das discussões no MS em torno da revisão da Portaria n. 457/08 e, ao atuar no Espaço Trans, além de exercer as atividades comuns atribuídas a sua função, também contribuiu para o adensamento das discussões em torno da lógica a ser imprimida no novo serviço.

Além de Tenório, passaram sistematicamente pelo Espaço Trans, na condição de trabalhadoras contratadas, outras pessoas trans, que com sua representatividade política, apontaram para aquela instituição a legitimidade de modos diversos de existências que, em geral, não são visíveis na condição de trabalhadores/as. Esses sujeitos políticos foram fundamentais na constituição do serviço, não só pela visibilidade que representavam, mas pelos deslocamentos institucionais que puderam provocar em função da potência política que cada um deles/as imprimia ao serviço, em razão das suas trajetórias de vida.

Figura 18 – Espaço Trans – UFPE



Foto: Banco de Imagens da UFPE/Divulgação

Atualmente, o Espaço Trans é constituído por uma configuração que se subdivide em equipe central ou nuclear, como já sinalizado, e na equipe cirúrgica, composta por um ginecologista, um urologista, um otorrinolaringologista, um cirurgião plástico e dois Endocrinologistas, todos esses profissionais acompanhados por seus respectivos residentes. Essa equipe também conta com uma recepcionista, que é uma pessoa trans e com um psiquiatra que dá suporte nos atendimentos em caso de necessidade.

Apesar dos esforços empreendidos pela equipe técnica do Espaço Trans em ofertar uma assistência que não se pautar por direcionamentos biologiscistas e patologizadores, é comum encontrar condutas marcadas por estas posturas, sobretudo, entre os médicos cirurgiões, onde há questionamentos reiterados sobre as diretrizes adotadas pela equipe nuclear do programa.

Há resistências, por exemplo, entre os cirurgiões plásticos que relutam em colocar próteses de silicone em mulheres que não foram submetidas às cirurgias de transgenitalização, porque no entendimento deles, mulheres não podem ter pênis. Na mesma direção, também é possível encontrar relatos de transfobia, velada ou explícita, em vários setores do hospital, o que tem sido enfrentado por uma postura firme da equipe técnica em constantes reuniões com a direção da instituição e com as chefias de serviços, buscando um enfrentamento coletivo e institucional para a questão.

No que tange ao acesso, a porta de entrada para o serviço se dá tanto pela regulação estadual quanto por demanda espontânea. Essa decisão se deu em função da equipe técnica do Espaço Trans ter observado que as pessoas tinham dificuldade de acessar o programa apenas pela regulação. Muitas vezes, as vagas ofertadas não eram preenchidas e a equipe se via ociosa, sabendo que havia demanda reprimida. Buscaram identificar o porquê das pessoas trans não serem absorvidas para o atendimento e perceberam que esses sujeitos encontravam muitas barreiras de acesso para frequentarem as unidades de saúde da atenção primária, então se decidiu abrir o serviço para as demandas espontâneas. Outra possibilidade de acesso ao programa, se dá por meio da interconsulta via encaminhamento interno. Ao adentrar o serviço, a pessoa é inserida nas atividades de grupo, com realização quinzenal e direcionada aos atendimentos específicos, de acordo com a necessidade.

Até novembro de 2019, data em que estive no HCPE em pesquisa de campo, o Espaço Trans contabilizava 320 pessoas inscritas, entre homens, mulheres, incluindo as intersexuais e as travestis³²³, sendo 220 mulheres, constituindo a maioria desse universo e 100 homens, o que soma aproximadamente 30% desse total. Atualmente, há uma fila de espera, que pode chegar a dois anos para iniciar o acompanhamento, ressaltando a prioridade do atendimento às crianças e adolescentes³²⁴, que são recepcionadas e acompanhadas junto a seus responsáveis. Esse cenário revela uma alta demanda reprimida para poucos/as profissionais na equipe, podendo chegar a 15 anos de espera pela cirurgia de transgenitalização, realidade muito próxima aos outros serviços.

Em relação à disponibilização dos hormônios, a equipe técnica do Espaço Trans fez o cálculo do quantitativo de medicamentos necessários, de acordo com o número de pessoas inscritas no programa e o hospital assegurou a compra de 300 doses de medicações, tanto para os homens quanto para as mulheres³²⁵. No entanto, frequentemente há falta de insumos, notadamente, para os homens trans.

³²³ Como o critério de acesso não é o diagnóstico, as travestis não são impedidas de se inserir no Espaço Trans e de demandar os procedimentos almejados. As dificuldades e tensões que surgem estão relacionadas à compreensão patologizadora de alguns/algumas profissionais, sobretudo, cirurgiões e sempre que isso acontece, o problema é enfrentado pela equipe técnica do Espaço Trans. De acordo com a coordenação do programa dentre as 220 mulheres atendidas, 13 pessoas se identificaram como travestis e quatro como intersexuais.

³²⁴ O atendimento às crianças e adolescentes ofertado nesse serviço não comporta intervenções cirúrgicas e medicamentosas, no entanto se configura numa possibilidade de redução de danos em relação ao uso de hormônios de forma inadequada, redução da violência e de apoio psicossocial para crianças, adolescentes e seus familiares.

³²⁵ No momento em que se deu esta entrevista, novembro de 2019, não havia nenhuma medicação hormonal disponível e nem previsão de normalização da oferta. Nesse caso, as pessoas trans estavam ou comprando os remédios com recursos próprios, ou estavam sem usar a medicação ou estavam usando de forma inadequada.

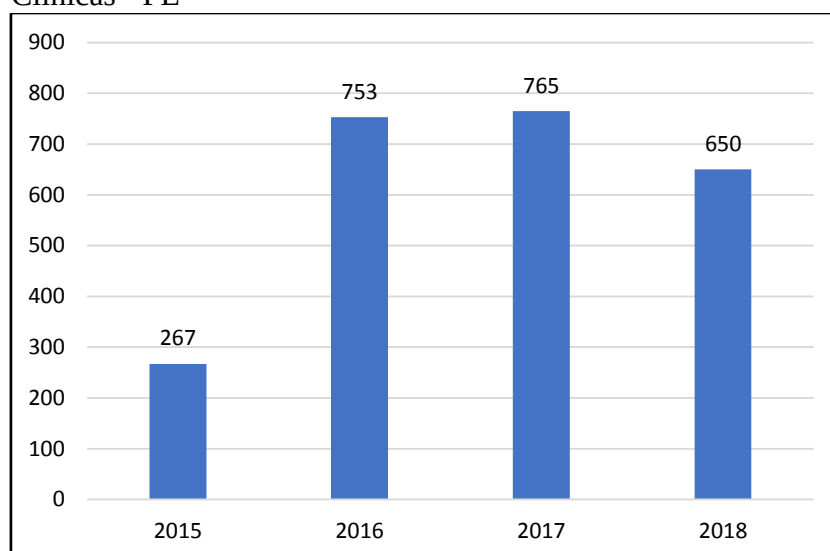
Com relação aos procedimentos cirúrgicos, a coordenação do Espaço Trans informou que houve quarenta e seis (46) cirurgias genitais em mulheres trans e quatro (04) implantes de próteses mamárias de silicone. Em relação aos homens, onze (11) realizaram mamoplastia masculinizadora e apenas 01 realizou histerectomia. Foi informado pela equipe que se observa um desinteresse dos homens por esse procedimento, pois muitos querem gestar, havendo, inclusive, duas situações de homens trans grávidos acompanhados pelo programa.

A cirurgia de transgenitalização é realizada mensalmente, sendo um quantitativo similar ao de outros serviços e, igualmente, longe de atender à demanda, o que contribui para uma longa fila de espera. É importante registrar também que há pessoas nesse serviço que não demandam procedimentos cirúrgicos de transgenitalização, satisfazendo-se com o acompanhamento ambulatorial, com o acesso aos hormônios e com os procedimentos cirúrgicos relacionados às mamas.

Em relação aos procedimentos cirúrgicos realizados na assistência às pessoas trans nas unidades de Atenção Especializada, já foi apontado neste trabalho a discrepância que é comum ser encontrada entre os números informados pela instituição e o quantitativo registrado nos Sistemas de Informação do MS. Com o Espaço Trans do HC/UFPE, isso não é diferente, conforme se pode constatar abaixo em relação às cirurgias, já que como a instituição não informou o quantitativo de atendimentos ambulatoriais realizados, eu utilizei apenas os dados do Sistema de Informação do MS:

De acordo com os dados do MS foram realizados 2435 atendimentos ambulatoriais relacionados a acompanhamento do/a usuário/a nas etapas do pré e pós-operatório bem como para o acompanhamento hormonal, como demonstra o gráfico 23:

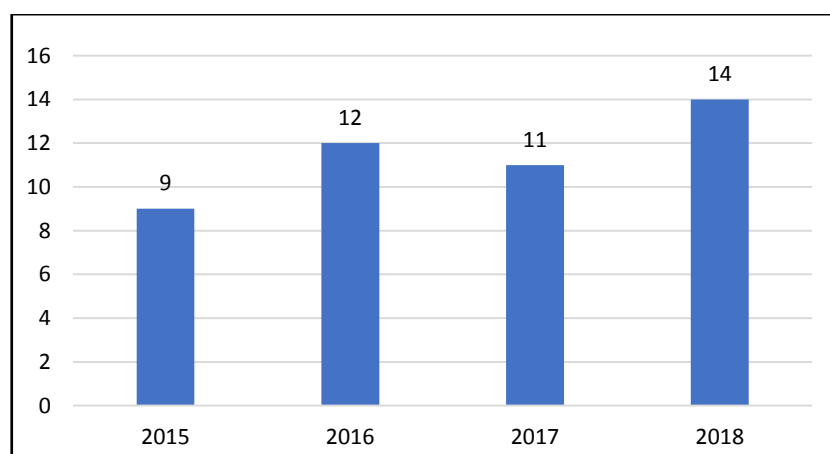
Gráfico 23 – Atendimentos Ambulatoriais – Espaço Trans – HOSP das Clínicas - PE



Fonte: A autora, 2019. Baseado no Sistema de Informação do MS.

Foram registradas 31 cirurgias de transgenitalização e 15 cirurgias complementares em mulheres trans, totalizando um quantitativo de 46 procedimentos, o que coincide com os números informados pela instituição (Gráfico 24):

Gráfico 24 – Cirurgias de Transgenitalização e Cirurgias Complementares em Mulheres Trans – Espaço Trans – HOSP das Mulheres - PE



Fonte: A autora, 2019. Baseado no Sistema de Informação do MS.

Em relação às cirurgias de tireoidioplastia, o serviço registrou apenas um procedimento, o que pode ser justificado pela informação da coordenação do Espaço Trans de que há dificuldades na comunicação com o serviço de otorrinolaringologia e que é possível que um número maior de cirurgias tenha sido realizado. Além disso, é de conhecimento do programa que o setor 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. No que se refere às plásticas mamárias, há uma subnotificação em relação aos dados do serviço e em relação a histerectomia, o único procedimento realizado não foi informado ao MS.

No que tange a mamoplastia masculinizadora, o programa informa que os departamentos de Cirurgia Plástica e Mastectomia optaram por realizar o procedimento de forma conjunta. Dessa forma, a equipe da Cirurgia Plástica e a da Mastologia entrariam juntas no mesmo bloco cirúrgico para que a mastologia retirasse as glândulas mamárias e a Cirurgia Plástica fizesse o acabamento estético do procedimento. Como o HC/UFPE está sem o

profissional da mastologia há algum tempo, as cirurgias não têm sido feitas ou são realizadas em número inferior do que se poderia. Nessas dificuldades, não se descarta a transfobia institucional, que muitas vezes se esconde por detrás de supostos empecilhos que impedem a fluidez dos atendimentos, sob as mais variadas justificativas.

Quadro 12- Demais Cirurgias em Homens e Mulheres trans espaço trans HC/UFPE

<u>Ano</u> <u>Proced.</u>	<u>2009</u>	<u>2010</u>	<u>2011</u>	<u>2012</u>	<u>2013</u>	<u>2014</u>	<u>2015</u>	<u>2016</u>	<u>2017</u>	<u>2018</u>
<u>Tireoidioplastia/</u> <u>Transgenitalizaç</u> <u>ão 2º tempo</u>	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
<u>Plástica</u> <u>mamaria</u> <u>incluindo</u> <u>prótese de</u> <u>silicone</u>	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
<u>Histectomia</u>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<u>Mastectomia</u>	-	-	-	-	-	-	-	2	1	8

Fonte: A autora, 2019. Baseado no Sistema de Informação do MS.

Assim, por questões de ordem da estrutura institucional, a mastectomia, assim como a colocação de prótese mamária e a tireoplastia ainda não contam com a regularidade para sua realização. Quanto às cirurgias de transgenitalização dos homens trans, a coordenação do Espaço Trans aponta que, por serem consideradas experimentais e circunscritas aos hospitais de ensino, não há capacitação técnica dos/as profissionais da equipe cirúrgica do Espaço Trans para desenvolvê-las e, portanto, os homens trans ficam impossibilitados de ter acesso a essa possibilidade de atendimento.

Por ser o único hospital do Norte-Nordeste que oferece atendimento integral à pessoa trans, a procura por esse serviço é alta e há um estrangulamento na capacidade do serviço atender às demandas cirúrgicas, embora nem todas as pessoas atendidas almejem esse tipo de intervenção. Apesar dessas dificuldades, a equipe que compõe o Espaço Trans do HC-PE aponta que é possível construir caminhos alternativos e avesso à patologização das identidades trans, mesmo que lutando na contracorrente em um contexto extremamente precarizado e numa instituição marcada pela hegemonia médica de caráter biologicista.

A assistência em saúde às pessoas trans em PE 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, como de praxe, uma vez que é condição a política ser discutida na CIB, mas o investimento na estruturação da rede assistencial e qualificação/formação dos recursos humanos, e mesmo dos/as gestores/as 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.

Em 13 de outubro de 2014, ocasião em que o MS habilitou o HC/UFPE como mais um componente da Atenção Especializada no Processo Transexualizador no Brasil, única instituição no Nordeste, o estado de Pernambuco já havia habilitado/credenciado o serviço do HC por meio da Resolução CIB/PE n. 2399 de 09 de setembro de 2013, o que demonstra 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.

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 dela, 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 qualificação de seus profissionais, acrescido das reiteradas precariedades resultantes do desfinanciamento sistemático que atravessa as políticas públicas.

As questões mais elementares de saúde que poderiam ser resolvidas na atenção primária e as devidas referências/contrarreferências necessárias para uma efetiva assistência em saúde dentro do modelo preconizado pelo SUS é um desafio em relação a todas as pessoas que são assistidas pelo serviço público de saúde, independentemente de suas singularidades. No entanto, no que tange a populações como a LGBTIQ+, a população negra, cigana, indígena, entre outras, essas dificuldades se agravam e precisam de um olhar mais atento dos/as gestores/as, o que ainda tem sido insuficiente em Pernambuco à semelhança dos outros estados.

No que se refere ao processo transexualizador, as pessoas trans não têm conseguido ser assistidas nas unidades básicas de saúde em suas demandas mais elementares. Esses espaços, em geral, repelem essas pessoas, motivo pelo qual foi necessário a equipe do Espaço Trans do HC/UFPE passar a aceitar a demanda espontânea na porta do serviço como uma possibilidade de ampliar o acesso à assistência. Tal configuração faz com que o movimento

trans e travesti e muitos dos sujeitos envolvidos no atendimento a essas pessoas, defendam que devam existir ambulatórios especializados como alternativa à ausência ou ao despreparo das equipes de saúde na rede básica, o que pode, por outro lado, empurrar esses indivíduos, já tão estigmatizados, para os “guetos assistenciais”, além de não contribuir para o fortalecimento e qualificação da rede de atenção primária.

Esse é um paradoxo que precisa ser enfrentado pela sociedade, sobretudo, pelos/as gestores/as da política de saúde. Cada um dos estados, impulsionados pelas cobranças do movimento trans e travesti e demais sujeitos que atuam nesse campo, tem construído um caminho: uns buscando fortalecer a atenção primária na absorção das demandas por hormonização e acompanhamento psicossocial, outros investindo na criação de ambulatórios específicos, os chamados “Ambulatórios trans ou trans específicos”. No caso de Pernambuco, essas duas formas são alternativas em curso, sobretudo, por iniciativa da Coordenação de Saúde LGBT do Estado, que tem atuado, quase que sozinha para a articulação, qualificação e estruturação da rede assistencial para pessoas trans na região, já que a Secretaria de Estado de Saúde tem uma atuação mais restrita neste campo, conforme se pode constatar a partir da consulta ao Plano Estadual de Saúde do Estado entre 2012 e 2019.

O Plano Estadual de Saúde de Pernambuco no triênio 2012/2015 sequer citou a população LGBTIQ+ como público prioritário para as iniciativas estatais no campo da saúde e não apresentou ações, metas ou qualquer investimento voltado para esse segmento. Já no Plano Estadual de Saúde do triênio 2016/2019 apareceram algumas citações da população trans, mas limitadas ao comprometimento de metas restritas à realização de algumas reuniões para a discussão de aspectos da assistência, numa redação muito evasiva e sem qualquer comprometimento financeiro específico para a estruturação das ações do programa, o mesmo se dando em relação aos PPAs do Estado desse período.

Assim, as ações desenvolvidas têm ficado, majoritariamente, a cargo da Coordenação Estadual da Política LGBT de PE e do empenho individual dos/as profissionais que atuam na rede e buscam sua melhoria na raça e no envolvimento pessoal. A Política Estadual de Saúde LGBT de Pernambuco foi instituída em 2015 e, desde então, sua Coordenação tem atuado no desenvolvimento de iniciativas voltadas a esse 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 LGBTIQ+.

Figura 19 – Institucionalização da Política de Saúde LGBTIQ+ de Pernambuco.



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco.

O trabalho realizado por aquela Coordenação possibilitou a inauguração de alguns serviços específicos como é o caso dos ambulatórios LGBTIQ+ existentes nas cidades de Recife e Camaragibe na Região Metropolitana do estado. Assim, a capital pernambucana possui atendimento no ambulatório LGBT Patrícia Gomes da Policlínica Lessa de Andrade, situada na Zona Oeste do Recife e no ambulatório LBT do Hospital da Mulher na mesma cidade, 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).

De acordo com matérias jornalísticas publicadas em veículos de grande circulação e com informações acessadas durante a pesquisa de campo, há tratativas entre a Secretaria Estadual de Saúde, as Secretarias Municipais de Saúde e o movimento trans e travesti, com a mediação da Coordenação de Saúde LGBT de Pernambuco, para que se crie ambulatórios especializados no interior do estado, conforme revela o Coordenador Estadual de Saúde LGBT, em matéria jornalística:

Provavelmente até o final do ano teremos um ambulatório municipal de Caruaru. E, em Serra Talhada, a discussão está bem avançada. Além disso, está sendo discutida a criação de ambulatórios LGBT em Jaboatão dos Guararapes, Ipojuca e Petrolina (Luís Valério da Cunha Júnior, Jornal Leia Já, 2019).

O atendimento a pessoas LGBTIQ+, notadamente, as pessoas trans que residem distantes da capital tem sido um desafio a mais, uma vez que esses indivíduos, além de

desassistidos de serviços de saúde e de recursos socioeconômicos, precisam enfrentar uma grande peregrinação para acessarem o TFD em busca de assistência na capital, o que poderia ser minimizado com a oferta de cuidados em saúde em suas regiões de moradia.

No que se refere especificamente às pessoas trans, foi possível mapear que, além do HC/UFPE, também existem atendimentos ambulatoriais ocorrendo no Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM), da Universidade Estadual 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.

Já o Hospital Oswaldo Cruz (HUOC), também vinculado à mesma universidade, iniciou um projeto piloto para atendimentos cirúrgicos de pessoas trans, tendo realizado uma 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.

De acordo com o coordenador Luís Valério da Cunha Júnior, por mais que a Coordenação Estadual de Saúde LGBT atue na divulgação da política e na formação/qualificação da rede, por meio de visitas técnicas aos municípios e às instituições de saúde, os limites estruturais são muito significativos. Isto ocorre tanto no que diz respeito ao atual contexto político ultraconservador, 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.

No caso daquela política, o Coordenador de Saúde LGBT atua sozinho na implementação das ações em todo o estado, além de contar com severas restrições orçamentárias e da falta de compreensão das outras pastas de que essa política não se faz sozinha, necessitando caminhar com outros setores e segmentos numa perspectiva de integralidade e intersetorialidade.

Figura 20 – Luís Valério da Cunha Júnior, Coordenador da Política Estadual de Saúde LGBT de Pernambuco em discussão com gestoras do Município do Paulista, litoral Norte do estado.



Fonte: Prefeitura do Paulista.

Em relação a essa questão da intersetorialidade, é importante registrar uma observação constatada durante a visita feita ao Espaço Trans para entrevista necessária a este estudo, onde foram recorrentes as informações de que muitas pessoas, sobretudo as que moram mais distantes da capital, faltavam aos atendimentos ou se viam obrigadas a escolher a qual profissional iriam em cada mês, por absoluta incapacidade financeira de arcar com os custos do deslocamento até o serviço. Situações semelhantes foram constatadas ao longo da pesquisa de campo, como por exemplo, no relato de um profissional vinculado ao Ambulatório Patrícia Gomes, que lamentou o fato de apenas uma pessoa entre as agendadas ter comparecido a consulta e ele sabia que o motivo das ausências foi a falta de recursos financeiros para o deslocamento até a unidade de saúde:

A questão financeira é um divisor de águas para essas pessoas. Muitas vezes eu escuto dizer que elas vêm andando de um lugar muito distante, porque não têm o dinheiro da passagem, como também deixam de vir (...). As mulheres trans são as que vivem em situação financeira mais crítica. A gente fica muito triste quando não consegue dar conta dessa situação (Ricardo Rodrigues, *Jornal Leia Já*, 2019).

Embora se saiba que esta não é uma particularidade das pessoas LGBTIQ+ e que a população de maneira geral muitas vezes deixa de acessar as políticas de saúde por falta de recursos financeiros para o deslocamento, sabe-se também que o marcador da orientação sexual e a expressão de gênero, assim como os marcadores étnico-raciais, acrescentam outros elementos de opressão na existência dessas pessoas. Tais elementos precisam ser

considerados pelo Estado na organização da assistência, o que geralmente não ocorre, tendo como resultante o isolamento/atomização da política como se ela, isoladamente, pudesse dar conta de todas as necessidades daquele grupo da população, quando se sabe que nos limites do capitalismo, não há solução plena possível.

O que se percebe em relação à estruturação da rede de atenção às pessoas trans em Pernambuco é que há um grande esforço pessoal do gestor da política LGBT, que é uma pessoa implicada com a defesa dos direitos humanos, notadamente com os direitos LGBTIQ+. Há um empenho dos/as profissionais que atendem nos serviços especializados e há um comprometimento e cobrança por parte do movimento trans e travesti para a ampliação da oferta de serviços. Todavia, sabe-se que o enfrentamento desse contexto de restrições estruturais impostas pela ordem capitalista contemporânea é algo extremamente difícil, exigindo respostas que extrapolem as iniciativas individuais, que são importantes, mas insuficientes.

A Coordenação de Saúde LGBT do estado de Pernambuco tem como uma das responsabilidades a articulação da política envolvendo os municípios na prestação da assistência, bem como precisa atuar na educação/formação das equipes de saúde. No entanto, não cabe àquela Coordenação a estruturação e manutenção de unidades, equipes e insumos para esse atendimento e na ausência do Estado, via comprometimento, sobretudo, orçamentário da Secretaria Estadual de Saúde com essa população. Isso é importante, porque o que se tem, não se pode chamar de rede assistencial, dada a escassez de serviços, o despreparo dos/as profissionais e a fragmentação da assistência.

Por temer os preconceitos e possíveis discriminações, que já são situações rotineiras em seus cotidianos, as pessoas trans evitam buscar a atenção primária. Quando não é possível adiar essa procura, buscam as emergências e no caso dos estados onde há atenção especializada no processo transexualizador, como ocorre em Pernambuco, esse cuidado é preferencialmente buscado nos serviços especializados que são reconhecidos por disporem de um atendimento mais empático e acolhedor.

Um dos problemas decorrentes dessa situação é a sobrecarga do serviço e das equipes que vê transferida para si a responsabilidade que deveria ser do ente gestor e os/as próprios/as técnicos/as/as da assistência precisam tecer a rede em conjunto com a coordenação de Saúde LGBT, que é a instância do estado mais acessível e implicada com essa assistência em Pernambuco, conforme relato dos/as técnicos/as do Espaço Trans entrevistados por Ricardo (2020) em sua pesquisa de mestrado:

Há uma rede profundamente fragmentada e que não dialoga, com uma visão muito parcializada do sujeito e de suas demandas, então o esforço vai ser maior né? [...] A gente tem dialogado muito com a Coordenação Estadual LGBT e a Coordenação da Política LGBT em Recife. Esses são os nossos principais pontos de articulação, principalmente para discutir essa recepção da demanda na ponta. Recife ainda tem suas tecnologias, seus investimentos, mas a gente tem uma grande população da Região Metropolitana e interior e isso é praticamente inexistente. Na Região Metropolitana, a gente ainda consegue dar conta em alguns municípios, mas a demanda do interior é bastante desassistida e a gente não consegue estabelecer nem a questão do TFD, que é uma coisa essencial para garantir o acompanhamento. A lógica biomédica curativa permeia toda a política de saúde, e quando a gente vai discutir a vinda dessas pessoas, não há um entendimento sobre isso, porque elas não tratam doença, então não reconhecem a legitimidade dessa demanda. Se a gente não dialoga com a política pública fica muito difícil o acesso das pessoas aqui, então há uma deficiência grande de resposta da rede nessas dimensões do interior e Região Metropolitana (Tulipa, 2019).

Essa (articulação e encaminhamentos) é o nó crítico da gente, acontece de forma muito tímida. Eu acho que como o Espaço Trans foi o serviço que abriu para a população trans, a gente ficou em uma ilha. A gente não quer ficar em uma ilha, então a gente sai tentando articular com alguns municípios. A gente chamou a política estadual, porque algumas coisas a gente não faz não... pois não vejo como competência nossa. A capilaridade no estado é função da Política Estadual LGBT, mas como eles não fomentam isso, a gente vê a necessidade e queremos que outras pessoas sejam cuidadas. Então a gente tá tentando fomentar isso através da contra referência, mas ainda é muito a princípio, porque eu vejo que a gente sozinho, não é função da gente (Relato de Orquídea, apud Ricardo, 2020, p. 140).

Tais relatos expressam, portanto, as dificuldades e obstáculos na organização da rede de assistência a pessoas trans em Pernambuco, ainda que haja esforços importantes na direção contrária. Todavia, frente ao direcionamento dado pelo Estado na condução das políticas de saúde no atual contexto de disputa pelo fundo público em favor do capital. Esses esforços em defesa do SUS, ainda que necessários, tem sido insuficiente.

Figura 21 – HUPE/UERJ – RJ



Fonte: Banco de imagens/Divulgação – Comunicação Social HUPE/UERJ.

3.6 Trajetória histórica, caracterização da equipe técnica, organização da assistência prestada e produção hospitalar/ambulatorial do processo Transexualizador no HUPE/UERJ³²⁶

O início dos atendimentos às pessoas trans com demandas cirúrgicas de transgenitalização no HU Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), ocorreu em 2003 em função de uma determinação judicial contra o Estado, portanto, cinco anos antes da institucionalização do Processo Transexualizador no Brasil. Como desdobramento daquela Ação Judicial e para atender à determinação, o Estado, por meio da Secretaria Estadual de Saúde consultou os HU's situados na região indagando quais instituições daquele porte atenderiam as prerrogativas do CFM para aquele tipo de procedimento.

Naquele período havia duas outras instituições, além do HUPE/UERJ, que atendiam transexuais no Rio de Janeiro: o IEDE (Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione), que não realiza cirurgias; e o HU Clementino Fraga filho, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), que por falta de apoio institucional e resistência dos cirurgiões³²⁷, não se viu em condições de avançar nesta área de atuação. Provavelmente, essa condição fragilizada do HUCFF tenha sido determinante para a instituição não ter se apresentado como uma das unidades que poderiam responder positivamente à solicitação judicial.

No HUPE/UERJ, entretanto, houve manifestação de interesse por parte da Unidade Docente Assistencial (UDA) da Urologia em atender àquela solicitação, tendo em vista que havia dentro da equipe um profissional com formação técnica para a realização do procedimento, conforme relata o médico Eloísio Alexandro da Silva Ruelas³²⁸, hoje Coordenador Hospitalar do Processo Transexualizador do HUPE/UERJ. Eloísio Silva Ruelas informou durante a pesquisa de campo para essa tese, que a primeira cirurgia na instituição aconteceu meses após a publicação da Resolução do CFM de 2002³²⁹. Ele contextualizou como foi a fase embrionária do programa e de formação da equipe cirúrgica:

³²⁶ Por se tratar do serviço o qual me insiro, foi necessário abordar um pouco mais amplamente a caracterização desse programa.

³²⁷ Ver Trindade, 2016.

³²⁸ Eloísio Alexsandro da Silva adotou o sobrenome “Ruelas” a partir de 2017. Assim, embora em suas publicações até essa data conste o sobrenome “Silva”, ao me referir a ele, usarei o atual sobrenome.

³²⁹ De acordo com Eloísio Alexsandro da Silva Ruelas, a Resolução do CFM foi publicada em novembro de 2002 e a primeira cirurgia no HUPE/UERJ aconteceu em março do ano seguinte.

Então é aquela mesma história, a coincidência. Como acontece frequentemente, eu acho que aconteceu na origem de quase todos os serviços: foi o acaso. Eu, por coincidência, tive isso na minha formação profissional fora do país, dentro da minha especialização de Urologia Reconstructora. Isso fazia parte da formação. Então, quando eu voltei para o país, tinha pouco tempo que eu estava no serviço e aconteceu uma demanda judicial que chegou aqui igual chegam esses milhões de papéis que todos os dias chegam para a gente. Era uma demanda de um caso em que uma mulher trans tinha entrado com processo contra o Estado e tinha ganhado... um juiz tinha determinado que o Estado realizasse a cirurgia dela. E aí a Secretaria Estadual de Saúde mandou documento para todas as unidades de saúde do estado do RJ perguntando se tinha alguém para resolver aquela demanda. E naquela situação, um dia a chefia da urologia chegou com esse papel lá para responder, ele foi e perguntou para mim. Aí eu falei: “professor, eu tenho formação”. Ele falou assim: “você fez alguma?”. Eu falei que não tinha feito porque nem sabia que a gente podia fazer isso aqui no Brasil, porque quando eu voltei, o que eu sabia dessa cirurgia era que no Sul tinha o professor Khoff (que fazia) da Urologia. Aí, eu falei para o professor que sim. O Khoff – aquelas coincidências – não sei se ele era Presidente da Sociedade Brasileira de Urologia e o meu chefe era o Secretário Geral... E, por conseguinte, eu era Bibliotecário. Então, nós éramos da Diretoria da Sociedade Brasileira de Urologia. E aí, era uma pessoa próxima: o Khoff estava aqui no RJ quase toda a semana porque a sede da Sociedade Brasileira de Urologia era aqui... Aí como o Khoff tinha uma experiência enorme, coincidentemente (depois eu fiquei sabendo que ele tinha formação fora do país também), e trouxe essa experiência lá pro HC da UFRGS (...). Em uma conversa informal com o Khoff, meu chefe falou então para a gente começar: “primeiro a gente podia chamar o Khoff pra dar uma aula catedrática lá no hospital e faz uma cirurgia demonstrativa e você ajuda ele com a equipe e, a partir daí, a gente pode começar a fazer esse atendimento”. Aí, em seguida, falou assim: “Isso é uma coisa que nunca aconteceu aqui. É a primeira vez. Tem demanda de próstata e essa é a primeira vez, então nem deve ser muito. Deve ser uma situação muito específica”. Eu falei: “professor, eu não tenho nem tenho ideia de como deve ser isso aqui no Brasil. Enfim, não é tão raro não”. Aí ele falou: “vamos ver”. Aí foi. Foi assim que começou. Organizamos um evento que tinha um sistema de transmissão de câmeras do centro cirúrgico para o anfiteatro da Urologia. Foi um evento em que foram vários urologistas para lá. O Khoff foi lá: deu uma palestra no Anfiteatro da Urologia e aí, depois, a gente foi (eu estava no Centro Cirúrgico com residentes na época preparando) e acabou a palestra e ele foi para lá fez a cirurgia (as pessoas perguntando e tal) e depois acabou. E a gente cuidou do pós-operatório. Então essa foi a primeira cirurgia que teve no HUPE/UERJ. E foi assim que tudo começou. E, a partir daí, o resultado a gente começou a acompanhar. E aí eu já tinha o Ambulatório de Urologia Reconstructora. Dentro do serviço, éramos poucos na época, a gente tinha que fazer de tudo um pouco, mas eu já tinha conseguido com o meu chefe criar um ambulatório de Urologia Reconstructora, que era uma especialidade que não tinha dentro da Urologia. Tinha várias subespecialidades, mas não tinha uma especialidade uro-reconstructora. Aí a gente abriu. Tinha esse ambulatório e atendia essa paciente lá nesse ambulatório, o acompanhamento e todos os desdobramentos que teve a longo prazo. Então esse foi o início do processo, a partir daí, foi o “boca a boca”, Márcia. Então, eu até tenho um gráfico que eu não sei se está no livro, mas, quando eu era mais animado e fazia mais apresentações, eu mostrava o gráfico assim: nesse ano eu só tinha operado ela, no ano seguinte, eu tinha operado duas, no outro ano foram cinco. Aí, a curva era exponencial, não linear. A cada ano, com “o boca a boca”, foi aumentando até culminar com essa situação de superar completamente a demanda (EN10) (RUELAS, 2019).

Apesar da familiaridade com a cirurgia em função de sua formação em Urologia Reconstructora e experiência em atendimentos realizados nas situações de Distúrbios de Diferenciação Sexual (ou genitália ambígua, como é conhecida de maneira mais rudimentar), a equipe ficou receosa com a realização daquele procedimento. Esse receio se deveu,

sobretudo, ao conhecimento que tinham do caso envolvendo o médico Farina, na década de 1970, que acabou sendo processado e seu CRM cassado, conforme já sinalizado neste trabalho. Ainda que essa situação tenha sido revertida, ela gerou um desgaste pessoal e profissional muito grande, além de ter sido determinante para o atraso das cirurgias trans no Brasil, tendo em vista que afastou o interesse dos cirurgiões³³⁰ (SILVA, 2012, p.330).

Todavia, mesmo sem nunca ter feito uma cirurgia em uma mulher transexual, baseado em sua especialidade técnica de reconstrução genital em crianças e com a assessoria do médico Walter Koff, professor do HC da UFRGS, o médico cirurgião realizou tal procedimento (ALMEIDA; SANTOS, 2013, p.10). Portanto, o trabalho inicial no HUPE/UERJ, mesmo que não institucionalizado, contou com profissionais que já tinham proximidade com a temática. Este fato, repercutiu entre as pessoas transexuais e resultou rapidamente em novos usuários/as e demandas por esta especificidade de atendimento.

Como ainda não se tratava de uma política pública institucionalizada e que, por isso, não contava com as diretrizes do MS para o seu funcionamento, o início do atendimento de pessoas transexuais com vista à realização da cirurgia de transgenitalização, foi todo organizado pela equipe de Urologia do HUPE/UERJ e, deste modo, foi o início do que viria a ser o processo transexualizador oferecido no ambulatório de Urologia Reconstructora (PRESTES, 2018).

Dessa maneira, as primeiras ações que precisaram serem materializadas na fase embrionária do programa diziam respeito à articulação de uma equipe multiprofissional para lidar com as diferentes demandas apresentadas por esta população, o que não foi uma tarefa fácil. A recusa de muitos/as profissionais de saúde de diferentes especialidades médicas em atender a esta população foi uma dificuldade. Em relação a isso, destacamos que o cenário atual não é tão diferente. Apesar da existência de uma política regulamentada, até hoje a Unidade de Saúde enfrenta resistências de algumas especialidades médicas e de algumas outras profissões em se envolverem com o programa e com o atendimento a pessoas trans. Além disso, o serviço nunca contou com o apoio efetivo das sucessivas direções da instituição, até o presente momento.

³³⁰ De acordo com Eloísio Alexsandro da Silva Ruelas, além do médico Farina ter perdido patrimônio e o registro profissional, ele também virou chacota no meio da Urologia e no meio universitário da USP e quando, ele, Eloísio Alexsandro, começou a se interessar pelo assunto, todos em seu entorno só falavam: “cuidado, vai perder o CRM”. Era algo que impedia o avanço das discussões técnicas da cirurgia porque as pessoas só se limitavam a questionar se seria legal ou não legal, se poderia fazer aquele procedimento e se poderia implicar na perda do CRM.

Coube ao médico Eloísio Alexandre da Silva Ruelas a iniciativa e o desgaste de montar a equipe de trabalho que atendesse às normativas da Resolução do CFM de 2002. Houve forte resistência por parte de muitos/as profissionais e essa equipe nunca conseguiu ser estruturada de acordo com as necessidades da população usuária, em quase 20 anos de assistência prestada por aquele serviço.

Poucos/as profissionais aderiram ao convite do Coordenador do programa e os/as que aceitaram, em sua maioria, não se comprometeram efetivamente com a organização e prestação da assistência. De modo que até hoje ainda agem de maneira informal, descontínua e quase que prestando um favor para um colega de trabalho. Inicialmente, aquele convite se estendeu para várias especialidades, dentre elas a Cirurgia Plástica, a Ginecologia, a Psiquiatria, a otorrinolaringologia, o Serviço Social, a psicologia e a endocrinologia. No entanto, foi muito pouca a adesão e, quando houve adesão, esta se deu, na maioria dos casos, sem reais demonstrações de compromisso em pensar essa assistência de forma coletiva, conforme apontarei mais adiante.

Ao falar sobre esse processo Eloísio Ruelas faz a seguinte declaração:

[...] Dentro do HUPE/UERJ teve muita história sinistra contra esse procedimento, esse discurso de que era contra, de que não podia... que tinha gente morrendo de câncer e fazer isso era um absurdo... que era cirurgia experimental... era muito pesado. Eu ouvia coisas bizarras de brigas de gente, de coisas religiosas, falando que não ia trabalhar, não ia participar da equipe... Eu ouvia muita coisa e eu não entendia. Eu acho que nem me incomodava tanto porque eu acho que eu não entendia. Achava que era pontual: tem pessoas com problemas assim e tinha que ser respeitado o direito delas também. Tanto que eu fui batendo na porta das pessoas porque eu achava que precisava da multiprofissionalidade, mas achava que as pessoas tinham algum interesse também, nem que fosse acadêmico ou enfim... para atender uma população que estava no limbo no Brasil... Foi um processo em que o resultado foi quase zero ou próximo de zero. Então, por exemplo, na Psiquiatria, também foi muito próximo a zero. Foi uma única pessoa que deu as caras... Que pessoalmente, no desgaste perto da aposentadoria, assumiu esse atendimento pessoalmente, de atender. Com a visão pericial, com a *expertise* dele... Mas foi quem deu a cara. Eu sou muito agradecido a ele. No Brasil inteiro, na Psiquiatria do Brasil inteiro, ele é super reconhecido com uma idoneidade absurda assim...³³¹ Então, ele é uma pessoa extremamente importante nessa história (EN10) (RUELAS, 2019).

A realidade cotidiana confirma as dificuldades apontadas pelo Coordenador hospitalar do serviço. Desde o início de minha inserção na equipe da Urologia e no atendimento às

³³¹ Refere-se ao psiquiatra Miguel Chalub, que é Professor aposentado da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e Médico aposentado do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Estado do Rio de Janeiro. Continua atendendo, de maneira voluntária, no HUPE/UERJ.

pessoas trans acompanhadas pelo programa, pude observar as dificuldades na composição da equipe³³².

A endocrinologia apesar de ter sido uma das especialidades convidadas no início dessa modalidade assistencial, nunca aceitou participar dos atendimentos. A justificativa foi de que ela própria se constituía numa especialidade com muitas demandas e que não tinha pessoal suficiente para responder a todas as necessidades postas pelo cotidiano institucional. O curioso é que no decorrer do tempo, houve concurso público e contratação de endocrinologistas, onde se percebeu o interesse de alguns/algumas desses/as novos/as profissionais em participar dos atendimentos às pessoas trans, mas foram desestimulados/as de forma recorrente por suas chefias, que sempre apresentavam uma série de embaraços impeditivos a essa participação.

Em relação ao serviço de Ginecologia, sua adesão inicial à proposta de participação na assistência às pessoas trans não se efetivou plenamente na realidade, tendo em vista que não se observou maiores envolvimento dessa equipe com a realização dos atendimentos³³³. Embora se constate interesses individuais em um/a ou outro/a profissional ou residente³³⁴, isto não significou desdobramentos desse interesse no interior da equipe como um todo e, sobretudo, não implicou no envolvimento da Coordenação do serviço com a organização da assistência prestada³³⁵. Existem muitas demandas de procedimentos cirúrgicos e acompanhamentos de homens trans, que ficam sem respostas ou com retornos muito incipientes. Um exemplo disso é que em todo o tempo de existência do programa, apenas sete pessoas foram submetidas a procedimentos cirúrgicos por essa especialidade, embora haja longa lista de espera para essas cirurgias.

³³² Minha inserção nessa equipe se deu em 2011, após a aposentadoria da profissional que atuava com esse público até então. A partir daí pude acompanhar de perto as resistências e embaraços institucionais criados em torno do funcionamento do programa.

³³³ São visíveis as constantes dificuldades e morosidade em tudo o que se relaciona aos procedimentos destinados aos homens trans por parte da Ginecologia, ainda que tenha sido estabelecido um acordo com o antigo Coordenador dessa especialidade, que por coincidência é pai do atual Coordenador, e que tenha havido a concordância dessa especialidade em participar dos atendimentos, quando há a formalização dos encaminhamentos internos dos/as usuários/as/as, os empecilhos começam a surgir.

³³⁴ Identifica-se na equipe de ginecologia a presença de uma médica interessada na assistência às pessoas trans, a qual sempre que um homem trans apresenta alguma necessidade, eu na condição de Coordenadora ambulatorial do programa, solicito o atendimento e ela sempre atende pela manhã, bem cedo, como forma de preservar os usuários/as e de se preservar das críticas da chefia e colegas pelo atendimento realizado, informalmente.

³³⁵ Certa vez conversei com o chefe da Ginecologia solicitando a criação de fluxos institucionais de atendimento ambulatorial aos homens trans e este se recusou a proposta sob a justificativa de que eles deveriam ser atendidos na atenção primária.

Os atendimentos não têm uma frequência regular de modo que apenas esporadicamente um ou outro usuário trans é convocado para iniciar o pré-operatório e, ao se indagar sobre essa situação, a resposta, invariavelmente, remete ao grande número de pessoas com câncer esperando por cirurgias. Não se minimiza aqui a necessidade e a urgência que requerem os tratamentos dos cânceres ou de qualquer outra necessidade de saúde que produza letalidade, o que está em questão é que na “régua de sofrimento” que a sociedade e os serviços costumam estabelecer, as necessidades de saúde das pessoas trans estão sempre em última escala. Cabe destacar ainda, que todo serviço de alta complexidade estabelece critérios de atendimentos, de modo que não haja exclusão de assistência entre as necessidades urgentes e eletivas de usuários/as.

Dessa forma, havendo organização da assistência e estabelecimento de critérios entre o que é eletivo e o que é urgente, nenhuma pessoa ficaria desassistida. Até porque existem demandas cirúrgicas eletivas de pessoas cisgêneras e, nem por isso, elas deixam de ser operadas, tendo em vista o planejamento e a gestão dos cuidados estabelecidos em cada instituição de saúde. Caberia indagar por que mais frequentemente as demandas eletivas das pessoas trans são postergadas, mesmo quando se trata de procedimentos mais simples, como é o caso das histerectomias e das mamoplastias, por exemplo.

Quanto ao setor da Cirurgia Plástica³³⁶, as tratativas iniciais para a incorporação dos cirurgiões plásticos nos atendimentos às pessoas trans, também não fluíram satisfatoriamente. Pode-se dizer que houve uma adesão a proposta, mas não houve investimento daquela especialidade na sua organização interna para o desenvolvimento do programa, de modo que a realização das cirurgias também é esporádica, aleatória e, aparentemente, desenvolvida na “perspectiva do favor” e não do direito.

Há pouco reconhecimento dessa modalidade assistencial como um direito das pessoas, observando-se também, uma personificação do atendimento, como se este, quando acontecesse, fizesse parte de uma “gentileza” daquele serviço em atenção a uma solicitação

³³⁶ O setor de Cirurgia Plástica funcionava dentro do prédio do HUPE/UERJ até que em 2012 os atendimentos ambulatoriais migraram para a Policlínica Piquet Carneiro, que é outra unidade de saúde da UERJ, possuindo um registro específico no Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde – CNES, o que pode impactar nas ações referentes ao processo transexualizador, uma vez que esta unidade não foi habilitada pela Portaria 2803/13. Em geral isso causa impacto no registro dos atendimentos ambulatoriais e das cirurgias de mamoplastias masculinizadoras, que eventualmente são realizadas na policlínica. O mesmo não ocorre com as cirurgias mamárias com implante de silicone porque são procedimentos exclusivamente realizados no Centro cirúrgico do HUPE/UERJ.

do Coordenador da Urologia Reconstructora ou mesmo como um favor/caridade³³⁷ para a pessoa assistida. Não é assim compreendida como uma ação institucional realizada com os recursos financeiros de um serviço público e nem como um direito do/a usuário/a.

Atualmente, é possível constatar que há profissionais mais identificados com a estruturação do atendimento no setor, na medida em que se tem observado maior preocupação com o registro correto dos procedimentos cirúrgicos realizados³³⁸, com a compra de próteses para as plásticas mamárias das mulheres trans e com organização de fila e preparo dos/as usuários/as/as para os atendimentos³³⁹.

É importante apontar que a questão dos procedimentos cirúrgicos de pessoas trans serem postos sempre em segundo plano, não é algo exclusivo da especialidade da Ginecologia, uma vez que isso também é observado em relação à Cirurgia Plástica. Invariavelmente há um procedimento prioritário (de pessoas cisgêneras) que precisa ser realizado na frente das cirurgias das pessoas trans, mesmo considerando-se que na maioria dos casos, o procedimento a ser realizado em pessoas cisgêneras, não envolve risco de letalidade. Esta situação, pelo menos nesta última especialidade, tende a ser minimizado por meio do planejamento que está sendo feito para a realização de 10 cirurgias em transexuais para o ano de 2021³⁴⁰.

No que se refere à otorrinolaringologia a articulação inicial entre aquela especialidade e a Urologia Reconstructora foi bastante incipiente e durou muito pouco, tendo sido realizado um único procedimento de redução de Pomo de Adão, logo após a institucionalização do programa. Naquele período, havia um profissional vinculado à instituição que tinha esse interesse, com a saída dele, não houve mais qualquer envolvimento da especialidade com o programa.

³³⁷ Cabe lembrar que foi neste serviço, em reunião para discussão dos atendimentos, que uma médica expressou, textualmente, que operava as pessoas trans porque tinha pena delas.

³³⁸ O registro correto dos procedimentos realizados sempre foi um problema persistente naquela equipe, o que demandava constantes monitoramento e intervenções por parte da coordenação ambulatorial. Nesse sentido era muito comum que ao saber que algum/a pessoa trans tinha sido operada, eu fosse pessoalmente ao setor de faturamento observar o registro no prontuário, corrigir se estivesse errado e orientar os códigos corretos. Com o tempo essa necessidade de monitoramento tem diminuído.

³³⁹ A compra das próteses consistia num problema porque a equipe tinha dificuldades com os tramites do processo de aquisição e com a interlocução junto a Urologia e Psiquiatria em relação a organização da fila de pessoas interessadas e aptas para serem submetidas aos procedimentos.

³⁴⁰ Recentemente, a Coordenadora da Cirurgia Plástica me procurou solicitando auxílio na organização de lista das pessoas aptas para a cirurgia, tendo em vista o planejamento de compras de próteses para a realização de dez cirurgias plásticas mamárias com implante de silicone em 2021.

Não houve adesão do serviço de psicologia, que nesta instituição é denominada “psicologia médica”, ao atendimento de pessoas trans no HUPE/UERJ. De fato, há um número muito restrito de psicólogos/as no hospital e uma enorme demanda das mais variadas complexidades. Diante dessa escassez de profissionais frente às urgentes necessidades e mediante a escala de prioridades institucional, o serviço que presta atendimento às pessoas trans nunca foi uma opção para a alocação de psicólogos/as.

A saída encontrada foi a contratação, de maneira precária, de uma psicóloga egressa de um curso de especialização em psicologia médica da universidade, para atuar exclusivamente junto à equipe da Urologia Reconstructora, realizando o acompanhamento das pessoas trans inscritas no programa³⁴¹.

Quanto ao Serviço Social, sua vinculação ao programa deu-se em atenção ao convite realizado pelo Coordenador da Urologia Reconstructora à profissional estatutária que atendia nas enfermarias da Urologia à época, em que se buscava articular a formação da equipe mínima de atendimento. Inicialmente, as ações profissionais foram pontuais e sob demanda, realizadas por esta profissional com a colaboração da assistente social³⁴², também estatutária, que se vinculava ao ambulatório geral. Posteriormente, com a aposentadoria dessas duas profissionais, eu assumi a função e passei a desempenhá-la com a colaboração de residentes e estagiários/as da equipe de Serviço Social.

Em relação à Psiquiatria, conforme o relato do Coordenador hospitalar do processo transexualizador do HUPE/UERJ, a adesão se deu por meio da aceitação de um único médico psiquiatra, professor aposentado e vinculado à instituição, atualmente, de forma precária³⁴³. A participação daquele profissional se limitou unicamente para a elaboração dos laudos psiquiátricos – exigência para as demais etapas dos atendimentos médicos das pessoas trans dentro do HUPE/UERJ – não incluindo o cuidado assistencial dirigido às outras possíveis

³⁴¹ Esta profissional se vinculou à equipe da Urologia Reconstructora com a finalidade de atender às pessoas trans inscritas no programa em 2006. Sua vinculação deu-se de forma precária a partir de uma possibilidade, então existente, de contratação de profissionais, sem remuneração, na condição de TP (Treinamento Profissional). Naquela ocasião, ela era egressa de um curso de especialização em psicologia médica, quando soube que havia necessidade de psicólogos/as para atuar na Urologia Reconstructora. Após um período de inserção na equipe, esta profissional foi contemplada com uma bolsa de estudos, passando a ser TPB (Treinamento Profissional com Bolsa). Em 2014, essa modalidade de contrato foi extinta e a Chefia da Urologia conseguiu inseri-la num projeto de pesquisa com bolsa auxílio e é nessa condição que atualmente a profissional é remunerada por sua atuação na Urologia Reconstructora.

³⁴² Trata-se da profissional Elisabeth da Luz Marques. Assistente Social, atualmente aposentada, do Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ. Foi preceptora de residentes de Serviço Social e precursora dos atendimentos a pessoas trans no HUPE/UERJ.

³⁴³ O psiquiatra em questão já é aposentado e seu vínculo com a instituição é na condição de profissional voluntário.

necessidades que a pessoa pudesse apresentar. O próprio profissional relatou sobre sua aceitação em compor a equipe do processo transexualizador no HUPE e apontou que à época, já havia tido algum contato com essa temática, conforme relatos contidos no livro de Trindade (2016):

[...] Quando começou o trabalho em 2003, quiseram constituir uma equipe e esta equipe precisava de um psiquiatra. Então fui convidado para participar da equipe e aceitei. Não houve assim uma razão específica: foi um convite da Urologia que começou com a cirurgia. Eles precisavam de um psiquiatra, vieram aqui e me perguntaram se eu estava interessado. Eu me interessei e aceitei o convite. Eu já conhecia a transexualidade e já tinha atendido em consultório particular. Portanto, não era uma demanda nova. Era uma demanda muito pequena na ocasião. Penso que em consultório particular não haveria uma demanda grande nunca, por uma questão socioeconômica. Mas, eu tinha atendido alguns casos sim. Poucos casos, mas eu já havia tido contato. Não foi o primeiro contato aqui. E, em nenhum momento hesitei em aceitar o convite, porque achei um tema muito interessante (TRINDADE, 2016, p. 105).

Assim, é possível notar que a participação desses/as profissionais no atendimento às pessoas trans atendidas no programa do HUPE/UERJ não significou, necessariamente, a adesão e comprometimento dos serviços aos quais eles se vinculavam institucionalmente. Tratava-se, na maioria das vezes, de uma adesão individual daquele/a profissional e não uma adesão do serviço ou da especialidade.

No caso da Cirurgia Plástica e Ginecologia, essa forma individualizada de adesão gerou uma frouxidão institucional onde os profissionais não se sentiam implicados com os acordos verbais que foram estabelecidos anteriormente, em um momento que, inclusive, alguns/algumas deles ainda não estavam vinculados ao HUPE/UERJ. No caso da Psiquiatria, o agravante é que o profissional que aceitou participar do programa já é aposentado e em algum momento terá que se afastar da assistência e não se observa interesse de outros profissionais daquela Unidade Docente Assistencial em assumir essa função. Em geral, ainda que haja interesse de alguns/algumas profissionais em participar dos atendimentos, não se observa disposição por parte desses sujeitos em entrar em conflitos com seus pares, conforme analisou Eloísio Ruelas:

Todo mundo só quer ir na boa. Então, os outros professores, os outros profissionais, ninguém nunca quis se meter nesse vespeiro. Agora que parece que a onda já está mais aceita e isso é um assunto muito comentado nos congressos e existem pessoas que estão tendo visibilidade nessa área por isso, aí estão procurando mais [...] (EN10) (RUELAS, 2019).

Foram muitas as dificuldades encontradas para institucionalizar o programa, em síntese, pode-se dizer que o primeiro procedimento cirúrgico de transgenitalização ocorrido no HUPE/UERJ em 2003, abriu caminho para os demais atendimentos e, paulatinamente, o serviço foi se formando com a marca do improviso, da informalidade e sem o

comprometimento institucional das sucessivas direções do hospital em assumir o programa como uma das suas especialidades³⁴⁴.

Se até 2008 essa postura poderia ser tributada ao fato do atendimento às pessoas trans ser um projeto assistencial e de pesquisa da Urologia, após a publicação da Portaria n. 457/08, não fazia mais nenhum sentido o HUPE/UERJ não assumir sua responsabilidade institucional com este programa. Na ausência de um direcionamento e organização institucional em relação a este serviço e frente à omissão das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde do RJ, o que restou foi o caos e o atoleiro, onde, ao que parece, esperava-se que nos salvássemos puxando nossos próprios cabelos.

Como um dos desdobramentos da forma como esse programa se engendrou e da maneira como se dão as rotinas e relações institucionais dentro do ambiente hospitalar, destacou-se a dificuldade de discussão coletiva e planejamento do desenvolvimento do trabalho. As reuniões, quando existiam, ocorriam tão somente em resposta a algum problema surgido em situações específicas e não como uma das estratégias de organização do trabalho. Sempre houve muita desinformação e desencontro em torno das ações que cada subequipe desenvolvia, tornando o ambiente e as relações de trabalho caóticas e hostis. Contribuíram para isso os corporativismos profissionais e as hierarquias institucionais que, num ambiente acadêmico, parecem se acentuar.

Como consequência, foram produzidas dificuldades de circulação de informações sobre o acompanhamento das pessoas trans atendidas, de modo que, na maioria das vezes, uma subequipe desconhecia as ações da outra sobre a mesma pessoa assistida. Assim, eram comuns problemas em relação ao desconhecimento de datas de cirurgias, dias de internação, dificuldades ocorridas durante o período da internação, em relação a usuários/as/as insatisfeitos/as (por questões que poderiam ser resolvidas a partir de uma comunicação ampla e sistemática entre eles/as e a equipe e intra-equipe). Apesar de se tratar de uma equipe supostamente multiprofissional, havia insuficiente circulação de informação entre os pares, e o programa, apesar de ser, formalmente, uma ação institucional do HUPE/UERJ e compor o conjunto das políticas públicas de saúde do SUS, ainda mantinha/mantém uma forte personalização. Como apontado por Santos et al (2017):

As ações prestadas são identificadas como ações isoladas de determinado profissional, seja o *médico psiquiatra*, seja o *cirurgião*, seja a *psicóloga*, seja a *assistente social*, de modo que essa assistência não seja enxergada como uma ação

³⁴⁴ O diretor do HUPE/UERJ/UERJ entre 2008 e 2015, período crucial para a institucionalização do programa, se manteve o mesmo por dois períodos de gestão e era frontal e publicamente contrário a existência do atendimento a transexuais no HUPE/UERJ. Essa resistência se dava, sobretudo, por motivações de cunho religioso.

institucional, mas como uma atitude particular *daquele* profissional em questão. Parece-nos que a forma como se deu o credenciamento do HUPE/UERJ no âmbito do processo transexualizador e mesmo, o protagonismo do CFM no campo mais amplo da formulação da política, favoreceram, desde os primórdios, esse modo de ser e se constituir da ação institucional. Um modo de ser que, inclusive, oculta as responsabilidades do Estado, via MS e das secretarias estaduais e municipais de saúde, de suas atribuições enquanto gestores que têm obrigação com a condução dessa política (SANTOS *et al*, 2017, p. 363).

Essa personificação focada em alguns/algumas profissionais do HUPE/UERJ fez com que muitos usuários/as e até alguns/algumas profissionais, não enxergassem o processo macropolítico em que o programa estava inserido³⁴⁵. Dessa maneira, escamoteia-se o fato desse programa integrar uma política pública institucionalizada dentro do SUS, bem como se invisibiliza a omissão do Estado e dos municípios no que tange as suas responsabilidades constitucionais de estruturação e oferta de cuidados a essa população, o que inclui a sustentação das unidades assistenciais que ofertam esse cuidado, conforme apontam Santos *et al* (2017):

[...] o olhar de “fora” (e, muitas vezes, o olhar dos que estão “dentro”) compreende as ações dessa política como se elas não compusessem (ou que deveriam compor) uma política pública de longo alcance e como se essas ações se encerrassem nos limites do HUPE/UERJ. Tal processamento coloca os/as profissionais da “ponta” numa espécie de desamparo e solidão perversos, uma vez que são os/as que desempenham as ações possíveis em condições extremamente adversas, mas são quase que exclusivamente, responsabilizados/as pela falta de estrutura e ausência de rede de atenção, uma vez que os/as gestores/as públicos responsáveis não criaram os mecanismos necessários para o pleno funcionamento dos serviços (SANTOS *et al*, 2017, p. 363).

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 e pela solidão dos/as técnicos/as, além de grande dispêndio de energia daqueles/as que estão à frente da condução dos atendimentos, notadamente, a Urologia e o Serviço Social 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, além da precariedade dos recursos humanos, que se dá, sobretudo, pela falta de reposição dos/as trabalhadores/as da saúde que se

³⁴⁵ É comum que o hospital e os profissionais envolvidos no programa recebam processos judiciais questionando a assistência prestada e sejam obrigados a prestar esclarecimentos sobre o mal funcionamento do serviço, como se isso fosse responsabilidade exclusiva deles. Assim, os processos judiciais e interpelações, de qualquer órgão ou natureza, são direcionados nominalmente aos/as técnicos/as responsáveis pelo atendimento assistencial e raramente são destinados à direção da instituição.

aposentam e a redução do quadro profissional, que precisam se dividir em múltiplas tarefas, o que acaba impactando na forma e na composição das equipes assistenciais³⁴⁶.

Um traço importante desse serviço, que também foi constatado nos outros programas, é a presença da transfobia que paira como um espectro a rondar sub-repticiamente a dinâmica institucional. Por vezes, ela se manifesta de forma explícita, outras vezes ela rasteja camuflada, mas ela está sempre lá.

Houve uma época em que ela se expressou por meio da recusa dos/as profissionais em respeitarem o nome social, em outros momentos, ela se manifestou pelos obstáculos criados por funcionários/as em internar a pessoa de acordo com o gênero autorreferido. Ela se expressa em olhares de soslaio, em risinhos e, sobretudo, ela se manifesta escondendo-se atrás da recusa ao atendimento, atrás da morosidade ou da negação das demandas das pessoas trans, numa situação muito próxima às observações que fiz linhas atrás, a respeito das dificuldades e obstáculos postos por algumas especialidades clínicas e cirúrgicas em relação aos atendimentos destinados às pessoas trans. Tal entendimento é reforçado por uma compreensão similar encontrada nos relatos do psiquiatra do serviço, publicados no livro de Trindade (2016):

Há uma certa má vontade com as pessoas transexuais. Para agendar a cirurgia, o médico cirurgião daqui do hospital tem que batalhar muito para conseguir centro cirúrgico. Como se outras coisas tivessem mais prioridade. Entende? Então, às vezes marcam a cirurgia, depois desmarcam. Não pode fazer. Tudo é mais urgente do que isso aqui. O que mostra que eles acham que isso é desimportante, uma fantasia... Tem coisa mais importante na medicina do que isso, na ideia deles. Aqui, uma das principais dificuldades na minha visão é esse olhar meio torto. Ninguém quer atender aqui. Esse mal-estar, que muito profissionais têm em atender à população trans, assola os psiquiatras do HUPE/UERJ também. Alguns/algumas residentes se interessam. Mas, às vezes ficam só na residência e vão embora em seguida. Médicos de *status* mesmo não têm interesse. Ninguém me procurou dizendo: “Deixa eu te acompanhar e, quando você sair, eu vou querer assumir”. Ninguém! Teve um dia (não vou identificar a pessoa, evidentemente), mas um colega disse assim: “como um médico tão conceituado, um psiquiatra ilustre como você, se mete com essa gente?!”. Essa gente são os transexuais. É a maneira de se referir: “essa gente”, como se não fosse humano. Como se eu tivesse atendido um bandido (e mesmo que fosse um bandido, também teria direito de ser atendido). Um marginal... “essa gente”. Eles se referem como se fosse um mau caráter. Apesar de terem uma abertura maior, uma mente mais esclarecida... No meio acadêmico se esperaria que não, que não tivesse preconceito. Eu tenho que preparar alguém para ver se assume. Mas, ainda não sei quem. É tudo muito triste! (TRINDADE, 2016, p. 119).

³⁴⁶ O trabalho se dá em equipes diminutas, em geral conduzidas por um único técnico, que desenvolve suas atividades com o auxílio de residentes. A Urologia Reconstructora conta com 4 médicos que se dividem entre outras inúmeras inserções. No que tange ao Serviço Social, o programa conta com apenas uma profissional que se divide entre a atuação profissional de Serviço Social, preceptoria das quatro residentes, supervisão de duas estagiários, vice chefia de serviço e coordenação ambulatorial do processo transexualizador na unidade. Só há uma psicóloga e um psiquiatra, ambos vinculados de forma precarizada.

Assim, a discriminação por transfobia se configura num dos aspectos que contribui para as dificuldades de evolução do serviço, resultando numa paralisia e engessamento que parecem enredar qualquer possibilidade de avanço no programa. Tal qual o racismo, a transfobia, por vezes, se revelam como um “crime perfeito”, na medida em que é muito difícil provar que as negativas, as recusas, os empecilhos na oferta da assistência são práticas discriminatórias oriundas do preconceito e, dificilmente, o/a profissional que as comete admite tais práticas, e mais difícil ainda, é a existência de punição por tais atos. No entanto, são práticas que resultam, por exemplo, na ausência de capacitação técnica e de formação de recursos humanos, tendo em vista que ao impedir ou restringir o quantitativo de cirurgias realizadas, a transfobia impacta na formação do/a cirurgião/ã, o mesmo se dando com outros/as profissionais de qualquer área de formação ou especialidade, notadamente, dentro de um hospital-escola.

Em resposta a esse ambiente hostil, o próprio movimento trans e travesti apoiado institucionalmente pela equipe de Serviço Social organizou, no início de 2014, um ato político nas dependências do HUPE/UERJ, exigindo melhores condições de assistência e denunciando a transfobia institucional³⁴⁷. Aquele foi um marco importante na trajetória do programa porque até então, nunca, a instituição tinha sido frontalmente questionada em relação a essa assistência.

As manifestações coletivas³⁴⁸ que tomaram as ruas contra o Governo Federal e outras autoridades em 2013 ainda estavam recentes e a Direção do HUPE/UERJ, tomando ciência de que estava sendo organizado pelas redes sociais uma estratégia política denominada *Ocupa-HUPE*, sentiu-se ameaçada. Além de designar integrantes da própria Direção para receber os/as manifestantes trans e apoiadores/as cisgêneros/as, solicitou amplo apoio da equipe de segurança da UERJ em função do medo de que a ocupação do hospital se desse de fato pelo movimento social. Assim, em 26 de fevereiro de 2014, o HUPE/UERJ foi tomado pelas cores das bandeiras LGBTQ+ e foi devidamente ocupado por um segmento da população, que não costumava transitar com facilidade por aquele espaço.

³⁴⁷ Eram recorrentes as dificuldades que os/as usuários/as enfrentavam em relação ao preconceito e desrespeito ao nome social por eles adotados. Frequentemente os/as funcionários/as do setor de matrícula se recusavam a registrar o nome social no cartão do hospital e no Cartão Nacional de Saúde. A gota d’água que desencadeou o “Ocupa-HUPE” se deu porque um rapaz só conseguiu registrar seu nome corretamente após a minha intervenção junto ao setor. Em seguida, um outro rapaz, acompanhado de sua esposa e daquele que havia conseguido fazer o cartão após minha intervenção, tentou o mesmo e, por eu não estar no momento, não obteve êxito, embora tenha sido atendido pelo mesmo funcionário. Foi uma situação muito estressante, na qual o rapaz que tentava ter seu nome respeitado procurou a delegacia na intenção de registrar queixa contra o hospital e após esse evento, decidiram organizar o ato “Ocupa-Hupe”.

³⁴⁸ Sobre as jornadas de junho de 2013, Cf.: Ermínia Maricato, 2013. Ver também Maria da Glória GOHN 2014.

O movimento foi recebido no Anfiteatro Ney Palmeiro, um espaço nobre do hospital, que foi reservado exclusivamente para esse fim e foi recepcionado pela Assessoria de Imprensa do HUPE/UERJ, por integrante da Direção³⁴⁹ pela Coordenação da Urologia Reconstructora e, também, pelo Serviço Social. Embora, houvesse mais seguranças que manifestantes naquele ato político, a estratégia política foi fundamental porque, a partir daí, a Direção do hospital não pôde mais ignorar a existência do programa no HUPE/UERJ. Ela designou a Chefia e Vice Chefia do Ambulatório Geral, as médicas Teresinha Maeda e Débora Fontenelle³⁵⁰, respectivamente, para que acompanhassem e dessem apoio ao serviço. Vale ressaltar que a atenção, inédita, dada aquele grupo, seguiu as mesmas diretrizes adotadas na ocasião do incêndio ocorrido no HUPE/UERJ dois anos antes. Na ocasião, os/as familiares das pessoas que estavam internadas quando aconteceu aquele incidente foram chamados a ingressarem no mesmo anfiteatro para receberem informações acerca dos usuários/as internados, pois muitos/as deles/as haviam sido transferidos/as de alas dentro do hospital. Metaforicamente, pode-se dizer que aquele grupo de pessoas trans ali reunidas exigindo serem tratadas com respeito e dignidade, também representavam uma situação incendiária para a instituição.

A partir daquela data foi possível instituir um maior respeito ao nome social no HUPE, que era algo que o Serviço Social já vinha tentando implementar nos três anos anteriores, por meio de discussões/sensibilizações com a direção, portaria, recepção bem como junto aos usuários por meio de grupos educativos e reflexivos denominados “rodas de conversa”, mas que sempre encontrava fortes resistências da direção e de outras equipes.

Outro resultado importante desse movimento foi que, a partir dele, o serviço passou a se reunir, sob a articulação da Chefia Médica dos Ambulatórios, o que possibilitou uma mínima organização do programa na instituição e a publicação em Diário Oficial das coordenações ambulatorial e hospitalar, conforme preconizava a Portaria n. 2803/13.

É importante destacar que a solicitação para que eu me tornasse Coordenadora ambulatorial partiu dos/as integrantes do movimento “Ocupa Hupe”, com a anuência e o respaldo da Chefia Médica ambulatorial e da Coordenação da Urologia Reconstructora. Isso ocorreu, ainda que tenha havido resistência e discordância de alguns/algumas médicos/as,

³⁴⁹ A chefe dos ambulatórios do HUPE/UERJ, Terezinha Maeda, que também é professora assistente da Disciplina de Pneumologia e Tisiologia da FCM/UERJ.

³⁵⁰ Médica, doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ. Clínica geral, atuando principalmente na Assistência em HIV/AIDS, no ambulatório do Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ.

notadamente do setor de Ginecologia, que expressaram sua discordância, afirmando que por eu não ser médica, não deveria ocupar a função. Tanto os integrantes do movimento “Ocupa Hupe” quanto a chefia médica dos ambulatorios e a Coordenação da Urologia Reconstructora ratificaram a indicação de que eu fosse dali em diante a Coordenadora Ambulatorial do processo transexualizador do HUPE/UERJ e assim foi feito.

Figuras 22, 23, 24 e 25 - Registros fotográficos do Ato Ocupa-HUPE/UERJ



Fonte: Acervo pessoal

Uma outra característica do programa no HUPE/UERJ, diz respeito à patologização/psiquiatrização das identidades trans, que apesar das tentativas de camuflagem e diluição dessa lógica por alguns/algumas dos/as técnicos/as, persiste como um marcador muito forte das condutas profissionais das mais variadas especialidades, perpassando a

Psiquiatria, a Psicologia, a Cirurgia Plástica, Urologia, entre outros. A partir das observações cotidianas e relatos dos/as usuários/as/as atendidos/as, é possível constatar que muitos/as profissionais trabalham a partir de uma lógica fundada em um padrão estereotipado de feminilidade ou masculinidade, onde as pessoas são classificadas e etiquetadas em cada um desses padrões e tudo o que foge dessa classificação normativa é necessariamente excluído da categoria “transexual”

Com base nos relatos dos/as usuários/as, parece haver um intenso escrutínio no comportamento, nos trejeitos, na forma de andar, falar e vestir das pessoas trans atendidas, em busca de qualquer deslize que comprove ao profissional que aquela pessoa não se enquadra nos critérios de classificação do que seja o comportamento e atitude “normal” de um homem ou uma mulher. Assim, mulheres que tenham um comportamento mais contundente, que demonstrem algum nível de agressividade, que não estejam vestidas “como devem se vestir as mulheres”, terão sua feminilidade, sua “mulhereza” questionada, o mesmo acontecendo com os homens.

Certa ocasião, um rapaz atendido pela equipe de Serviço Social nos relatou que foi questionado durante o atendimento no setor de psiquiatria em função de usar o cabelo comprido. Ocorre que esse rapaz precisava usar os cabelos com um corte compreendido como feminino, bem como suas vestimentas também precisavam ser “de mulher” porque em seu trabalho, onde atuava como recepcionista de um famoso e refinado hotel, seus empregadores não sabiam que se tratava de um homem trans e era exigido das funcionárias que usassem unhas feitas/pintadas, cabelos compridos e saia ou vestido.

Aquele rapaz encontrava dificuldades no HUPE/UERJ porque durante seu atendimento psiquiátrico sua necessidade material de existência não era compreendida, bem como no seu trabalho, enfrentava outros desafios, sobretudo por não se enquadrar num padrão de gênero com o qual não se identificava. Por fim, ele acabou deixando o emprego, conforme relatos contidos no trabalho de Brito:

[...] Na hotelaria, você tem um uniforme específico, tem um uniforme masculino e tem um uniforme feminino, na hotelaria não existe um uniforme neutro. Então, eu tinha que usar saia, eu tinha que ter maquiagem. Isso tudo me angustiava num grau... E eu precisava do dinheiro, entendeu? Até o momento que eu vi que aquilo ali realmente estava me afetando mais do que... sei lá, se eu ganhasse pouco num trabalho muito mais cansativo, porém tivesse a liberdade de ser eu... entendeu? Então, eu saí dessa parte de hotelaria (BRITO, 2019).

Numa outra ocasião, uma mulher trans que havia declinado da decisão de operar duas vezes em função de problemas familiares, relatou durante o seu atendimento com a equipe de Serviço Social que foi indagada pela psicologia se usava ou não o pênis, se sentia ou não

prazer com o órgão, pois havia a desconfiança da profissional de que a recusa da cirurgia talvez se devesse ao fato dessa usuária, possivelmente, usar o pênis nas suas relações sexuais, o que sugeriria que ela não seria uma transexual de fato, na compreensão da profissional.

Lembro de ter atendido a um homem trans na sala do Serviço Social e ele contou, de maneira sarcástica, sobre os testes de personalidade que tinha acabado de realizar e sobre os desenhos que havia feito. Segundo ele, já havia conversado com outras pessoas trans e com amigos psicólogos/as, já tinha lido sobre os testes em artigos científicos e em *sites* da internet e tinha certeza de que seus desenhos “estavam dentro do esperado” e que passaria nos testes.

Situações como essas não são incomuns e levam os/as usuários/as a criarem estratégias para escapar ou driblar a vigilância³⁵¹ dentro do programa, o que retroalimenta o escrutínio dos profissionais. Assim, a equipe, geralmente suspeita de que esses/as usuários/as estariam mentindo ou a enganando, gerando, com isso, quebra de confiança na relação deles/as com o serviço. Talvez essa ambiência, por vezes marcada por desconfianças mútuas, explique porque nenhuma usuária tenha se auto declarado como travesti.

Borba (2014), ao problematizar em sua pesquisa de doutoramento alguns dos obstáculos discursivos para o cuidado integral e humanizado à saúde de pessoas trans no Processo Transexualizador no Brasil, sustentou que há um paradoxo nesses serviços na medida em que:

[...] A exigência de um laudo psiquiátrico atestando a transexualidade dos/as usuários/as os/as impelem a se engajar, pelo menos dentro do consultório, em narrativas que se enquadram nos protocolos preconizados pela Associação Americana de Psiquiatria. Contudo, a elaboração de uma performance de transexualidade à DSM (por mais impecável que seja), ao invés de performativamente incluí-las/os na classificação, é percebida pela equipe médica como “mentira”. Em vez de convencer a equipe médica da justeza do laudo psiquiátrico, esse discurso padronizado imposto pela exigência do diagnóstico, só gera desconfiança (BORBA, 2014, p. 86)”

Dessa maneira, o referido autor contribuiu com importantes análises para o questionamento de uma política discursiva e essencialista, majoritariamente presente nas Unidades de Atenção Especializada, que patologiza e homogeneiza as transexualidades. A consequência maior dessa patologização essencializadora tem sido a construção de estratégias de acesso à assistência por parte dos/as usuários/as. Isto conforma uma relação em que o

³⁵¹ Em geral as pessoas trans atendidas combinam entre si o que podem ou não falar durante as consultas, o que podem ou não vestir e criam performances de convencimento de acordo com o que os profissionais esperam delas, tendo como parâmetro o que aprendem, em geral, com os próprios. Por sua vez, esses profissionais de saúde se guiam pelo Manual Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais – Quarta Edição. Trata-se de um manual para profissionais da área da saúde mental que lista diferentes categorias de transtornos mentais e critérios para diagnosticá-los, de acordo com a Associação Americana de Psiquiatria (American Psychiatric Association – APA).

cuidado em saúde se torna menos importante do que a ambição classificatória, pois, fundamentada sobre essas bases, não há espaço para o estabelecimento de uma relação em que haja confiança mútua.

Sobre esta questão há de se destacar que a despatologização da transexualidade tem sido pauta da luta de pessoas transexuais (e de muitos/as profissionais de saúde) do mundo inteiro, uma vez que, no momento em que um indivíduo é considerado doente, reafirma-se que qualquer variação de gênero que, foge do considerado "normal" pela Portaria é ilegítima, além de reforçar a intervenção cirúrgica como a única que adequará esse indivíduo à normalidade, desconsiderando outras possíveis escolhas que não se restrinjam à cirurgia (PRESTES, 2018).

Atualmente, o atendimento às pessoas trans no HUPE/UERJ encontra-se acima do limite de suas possibilidades, tendo o serviço que responder, inclusive judicialmente, por dificuldades no acesso à assistência. A equipe de Urologia fechou o atendimento para consultas de primeira vez em dezembro de 2012, não havendo ainda previsão de quando será possível ofertar vagas para novos/as usuários/as. O motivo do fechamento foi o estrangulamento na “porta de saída” da assistência, já que o número de cirurgias realizadas é baixo em relação à demanda.

Tal realidade resulta num longo período de espera pelo procedimento, gerando angústia e insatisfação por parte dos/as usuários/as. A equipe estabeleceu como meta possível dentro de sua organização de trabalho a realização de uma cirurgia por mês, ocorre que, no entanto, por dificuldades estruturais e de pessoal³⁵² não tem conseguido atingir este número de procedimentos cirúrgicos, o que contribuiu para a manutenção do fechamento da oferta de novas consultas pela equipe da Urologia, que é a porta de entrada para os atendimentos das pessoas que querem fazer cirurgias.

Atualmente, existem em torno de 230 pessoas cadastradas e em atendimento no ambulatório de reconstrução genital, sendo que deste número cerca de 70 pessoas encontram-

³⁵² É importante destacar aqui a grave crise enfrentada pelo estado do Rio de Janeiro, que decretou falência e entrou em regime de recuperação fiscal em 2016, num processo que já vinha desde anos anteriores e perdura até hoje. Essa crise impactou o HUPE/UERJ e toda a estrutura assistencial do Estado, afetando, inclusive o pagamento dos salários do funcionalismo público. Naquele período, a assistência foi frontalmente atingida, tornando a situação do processo transexualizador ainda mais dramática. No momento em que a instituição apresentava sinais de recuperação, o mundo foi atravessado pela Pandemia do Coronavírus, de modo que o futuro da assistência a pessoas trans no HUPE/UERJ é algo incerto.

se em lista de espera para cirurgias³⁵³. Se, de fato, ocorresse 1 (um) procedimento por mês, o tempo médio de espera para que isto acontecesse seria de quase sete anos, o que configura uma situação muito complexa, tendo em vista que, em geral, a vida dessas pessoas fica limitada à expectativa da realização das cirurgias. Concretamente, tem ocorrido, de fato, entre seis e nove procedimentos por ano, o que resulta num tempo real que se aproxima dos dez anos de espera. Foi a análise cuidadosa dessa situação que motivou o fechamento de consulta de primeira vez para as pessoas que demandam esse tipo de intervenção.

O quantitativo de usuários/as/as sinalizado acima, corresponde àqueles/as atendidos/as pela Urologia e que demandam cirurgias de transgenitalização e/ou retoques em cirurgias já realizadas. No entanto, o número de pessoas trans que procuram o serviço é bem maior, se considerarmos as pessoas atendidas pela Psiquiatria e Serviço Social e que não querem ou que não conseguiram se inserir no atendimento da Urologia por este se encontrar fechado para novos/as usuários/as.

Tanto a Psiquiatria quanto o Serviço Social que atuam no programa do HUPE/UERJ entendem que a assistência a pessoa transexual é mais ampla do que o procedimento cirúrgico e que muitas das demandas apresentadas pelos usuários/as independem da cirurgia. O laudo da Psiquiatria possibilita que essas pessoas além de provar que estão aptas para se submeterem as cirurgias genitais, quando possível, também acessem, por exemplo, procedimentos cirúrgicos como a colocação de próteses mamárias, a mamoplastia masculinizadora e cirurgias ginecológicas, no caso dos homens trans.

O Serviço Social, a partir de uma escuta qualificada, tem atuado no atendimento a todas as pessoas transexuais que chegam ao serviço, por meio do atendimento social, no qual são identificadas as demandas que trazem, bem como são realizadas as devidas orientações sobre o funcionamento do serviço³⁵⁴. Além disso, é por meio do Serviço Social que esses/as usuários/as são acolhidos/as e acompanhados/as nos diversos meandros institucionais.

³⁵³ Refere-se aqui às cirurgias genitais. Procedimentos relativos às plásticas mamárias e ginecológicas não tiveram o acesso bloqueado, embora ocorram de maneira extremamente espaçada, sobretudo no que diz respeito aos procedimentos ginecológicos.

³⁵⁴ Ainda que a assistência prestada às pessoas trans no HUPE/UERJ seja marcada por muitas dificuldades, o Serviço Social tem um papel fundamental na orientação e no direcionamento dado aos usuários/as. Além disso, o trabalho desenvolvido tem sido importante pólo dinamizador de informações, pesquisas e de formação profissional para estagiários, residentes e qualificação da rede. Várias das egressas do programa seguiram suas trajetórias profissionais levando para outras áreas de inserção o conhecimento produzido no programa do HUPE/UERJ, assim como são muitos os exemplos de egressos que prosseguiram estudos e pesquisas em Programas de Pós-graduação discutindo a temática iniciada no HUPE/UERJ. Para maiores informações a respeito da atuação do serviço social no processo transsexualizador no HUPE, cf.: Santos & Almeida (2014); Gebrath, Zélia, 2013; Prestes, Elisa, 2018; Clemente, Samantha, 2015; Souza, Marcela, 2019; Brito, Carolina,

Cada um dos segmentos profissionais que atendem trans no HUPE/UERJ encontra dificuldades na assistência prestada. Algumas das dificuldades da Urologia foram sumariamente apontadas acima, além de outras, que se devem à precária infraestrutura do hospital, já que este procedimento cirúrgico concorre com os demais serviços prestados pela instituição. Assim, a escassez e a precariedade das salas cirúrgicas, a escassez de profissionais como anestesiistas, por exemplo, a precariedade do espaço físico ambulatorial, entre outros, são impeditivos para uma melhor e mais célere prestação da assistência.

Além disso, é importante assinalar que para a Urologia desempenhar bem o seu papel, ela necessita trabalhar de forma integrada com as outras especialidades que também precisam conversar entre si. A efetivação da multiprofissionalidade é um problema bastante comum no campo da saúde de maneira geral, não sendo diferente no HUPE/UERJ, notadamente quando se trata de assistência a pessoas trans. O modelo flexneriano característico dos HU's faz aqui seus estragos também.

Apresenta-se como problemas, além dos que já foram apontados, alguns entraves que dificultam a ação do programa, dentre os quais destacam-se:

- A ausência de acompanhamento dos/as usuários/as/as por parte da endocrinologia;
- A ausência de dispensação de hormônios;
- As dificuldades no atendimento do Serviço Social.

Quanto a ausência de acompanhamento dos/as usuários/as/as pela endocrinologia, já foi dito aqui que esta especialidade se recusa a participar dos atendimentos às pessoas trans no HUPE/UERJ. Neste caso, a Urologia vem fazendo o acompanhamento e prescrição medicamentosa dos/as usuários/as inscritos no programa, resultando numa enorme sobrecarga de serviços para aquela equipe. É possível que esse problema fosse minimizado com a absorção desse acompanhamento pela rede de atenção primária de saúde de seus municípios de origem, caso houvesse organização de fluxos assistenciais no estado do RJ, o que até agora também não ocorreu.

Quanto à dispensação de hormônios, destaca-se que os medicamentos prescritos nas consultas precisam ser adquiridos por meios próprios pelos/as usuários/as ou requeridos judicialmente, posto que ainda não há estruturação de uma política pública de dispensação desses medicamentos às pessoas trans, em nível nacional. A possibilidade de compra dessas

medicações viabilizadas pela Portaria n. 2803/13 foi uma medida extremamente importante, ocorre, que nem todas as instituições se organizaram estruturalmente para a sua aquisição, sobretudo, porque isso depende de articulações interinstitucionais, que tendo em vista o isolamento do programa (ainda existente) em relação à gestão do HUPE/UERJ, bem como a falta de envolvimento da gestão estadual e municipal, dificulta as tratativas para a estruturação dessa dispensação.

Além disso, a possibilidade posta pela Portaria n. 2803/13, traz em si um caráter de exclusão, na medida em que somente as pessoas inscritas no programa teriam acesso à medicação. Nesse caso, se o HUPE/UERJ tivesse se organizado para a dispensação dos medicamentos, as pessoas atendidas no serviço e não inscritas no programa por meio da Urologia, também estariam de fora da assistência medicamentosa.

No caso do Serviço Social, a equipe é coordenada por mim, uma profissional estatutária e composta por quatro residentes bianuais que se dividem entre os atendimentos às pessoas trans e o atendimento aos demais usuários/as da Urologia, bem como o atendimento a todos/as os/as demais usuários/as adultos/as internados/as e em acompanhamento ambulatorial, por meio do atendimento em plantões sociais semanais.

Inexiste uma sala com recursos adequados ao atendimento³⁵⁵, nem infraestrutura adequada para realização de grupos, trabalhos educativos, atendimentos individuais com garantia de sigilo, espaços para estudos, sistematização e pesquisas, o que prejudica muito o acolhimento e acompanhamento deles³⁵⁶.

Ressalta-se que o processo transexualizador do HUPE/UERJ não foi pactuado pelo Comitê Intergestor Bipartite (CIB) da Secretaria Estadual de Saúde que, até 2016, não se responsabilizava por nenhum atendimento às pessoas trans no estado³⁵⁷. A partir da habitação do IEDE naquele ano, o Rio de Janeiro reconheceu e legitimou os atendimentos ambulatoriais,

³⁵⁵ Até o final de 2015, o Serviço Social não tinha sala para atendimento exclusivo às pessoas trans. A partir do apoio do Coordenador da Urologia Reconstructora, Eloísio Alexandro da Silva Ruelas e da Chefia ambulatorial, Teresinha Maeda, a partir do Ocupa Hupe, foi possível ter acesso a uma sala que serve tanto para a Coordenação Ambulatorial do Processo Transexualizador quanto para os atendimentos do Serviço Social. Faz-se necessária a presença de um apoio administrativo para a organização das tarefas da Coordenação, mas neste espaço isso se torna impossível e o/a profissional, por isso, ainda não foi solicitado/a.

³⁵⁶ A equipe de Serviço Social contou entre 2010 e 2016 com a assessoria e consultoria da Faculdade de Serviço Social da UERJ por meio de projetos de extensão e, posteriormente, por projetos de pesquisas conduzidos pelo Professor Guilherme Almeida. Tal parceria foi fundamental para o preparo e para a qualificação técnica tanto da assistência prestada quanto para a formação profissional de residentes, estagiárias e extensionistas. A partir dessa parceria e como fruto dos projetos de pesquisa, a equipe recebeu equipamentos de informática e mobiliário que foram essenciais para a viabilização dos atendimentos, de maneira, mais confortável.

³⁵⁷ É importante esclarecer que o IEDE atende pessoas trans desde o final dos anos de 1970. No entanto, sem o reconhecimento institucional, o que só aconteceu em 2016, com a habilitação do programa pela SES/RJ.

deixando de fora dessa pactuação a possibilidade de realização dos acompanhamentos ambulatoriais e cirúrgicos desenvolvidos pelo HUPE/UERJ.

Assim, aquela Unidade de Atenção Especializada, seguiu apenas com a habilitação originária feita em 2008 pelo MS, sem que o estado do RJ, assumisse suas responsabilidades na estruturação dessa assistência em seu território. Dessa maneira, o HUPE/UERJ tem sido responsabilizado isoladamente por responder por uma política pública que precisa ser estruturada em âmbito de estado e no bojo da PNSILGBT, política essa que estabeleceu as responsabilidades de cada esfera de governo e que, também, ainda não foi implementada pelo gestor estadual da saúde.

Sem que haja uma estruturação da rede de atenção da saúde integral da população LGBTIQ+ em âmbito estadual, o HUPE/UERJ continuará tendo grandes dificuldades no cuidado às necessidades de transexuais. Essa rede estadual precisa atuar em apoio aos seus 92 municípios, para que estes estejam preparados para incorporar em seus serviços a assistência ambulatorial de que esses sujeitos necessitam (suporte psicológico quando demandado, acompanhamento hormonal, ginecológico, clínico, social, entre outros), de acordo com os princípios e diretrizes organizacionais do SUS. Na ausência de estruturação de rede assistencial e da habilitação do HUPE/UERJ pelo estado do RJ, como uma das unidades legitimadas para a oferta dessa assistência, não há definição de acesso regulado pelo estado ao Programa. Dessa maneira, a absorção das pessoas interessadas na assistência conta com o desenho institucional caracterizado por duas “portas de entrada”:

UROLOGIA: os/as usuários/as até o ano de 2011 procuravam o serviço de Urologia em data previamente divulgada e, sendo absorvidos no limite das vagas disponíveis, eram em momento oportuno, encaminhados/as para a Psiquiatria onde ficavam em acompanhamento por no mínimo dois anos até que recebessem o laudo para cirurgia genital. Após a obtenção do laudo psiquiátrico, iniciavam seu atendimento no Ambulatório de Reconstrução Genital da Urologia. Naquele ínterim continuavam em acompanhamento pela Urologia, que de acordo com sua avaliação, poderia encaminhá-los para o serviço de Cirurgia Plástica. No momento esta porta de entrada encontra-se fechada por tempo indeterminado.

PSIQUIATRIA: os/as usuários/as interessados no processo transexualizador procuravam o serviço e eram absorvidos/as, de acordo com a avaliação do psiquiatra responsável. Após dois anos de acompanhamento, o/a usuário/a recebia o laudo que lhes autorizava a fazer as cirurgias. De posse desse laudo, o/a usuário/a era então encaminhado/a ao serviço de Urologia (que está fechado para usuários/as novos/as), a Cirurgia Plástica (que está no limite de sua capacidade) e ao serviço da Ginecologia, se o/a usuário/a solicitasse.

Cabe destacar que a equipe de Serviço Social atende a usuários/as oriundos/as tanto da Psiquiatria quanto da Urologia e todos aqueles que procuram a equipe espontaneamente.

No que se refere aos procedimentos ambulatoriais e cirúrgicos realizados durante os atendimentos, chama a atenção o velho e recorrente problema da subnotificação de registros. Isto no HUPE/UERJ parece ser algo muito acentuado em todas as áreas de atendimento, tendo sido minimizado apenas recentemente com a informatização dos prontuários. Assim, ao salientar este aspecto, chamo a atenção de que os dados que acessei no Sistema de Informação do MS, são seguramente, abaixo do número real de atendimentos realizados pelo programa.

Em relação ao “acompanhamento de paciente no processo transexualizador (por atendimento)”, “acompanhamento exclusivamente para atendimento clínico” e “acompanhamento exclusivo nas etapas do pré e pós-operatório” há o registro de 1065 atendimentos no período de 2012 a 2018.

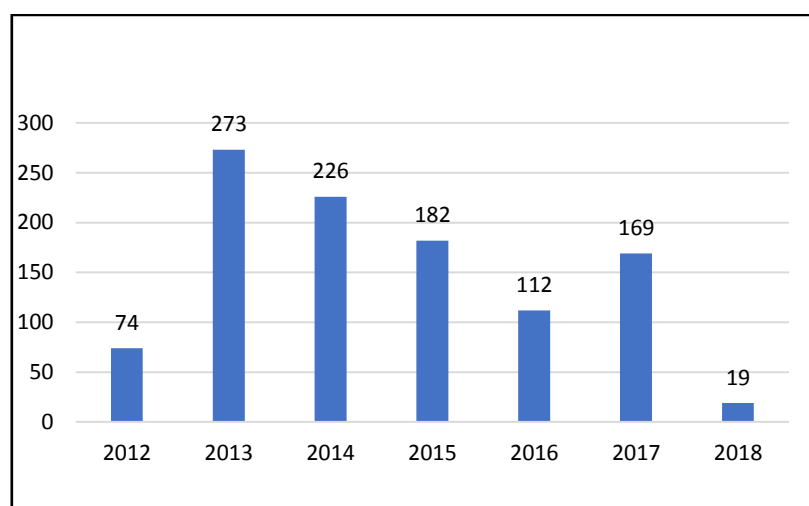
Note-se que não há registros anteriores ao ano de 2012 e isso se deve ao fato de até aquele momento a equipe médica não efetuava corretamente os registros de acordo com os códigos de procedimento da Portaria n. 457/08. Foi a partir da atuação do Serviço Social, chamando a atenção para a necessidade de registrar corretamente os procedimentos realizados, inclusive com monitoramento periódico, que a urologia se organizou para tanto, inclusive com a alocação de uma funcionária com essa incumbência³⁵⁸.

Assim, em 2013, foi possível constatar um significativo aumento nos registros dos atendimentos realizados pelas equipes, tendência que se manteve, com alguma desaceleração em 2014 e em 2015. Em 2016, o estado do RJ vivenciou o auge da sua crise e o HUPE/UERJ se manteve a maior parte do ano com as atividades paralisadas em função do intenso processo de subfinanciamento. Esse problema foi enfrentado com longas greves, motivadas pelos longos e constantes atrasos de remuneração dos/as trabalhadores/as (que chegaram à ficar mais de três meses sem receber salários), que sequer possuíam o dinheiro para a passagem do transporte para chegarem até ao trabalho.

³⁵⁸ Em 2012 participei do Seminário Processo Transexualizador no SUS e estando lá tomei conhecimento dos registros de atendimentos realizados pelas equipes do processo transexualizador do HUPE/UERJ. Dessa forma foi possível constatar a subnotificação de procedimentos cirúrgicos e a ausência de registros dos atendimentos ambulatoriais. Retornando para o serviço informei a equipe sobre o problema e juntamente com uma profissional que atuava no Faturamento do Hospital, orientei como deveria ser o registro e quais os códigos que deveriam ser utilizados. A Urologia compreendeu a questão e essa funcionária, que era contratada, passou a se dedicar exclusivamente ao faturamento dos procedimentos realizados pela Urologia, o que refletiu positivamente em relação ao problema da subnotificação no processo transexualizador do HUPE/UERJ. No entanto, com a crise do Estado, essa trabalhadora foi dispensada, e o problema voltou a acontecer, ainda que em menor escala.

Além da crise do estado do RJ, também foi perceptível o contexto político extremamente adverso do ponto de vista nacional em função das instabilidades políticas que culminaram no *Impeachment* da então Presidente Dilma Rousseff e na assunção do então vice-presidente Michel Temer ao Governo Federal.

Gráfico 25 – Atendimentos Ambulatoriais HUPE - UERJ



Fonte: A autora, 2019. Baseado no Sistema de Informação do MS.

A situação de crise vivenciada pelo HUPE/UERJ começou a dar sinais de recuperação em 2017, mas a retração nos atendimentos realizados em todas as especialidades não foi algo que se pudesse recuperar de imediato. Houve queda no número de residentes no auge da crise, o que repercutiu no volume da assistência prestada.

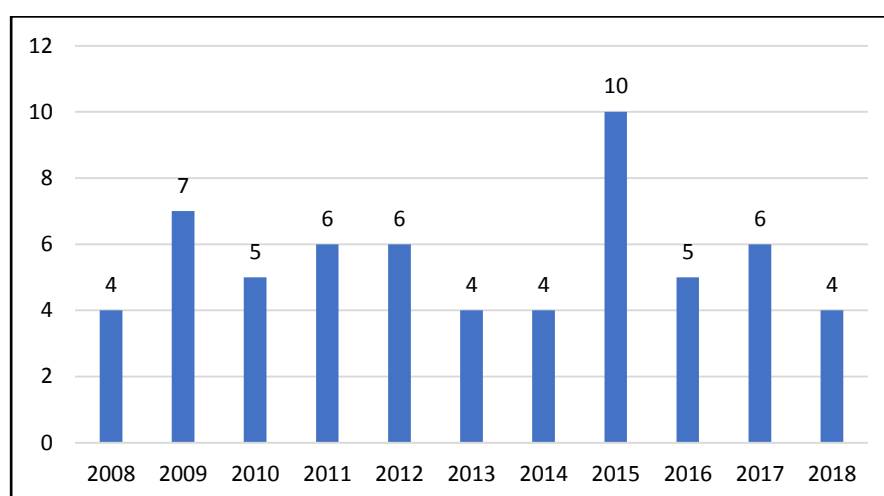
Além disso, houve relaxamento no registro dos atendimentos em função da saída, por perda de contrato, da trabalhadora responsável pelo faturamento e registros dos atendimentos realizados pela Urologia. É importante lembrar que em relação ao ano de 2018, foram considerados, para efeitos dessa pesquisa, as notificações de atendimentos realizados no Sistema do Ministério da Saúde até o mês de setembro e não o ano inteiro.

Todavia, apenas essa redução de três meses não justifica a diminuição dos registros. Na realidade, ocorreu uma queda acentuada no ato dos/as profissionais registrarem a informação da consulta no momento em que ela ocorreu. O HUPE/UERJ contratou uma empresa terceirizada e adotou o prontuário eletrônico sob a justificativa de melhorar o nível de informação e registros dos procedimentos realizados. Dessa maneira, caberiam aos recepcionistas dos ambulatórios, que possuem alta rotatividade, a alimentação do sistema de informação hospitalar com os registros das consultas efetuadas. Todavia, essa medida não

eliminou a necessidade de orientação e monitoramento dessas atividades, que ao não acontecerem, redundam na ocorrência de falhas no registro³⁵⁹.

Em relação aos procedimentos de transgenitalização e cirurgias complementares de transgenitalização, o HUPE/UERJ registrou 61 procedimentos no período entre 2008 e 2018, como pode ser visto no gráfico 26:

Gráfico 26 – Cirurgias de Transgenitalização e Cirurgias Complementares em mulheres Trans – HUPE / UERJ



Fonte: A autora, 2019. Baseado no Sistema de Informação do MS.

O número de cirurgias realizadas pelo HUPE/UERJ sempre foi constantemente abaixo dos 12 procedimentos anuais estipulados pela normatização da própria equipe médica. Ainda que se considere a existência de subnotificações, elas, isoladamente não justificam as baixas notificações, sobretudo após o ano de 2012, quando houve maior rigor e atenção nos registros. É necessário correlacionar o baixo quantitativo de procedimentos cirúrgicos às dificuldades estruturais e políticas que atravessam todo o programa. O ano de 2015, foi o período que mais se aproximou da meta anual de cirurgias e havia um empenho da equipe cirúrgica em busca de aumentar o quantitativo dessas intervenções. No entanto, como dito, a crise do estado do RJ e, em âmbito nacional, interrompeu o que poderia ser um ciclo de maior constância na realização dos procedimentos.

³⁵⁹ Eu já indaguei às recepcionistas sobre o registro das consultas e percebi a existência de dúvidas e inseguranças em relação à atividade. No entanto, por se tratar de serviço terceirizado, a minha intervenção não foi bem acolhida pelas profissionais que, possivelmente, não reconheceram em mim a legitimidade para orientar/supervisionar suas tarefas. Levei a questão para a responsável pela empresa, que se comprometeu a resolver.

Em relação às cirurgias de redução do Pomo de Adão e modulação da voz, o serviço registrou apenas um procedimento em 2010, o que pode ser explicado pelo fato do Programa só ter tido a participação da otorrinolaringologia por um curto intervalo de tempo. No que se refere à plástica mamária, realizou-se poucos procedimentos, devido, sobretudo à dificuldade de organização do setor para a aquisição das próteses, além das sistemáticas subnotificações. Em todo o período estudado, houve o registro de apenas uma cirurgia plástica mamária com implante de silicone no ano de 2014, quando na verdade, tenho ciência da realização de outros procedimentos nos anos subsequentes, que não foram devidamente registrados.

Quadro 13 – Demais Cirurgias em Homens e Mulheres trans HUPE/UERJ

Ano Proced.	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Tireoidioplastia/ Redesignação Sexual 2º tempo	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Plástica mamaria incluindo prótese de silicone	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Histerectomia	-	-	-	-	-	-	1	1	3	1
Mastectomia	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-

Fonte: autoria própria com base no Sistema de Informação do MS.

No que tange à mamoplastia masculinizadora, o setor da Cirurgia Plástica informou a realização de apenas três procedimentos em 2015. É necessário considerar que além de realizar poucos procedimentos, a Cirurgia Plástica tem a particularidade de se localizar territorialmente em duas unidades hospitalares da UERJ, o HUPE/UERJ e a Policlínica Piquet Carneiro (PPC), ambas com números de CNES distintos e compreendidos como duas instituições independentes, conforme já sinalizado.

Nessa forma de organização, as plásticas mamárias das mulheres trans são realizadas no HUPE/UERJ e os procedimentos de mamoplastia dos homens trans são realizados na PPC e como esta instituição não é habilitada no processo transexualizador, os códigos de procedimentos utilizados não são os que constam na Portaria n. 2803/13.

Em relação à histerectomia, o serviço de Ginecologia informou a realização de seis procedimentos entre os anos de 2015 e 2018. A partir da observação cotidiana do

funcionamento desse setor é possível afirmar, sem receio de imprecisão, que de fato o número informado corresponde aos procedimentos de fato realizados. Trata-se de uma especialidade que sistematicamente reporta uma série de dificuldades para atender aos homens trans e qualquer assistência ofertada é precedida de muitas negociações e solicitações para que o atendimento seja realizado. Nessas dificuldades, não se descarta a transfobia institucional que, muitas vezes se esconde por detrás de supostos empecilhos que impedem a fluidez dos atendimentos, sob as mais variadas justificativas, tais como grande quantitativo de procedimentos relacionados a risco de vida para as mulheres atendidas, poucos funcionários, entre outros.

Quanto ao atendimento a pessoas trans no estado, é importante assinalar que o HUPE/UERJ não foi a única instituição de saúde a tomar iniciativa de prestar essa assistência à população trans no Rio de Janeiro. Além do HU Pedro Ernesto, duas outras unidades de saúde foram fundamentais para o atendimento das demandas específicas de pessoas trans num período muito anterior à institucionalização do programa em 2008. Trata-se do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia e do HU Clementino Fraga Filho, da UFRJ.

A trajetória histórica desses serviços neste território foi analisada por Trindade (2016), que através de pesquisa sobre o processo de constituição dos programas de atendimentos às pessoas trans no estado apontou o pioneirismo da assistência prestada pelo IEDE, que desde a década de 1970, já era confrontado com a demanda da transexualidade, em função de alguns/as de seus profissionais terem sido convocados/as pela Secretaria Estadual de Segurança Pública. Tal convocação teve como objetivo a solicitação de laudos médicos atestando o diagnóstico de transexualismo que seriam destinados às pessoas que já naquela época requisitavam alteração de registro civil na Justiça alegando serem “portadoras de transtornos de gênero”.

A partir daquela demanda inicial, gradativamente, os/as profissionais foram construindo possibilidades de assistência psicológica, psiquiátrica e endocrinológica a estas pessoas, ainda no final da década de 1970, no contexto da Ditadura Militar, configurando-se, assim, na primeira instituição pública do estado a dispor desse tipo de atendimento que foi se aprimorando ao longo do tempo (TRINDADE, 2016). Não obstante toda essa trajetória, apenas em 2016, a Secretaria Estadual de Saúde tomou providências para regular o acesso e legitimar as ações que até então vinham sendo conduzidas por um grupo de profissionais com o apoio da gestão da instituição, mas sem a devida estruturação por parte do estado.

Quanto ao HU Clementino Fraga Filho da UFRJ, a pesquisa já aludida, apontou que os atendimentos às pessoas trans se iniciaram em 1997, apenas alguns meses após a Resolução

CFM n. 1482, em função da interpelação de uma mulher trans, que com a Resolução em mãos, demandou assistência cirúrgica naquele serviço. O Programa teve muitas dificuldades de se institucionalizar e foi conduzido a partir do interesse e envolvimento de dois profissionais e uma estagiária (Sergio Zaidaff³⁶⁰, Marcia Arán e Daniela Murta, respectivamente).

Não obstante os esforços das pessoas envolvidas com assistência em estruturar o programa e criar as condições para que as pessoas atendidas recebessem um atendimento respeitoso e de qualidade, o serviço, gradativamente, perdeu fôlego e não se sustentou. Pesou para esse desfecho a resistência dos demais profissionais e a falta de apoio institucional, o que levou ao encerramento do programa em 2008 (TRINDADE, 2016).

Ainda que o Rio de Janeiro tenha contado por um determinado período com três instituições que ofertassem essa modalidade de assistência e que conhecessem a grande demanda por atendimentos, inclusive em função da judicialização que provocou o início do programa no HUPE/UERJ, o estado não se responsabilizou pela estruturação de uma linha de cuidados em saúde voltados para as pessoas trans. Essa situação não mudou mesmo após o MS ter institucionalizado o processo transexualizador em 2008. Além disso, mesmo que a PNSILGBT tenha sido institucionalizada em 2011, até o presente momento, nove anos depois, o estado do Rio de Janeiro ainda não estruturou um Plano de Saúde LGBTIQ+, bem como são raras as iniciativas dos municípios do RJ na organização dessa política em seus territórios.

Assim, são poucos os municípios que organizam alguma modalidade de assistência no campo da saúde para as pessoas trans. Quando há alguma intervenção, em geral elas se dão no âmbito das políticas de direitos humanos. No caso do Rio de Janeiro, por exemplo, a única iniciativa voltada para essa questão é CEDS Rio (Coordenadoria Especial da Diversidade Sexual) vinculada por muito tempo ao Gabinete do Prefeito, tendo como meta a transversalização das ações LGBTIQ+ para todas as Secretarias do Governo Municipal.

Os outros equipamentos existentes no estado são ínfimos e podem ser contados nos dedos de uma mão. Excetuando-se o HUPE/UERJ, o IEDE e o Ambulatório João Nery em Niterói (RJ), temos conhecimento da existência apenas do Programa Rio Sem Homofobia (RSH) e de alguns poucos e precarizados Centros de Cidadania LGBT, vinculados a SUPERDIR/SEASDH, bem como o NUDIVERSIS (Núcleo de Defesa dos Direitos

³⁶⁰ Diretor de Graduação da FM/UFRJ. Coordenador do Programa de Educação Médica da FM/UFRJ e Professor Assistente do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal na disciplina de Psicologia Médica da FM/UFRJ. Presidente da Comissão de Bioética do HUCFF/UFRJ.

Homoafetivos e Diversidade Sexual) vinculado à Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, além de algumas ONG's voltadas a esse tema.

Desde 2009, o estado do RJ conta com um Conselho Estadual dos Direitos da População LGBT (CELGBT) e a partir de 2014, a SES/RJ instituiu um Comitê Técnico Estadual de Saúde LGBT, que anteriormente já funcionava com a denominação de Câmara Técnica de Saúde LGBT. O Comitê Técnico de Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e transexuais (LGBT) do estado RJ³⁶¹ foi instituído pela Resolução SES n. 918 de 02 de maio de 2014, atendendo a recomendações da legislação em âmbito nacional e estadual. Ele tem como principal atribuição a elaboração e implementação da PNSILGBT no âmbito do estado.

Figura 26- Reunião do Comitê de Saúde LGBT da SES/RJ



Foto: Acervo Pessoal

Desde 2011, representantes da Secretaria Estadual de Saúde, de Atenção Penitenciária, de Educação, da área de Direitos Humanos, de movimentos sociais, de universidades, do HUPE/UERJ³⁶², bem como dos Centros de Cidadania Saúde LGBT do estado, entre outras

³⁶¹ Embora a denominação de “Comitê Técnico” seja mais recente, a Câmara Técnica de Saúde LGBT iniciou suas atividades em 2011. Desde então vinha se reunindo mensalmente envolvendo representantes de diversos órgãos do estado e representantes do movimento social. Em 2014, atendendo às diretrizes do MS, a SES/RJ, por meio da Área Técnica de Saúde da População LGBT da Superintendência de Atenção Básica, em parceria com a Assessoria Técnica de Participação Social e Equidade, se adequou às novas normas e estruturou o Comitê Técnico Estadual de Saúde LGBT.

³⁶² A equipe de Serviço Social do HUPE/UERJ, participa ativamente desse espaço. Todavia, durante o período do Doutorado eu deixei de frequentar as reuniões, tendo mantido a presença de uma ou duas assistentes sociais residentes como representantes do Programa naquele Comitê.

instituições, tem se reunido mensalmente, objetivando a formulação de políticas e a definição de protocolos básicos de ação, conforme a Lei Orgânica da Saúde, a Carta dos Direitos dos/as usuários/as da Saúde, a PNSILGBT e a Portaria MS n. 2837 de 01 de dezembro de 2011, que instituiu o Comitê Nacional de Saúde LGBT (SANTOS *et al*, 2017).

No entanto, tais instrumentos, apesar de importantes, não foram capazes de dinamizar as instâncias organizacionais da gestão estadual para a estruturação/institucionalização de políticas efetivas para esse público, especialmente, no campo da saúde. Em rápida pesquisa nos Planos Estaduais de Saúde e Planos Plurianuais do estado do RJ entre 2012 e 2019 não se encontra qualquer indício de comprometimento da gestão com a saúde da população LGBTIQ+ de uma maneira geral e, muito menos, com a população trans, pois não há menção a metas de cuidados à saúde e/ou destinação de dotação orçamentária para essa população em tais instrumentos de gestão.

Como se sabe, a forma como o SUS se organiza não é impositiva, cabe aos estados a autonomia para aderirem ou não às políticas propostas nacionalmente pelo MS³⁶³. Na maioria das vezes, o que estimula essa adesão é a indução financeira por destinação de verbas federais para os estados/municípios que aderirem à política. Mas, como já foi dito no primeiro capítulo, o processo transexualizador não dispõe de nenhuma verba de incentivo para a sua implantação e desenvolvimento, para além do pagamento dos procedimentos realizados num valor acima da média paga para os procedimentos que não são da alta complexidade.

O problema é que os procedimentos realizados não são muito volumosos e não tem servido como estímulo para os/as gestores/as do estado organizarem essa modalidade assistencial. Soma-se a esse fato, a desorganização institucional da gestão da saúde, a precariedade, a fragmentação, a burocratização, os escândalos de corrupção e o desconhecimento que atravessa as estruturas da Secretaria de Saúde, além da omissão dos/as gestores/as e parte dos/as técnicos/as no enfrentamento de questões trabalhosas e dispendiosas do ponto de vista, sobretudo, político³⁶⁴, envolvidas nessa questão.

³⁶³ É importante lembrar que a Lei Orgânica da Saúde (n. 8080/90) é que regula a descentralização político-administrativa do SUS, enfatizando seus aspectos de gestão e financiamento, e fundamentando as condições para sua promoção, proteção e funcionamento. Ela determina que os recursos destinados ao SUS seriam provenientes do Orçamento da Seguridade Social ao mesmo tempo que, também, estabeleceu a forma de repasse desses recursos financeiros aos estados e municípios. Ela deve ser baseada em critérios como perfil demográfico e perfil epidemiológico, levando em conta a rede de serviços, entre outros critérios.

³⁶⁴ Além de todas as dificuldades estruturais envolvendo a organização dessa política, há o agravante relacionado às questões de cunho moral e religioso que, num contexto de adensamento do conservadorismo societário, torna-se um elemento a mais a ser considerado no rol de escolhas políticas de prefeitos, governadores, deputados e vereadores, que de um modo geral, não enfrentam essa e outras questões da chamada “pauta dos costumes”, possivelmente em função do receio de perderem apoio político de seus eleitores mais conservadores nos

Além disso, as ações do movimento social não têm conseguido penetrar as instâncias da gestão da Secretaria de Saúde, de forma propositiva e assertiva nas cobranças em relação a saúde LGBTIQ+, notadamente a saúde Trans. Ao que parece, há um despreparo e desconhecimento do movimento social na sua relação com as instâncias da gestão e dos espaços deliberativos de modo que a ocupação desses locais seja inexistente ou muito precária do ponto de vista do conhecimento que o movimento social tem sobre o funcionamento do SUS. Assim, instâncias que deveriam ter a incidência do movimento social LGBTIQ+ de forma atuante, como os conselhos de saúde, raramente são ocupados ou inquiridos por suas pautas e demandas³⁶⁵.

A burocratização dessas instâncias e do próprio SUS, sua privatização/precarização, bem como a perda do seu potencial crítico, associada ao baixo acesso à renda, à educação e à moradia, tem também restringido a participação social dos sujeitos trans do *lócus* da construção da política. Desta forma, os/as gestores/as ficam muito à vontade para seguirem suas pautas, em geral privatizantes e cisheteronormativas³⁶⁶, que atravessam toda a estrutura do SUS.

As cobranças do movimento social, quando feitas, em geral se direcionam mais aos profissionais dos serviços do que à gestão da política, de modo que, parece haver um desconhecimento sobre como se estrutura a política de saúde. Dessa maneira, a atuação política do movimento trans tem se caracterizado localmente pela dispersão e fragilidade nas pautas referentes às cobranças de comprometimento do gestor com a oferta de políticas

processos eleitorais. No âmbito institucional, uma série de problemas envolvendo a transfobia deixa de ser enfrentada em função de pactos corporativos, da necessidade de “proteção das equipes”, de valores religiosos que se imiscuem no cotidiano dos serviços e nem sempre os/as gestores/as querem “se desgastar” com essa questão.

³⁶⁵ Durante a pesquisa de campo, ao indagar informalmente a alguns/algumas conselheiros/as sobre o assento e a defesa de pautas Pró-LGBTIQ+, especialmente sobre a saúde trans, nas reuniões do Conselho Estadual de Saúde, foi-me respondido que esses assuntos são pouco discutidos nessas reuniões. Foi informado ainda que tem sido uma tendência que algumas pautas sejam pactuadas direto nas reuniões da CIB, entre secretários municipais e estadual de saúde, sem ter sido deliberadas no Conselho.

³⁶⁶ Cisnormatividade deriva de cisgênero ou cissexual (-cis, na forma abreviada, prefixo que significa “deste lado”, “em paralelo”, “que margeia”), indicando concordância entre o gênero e o sexo de um indivíduo, além do comportamento considerado socialmente aceito para tal. Diz respeito a uma postura que desconsidera a existência de pessoas transexuais (-trans, na forma abreviada, que significa “do outro lado”, “que atravessa”) na sociedade, exigindo a legitimação do discurso médico para que existam, reproduzindo uma série de ações discriminatórias em que pessoas trans são compreendidas como inferiores às cis de maneira individual e institucional. Já o conceito de heteronormatividade é usado para descrever situações em que orientações diferentes da heterossexual são marginalizadas por práticas sociais, crenças ou políticas, a partir da noção de que existem duas categorias distintas e complementares (homem/macho e mulher/fêmea) e que relações sexuais e maritais “normais” se dão entre pessoas de sexos diferentes, cada qual com determinadas funções “naturais”. Assim, sexo físico e papel social de gênero deveriam nos enquadrar em normas integralmente masculinas ou femininas, sendo a heterossexualidade considerada a única orientação sexual normal. Cf.: Cabral, 2017: 104.

públicas, particularmente no que se refere ao campo da saúde³⁶⁷. Nessa direção, cabe ainda assinalar, por exemplo, que a precariedade e o desfinanciamento das políticas de saúde são um fato, mas não tem se constituído em pautas do movimento LGBTQI+, o que adensaria e potencializaria suas lutas para além dos particularismos numa perspectiva de se pensar o “movimento como um todo”.

O fato é que a situação do estado do Rio de Janeiro em relação à oferta de políticas públicas de saúde parece se agravar ainda mais ao se tratar de temas negligenciados e estigmatizados em função de discriminações e preconceitos, como é o caso da população LGBTQI+, uma vez que este segmento não costuma ter suas necessidades priorizadas pelos/as gestores/as dos estados e municípios, especialmente quando se trata de travestis e transexuais.

É necessário lembrar que as administrações locais no RJ tendem a construir seus redutos políticos eleitorais sobre pautas conservadoras, moralizantes e, geralmente, conduzidas por valores religiosos de cunho neopentecostal. A forte concentração de posturas ultraconservadoras nos domicílios eleitorais mais populosos do estado, tendem a dificultar a penetração desse tema no horizonte político desses gestores/as e futuros/as gestores/as, talvez por representar um risco de que percam capital eleitoral entre suas bases de apoio³⁶⁸.

Nesse cenário, tem sido bastante comum que as necessidades de saúde dessas pessoas, especialmente as relacionadas à orientação sexual e a diversidade de gênero sejam compreendidas como temas malditos e imediatamente repelidas e associadas como pautas da chamada ideologia de gênero³⁶⁹.

³⁶⁷ Obviamente, há questões relacionadas ao mau atendimento, à transfobia e à desorganização institucional que precisam ser enfrentadas e cobradas pelo movimento trans e travesti. No entanto, ações de controle social, cobranças e monitoramento sobre a gestão da política, a ocupação de espaços como os conselhos de saúde, os comitês de saúde LGBT, o Conselho Estadual de Direitos da População LGBT constituem aspectos sensíveis e frágeis, na medida em que o movimento social atualmente se apropria muito pouco desses espaços, sobretudo, dos conselhos de saúde e, quando se apropria, em geral, são sempre as mesmas pessoas que estão na luta há muitos anos, o que pode redundar numa burocratização da participação política também nessas instâncias.

³⁶⁸ Sobre o neopentecostalismo e organização política ver: Cunha, 2017; ver também Copelli, 2014.

³⁶⁹ A origem desse termo e desse movimento se relaciona à uma ofensiva da igreja católica que emergiu por meio do Pontifício Conselho para a Família e de conferências episcopais, entre meados dos anos de 1990 e início dos 2000, sob o papado de João Paulo II e mantido por Bento XVI. Em abril de 1998, o termo “ideologia de gênero” apareceu pela primeira vez em um documento eclesástico: uma nota da Conferência Episcopal do Peru, intitulada *La ideologia de género: sus peligros y alcances*, produzida pelo ultraconservador monsenhor Oscar Alzamora Revoredo, Bispo Auxiliar de Lima. Esse documento, que se tornou uma referência na construção do discurso antigênero do vaticano, é baseado em um artigo da escritora Dale O’Leary, figura importantíssima nesse inteiro processo. Ligada à Opus Dei e representante do lobby católico Family Research Council e da National Association for Research & Therapy of Homosexuality (que promove terapias reparadoras da homossexualidade), ela mantinha relações diretas com a Santa Sé, inclusive com o Papa Ratzinger. Seu livro *The Gender Agenda*, de 1997, traduzido em várias de línguas, tornou-se uma das bíblias do movimento antigênero. Desqualificando os estudos científicos e acadêmicos, essa ofensiva funciona como um slogan catalisador de manifestações contrárias a políticas sociais, reformas jurídicas e ações pedagógicas de promoção dos direitos sexuais e punição de suas violações, de enfrentamento de preconceitos, prevenção de violências e combate a

É preciso lembrar, ainda, que nem todo o conservadorismo é de base exclusivamente religiosa, por vezes, ele também pode se apresentar como uma construção fortemente presente em territórios dominados pelo narcotráfico ou pelas milícias, notadamente em territórios conflagrados e de baixos Índices de Desenvolvimento Humano, o que vai repercutir na assistência prestada, conforme se poderá constatar mais adiante³⁷⁰.

Assim, a partir da experiência de trabalho no estado do RJ, foi possível observar que poucos dos 92 municípios do estado oferecem alguma modalidade de atenção à saúde LGBTIQ+ e, como já sinalizado, a situação se agrava quando se trata de travestis e transexuais, pois tanto as ações gerais quanto as específicas nesse campo são ofertadas de forma bastante precária para esse público, isto quando são disponibilizadas. Recentemente, um homem trans acompanhado pela equipe de Serviço Social do HUPE/UERJ fez o relato de que buscou incansavelmente, durante cinco anos, ser atendido e inserido na atenção primária de seu município de origem, na Baixada Fluminense, para assistência referente a uma queixa ginecológica, sem sucesso. Suas tentativas, sempre frustradas, tiveram como resultado o agravamento de sua saúde e o desenvolvimento de um câncer de colo de útero, que só alcançou o tratamento adequado após a sua absorção pelo serviço de Ginecologia do HUPE/UERJ, após a intervenção da equipe de Serviço Social.

Ou seja, a regulação de um atendimento básico como esse (câncer uterino) não funcionou. Quando se trata de demandas mais específicas, em geral, os municípios não sabem como fazer para regular a assistência demandada, conforme atestam os inúmeros contatos telefônicos e de *e-mail* feitos por profissionais que atendem nesses municípios e endereçados ao HUPE/UERJ, solicitando informações sobre como e onde buscar atendimento para essas pessoas. Há ainda situações nas quais determinados municípios relutam em formalizar a regulação para o IEDE, único serviço especializado habilitado para esse fim, porque isso implica em organização interna e repasse financeiro para o município que prestou a assistência.

discriminações (hetero)sexistas Esse ativismo religioso reacionário, segundo Rogério Junqueira (2017) visa, sobretudo a recuperar espaço das igrejas em sociedades que passam por processos de secularização, a contenção do avanço de políticas de garantia ou ampliação dos direitos humanos de mulheres, pessoas não-heterossexuais e outros dissidentes da ordem sexual e de gênero e (re)naturalizar as concepções de família, maternidade, parentesco, (hetero)sexualidade e diferença sexual, buscando restaurar a tradicional ordem de sexo (a heteronormatividade) e gênero (a dominação masculina). Cf.: Junqueira, 2017.

³⁷⁰ Essas reflexões foram originadas a partir dos relatos acerca das negligências político-institucionais e dificuldades dos gestores locais no reconhecimento das demandas de saúde das pessoas LGBTIQ+ e estruturação de ações que beneficiem essa população, sobretudo em regiões abandonadas pelo poder público, tendo sido revelados pelos/as próprios/as usuários/as a partir dos atendimentos sociais realizados durante em suas passagens pelo programa.

Tais considerações apontam para a ausência de providências entre os/as gestores/as para a estruturação de rede de atenção, seja em relação a assistência de modo geral, seja em relação aos atendimentos específicos, apesar das normativas legais apontarem a atenção primária como porta de entrada para a assistência e Coordenadora do cuidado às pessoas trans. Assim, há falhas e negligências no cuidado a essa população na atenção primária, além de ausência de organização de fluxos de atendimentos voltados para a atenção especializada, conforme preconizou o Pacto pela Saúde³⁷¹.

No que cabe diretamente à Secretaria Estadual de Saúde, notadamente, a discussão, organização e coordenação da assistência junto aos municípios do RJ no que toca à regionalização, a estruturação de redes compartilhadas, a definição de ofertas assistenciais, especialmente, ao se tratar da assistência hospitalar de pessoas trans no âmbito do processo transexualizador, isto nunca foi feito.

Assim como também inexistem ações autônomas dos municípios na oferta de cuidados específicos a essa população, com exceção do município de Niterói (RJ), que inaugurou, mesmo que de forma fragilizada, um serviço ambulatorial, em 2018. Independentemente de haver ou não ações específicas de saúde em determinadas regiões, o que torna a situação mais grave, é a ausência de preparo das equipes e dos serviços existentes nas UBS para os atendimentos gerais e rotineiros de saúde dessas pessoas.

O HUPE/UERJ apesar de atender a pessoas trans no âmbito do processo transexualizador há quase 20 anos, não teve suas ações contratualizadas pela gestão estadual por meio de pactuação na CIB para a prestação de assistência em âmbito estadual, ainda que tenha demandado isso, e por motivos que nunca foram enunciados pelo gestor estadual. Dessa maneira, persiste a falta de institucionalidade e o improvisado que caracteriza o serviço desde a sua origem e o descompromisso do estado e dos municípios com a população atendida e com aquela instituição, que está implodindo diante dos olhos dos/as gestores/as e estes, nada

³⁷¹ Em 2006 o Governo Lula institucionalizou por meio da Portaria Nº 399, de 22 de Fevereiro de 2006 o Pacto pela Saúde, um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com o objetivo expresso de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do SUS. Ao mesmo tempo, o Pacto pela Saúde redefiniu as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social. A implementação do Pacto pela Saúde se dá pela adesão de Municípios, Estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG, que estabelece metas e compromissos para cada ente da federação, sendo renovado anualmente. Ver: Brasil, CNS, 2006; Brasil, Portaria n 399/2006.

fazem, além de assistir a desassistência e desamparo a que esta população está submetida e tecerem críticas e cobranças ao Hospital, como se esta história não lhes implicasse³⁷².

Após muitas cobranças, negociações e pressões do movimento trans e dos/as técnicos/as dos serviços, houve a contratualização do IEDE por meio da Deliberação CIB-RJ n. 3446 de 16 de julho de 2015, que pactuou e habilitou aquela instituição no estado do Rio de Janeiro para o atendimento especializado no Processo Transexualizador, realizando acompanhamento clínico, pré e pós-operatório e hormonização³⁷³. Ou seja, após quase 40 anos de assistência prestada por aquele serviço, o estado finalmente, formalizou e legitimou o programa, pactuando junto aos municípios aquela modalidade assistencial. Dessa maneira, o munícipe de qualquer uma das municipalidades do estado, ao ter o seu acesso regulado para atendimento no IEDE, deverá ter sua assistência ressarcida, via instrumentos de pactuação estabelecidos entre os/as gestores/as pelo serviço prestado. De acordo com as informações registradas no *site* da Fundação Estadual de Saúde, a qual o IEDE é vinculado:

O acesso ao IEDE ocorre através da marcação de consultas pelo Sistema Estadual de Regulação (SER). Para realizar o agendamento, os (as) usuários/as (as) que moram no município do Rio de Janeiro deverão dirigir-se à Unidade Básica de Saúde (postos de saúde, Clínicas da Família) mais próxima à residência, onde será feita a inclusão no sistema. Quem reside em outro município deve procurar a Secretaria Municipal de Saúde de sua cidade.³⁷⁴

É preciso chamar atenção, no entanto, para o fato de que o rito da contratualização, muitas vezes é desconsiderado por alguns municípios, que não regulam o acesso de seus munícipes, quando poderiam fazê-lo, já que existe o mecanismo da pactuação.

Ocorre que a não absorção dessa demanda na atenção primária daquele município, induz a pessoa a buscar assistência em outros territórios, ou seja, em localidades que possibilitem o seu acesso regulado à assistência demandada. Para tanto, esse/a usuário/a se utiliza de algumas estratégias tais como, por exemplo, o fornecimento de endereço de amigos/familiares de UBS dos municípios que sejam mais organizados do posto de vista da assistência, e que façam o atendimento inicial e a regulação para a atenção especializada. Nesse caso, aquele município de origem da pessoa que busca a assistência se esquivará do financiamento do atendimento prestado.

³⁷² É importante registrar que é muito frequente, ouvir críticas e cobranças de parte de técnicos/as da gestão, direcionadas ao HUPE/UERJ, nas reuniões que participo na SES/RJ.

³⁷³ Trata-se de uma unidade não cirúrgica. O IEDE é voltado exclusivamente para assistência ambulatorial especializada.

³⁷⁴ Disponível em: <<http://www.fs.rj.gov.br/unidades-hospitales/iede/>> . Acesso em 16 abri. 2021.

Possivelmente, resida aí um dos motivos para a desorganização das redes de saúde de muitos municípios e a recusa nas regulações de acesso a pessoas trans, que são muito comuns em grande parte dos municípios do estado do Rio de Janeiro, conforme pude observar no cotidiano de trabalho. A imensa maioria das Prefeituras, simplesmente, não querem financiar a assistência à saúde para a população, de maneira geral, o que se agrava quando se trata de pessoas estigmatizadas, como é o caso das pessoas trans.

Assim, o que parecia uma solução, ainda está muito longe de ser resolvido, na medida em que, se todas as prefeituras regulassem o acesso das pessoas trans, o IEDE não teria capacidade estrutural para atender ao volume de pessoas interessadas na assistência. Ainda que não haja mapeamento dessa demanda, já que a população LGBTQI+, especialmente a população travesti e transexual, é desconhecida pelos/as gestores/as de políticas públicas, sabe-se, pela experiência cotidiana que há uma demanda superior à capacidade de resposta das equipes e serviços. Mesmo atendendo a um quantitativo muito baixo de usuários/as/as em relação à procura, o IEDE já se encontra também com sua capacidade assistencial estrangulada.

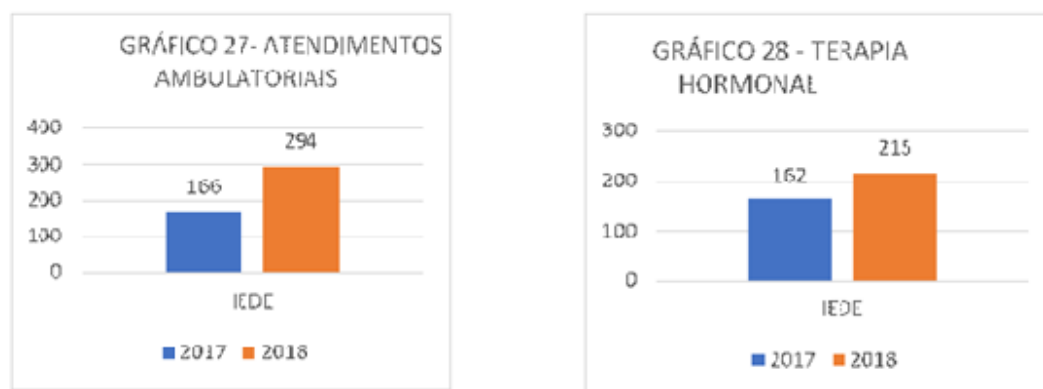
Foram pactuados, inicialmente, o atendimento de quatro usuários/as novos/as por semana, isto em um estado com a extensão territorial que tem o RJ, com os seus 92 municípios³⁷⁵. Até julho de 2019, o IEDE tinha cadastrado cerca de 450 usuários/as a contar de dezembro de 2016³⁷⁶. Em fevereiro de 2020, havia uma fila de espera para a regulação do acesso que contava com 301 pessoas, o que obrigou o serviço bloquear temporariamente a oferta de vagas novas, tendo em vista que o tempo de espera entre a solicitação do atendimento e o atendimento propriamente dito, estava demorando, em média, dois anos (SEIDEL, 2019). Essa é a realidade do único serviço destinado a atenção especializada de pessoas trans pactuado/credenciado pelo SES/RJ.

A partir dos dados de atendimentos registrados no Sistema de Informação Ambulatorial do MS foi possível constatar o volume de atendimentos realizados no IEDE, a partir da habilitação do programa em dezembro de 2016, como demonstram os gráficos 27 e 28:

³⁷⁵ A pactuação do número de vagas ofertadas se deu em função da capacidade de resposta, do tamanho das equipes e das características do serviço, já que não há mensuração do quantitativo de possíveis usuários/as/as, tendo em vista a invisibilização histórica dessa população e o desconhecimento acerca de suas demandas.

³⁷⁶ Apesar de atender pessoas trans há muitos anos, o serviço do IEDE só foi habilitado pelo MS para a realização do Componente Atenção Especializada no Processo Transexualizador em 28 dezembro de 2016 por meio da Portaria n. 3.126.

Gráfico 27 e 28 – Atendimentos Ambulatoriais e Terapia Hormonal



Fonte: autoria própria com base no Sistema de Informação do MS.

Através das informações registradas, é possível inferir que em 2017, o IEDE atendeu, em média, 13 pessoas por mês e que em 2018, esse volume quase que duplicou, chegando a 24 atendimentos em um único mês³⁷⁷. Como se desconhece o perfil e o tamanho da população trans que necessita de cuidados em todo o estado, o que denuncia a insuficiência desses atendimentos é o tamanho da fila de espera em busca de acesso.

No que se refere à terapia hormonal, há significativas limitações em relação ao fornecimento dos medicamentos (hormônios) previsto na Portaria n. 2803/13, sobretudo em função da indefinição institucional sobre o processo de compra destes medicamentos. A verba é disponibilizada pelo MS, mas até o presente momento não ficou estabelecido quem fará a compra, já que o IEDE é gerido pela Fundação Saúde³⁷⁸ (SEIDEL, 2019).

Dessa maneira, há a informação acerca do atendimento realizado e há registros do ressarcimento pelo MS das verbas referente aos atendimentos de 2017 (162 registros) e 2018 (215 registros). No entanto, os medicamentos não têm sido sistematicamente adquiridos em função desse impasse entre a SES/RJ e a Fundação Saúde. Além disso, no processo de contratualização/pactuação da assistência na CIB, quando se poderia estabelecer formas e fontes adicionais de financiamento para compra das medicações, isso não foi providenciado.

³⁷⁷ Eu dividi o número de atendimentos anuais por 12 (Nº de meses) e cheguei à média de atendimentos mensais. Ao dividir os atendimentos mensais por 4 (semanas), é possível concluir que os atendimentos em 2017 não passaram de três usuários/as por semana e que, em 2018, a média de seis usuários/as/as semanais.

³⁷⁸ Aqui parece haver mais um exemplo da burocratização e desorganização institucional, tendo em vista que há possibilidades de aquisição dos medicamentos tendo por base a própria Portaria n. 2803/13. No entanto, as equipes alegam a existência de entraves nos Protocolos Clínicos de Hormonização como limites para a compra. Assim, a questão de como e quem vai comprar os medicamentos para os/as usuários/as/as cadastrados/as, demanda simplesmente discussões e acordos entre a SES/RJ e a Fundação de Saúde, o que até o momento não foi realizado.

Assim, o fornecimento da medicação é incerto e descontínuo, obrigando os/as usuários/as a buscarem outros meios para a sua aquisição.

Assim, o estado do RJ apresenta uma acentuada concentração da assistência especializada às pessoas trans no IEDE, naquilo que se refere a atendimentos ambulatoriais. No que tange a oferta de assistência cirúrgica, até o presente momento, o estado não apresentou nenhuma alternativa de serviço, apesar do HUPE/UERJ, que é um HU estadual, realizar as cirurgias de transgenitalização há tanto tempo. Dessa maneira, não há uma rede estruturada com fluxos organizados voltados para as necessidades de atenção especializada no estado, apesar dos esforços e cobranças da população usuária, dos/as técnicos/as dos serviços e demais sujeitos políticos que atuam nesse campo, uma vez que o estado e os municípios não pactuaram na CIB essa modalidade assistencial.

O HUPE/UERJ oferta serviços às pessoas trans unicamente por meio do credenciamento originário realizado pelo MS em 2008. Em 2013, com a publicação da Portaria n. 2803 pelo MS, houve a exigência de que para todos os serviços ambulatoriais ou cirúrgicos que surgissem a partir dessa Portaria, os/as gestores/as deveriam submetê-lo às CIBs e pactuá-los, conforme as diretrizes do SUS:

ANEXO 1 – 1.3 – Processo de Habilitação: Entende-se por habilitação do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador – modalidade ambulatorial, o ato do Gestor Federal de ratificar o credenciamento realizado pelos/as gestores/as Estaduais e Municipais ou do Distrito Federal, em conformidade com o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. O processo de habilitação, ao ser formalizado pelo respectivo Gestor do SUS, deverá ser instruído com: a. Documento que comprove aprovação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou, quando for o caso, no Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF) sobre o Processo Transexualizador, conforme definidos nesta Portaria; b. Formulário de vistoria, devidamente assinado pelo gestor, para habilitação do estabelecimento de saúde na Atenção Especializada no Processo Transexualizador, conforme anexo II a esta Portaria, para modalidade ambulatorial. (...) 2.3 – Processo de Habilitação: Entende-se por habilitação em Atenção Especializada no Processo Transexualizador – modalidade hospitalar – o ato do Gestor Federal de ratificar o credenciamento realizado pelos/as gestores/as Estaduais e Municipais e do Distrito Federal em conformidade com o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. O processo de habilitação, ao ser formalizado pelo respectivo Gestor do SUS, deverá ser instruído com: a. Documento que comprove aprovação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou, quando for o caso, no Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF) sobre o Processo Transexualizador, conforme definidos nesta Portaria, b. Formulário de vistoria, devidamente assinado pelo gestor, para habilitação do estabelecimento de saúde na Atenção Especializada no Processo Transexualizador, conforme anexo II a esta Portaria, para modalidade hospitalar (BRASIL.PORTARIA MS n. 2803/13/Anexo 1).

Em relação aos quatro serviços pioneiros já existentes e regulados pela Portaria n.457/08, o MS manteve a forma originária, quando ainda não havia exigência de pactuação

em CIB pelos estados e deu um prazo, *não definido*, para que esses serviços se adequassem, conforme se pode constatar abaixo:

Art. 9º Os estabelecimentos habilitados em Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador, conforme Código 30.01, até a presente data, nos termos do anexo IV da Portaria nº 457/SAS/MS, de 19 de agosto de 2008, continuam habilitados e deverão se adequar às novas habilitações conforme descrito nos arts. 3º a 8º, sob pena de revogação da referida habilitação pelo Ministério da Saúde (BRASIL. PORTARIA n. 2803/13).

Ocorre que nesta relação, a decisão pela pactuação não depende apenas do serviço, uma vez que cabe aos estados e municípios quererem ou não contratualizar essa assistência. Cabe destacar que para muitos gestores essa modalidade assistencial não é uma prioridade, sendo por vezes, considerada impositiva. Nesse sentido, é importante atentar para o fato de que se depender apenas de iniciativas espontâneas dos gestores subnacionais, dificilmente tais políticas se concretizarão. É preciso salientar que em uma organização federativa³⁷⁹ como é o caso do Brasil, o Governo Federal, ainda que quisesse, não possui mecanismos para “obrigar” os estados e municípios a implementarem as ações necessárias para o pleno funcionamento das políticas públicas nos entes subnacionais.

A particularidade do federalismo reside exatamente na existência de direitos originários pertencentes aos entes que não podem ser arbitrariamente retirados pela União, uma vez que são garantidos pela Constituição, assim, o poder nacional resulta de um acordo entre as partes (ALMEIDA, 2001).

Por serem estruturas não centralizadas, os sistemas federativos moldam formas peculiares de relações intergovernamentais constitutivamente competitivas e cooperativas, sendo necessariamente caracterizadas tanto pelo conflito de poder, quanto pela negociação entre as esferas de governo. Tais assertivas ajudam a compreender por que o SUS demanda pactuações constantes e sistemáticas e porque a assistência prestada pelo HUPE/UERJ, ainda não foi institucionalizada pelo estado, ainda que haja constantes negociações nesse sentido, conforme se verá mais adiante.

³⁷⁹ Modelo organizativo característico de países de grande extensão territorial e ampla diversidade interna, seja étnica, cultural, socioeconômica, entre outras. É uma forma de organização política baseada na distribuição territorial de poder e autoridade entre as instâncias de governo, constitucionalmente definida e assegurada, de tal modo que o governo central e os subnacionais são independentes nas suas esferas próprias de ação. Nesse sentido, o estado federativo constitui uma nação onde a soberania é compartilhada entre o governo central e os subnacionais. Sua estrutura básica se sustenta na busca de compatibilização do autogoverno com a interdependência por via, principalmente de um pacto materializado na Constituição. Assim, as unidades territoriais escolhem estabelecer uma parceria constituindo uma nação, sem que a soberania seja concentrada num só ente. Ver: ALMEIDA, 2011b.

Ao que parece, muitos elementos estão na base dessa recusa do estado em habilitar o HUPE/UERJ como uma das unidades prestadoras dessa assistência e estruturar uma rede de cuidados gerais e especializados para a população trans. Dentre esses elementos, destaca-se o persistente desfinanciamento das políticas de saúde. Esse é um condicionante importante, porque a pactuação demanda comprometimento com o financiamento da política, exigindo contrapartidas financeiras dos entes envolvidos no processo de contratualização, por meio dos instrumentos da regulação/regionalização estabelecidos pelas normativas do SUS. Como dito, além deste aspecto financeiro, existe a transfobia institucional direcionadas à essa população.

Persiste ainda, um profundo desconhecimento e desorganização institucional envolvendo os/as técnicos/as e gestores/as dentro da estrutura da gestão estadual em relação aos tramites processuais, ritos protocolares e sujeitos institucionais que precisam ser acionados para a organização da política. Uma ilustração desse fato pôde ser constatada a partir da leitura da Ata da Reunião Ordinária da Câmara Técnica de Saúde LGBT realizada em 29 de maio de 2012.

Naquela ocasião, discutia-se o convite feito pela SAS e pela SGEP/MS para que a SES/RJ encaminhasse representantes da gestão estadual para participarem no *Seminário Processo Transexualizador no SUS*, ocorrido em 04 e 05 de junho de 2012, em Brasília, no qual seria discutida a revisão da Portaria MS n. 457, conforme já apontado anteriormente. Consta na ata que “Haverá uma reunião em Brasília sobre o Processo Transexualizador e solicitaram a participação de dois profissionais da SES. Foi sugerido que esses profissionais pertençam ao Ambulatório de Disforia de Gênero do IEDE”.

Essa indicação de técnicos/as do IEDE pela Secretaria Estadual de Saúde e não a proposição de representantes da gestão estadual, demonstra bem o quanto os/as gestores/as estavam pouco inclinados/as a se envolverem, de fato, com tais questões. Inclusive, seria possível encaminhar para o referido Seminário um/a técnico/a da gestão e um técnico/a do serviço, pois a solicitação era para o encaminhamento de 2 representantes. A ausência de representação do então gestor estadual nas reuniões em Brasília, teve um efeito devastador na condução das discussões, porque os/as técnicos/as dos serviços estavam impossibilitados/as de responder, atuar e se comprometer com decisões que só cabiam aos/as gestores/as.

Ressalta-se que nas atas das reuniões dos meses seguintes não houve qualquer menção à reunião ocorrida, sugerindo que, de fato, não houve participação nem do IEDE e nem da gestão da SES/RJ no Seminário³⁸⁰.

É histórica a existência de dificuldades no estabelecimento de diálogos entre o HUPE/UERJ, numa relação em que tanto o gestor estadual quanto a universidade e a direção do hospital parecem desconhecer que o HU compõe a estrutura do SUS e que a SES/RJ exerce, ou deveria exercer, a coordenação da assistência à saúde no estado, independentemente de se tratar de uma instituição de ensino universitária³⁸¹. Ainda observando as atas das reuniões da Câmara Técnica de Saúde LGBT e, posteriormente, Comitê de Saúde LGBT, foi possível constatar que houve, em boa parte dessas reuniões, menções à convites realizados ao cirurgião responsável pelas cirurgias no HUPE/UERJ e tentativas de estabelecer um diálogo entre este profissional e o IEDE, com objetivo de discutir a assistência prestada no Estado e buscar soluções para as dificuldades encontradas.

No entanto, essas tentativas de contatos eram frouxas e personalizadas na figura do cirurgião e não de uma convocação/ responsabilização institucional da Reitoria/direção do HUPE/UERJ feita pelo alto escalão da SES, após provocação da Câmara Técnica/Comitê Técnico de Saúde LGBT, à época coordenado pelo médico André Feijó.

Dessa forma, os convites para participação das reuniões eram feitos por componentes desses coletivos, sem que fosse formalizada, via ofício, uma convocação mais estruturada/legitimada pelo Secretário de saúde ou alguém que representasse esse poder de gestão³⁸². Este fato, sugere que a Câmara/Comitê tinha pouca legitimidade em termos de capacidade de produzir mudanças na atenção à saúde LGBTIQ+ no estado.

³⁸⁰ Eu estava nesse evento e não observei a presença de representantes do IEDE no Seminário. Estavam presentes, eu, pelo HUPE/UERJ, Guilherme Almeida, Daniela Murta, Mário Carvalho, Fátima Lima e alguns/algumas outros/as pesquisadores/as do Estado. Não havia representação da SES/RJ.

³⁸¹ Não se desconsidera aqui os significativos desafios e complexidades no processo de integração dos HU's na rede SUS, todavia, não se observa nem de um lado nem de outro, o empenho de esforços para o enfrentamento desses desafios entre a gestão da SES/RJ e a Reitoria da UERJ/direção do HUPE/UERJ. Para maiores esclarecimentos acerca da integração dos HU's no SUS, Cf.: Cavalheiro & Guimarães, 2011; Araújo & Leta, 2014; Toro, 2005.

³⁸² Ao que parece, nessas estruturas muito permeadas por relações de poder, como o são a Universidade e as secretarias de governo, só um poder aciona o outro. Um agente destituído de poder institucional não consegue atingir outro poder. É muito comum ouvir, dentro do HUPE/UERJ que só interessa estabelecer algum tipo de diálogo com quem tem “a caneta na mão” dentro das secretarias de governo. Assim, em geral, ninguém quer perder tempo com quem não tenha poder. As estruturas e formas de funcionamento do SUS são completamente desconhecidas por muitos dos mais renomados e poderosos médicos. Inclusive, ouvi (há testemunhas!) de um reconhecido médico que atua há muitos anos no HUPE/UERJ que o SUS foi criado dentro do HU Pedro Ernesto por ele, pelo médico Hésio Cordeiro e alguns/algumas outros médicos e que essa história de movimento social, seria besteira.

É necessário chamar a atenção para o fato de que os entraves no desenvolvimento dessa relação institucional entre a SES/RJ e o HU é uma realidade persistente e de longa data que atravessa as mais diversas modalidades assistenciais pactuadas entre essas duas instâncias. No entanto, quando se trata dos serviços ofertados às pessoas trans, no âmbito do processo transexualizador, a situação se mostra ainda mais complexa. Essa dificuldade mais intensa pode ser tributada às particularidades do programa, notadamente, o forte personalismo, a informalidade das práticas e à deslegitimação desse espaço político pela gestão do HUPE/UERJ.

Não existia um porta-voz, uma liderança institucional por parte da gestão do HUPE/UERJ que estabelecesse as interlocuções com a SES/RJ, no sentido de conduzir as negociações/pactuações, com vistas a institucionalizar a assistência prestada pelo HUPE/UERJ no estado³⁸³. Por mais que os/as técnicos/as que prestam o cuidado tivessem interesse em que este programa fosse estruturado pela instância da gestão estadual, essas pessoas não sabiam fazer isso e não cabia a elas a responsabilidade institucional de estabelecer as tratativas necessárias para que isso fosse feito.

Era um período de impasses e imobilismos assistenciais, de alto índice de judicialização cobrando atendimentos, de intensa campanha midiática apontando as falhas no cuidado a pessoas trans. Entende-se aqui que cabia aos profissionais, sobretudo aos coordenadores dos serviços médicos, que dão os rumos da assistência dentro do HUPE/UERJ, exercer pressão interna sobre a gestão hospitalar. Essa pressão precisaria ser capaz de induzir algum tipo de resposta da Direção do HUPE/UERJ na construção de possibilidades de enfrentamento do problema, tanto internamente, quanto em âmbito da gestão estadual³⁸⁴. No entanto, essa não foi uma prática comum, sobretudo em função dos acordos tácitos, onde, em

³⁸³ Entre 2008 e 2015 período que foi crucial para o desenvolvimento do programa, o HUPE /UERJ foi gerido por um diretor explicitamente religioso e frontalmente contrário à “mudança de sexo” naquele hospital, o cirurgião Rodolfo Acatauassu Nunes. Dessa forma, nada que pudesse favorecer a organização da assistência foi apoiado pela Direção da instituição. Entre 2016 e 2019, assumiu a gestão um novo diretor, o também médico, Edmar Santos, aparentemente, favorável à organização da assistência a pessoas trans e bastante conhecedor dos problemas enfrentados pelo programa, porque tinha atuado anteriormente como superintendente de saúde da UERJ. No entanto, na maior parte de sua gestão, o HUPE/UERJ enfrentou uma profunda crise institucional fomentada pela decretação de falência do estado do Rio de Janeiro. Posteriormente, esse último diretor se tornou Secretário de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, o que suscitou esperanças de que a assistência, finalmente, seria organizada. No entanto, em meio à pandemia da COVID 19, as esperanças se transformaram em frustração com a prisão do então Secretário, acusado de corrupção na gestão do enfrentamento à pandemia de covid-19.

³⁸⁴ Uma das razões da omissão das Direções do HUPE/UERJ em relação ao envolvimento na organização da assistência dentro do hospital e do estado, parece estar associada ao fato da judicialização da assistência ser endereçada aos profissionais que a conduzem e não à instituição. Assim, quando os processos judiciais chegam à instituição, eles vêm endereçados aos profissionais prestadores de serviço nominalmente e não à instituição. Dessa forma, a Direção da unidade se desobriga das falhas da assistência.

geral, os sujeitos políticos institucionais buscam manter a velha política da boa vizinhança e evitar situações potencialmente conflituosas, notadamente em espaços tão hierarquizados como são os HU's.

Vale destacar também a omissão do gestor estadual, que mesmo tendo ciência da situação caótica da assistência prestada pelo hospital, seja por meio do Comitê técnico da saúde LGBT, seja por meio da imprensa, não interveio com ações efetivas cobrando o posicionamento da gestão do HUPE/UERJ a respeito e não se envolveu na busca pela estruturação do serviço em âmbito estadual.

Não foram novidades para a SES/RJ as dificuldades enfrentadas pelo programa no HUPE/UERJ, notadamente no que tange a demanda reprimida por assistência e a fila cirúrgica. Ainda assim, o estado não pactuou o único serviço especializado e com condições técnicas e *expertise* para a realização das cirurgias no Rio de Janeiro³⁸⁵, embora faça constantes cobranças à instituição pela situação caótica em que se encontra.

Recentemente, participei de reuniões onde a Superintendência de Regulação do estado cobrava do HUPE/UERJ a disponibilidade de oferta de vagas para a regulação do acesso para atendimento às pessoas trans, pois havia grande demanda por esse tipo de assistência pressionando o IEDE, que não estava suportando a grande procura. Em outras palavras, o estado deixou o HUPE/UERJ de fora da habilitação estadual, não cumpre seu papel gestor de organização da rede, não ofereceu qualquer subsídio financeiro para o enfrentamento do mesmo problema que aflige os dois hospitais e ainda considerou adequado fazer novamente a cobrança de providências ao HUPE/UERJ.

Nessa ocasião, precisei explicar a então gestora, que o HUPE/UERJ era um serviço assistencial, não detinha a competência de organizar a rede assistencial e que não havia o que regular porque, simplesmente, não havia sido feita a pactuação/contratualização da assistência no estado.

O curioso, é que o que motivou minha participação na referida reunião foi ter tomado ciência de que nessa Superintendência de Regulação, em reuniões anteriores, que eu como Coordenadora Ambulatorial desconhecia a ocorrência, mas com a participação de técnicos/as do Núcleo Interno de Regulação do HUPE/UERJ e da coordenação do ambulatório do IEDE, foi criado um protocolo de acesso a vagas do processo transexualizador, que incluía a

³⁸⁵ Embora participe de tratativas onde se avalia a possibilidade da habilitação do HU Gaffrée e Guinle, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio) em parceria com o IEDE, processo que já foi discutido várias vezes no Comitê Técnico de Saúde LGBT, tendo sido, inclusive, noticiado em jornal de grande circulação nacional, a habilitação não se concretizou. De qualquer forma, parece que a habilitação sem uma discussão/regulação da rede assistencial pelo governo estadual, não resolverá o problema.

participação do HUPE/UERJ, sem que isso tivesse sido discutido institucionalmente com os/as gestores/as e profissionais que prestam a assistência e sem a Direção do hospital ser envolvida.

Posteriormente tomei conhecimento de que a Superintendência de Regulação de vagas da SES/RJ havia encaminhado *e-mail* para a Direção do HUPE/UERJ convocando representantes para aquela reunião com o objetivo de tratar dessa pauta de discussão. Todavia, essa convocação foi encaminhada pela Direção somente para o setor de regulação do hospital, sem que houvesse comunicação aos coordenadores do programa e responsáveis pela assistência no HUPE/UERJ.

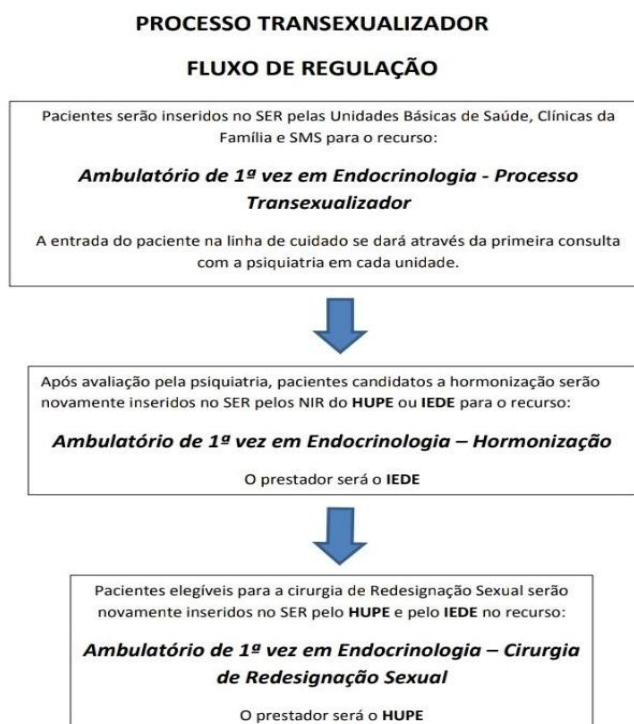
Ao chegar na reunião, os/as técnicos/as da regulação do HUPE/UERJ, a maioria contratada temporariamente e de nível médio, simplesmente acataram as discussões e deliberações discutidas naquele espaço³⁸⁶, inclusive comprometendo as ações dos/as profissionais que prestariam a assistência. Dessa maneira, foi criada uma proposta de fluxo de acesso sem que a possibilidade ou não de oferta de vagas pelo HUPE/UERJ, a qualidade da assistência e/ou as condições em que esta seria prestada, fossem discutidos.

Esse fluxo chegou a ser discutido nas reuniões do Comitê de Saúde LGBT³⁸⁷ e só não se concretizou porque, ao tomar conhecimento dessas tratativas denunciei, enfaticamente, que a oferta de assistência pressupõe um processo de estruturação e organização prévia articulada e pactuada entre os entes envolvidos, sobretudo, com o protagonismo dos/as gestores/as imediatos da política, criando as condições necessárias para que essa assistência de fato aconteça.

³⁸⁶ Acredito que pesou nessa decisão dos funcionários do setor de Regulação do HUPE/UERJ a frágil legitimidade institucional deles em relação aos seus interlocutores, todos/as técnicos/as de nível superior, a maioria médicos. Certamente, havia a suposição de que os/as trabalhadores/as do HUPE/UERJ se sentiram intimidados e pouco habilitados para tecer questionamentos contrários às decisões tomadas em um espaço onde eles estavam em situação de desequilíbrio de poder.

³⁸⁷ Em função do envolvimento com a pesquisa de doutorado, deixei de frequentar assiduamente as reuniões do Comitê de Saúde LGBT. No entanto, as residentes e estagiárias do serviço se mantiveram presentes e me informaram que um fluxo de regulação estava em discussão no Comitê. Posteriormente, recebi a divulgação desse fluxo, dado como certo, por várias outras fontes.

Figura 27 – Proposta de Fluxos do Processo Transexualizador.

Observações :

1. Pacientes atendidos pela psiquiatria do HUPE deverão ser acompanhados pela saúde mental da unidade, mesmo que esteja em hormonização no IEDE.
2. As regulações serão realizadas pela REUNI.

Siglas: SMS – Secretarias Municipais de Saúde
 HUPE – Hospital Universitário Pedro Ernesto
 IEDE – Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione

Fonte: Superintendência de Regulação de vagas da SES/RJ

Trata-se de uma situação que ilustra bem a frágil e incipiente institucionalidade dos serviços, a falta de organização, de diálogos e de articulação, tanto interna ao HUPE/UERJ, quanto na esfera da gestão. Aponta também para as tentativas desesperadas de instâncias internas da SES/RJ³⁸⁸ em buscar solucionar os problemas assistenciais, sem compreender que as dificuldades na oferta do cuidado pelas Unidades de Saúde não são fruto de má vontade dos/as profissionais envolvidos/as, mas da desresponsabilização das próprias gestões com a oferta, estruturação e financiamento das políticas públicas.

Ao longo dos últimos anos, as diversas tentativas de organização do programa no HUPE/UERJ não obtiveram o apoio da Direção do Hospital, notadamente, da administração que assumiu a gestão entre 2008/2015 que, como dito, por motivações ideológicas e

³⁸⁸ A SES/RJ é uma grande estrutura organizacional formada por várias instâncias (caixinhas) que nem sempre conversam entre si. A tentativa de regular uma modalidade assistencial sem que essa assistência tenha sido estruturada/contratualização, é apenas um exemplo dessa multiplicidade dispersa de subestruturas que não se articulam.

religiosas, não apoiou a assistência prestada às pessoas trans, não tomando nenhuma providência administrativa para institucionalizar o programa.

Todas as iniciativas de organização partiam do Serviço Social/coordenação ambulatorial do processo transexualizador, onde buscávamos articular os/as técnicos/as das SES/RJ, notadamente, os/as técnicos/as da Assessoria técnica de Gestão estratégica e Participativa, os/as técnicos/as da Superintendência de Atenção Básica e do Comitê Técnico de Saúde LGBT, além dos/as técnicos/as do MS e dos/as profissionais do HUPE/UERJ, todavia, sem lograr sucesso.

Uma das ações de maior mobilização institucional em busca da organização do serviço, ocorreu em 2013, quando o então Reitor da UERJ³⁸⁹, Ricardo Vieiralves de Castro, publicou uma Portaria instituindo um Grupo de Trabalho para discussão acerca da estruturação do processo transexualizador na UERJ e criação de um centro especializado de atendimento a pessoas trans denominado Centro de Saúde Integral de Travestis e Mulheres e Homens Transexuais (CESIT). Tal medida foi elaborada como resposta a uma intensa mobilização do movimento social cobrando melhorias no programa do HUPE/UERJ e divulgação de carta-denúncia do pesquisador/professor e, à época, conselheiro do Conselho de Direitos LGBT do Estado, Guilherme Almeida.

O Grupo de Trabalho instituído pela Reitoria da UERJ, o CESIT tinha como objetivo discutir a estruturação de um programa especializado exclusivamente voltado para pessoas transexuais e travestis sob a responsabilidade da universidade e era composta por técnicos/as do HUPE/UERJ, pesquisadores da UERJ, vinculados ao LIDIS, representantes da

³⁸⁹ Diante desse fato, é importante destacar que a UERJ, historicamente, sempre se destacou por ser uma instituição educacional pouco elitista e, aparentemente, mais aberta às pautas da diversidade e tentativas de absorver um perfil de alunos/as oriundos/as da classe trabalhadora. Um exemplo disso, é que essa instituição foi a primeira universidade fluminense a ter muitos cursos noturnos, assim como também foi a primeira a definir uma política de cotas raciais. A UERJ também se destacou por sediar vários eventos relacionados aos direitos LGBT, ao longo de sua história, como por exemplo, a Conferência da ILGA (International Gay and Lesbian Association), em 1995, bem como sediou em 2006 a I Jornada sobre Transexualidade e Saúde no Brasil, evento já citado neste estudo. Ressalta-se, também, que em 2002, foi criado dentro do Instituto de Medicina Social – IMS/UERJ, o Centro Latino-americano em Sexualidade e Direitos Humanos, que é uma referência no país e internacionalmente em estudos de gênero e sexualidade. Destaca-se ainda, a assinatura, por esse mesmo Reitor, de uma Carta Compromisso da Universidade publicada no Diário Oficial do Estado em 09 de julho de 2008, em função da realização da I Conferência Estadual LGBT, onde a UERJ se comprometeu, dentre outras ações, a criar o Laboratório Integrado de Diversidade Sexual e de Gênero, Políticas e Direitos (LIDIS) na UERJ em parceria com a Secretaria Estadual de Assistência Social e Direitos Humanos, envolvendo pesquisadores/as de diversas faculdades e institutos, propondo, entre outros, compromissos, ações afirmativas para a população LGBTIQ+ nas diversas áreas da Universidade. O LIDIS/UERJ desde então, se dedica fundamentalmente na promoção de ações de extensão e pesquisa nestes temas e formando continuamente profissionais de diferentes áreas para o desenvolvimento técnico-científico. Também é desse período, a publicação de Carta Compromisso assegurando às travestis e transexuais o direito ao uso dos banheiros por gênero autodeclarado e respeito ao nome social.

Superintendência de Direitos Individuais, Coletivos e Difusos/Secretária Estadual de Assistência Social e Direitos Humanos/SUPERDIR³⁹⁰, representantes do Conselho dos Direitos da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais-CELGBT/RJ, Movimento Social e representantes dos/as usuários/as do serviço.

A articulação dessa proposta teve o protagonismo da SUPERDIR/ SEASDH, a partir da provocação do CELGBT/RJ que questionava aquela Superintendência a respeito das dificuldades enfrentadas pelas pessoas trans em relação a assistência prestada pelo HUPE/UERJ. É interessante notar que o Conselho preferiu solicitar a intervenção da SUPERDIR/SEASDH, quando a competência pela Resolução pertenceria, em tese, à área da saúde.

Tal decisão não foi algo sem importância, na medida em que além de apontar que o movimento social reconhecia a SUPRDIR/SEASDH como uma instância que ouvia e buscava responder a suas demandas, também suscitou animosidade e desconforto dos/as gestores/as da área da saúde que atuavam nas questões LGBTIQ+, ao serem preteridos ou pouco reconhecidos naquele processo. É difícil saber se a estratégia do Conselho foi a mais acertada ou se teria sido mais produtivo enviar questionamentos para as duas Secretarias. O fato é revelador das históricas dificuldades de interlocução intersetorial neste aspecto no estado.

Assim, o CELGBT/RJ com seus questionamentos apontou para a SUPERDIR a necessidade de ampliação e estruturação daquele programa, a criação de uma nova unidade que atendesse às demandas de travestis e transexuais, no tocante à realização de cirurgias de transgenitalização, o acompanhamento de hormonização e de todas as demais ações necessárias para garantir a qualidade e cobertura da assistência prestada.

Diante desse questionamento o gestor da SUPERDIR/SEASDH/RJ, Cláudio Nascimento, encaminhou ofício ao Reitor da UERJ, Ricardo Vieiralves, apontando as questões levantadas pelo CELGBT/RJ e solicitando providências. Como resposta desse processo, foi agendada reunião entre a Reitoria da Universidade, a SUPERDIR/SEASDH, os

³⁹⁰ Trata-se de um órgão da Gestão estadual, à época conduzido pelo ativista Cláudio Nascimento, vinculado à Secretária de Assistência Social e Direitos Humanos, que teve fundamental importância no que tange a promoção e defesa dos direitos de Pessoas LGBTIQ+ no Estado. O marco histórico dessa Superintendência foi a criação do Programa Estadual Rio sem Homofobia (RSH) em 2007, estabelecendo ações e metas a fim de implementar políticas públicas em diferentes secretarias do estado. Apesar dessa interlocução não ter avançado, sobretudo em relação às ações de saúde, a SUPERDIR/SEASDH teve papel preponderante na garantia de algumas ações voltadas para melhorias nas condições de vida das pessoas LGBTIQ+, com destaque para os Centros de Cidadania LGBT que foram instituídos em várias regiões do Estado. É importante lembrar que esse órgão não tinha competência para a implantação/estruturação de políticas de saúde, como o processo transexualizador, o que caberia às SES/SMS, restando à SUPERDIR/SEASDH a possibilidade de apoiar as ações pró-LGBTIQ+.

membros do CELGBT/RJ e os profissionais do HUPE/UERJ, e no fim desse encontro, foi decidido pela Universidade que seria criado um Grupo de Trabalho para traçar as diretrizes de um novo serviço, que seria equipado com infraestrutura e recursos humanos adequados para a realização dos atendimentos.

Muitos encontros e discussões foram realizadas nesse sentido durante meses, buscando a construção da proposta escrita do que viria a ser o novo serviço. No entanto, aconteceram no curso daquele processo alguns equívocos muito significativos que impactaram negativamente as tratativas em torno do projeto. O principal erro foi, novamente, a baixa institucionalidade com que as discussões foram encaminhadas. Em nenhum momento, a Reitoria, usando de seu poder institucional, convocou a Direção do HUPE/UERJ, supostamente por divergência política, tampouco solicitou reunião com o então governador Sérgio Cabral e com o Secretário Estadual de Saúde para discutir a pauta.

SECRETARIA DE ESTADO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA	HUPE/UERJ;
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	- Márcia Brasil – Assistente Social e Membro da Equipe Técnica do HU Pedro Ernesto – HUPE/UERJ;
ATO DO REITOR	- Marjorie Macchi – Ativista e Travesti;
PORTARIA Nº 447 DE 01 DE NOVEMBRO DE 2013 CRIA O SA GRUPO DE TRABALHO PARA ELABORAÇÃO DE DIRETRIZES, RECOMENDAÇÕES TÉCNICAS E ACOMPANHAMENTO DA CRIAÇÃO DO CENTRO DE SAÚDE INTEGRAL DE TRAVESTIS E MULHERES E HOMENS TRANSEXUAIS.	- Sharlene Rosa – Ativista e Travesti;
	- Kathyla Katherine S. Valverde – Ativista e Mulher Transexual;
	- Alessia Almeida Souza – Ativista e Mulher Transexual;
	- Guilherme Almeida – Pesquisador e Homem Transexual;
	- João Nery – Escritor e Homem Transexual;
O REITOR DA FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, no uso de suas atribuições,	Art. 4º – A Coordenação dos trabalhos ficará sob a responsabilidade da Reitoria da UERJ e da SUPERDIR/SEASDH.
RESOLVE:	Art. 5º – As reuniões e o funcionamento do Grupo de Trabalho Técnico observarão a agenda pactuada pelos seus membros e ocorrerão nas instalações do Gabinete da Reitoria da UERJ.
Art. 1º- Criar o Grupo de Trabalho Técnico, no âmbito da UERJ, com o objetivo de elaborar diretrizes e recomendações técnicas para criação do Centro de Saúde Integral das Travestis e Mulheres e Homens Transexuais, sediado na UERJ.	Art. 6º – As reuniões e atividades do Grupo de Trabalho Técnico serão registradas em Ata, elaborada pela equipe de relatoria, que encaminhará ao Gabinete da Reitoria da UERJ para publicação.
Art. 2º- Acompanhar e avaliar o processo de implementação do Centro de Saúde Integral de Travestis e Mulheres e Homens Transexuais.	Art. 7º- As funções do Grupo de Trabalho Técnico serão de utilidade pública e não remuneradas.
Art. 3º- O Grupo de Trabalho Técnico será composto dos seguintes membros:	Art. 8º – As viagens previamente agendadas e definidas pelo Grupo de Trabalho Técnico ocorrerão por conta da UERJ.
- Ricardo Vieiralves de Castro – Reitor da	Art. 9º- O Grupo de Trabalho durante o

Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ; - Paulo Roberto Volpato Dias – Vice-Reitor da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ; - Cláudio Nascimento Silva – Superintendente de Direitos Individuais, Coletivos e Difusos da Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos – SUPERDIR/SEASDH; - Almir França – Assessor Técnico da Superintendência de Direitos Individuais, Coletivos e Difusos da Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos – SUPERDIR/SEASDH; - Júlio Moreira – Presidente do Conselho dos Direitos da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais -CELGBT/RJ; - Luciana da Mota Gomes de Souza – Defensora Pública e Membro do Conselho dos Direitos da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – CELGBT/RJ; - Edmar José Alves dos Santos – Superintendente de Saúde da Universidade do Estado do RJ Sérgio Carrara – Laboratório Integrado de Diversidade Sexual – LIDS/UERJ; - Eloísio Alexsandro da Silva – Médico e membro da Equipe Técnica do Processo Transsexualizador do HU Pedro Ernesto	desenvolvimento de suas atividades poderá convidar representantes dos outros órgãos/instituições que se fizerem necessários. Art. 10- O Grupo de Trabalho terá duração de 01 (um) ano, a contar da data da publicação desta Resolução, podendo ser prorrogado, conforme necessidade e definição da UERJ. Art. 11- Ao final do prazo de 02 (dois) meses, a contar da data da publicação desta Resolução, e será aprovado um relatório técnico e ata com o conjunto de diretrizes e recomendações orientadoras para criação do Centro de Saúde Integral de Travestis e Mulheres e Homens Transexuais no Estado do RJ, a ser publicado no prazo de 15 dias após a data de sua aprovação no Grupo de Trabalho. Art. 12- Os membros deste Grupo de Trabalho poderão ser substituídos durante o período de vigência do Grupo. Art. 13- Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação. Rio de Janeiro, 01 de novembro de 2013. RICARDO VIEIRALVES DE CASTRO Reitor

Reprodução: PORTARIA/UERJ Nº 447 DE 01 DE NOVEMBRO DE 2013

Inclusive, no GT instituído pela Reitoria da UERJ não havia representação das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, o que considero um erro grave do ponto de vista institucional e estratégico, tendo em vista que são essas secretarias as instâncias responsáveis pela condução das políticas de saúde. Além disso, havia a premente necessidade de que o novo serviço fosse integrado à rede SUS desde as suas origens, conforme preconiza a Lei Orgânica da Saúde (n. 8080/90), sobretudo, para que suas ações pudessem ser financiadas e reguladas adequadamente, na tentativa de evitar que, em médio prazo, se encontrasse na mesma situação que o programa do HUPE/UERJ estava naquele momento.

Da forma como o processo foi encaminhado, as discussões em torno do programa desenvolvido pelo HUPE/UERJ, foram conduzidas sem a participação de sujeitos institucionais fundamentais naquele contexto. A Direção do HUPE/UERJ, a chefia da Urologia e o Coordenador da Urologia Reconstructora tiveram uma participação muito

periférica nos encontros³⁹¹, assim como não houve envolvimento dos Coordenadores das outras equipes cirúrgicas e ambulatoriais.

Dessa maneira, discutia-se um programa que envolvia diretamente o HUPE/UERJ e a Policlínica Piquet Carneiro, sem o HUPE/UERJ e a PPC presentes³⁹². Ainda que houvesse a participação do Superintendente de Saúde da UERJ na época, as tratativas sobre o programa eram negociadas/pactuadas sem a participação da maior parte dos sujeitos institucionais que desenvolveriam a ação.

Por mais que fosse importante a presença de representantes da SUPERDIR, do Conselho Estadual LGBT, do movimento social e dos/as pesquisadores/as, a coluna dorsal daquele processo, nas figuras dos/as gestores/as das Secretarias Estadual e/ou Municipal de Saúde, da direção do HUPE/UERJ e da PPC e dos/as técnicos/as que desenvolveriam a assistência, não poderia estar de fora das discussões, conforme aconteceu.

Figura 28 – Reunião CESIT- Reitoria/UERJ



Fonte: Acervo pessoal.

³⁹¹ Apesar dos convites realizados, esses sujeitos não participaram ativamente das discussões, limitando-se a responder pontualmente algumas demandas que lhes eram feitas pelo GT. Pelo menos duas ordens de fatores podem ter favorecido essa baixa integração do GT: a proximidade desses sujeitos do Superintendente de Saúde da UERJ, também médico, o que poderia dar a sensação de que as informações que necessitavam acerca das discussões desenvolvidas estariam sempre alcançáveis. Por outro lado, havia a descrença no processo, na medida em que ouvi de alguns/algumas daqueles profissionais que não vislumbravam poder de resolução naquele espaço, tendo em vista que só o que poderia resolver a questão seria uma “canetada do secretário de saúde ou governador” liberando verbas para a estruturação e financiamento do novo serviço.

³⁹² Na condição de Coordenadora ambulatorial do processo transexualizador, participei ativamente do processo. No entanto, a minha presença não substituiu os sujeitos que eram os protagonistas da gestão do HUPE/UERJ e da condução das equipes cirúrgicas.

Ao que parece, houve neste processo uma conjunção de fatores que se entrecruzaram dando a ele a fragilidade que lhe marcou do início ao fim, culminando com o seu esgotamento. Dentre esses fatores, foi possível apontar a ausência de conhecimento por parte da Reitoria acerca da estrutura e dos trâmites necessários para a condução de uma discussão como essa dentro das instâncias normativas e políticas do SUS, expressando o quanto a universidade ainda é voltada para o próprio interior e apartada de problemáticas e arranjos societários mais amplos, que inclusive lhes dizem respeito, como é o caso das normativas que tratam da integração dos HU's com a rede pública de saúde, além de dificuldades na interlocução/diálogo entre a Reitoria e o próprio HU.

No momento em que essas discussões estavam em curso, a relação institucional entre a Reitoria e a Direção do HUPE/UERJ fluía com dificuldades e percalços, motivados, sobretudo, por divergências políticas e ideológicas na condução de questões institucionais no bojo de uma vinculação necessariamente hierarquizada entre dois sujeitos políticos detentores de muito poder. Tais disputas intra institucionais eram adensadas por visões de mundo muito divergentes entre as duas lideranças, notadamente, em função da defesa da laicidade do Estado, representada pela Reitoria e o confessionalismo assumido pelo diretor do HUPE/UERJ³⁹³, que se tornava mais explícito quando confrontado com temas normalmente rejeitados pela ideologia cristã conservadora, como por exemplo, as situações de aborto legal e o tema da transexualidade.

Dificuldades na interlocução/diálogo entre a gestão estadual/municipal e o HU no que tange a integração entre este e a rede SUS. Essa é uma questão marcada por inúmeros obstáculos, sobretudo, no que diz respeito ao financiamento e custeio dos serviços assistenciais ofertados tendo por base a tabela de procedimentos do SUS, que, normalmente, não considera que o HU possui particularidades típicas de um hospital-escola. Por se tratar de centros de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologia para a área de saúde, estas instituições demandam ser compreendidas a partir desse recorte e isso nem sempre ocorre. Assim, há dificuldades, por exemplo, no entendimento se os HU's deveriam ou não se dedicar, além da atenção terciária, à assistência primária e secundária, tendo em vista a

³⁹³ O médico Rodolfo Acatauassu Nunes é também presidente da Associação Nacional Pró-Vida e Pró-Família. Por ocasião das discussões sobre aborto para casos de fetos com anencefalia ele se manifestou contrário em audiência no STF, representando entidades religiosas vinculadas à Igreja Católica. Em toda sua gestão nunca foi favorável ao atendimento de pessoas trans no HUPE. Certa vez me fez esperar 6 horas do lado de fora da sala da direção para assinar um documento relacionado à tentativa de acessar verbas de Emendas Parlamentares para estruturação do programa no HUPE, assunto do qual falarei mais adiante. Cf. publicação no site do STF de 26/08/08: “Médico diz que anencéfalos podem ter consciência e pede mais pesquisas”, disponível em <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=94956&caixaBusca=N>

sua responsabilidade com a formação de força de trabalho. Ao desempenhar ações compreendidas como de atenção primária, muitas vezes encontra entraves para ter essas ações custeadas pelo gestor local/estadual, além das dificuldades relacionadas às prioridades dos/as gestores/as para a contratualização e pagamento de alguns tipos de assistência em detrimento de outros. Assim, é mais comum que os/as gestores/as contratualizem assistência cardíaca de ponta, cuidados intensivos, assistência nefrológica/diálise, cuidados na área da neurologia/neurocirurgia, entre outros, mas não se sintam implicados a contratualizar assistência especializada no processo transexualizador. Ao que parece, a forma de financiamento do SUS tendo por base a Tabela de Procedimentos e, sobretudo, a contratação de pacotes assistenciais das unidades prestadoras, tende a favorecer o negligenciamento assistencial de grupos estigmatizados, como é o caso das pessoas trans e o processo transexualizador.

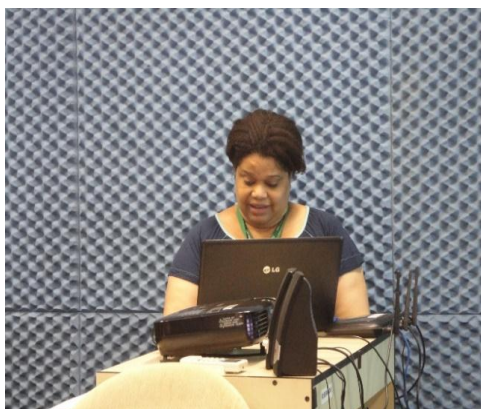
Tecnicismo/corporativismo e isolamento institucional da categoria médica. Dentro da realidade do HUPE/UERJ, é perceptível uma cultura institucional na qual os médicos, em geral, parecem se sentir mais confortáveis entre seus pares e desempenhando as tarefas para os quais forma treinados, demonstrando resistências quando convocados para atuarem em situações nas quais precisam fazer discussões mais ampliadas e terem interações interdisciplinares. Dessa maneira, constata-se uma baixa ou inexistente habilidade política e disposição por parte deles para transitar nos meandros da construção de processos políticos, o que parece se agravar quando se trata de questões relacionadas ao processo transexualizador. É pouco perceptível a motivação desses profissionais para se implicarem com essa assistência, a ponto de fazer com que eles se desloquem de suas rotinas de trabalho para discutirem essas ações, e quando são forçados a irem, em geral, aparentam enfado e costumam dizer que no tempo que estão na reunião poderiam estar realizando um tanto de cirurgias ou um tanto de atendimentos, o que a realidade nega. Talvez esse fato possa ser determinante para a compreensão da não participação desses sujeitos no processo de discussão do programa, apesar dos muitos convites realizados pelo GT.

Dificuldades e disputas entre a SUPERDIR e a SES/RJ. No curso da condução desse processo político foi possível observar que os diálogos dentro da SUPERDIR/SEASDH se davam com o alto escalão da gestão, mas no que tange à SES/RJ, quem respondia por tais tratativas era o baixo clero, técnicos/as importantes, mas com pouco poder decisório. Além disso, era visível a discordância, a animosidade e disputa entre as duas Secretarias sobre as competências relacionadas à condução das ações de saúde destinadas às pessoas trans. Por se tratar de uma ação no campo da saúde e demandar providências operativas daquela Secretaria,

o protagonismo da condução deveria ser da SES/RJ, mas quem detinha maior proximidade de diálogo com a UERJ era a SUPERDIR/SEASDH e foi quem conduziu o processo junto à Reitoria, o que irritou alguns dos sujeitos da SES, que participavam do processo, mesmo sem ter sido nomeados como integrantes do GT, o que pelo mesmo motivo aludido, foi um problema, afinal, discutir uma política de saúde, sem a Secretaria de Saúde, era entendido, no mínimo, como uma incoerência.

Ausência de dotação orçamentária para estruturação e manutenção do programa/resposta populista da Reitoria. Em nenhum momento das discussões no GT houve qualquer comprometimento da Reitoria em relação ao financiamento daquele projeto, ainda que se soubesse da falta de estrutura física e de Recursos Humanos para desenvolver as ações do programa. Além das dificuldades em relação às precárias condições para realizar as cirurgias, não havia salas adequadas, profissionais administrativos, equipamentos e equipes técnicas com horários dedicados para a prestação da assistência, além de haver carência de profissionais como psicólogos, psiquiatras, endocrinologistas, otorrinolaringologistas, entre outros. Tais questões não foram enfrentadas pela Reitoria, que participou poucas vezes das reuniões, tendo delegado o Superintendente de Saúde da UERJ, que por sua vez, também não tratou desse assunto. Como não se faz política sem investimento financeiro e como não houve nenhuma articulação com a SES/RJ ou com a SMS/RJ para contratualização dessa assistência, e a consequente contrapartida financeira para seu financiamento, a hipótese possível é a de que a Reitoria teria agido de forma populista, na tentativa de manter a imagem da universidade como uma instituição inclusiva, pioneira nas pautas da diversidade, como já o era em relação às cotas raciais e, mesmo em relação à pautas pró LGBTIQ+ que a UERJ já tinha anteriormente encampado, conforme já sinalizado.

Figuras 29 e 30 - Reunião GT/CESIT – Reitoria UERJ



Fonte: Acervo Pessoal

Ocorreram inúmeras reuniões do GT com a participação do Superintendente de Saúde da UERJ onde se discutia a construção das novas instalações e estruturação desse novo serviço. Por mais que se tentasse envolver a Direção do HUPE/UERJ e os Coordenadores da Urologia e da Urologia Reconstructora, responsável pelas cirurgias, não se obteve êxito, como também não se via avanços em relação à necessária articulação com a SES/RJ.

Cabe esclarecer que a UERJ tem autonomia para criar serviços dentro de sua estrutura, isto não está em questão. No entanto, havia a necessidade de que este novo serviço se integrasse à rede SUS para que fosse institucionalizado e participasse, de maneira regulada, dos fluxos assistenciais do estado, recebendo as contrapartidas financeiras pela assistência prestada e não repetisse os mesmos problemas que se buscava corrigir com a ampliação/estruturação do programa.

Só foi observado um envolvimento da Direção do HUPE/UERJ e dos/as profissionais que até então não participavam do processo de discussão, apesar dos convites do GT, a partir do momento em que houve a possibilidade de o programa ser contemplado com verbas de Emenda Parlamentar³⁹⁴, conforme noticiou o Globo:

Cláudio Nascimento, Coordenador do programa Rio sem Homofobia, da Secretaria estadual de Assistência Social e Direitos Humanos, conseguiu junto aos deputados federais Jandira Feghali (PCdoB) e Jean Wyllys (PSOL) uma verba de R\$ 3 milhões em emendas parlamentares para a construção do Centro de Saúde Integral para Travestis e Transexuais. O novo equipamento funcionaria em uma área de 500 metros quadrados, dentro da Policlínica Piquet Carneiro, também da UERJ, no bairro de São Francisco Xavier. Mas os recursos foram bloqueados devido ao contingenciamento feito pelo governo federal por causa da crise econômica (O Globo, 2016).

A conquista dessa possibilidade de recursos expressou o grande empenho realizado pela SEASDH/SUPERDIR, na figura de Cláudio Nascimento, em busca de recursos que viabilizassem a expansão do Programa, bem como acirrou as disputas e desencontros com a SES/RJ, na medida em que para o recebimento da verba seria obrigatoriamente necessário a intermediação da Secretaria por meio do Fundo Estadual de Saúde e, como já sinalizado, não havia participação formal de representantes da SES nas discussões.

³⁹⁴ Emendas parlamentares são recursos do Orçamento público cuja alocação é indicada por deputados estaduais, deputados federais e senadores. Recebem esse nome porque são realizadas por meio de emendas ao projeto de Orçamento estadual ou federal, que é votado anualmente pelos parlamentares para o ano seguinte. Cada político costuma direcionar dinheiro às cidades ou regiões de interesse, onde são suas bases eleitorais, ou seja, as comunidades que representam. Em tese, as emendas parlamentares visam a uma melhor distribuição dos recursos públicos, já que os legisladores estão mais próximos que o Executivo de seus redutos e conhecem melhor as necessidades específicas de cada região. Ver: Jornal Estado de Minas publicado em 30/05/2020. Disponível em: https://www.em.com.br/app/noticia/politica/2020/05/30/interna_politica,1152215/emendas-parlamentares-o-que-sao-e-como-funcionam.shtml.

Essa ausência de participação formal no GT, era um problema mais de ordem política do que operativa, já que a Secretaria não estava impedida de participar da criação/estruturação do CESIT, inclusive, havia integrantes da Secretaria participando das reuniões. No entanto, essa ausência formal aumentava a animosidade e desconforto, com constantes cobranças desses representantes, que sinalizavam o fato de SES/RJ não ter sido citada na composição do GT instituído pela Reitoria.

Mais uma vez chamo a atenção para o caráter político dessa questão, tendo em vista que a Secretaria de Saúde, não dependia de convite para participar da solução de uma questão que é de sua responsabilidade e que teria papel fundamental na estruturação/integração do programa na rede, bem como a participação em seu financiamento.

Figura 31 – Secretaria Estadual de Saúde - Discussão sobre a construção do CESIT/UERJ



Fonte: Acervo pessoal.

A possibilidade de construção do novo serviço, que seria localizado na Policlínica Piquet Carneiro (PPC), uma das unidades de saúde da UERJ, enfrentou uma série de

obstáculos políticos, estruturais e financeiros, de modo que o contingenciamento³⁹⁵ dos recursos das Emendas Parlamentares enterrou de vez, um projeto que vislumbrava – ainda que com muitos equívocos na sua condução – a possibilidade de ofertar uma assistência de qualidade às pessoas trans no Estado do Rio de Janeiro.

3.7 Muitos Limites, Algumas Possibilidades: o longo e tortuoso caminhar do processo transexualizador no Brasil

Ao chegar à finalização desse trabalho, após ter empreendido um giro panorâmico sobre a trajetória de constituição e desenvolvimento do programa e ter me aproximado da realidade dos cinco serviços hospitalares integrantes do processo transexualizador, 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 construído para se transformar no eixo de uma política pública. Ainda que os serviços pré-existentes que ofertavam, precariamente, a assistência nos HU's, buscassem formas de serem reconhecidos e de terem suas ações legitimadas e estruturadas nacionalmente pelo MS, o que se sobressaiu nas respostas públicas, apesar de todo o processo coletivo de luta pela construção da política, foi a institucionalização e nacionalização da precariedade que já existia isoladamente em cada um daqueles serviços.

Assim, na medida em que os programas pré-existentes foram alçados a condição de integrantes efetivos de uma política pública sem terem os seus dilemas locais, minimamente enfrentados, os problemas já existentes se avolumaram. Na realidade, essa estadualização pelo alto, promovida por meio de Portarias e sem considerar a condição financeira e a disposição de cada um desses estados em investir recursos para a estruturação dos serviços, fez com que essas unidades passassem a ser as gestoras da miséria e do caos e, individualmente, responsabilizadas por isso, o que gerou respostas e organizações diversas em cada um dos serviços.

Outra questão importante dessa trajetória histórica do processo transexualizador e que está entrelaçada ao tipo de resposta dada pelo MS às demandas dos serviços, do movimento

³⁹⁵ A então presidente Dilma Rousseff bloqueou em novembro de 2015 todos os recursos destinados à Emendas Parlamentares com o objetivo de atingir a meta fiscal de R\$ 55,3 bilhões de superávit primário para aquele ano. Cf.: Dilma editará decreto para bloquear despesas de R\$ 10 bi, diz Planalto. G1.Globo.com, 27/11/2015.

de travestis e transexuais, dos/as pesquisadores/as pela estruturação e oferta da assistência às pessoas trans, foi o protagonismo subterrâneo do Judiciário para a institucionalização do Programa, a partir da ação judicial iniciada em Porto Alegre no ano de 2001.

Aquela Ação, vale lembrar, não solicitava inicialmente, que o MS estruturasse e organizasse nacionalmente a assistência no âmbito do processo transexualizador no Brasil, mas tão somente solicitava que fossem tomadas:

As medidas apropriadas para possibilitar aos transexuais a realização, pelo SUS, de todos os procedimentos médicos necessários para garantir a cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia, neofaloplastia e/ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários, conforme critérios estabelecidos na Resolução nº 1.482/97, do Conselho Federal de Medicina (...) e que se edite, no prazo de 7 dias, ato normativo que preveja a inclusão, de modo expresso, na Tabela de Procedimentos remunerados pelo SUS (Tabela SIH-SUS), de todos os procedimentos cirúrgicos necessários para a realização da cirurgia nominada no item anterior, bem como remunere os hospitais pelos procedimentos realizados em conformidade com a Resolução nº 1.482/97 (MP – Vara Federal de Porto Alegre/Weber e Laivas, 2001).

Não caberia ao Poder Judiciário desenhar a forma como o direito que ele reconheceu como legítimo fosse viabilizado, mas determinar o que precisava ser cumprido como direito. Ao que parece, a despeito de todo o processo de construção coletiva nos espaços de participação social, a opção do MS tendeu, quando não foi mais possível postergar, a obedecer a determinação judicial de inclusão dos procedimentos das cirurgias de transgenitalização na Tabela de Pagamento do SUS, sem se comprometer efetivamente com a organização da assistência no processo transexualizador em âmbito nacional³⁹⁶.

A partir dessa perspectiva, percebe-se que a institucionalização do processo transexualizador enquanto ação do MS resultou de um processo nebuloso no qual havia uma confluência de vários fatores e determinações que não eram visíveis a todos que participavam daquele processo. Nesse conjunto de atravessamentos, o que determinou, em grande medida, a materialização da política foi o protagonismo do Judiciário. No entanto, a forma como a política foi conduzida, demonstrou tratar-se mais de uma resposta pontual à determinação judicial de inserção dos procedimentos cirúrgicos e os relacionados à cirurgia na Tabela de Procedimentos do SUS do que de real empenho do MS como um todo em construir e estruturar uma política pública de alcance nacional.

Essa recusa para efetivação de uma política pública, que sequer deveria ter sido judicializada, precisa ser compreendida a partir da lógica do desfinanciamento do patrimônio

³⁹⁶ É importante refletir aqui sobre o que significa, no contexto de formação social desse país, o fato das pessoas LGBTQI+, frequentemente, só conseguirem ter acesso à direitos civis e sociais a partir da intervenção do Judiciário.

público em função da orientação do Estado para os interesses privatistas associados ao capitalismo financeiro, que se expressa, na realidade concreta, por meio da desestruturação e privatização das políticas sociais em favor da acumulação capitalista.

É preciso lembrar que o processo transexualizador não está fora do SUS, e, portanto, é alvo das mesmas ações de desestruturação, desfinanciamento e deslegitimação porque passa a política de saúde desde as suas origens, sendo a expressão da crise estrutural capitalista, que desde os anos 70/80 vem orientando as respostas do Estado em sua busca por pavimentar as formas e estratégias de extração de mais valor em favor do capital.

Nesse sentido, o Estado capitalista, instituído como o “comitê executivo para gerir os negócios da burguesia”, se coloca como o mediador desse processo de acumulação. Dessa maneira, a forma como se deu a institucionalidade do processo transexualizador foi uma resposta capitalista, de um Estado capitalista, ao que foi possível naquele momento para resguardar os interesses da reprodução da ordem capitalista. Essa relação esteve presente o tempo todo ao longo da trajetória de estruturação desse programa, bem como esteve ao longo do processo de formação sócio-histórica desse país.

Assim, a afirmação do processo transexualizador a partir do empenho para a sua implementação, incluindo aí a viabilização financeira e política para o seu espraiamento nos estados e municípios, não era algo que se pudesse esperar no contexto em que essa institucionalização se deu. Isso foi na contramão do alinhamento político, econômico e ideológico do então governo Lula com os representantes do capitalismo tanto interno quanto transnacionalmente. Afirmar essa política, seria negar o processo de desmonte do patrimônio público, que não só estava em curso, como havia sido acentuado por meio das ações implementadas também pela gestão do PT no governo e continuadas posteriormente.

Vale lembrar que esse processo de desfinanciamento e enxugamento da presença do Estado na sustentação das políticas de proteção social, foram acompanhadas, paradoxalmente, por um discurso de defesa dos direitos, de inclusão social, de valorização da participação social. Isso pode ajudar na compreensão das incongruências do percurso de construção do processo transexualizador. Com uma mão, o Estado acenava para o apoio aos direitos sociais, a centralidade do poder público na sustentação da seguridade social e com a outra mão, escrevia o roteiro do desmonte, do desamparo e efetuava a privatização e desfinanciamento das políticas sociais.

Tem sido esse contexto que ajuda a compreensão acerca de porque o Estado negou por tanto tempo a oferta de assistência às pessoas trans e porque, quando o fez, essa efetivação se deu de maneira precária e acentuadamente voltada ao atendimento de uma determinação

judicial, não sendo acompanhada por um processo efetivo da estruturação da assistência, desconsiderando a própria arquitetura do SUS, que à essa época, já havia sofrido intensos processos de negação de seus princípios e diretrizes.

É importante ressaltar que o andamento da elaboração do processo transexualizador negou a institucionalidade do SUS desde a sua origem, num percurso de construção permeado por uma ambivalência muito grande, notadamente durante o processo de revisão da Portaria n. 457/08. Embora o MS aparentemente estivesse comprometido com a estruturação efetiva do programa e se colocando como um articulador nacional, as gestões dos estados, sobretudo dos serviços pré-existentes, tiveram participação ínfima naquele processo e pouca coisa foi feita para provocar o seu envolvimento.

Além disso, não se percebeu a disposição do Estado em investir recursos financeiros para a estruturação da política, dando a impressão de que aquela ação seria mais um “puxadinho” a competir com os poucos recursos disponíveis das demais ações existentes dentro do SUS. Essa condição repercutiu para o interior dos serviços e a sobrecarga e isolamento institucional típicos dos programas, se tornaram a regra.

Dessa forma, embora os documentos oficiais falem em cuidado integral à população trans, isso nunca aconteceu, como também não aconteceu em nenhuma das demais ações do SUS. O que se percebe, é que a invocação das normas e princípios do SUS se tornou uma espécie de lugar-comum do sistema de saúde, uma retórica vazia que serviria de panaceia para todos os males, como se a simples invocação dessas palavrinhas mágicas, resolvesse todos os problemas.

De que SUS se está falando? Como pensar a assistência integral, o atendimento qualificado e respeitoso iniciando pela atenção primária de saúde com a realidade atravessada pela precarização e desfinanciamento que se tem na atualidade? Os processos de contrarreforma do Estado, há muito tempo destruíram o projeto do SUS originário da Reforma Sanitária brasileira, de modo que, mesmo mantendo esses princípios e diretrizes como referência, sabe-se que na essência, não existe no tempo presente sustentação para a oferta de uma assistência conforme se lutou num passado nem tão distante. Assim, a luta pela ampliação da assistência no âmbito do processo transexualizador será inócua se não for acompanhada por estratégias e ações concretas de revitalização e fortalecimento do SUS, numa perspectiva anticapitalista, antirracista, antiLGBTfóbica e emancipatória³⁹⁷.

³⁹⁷ O que parece utopia, tem se materializado em experiências concretas nas mais variadas regiões do país, onde se encontra polos de resistência organizados em torno de coletivos, de fóruns em defesa da saúde, numa perspectiva anticapitalista, que tem tido ações concretas em defesa do SUS, bem como são crescentes as

Assim, pode-se dizer que os desafios do processo transexualizador são os desafios do SUS, sobretudo na perspectiva do reconhecimento de que o conjunto de normativas, princípios e diretrizes, apesar de importantes, não são suficientes para a efetivação dessa política, havendo necessidade de construção coletiva de espaços de luta em defesa do SUS, para além das normativas. É importante registrar que, ao longo das visitas de campo, foi possível perceber que o SUS ainda pulsa em todas as regiões visitadas. Há experiências muito relevantes acontecendo em Goiás, em Pernambuco, mas também foi possível constatar focos de resistências em favor do SUS no RS, em SP e no RJ, só para citar o universo dessa pesquisa. Assim, parece ser importante que se aposte nas experiências locais de construção de residência para que essa política, bem como todo SUS, possam ser ressignificados e reorientados a partir das bases.

Aqui chamo atenção para o fato de que quando o MS, que tinha a obrigação de regular nacionalmente o acesso às cirurgias³⁹⁸, declinou dessa obrigação ao delegar essa função exclusivamente aos estados, essa ausência de coordenação nacional, foi muito criticada.

Na ocasião da publicação da Portaria que desobrigou o MS de fazer essa regulação, muitos/as dos/as que estavam envolvidos/as na condução da política nas unidades de atenção especializada, sentiram-se “abandonados” e, de fato, o foram. No entanto, ao se oficializar a máxima do “toma que o filho é teu” foi despertado em alguns sujeitos participes daquele processo (profissionais, movimento social, coordenadores de serviços) a convicção de que não havia o que se esperar do MS e que havia a necessidade de pressionar com mais empenho as gestões locais para que assumissem o seu papel na condução da política.

Não é o caso de se desconsiderar a importância que teria a existência de uma coordenação nacional desse processo. Todavia, percebe-se a partir do olhar para a realidade que essa não era e continua não sendo uma tendência com possibilidades de se concretizar em breve³⁹⁹. Diante disso, parece que uma das saídas possíveis seria, de novo, olhar para o “caminho de volta”.

organizações de grupos LGBTs anticapitalistas, que tem tencionado a constituição da política. A onda conservadora que atravessa a realidade atual pode ser uma resposta a sinalizar o potencial que esses grupos anticapitalistas têm.

³⁹⁸ É importante lembrar que, na verdade, o ministério da saúde nunca chegou a regular o acesso aos serviços, no entanto, essa expectativa de regulação tinha uma função, talvez subjetiva, de instituir uma espécie de vinculação, na qual, nós que trabalhávamos nos serviços, não nos sentíssemos tão sós, uma vez que os estados, eram ausentes, em sua grande maioria.

³⁹⁹ Desde que o atual governo assumiu a presidência do país, uma das muitas estratégias adotadas de negação dessa política foi o desmonte da estrutura do MS, a extinção da DAGEP, o silêncio em relação a qualquer discussão envolvendo LGBTIQ+. Inclusive, nenhum ambulatório foi habilitado nesse governo, apesar de haver muitos processos solicitando habilitação dentro do MS. A única ação realizada por essa gestão foi a inclusão das

Foi dito aqui, que esse programa partiu de experiências “de baixo para cima” e que ao serem incorporadas pelo MS, o foram de maneira centralizada, “pelo alto”, sem articulação e envolvimento dos estados e municípios, isto é, de “cima para baixo”.

Parece que a realidade concreta atual aponta para a possibilidade de um retorno ao ponto de partida como uma das alternativas para pressionar pelo avanço dessa política. No entanto, um ponto de partida que extrapole os muros das unidades de atenção especializada e interaja com o seu entorno, necessariamente passando pela implicação dos/as gestores/as locais/estadual e o movimento social com a organização e estruturação da assistência nos estados. Talvez esse seja um grande desafio a ser enfrentado, ele foi vislumbrado nas diversas experiências visitadas na pesquisa de campo.

A expectativa é que ao passo que outros sujeitos participem localmente da organização e condução da assistência, a centralidade e controle médicos sejam, minimamente deslocados ou diluídos, abrindo maiores possibilidades, inclusive de enfraquecimento da lógica patologizadora⁴⁰⁰, que é o ponto em comum da maioria dos serviços.

Parece que a árdua tarefa dos/as que defendem a estruturação dessa assistência perpassa o enfrentamento de lógicas muito poderosas, expressas no desfinanciamento e perda de centralidade do SUS, na ambiência sociocultural marcada pelo conservadorismo/moralismo fundado no binarismo e no padrão heteronormativo de gênero. Também é importante considerarem o poder médico condensado, sobretudo, na defesa, mesmo que velada, da patologização. Não é tarefa simples, mas a realidade tem apontado que é um caminho possível⁴⁰¹.

As unidades especializadas, sozinhas, não terão capacidade de saírem do atoleiro puxando os próprios cabelos, até porque parte desse atoleiro representa um ganho para muitos/as profissionais que se beneficiam da situação da maneira como ela se encontra. O encastelamento da universidade, o poder angariado a partir da vinculação com os centros do saber, não necessariamente representa um problema para muitos/as desses/as profissionais.

cirurgias genitais dos homens trans na Tabela do SUS, em função de determinação Judicial, o que se observa é uma desidratação silenciosa, por dentro da gestão destinada a aniquilação e sufocamento do processo transexualizador.

⁴⁰⁰ Goiás e Pernambuco me pareceram caminhar nessa direção, seguido de SP, onde as experiências de atendimento na atenção primária e a progressiva ampliação da assistência deslocada do HC, tem diluído o poder da lógica patologizadora.

⁴⁰¹ A experiência do Espaço Trans, em Pernambuco aponta para a possibilidade de resistência à lógica Patologizadora, alguns ambulatorios também apontam para essa direção, como é o caso de Uberlândia. Nos demais serviços foi possível vislumbrar potencial de resistência por parte do movimento social, pesquisadores, trabalhadores.

A patologização tem assegurado prestígio e reserva de mercado real e simbólico no mundo acadêmico⁴⁰², onde muitos/as profissionais se orgulham da quantidade de pesquisas e da produção teórica que historicamente sedimentaram a partir da defesa da patologização e muitos/as não querem renunciar a isso, bem como não querem renunciar à sua forma, estilo, marca ou “técnica” de prestar a assistência⁴⁰³.

Esse, inclusive, parece ser um ponto de dissenso entre os serviços, não por haver profundas discordâncias em torno da patologização, mas por haver disputas no campo da produção e proeminência acadêmica entre quem é mais ou menos produtivo no campo da pesquisa e da excelência técnica.

O MS, por seu turno, intencionalmente ou não, estimulou essas disputas ao referendar algumas abordagens em detrimento de outras quando se discutia a revisão da Portaria. Assim, paradoxalmente, a patologização é um ponto de consenso que produziu dissenso, impedindo, de alguma maneira, que esses serviços se unissem e cobrassem uma resposta mais efetiva do MS para a organização da assistência nacionalmente e nos estados.

Por outro lado, dado o perfil ideológico liberal/privatista de boa parte dos/as médicos, seria esperar demais que estes agissem dessa forma, sendo essa também uma das possíveis explicações do porquê não houve uma articulação entre esses serviços cobrando melhorias assistenciais do Estado.

Assim, a aposta no envolvimento dos/as gestores/as, do movimento social e de profissionais que prestam a assistência, inclusive na atenção primária, pode ser uma possibilidade de deslocamento desse poder incrustado nas unidades de atenção especializada em direção a uma outra possibilidade de assistência e aí, será imprescindível lutar pelo fortalecimento e revitalização do SUS como um todo e por seu enraizamento por dentro das instâncias de controle social local, tendo em vista que o envolvimento da atenção primária na

⁴⁰² Em rápida pesquisa na internet foi possível encontrar anúncios de cursos online pagos sendo ofertados por profissionais médicos de alguns desses programas com valores que variam entre 500 e 1000 reais. Em 2019, o Hospital Albert Einstein, em São Paulo, começou a desenvolver uma pesquisa, financiada pelo MS no valor de 10 milhões de reais, onde parte desse dinheiro será para o Einstein criar uma unidade de atendimento a trans, onde oferecerá assistência ambulatorial” gratuita” às pessoas interessadas, no escopo da política social empresarial.

⁴⁰³ Esse ponto de consenso, é também dissenso inclusive no campo operativo, na medida em que alguns serviços resistem em trocar experiências sobre a assistência que prestam e em receber usuários/as que foram atendidos/as em outros estados, baseados na desconfiança em relação a forma como a assistência foi prestada e na necessidade de imprimir sua marca naquele atendimento (é muito comum, nesse campo ouvir coisas do tipo: o Drº. fulano tem a técnica x que é melhor que a técnica y, e por aí vai...). Quando algum/a usuário/a consegue romper o cerco e ser admitido/a em determinado programa diferente do qual havia iniciado seu acompanhamento, em geral, precisa reiniciar a assistência, pois seus laudos não são aceitos.

assistência, que até então, só estava garantido nas normativas, precisa ser pensado politicamente e sob perspectivas diversas.

Assim, além da necessidade da criação de estratégias políticas locais para garantir o atendimento digno e qualificado na atenção primária, será necessário pensar qual a melhor forma de fazer isso. Durante a pesquisa de campo foi possível perceber o organização de diferentes formas de atendimento nesse nível hierárquico da assistência, desde a estruturação de ambulatorios especificamente voltados para as pessoas trans, até a disponibilização de uma linha de cuidados exclusiva às pessoas trans dentro das unidades básicas de saúde destinadas à população em geral.

No primeiro caso, constatou-se o aumento progressivo de ambulatorios específicos organizados, em geral por pressão do movimento social com a adesão de universidades, das secretarias de direitos humanos, das secretarias municipais e estaduais de saúde, alguns deles constituídos de maneira precária e isolada, desarticulados da rede de saúde. Outros deles, foram mais bem estruturados e habilitados pelo MS, tendo suas consultas e procedimentos ambulatoriais ressarcidos pelo SUS.

No caso dos ambulatorios específicos, persistem algumas preocupações. A primeira delas diz respeito ao receio de que essas unidades se tornem uma espécie de “gueto assistencial”, embora, se reconheça que elas constituem uma alternativa de atendimento mais respeitosa e acolhedora. Por serem iniciativas que, em geral, contam com a participação do movimento social na sua organização e por terem sido planejadas para esse fim, as equipes que lá trabalham, costumam ter um preparo mais adequado para a situação. Uma outra preocupação em relação a esses ambulatorios específicos está relacionada ao fato de sua desarticulação e isolamento frente à estrutura mais ampla do SUS.

Já no segundo caso, há experiências em que os atendimentos se dão nas unidades da rede de atenção primária dos municípios que organizaram em sua estrutura de saúde algumas unidades que também são pólos de hormonização. Esse é o caso da Prefeitura de SP que, inclusive, criou protocolos de hormonização para toda a sua rede atenção primária e não exige laudo psiquiátrico para iniciar o acompanhamento da pessoa que demanda assistência. Isso se dá porque apesar do processo transexualizador ser um programa centrado no diagnóstico (algo que dificulta a assistência integral), estados e municípios possuem autonomia para criar

protocolos próprios de dispensação de hormônios e para decidirem a forma como cada um vai ofertar o cuidado ambulatorial⁴⁰⁴.

Ainda que se perceba em alguns estados que há iniciativas voltadas à estruturação de alguma forma de assistência, sobretudo ambulatorial, há ainda um longo processo de construção a ser feito, sobretudo porque construir política pública implica em investimento de recursos técnicos, humanos e financeiro, notadamente, numa política com as características que tem a assistência em saúde às pessoas trans.

Em Goiás, recentemente, o Estado se comprometeu, via Plano Estadual de Saúde, a oferecer uma contrapartida financeira estimada em R\$ 10.000,00 às Prefeituras que estruturarem linhas de cuidados às pessoas trans em determinados unidades ou pólos de saúde no Estado. Parece pouco, provavelmente é, no entanto, é uma iniciativa que precisa ser valorizada. Associado a isso, o Estado também tem coordenado e trabalhado em prol da capacitação/formação de recursos humanos nas prefeituras. Há iniciativas de sensibilização e formação de recursos humanos para o atendimento ambulatorial também no RS, em São Paulo, Pernambuco e Rio de Janeiro.

Outra iniciativa importante, que foi percebida em Goiás, São Paulo e Rio de Janeiro, foi a aproximação de algumas universidades, por meio, das faculdades de medicina, focando nas discussões relacionadas à atenção primária e promovendo iniciativas internas para a discussão das diversidades étnicas, sexual e de gênero nas formações dos/as médicos/as, sobretudo o/a médico/a de família.

A Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) tem feito, de maneira recorrente, seminários, discussões e publicações, chamando a atenção para a urgência e a necessidade dos médicos de família estarem preparados para o atendimento às pessoas trans na atenção primária. Inclusive, a entidade mantém em sua estrutura Grupos de Trabalho constituídos de forma permanente com foco nas discussões da diversidade sexual e de gênero (GT de Gênero, Sexualidade, Diversidade e Direitos). Em publicação de janeiro de 2020, a SBMFC postou em sua página oficial um artigo, do qual extraí o seguinte fragmento:

A Política Nacional de Saúde Integral LGBT considera que as pessoas LGBTI tenham acesso aos serviços do SUS, com qualidade e resolução de suas demandas e necessidades. Portanto, todas as categorias profissionais da APS têm responsabilidade no cuidado geral e específico de pessoas trans e podem atuar dentro de sua capacidade técnica. Médicas (os), Enfermeiras(os) e Técnicas(os) de Enfermagem, como membros de uma equipe nuclear de ESF, devem oferecer acesso

⁴⁰⁴ Trata-se, na verdade, de uma relativa autonomia, uma vez que o atendimento de crianças e adolescentes em relação ao bloqueio da puberdade e hormonização, por exemplo, só seria possível em HU's e sob protocolos de pesquisa. Ou seja, apesar de autônomos, estados e municípios não podem fazer tudo, caso quisessem.

e atender às demandas trazidas por cada pessoa. Membros da Equipe de NASF, de Odontologia ou de serviços de referência podem ser acessados em caso de necessidade. Cabe ressaltar que profissionais que trabalham exclusivamente com saúde mental podem colaborar com os cuidados oferecidos pela equipe, caso haja necessidade específica. A identidade trans não é causada por qualquer condição psiquiátrica, mas pessoas trans estão sujeitas a maiores taxas de adoecimentos mentais como resultado de transfobia (SBMFC, 2020).

Parece importante o posicionamento contrário à patologização por essa entidade, dada a sua relevância e o protagonismo na formação dos médicos de família e comunidade, embora os desafios postos à atenção primária sejam bem maiores do que a questão da ausência de qualificação dos/as profissionais para o atendimento às pessoas trans, incluindo aqui as travestis.

Ainda que a qualificação de todos os profissionais de saúde, incluindo o agente comunitário de saúde, passando pelos profissionais da recepção, equipes de enfermagem, médicos, odontólogos, entre outros, seja uma tarefa fundamental, existem outros desafios e enfrentamentos a serem empreendidos, como por exemplo: quais estratégias adotar para garantir que as pessoas trans sejam atendidas de formas desgenderificadas? Isso significa pensar em formas de garantir a assistência ginecológica aos homens trans e o seu acesso a exames como ultrassonografia transvaginal, ao pré-natal, ao rastreamento e prevenção do câncer de colo de útero, entre outros recursos que podem ser demandados por parte dessa população, bem como o rastreamento de câncer de próstata nas mulheres trans⁴⁰⁵ e nas travestis, bem como possibilitar a redução de danos e tratamento relacionado ao uso do silicone industrial, entre outros.

Todas as iniciativas que têm sido vislumbradas em busca da estruturação da assistência às pessoas trans na atenção primária, compreendida como a porta de entrada no SUS, colidem com os desafios impostos pelo movimento da acumulação do capital e seus rebatimentos na forma como o Estado media as tensões entre as necessidades de acumulação e as demandas por maior presença do poder público, no atendimento às necessidades daqueles que produzem coletivamente a riqueza.

O desafio nesse caso é então: como enfrentar o processo do desfinanciamento, sobretudo a partir do contingenciamento dos gastos com as políticas públicas, o denominado “teto dos gastos” imposto pelo governo Temer em 2016, com fins de redirecionar o fundo

⁴⁰⁵ Umas das grandes dificuldades para garantir a assistência de pessoas trans, sobretudo as que retificaram nome e sexo, tem sido a codificação de procedimentos assistenciais atrelados ao sexo biológico, o que dificulta a realização de exames e procedimentos compreendidos como exclusivos para mulher ou para homem com base no sexo de registro. Concretamente um homem trans que retificou aos documentos não poderia fazer o pré-natal, ou um exame de ultrassonografia transvaginal, por exemplo.

público, patrimônio dos/as trabalhadores/as, para o pagamento da dívida pública e acumulação capitalista? Aquela medida acentuou as já severas e conhecidas restrições na oferta dos serviços de saúde, notadamente a partir da revisão da forma de financiamento do SUS e as consequentes alterações na PNAB, instituída também no governo Temer. São desafios muito potentes que a sociedade precisará encontrar formas de respostas, inclusive para que seja possível enfrentar os óbices à oferta de procedimentos cirúrgicos.

Na medida em que a oferta de assistência na atenção primária, mesmo que de maneira precarizada, aumente, aumentará concomitantemente a pressão por realização de cirurgias, o que demandará respostas da alta complexidade. Esse é um outro desafio que precisará ser enfrentado.

Tendo em vista a ausência de coordenação nacional em relação a qualquer política de saúde promovida pelo atual Governo Federal, caberá aos estados mediante pressão política dos movimentos sociais e demais sujeitos implicados com a questão, buscar solução para o baixo número de realização de cirurgias, a diminuta oferta de unidades especializadas na modalidade cirúrgica e as intermináveis filas de espera pelos procedimentos de alta complexidade.

CONCLUSÃO

Ao iniciar esse estudo, eu tinha a expectativa de conseguir olhar para esse programa e reconstituir um panorama histórico que abrangesse toda a sua existência, especialmente dando destaque ao período anterior à sua institucionalização. Eu tinha a convicção de que compreender a forma de organização e os dilemas presentes nessa assistência, exigiria esse olhar para o passado, tendo em vista a preocupação de não apagar a importância e o protagonismo que diversos sujeitos políticos tiveram ao longo dessa trajetória.

A invisibilização dos processos históricos e dos sujeitos que constituem e expressam tais processos, frequentemente tem contribuído para que “roda esteja sempre sendo reinventada” em intermináveis ciclos intervenções, que muitas vezes já aconteceram e foram abandonadas pelo meio do caminho, ou que simplesmente não se sabia de sua existência, favorecendo a repetição de equívocos, dilemas, impasses na elaboração/gestão dessa política de saúde, criando-se novos ou reavivando antigos problemas, em função dos apagamentos e desconhecimento acerca da constituição histórica desse programa.

Assim, intempestivamente algumas ações – mesmo que bem-intencionadas – surgem e se esgotam mediante ao desconhecimento histórico dessa assistência. Tem sido frequente, por exemplo a ideia de que basta criar novos serviços especializados e autônomos, sem resolver a questão da estruturação/articulação da política por meio da gestão governamental, sobretudo, o enfrentamento das longas filas cirúrgicas em todos os serviços existentes. O que se tem visto é que em pouquíssimo tempo, esses novos serviços esgotam sua capacidade assistencial e passam a engrossar as fileiras da precariedade na oferta dos serviços que se propuseram.

Também tem sido frequente a personalização e responsabilização individual dos/as técnicos/as dos serviços pelas dificuldades enfrentadas pelo programa e, também, pelas respostas que serão dadas às pessoas que buscam assistência. Ter feito esse percurso histórico foi importante, inclusive, para que eu enxergasse que os problemas enfrentados na unidade em que trabalho, são a expressão de uma questão maior e que atinge, de uma maneira ou outra, todos os demais serviços.

Eu acredito que consegui atingir os objetivos que me orientaram ao longo da pesquisa, que eram, sobretudo analisar a trajetória histórica dessa política, apontando os limites e possibilidades de sua efetivação como uma das ações do SUS, bem como a análise de sua implantação e condução nos cinco HU's que desenvolvem essa assistência, sobretudo a partir da publicação da Portaria MS n. 2803/13.

Devo confessar que quase me arrependi de ter assumido esse compromisso, notadamente porque se trata de uma história com muitas determinações e possibilidades de análise, com muitos sujeitos e muitas formas de respostas, o que trouxe um nível de complexidade muito grande, expressa inclusive, na extensão final da escrita desse trabalho.

No entanto, penso também que essa 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.

Frequentemente, sou convocada pelo Ministério Público e pela Defensoria Pública para responder a alguns dos nós assistenciais relativos a esse serviço. Nessas ocasiões, sempre é necessário olhar para a trajetória de sua constituição histórica, apontando para os meus interlocutores como esse processo se deu e como foi tecida a teia de determinações que tornaram esse programa o que ele é. Invariavelmente, esses interlocutores se tornam aliados na busca de construção de saídas para esses impasses. Ao chegar a esse momento da escrita, me pergunto: “E daí?” O que eu posso trazer desse estudo para a minha realidade de trabalho e para a minha área de conhecimento?

Acho que posso dizer que, em certo sentido, “advoguei” em causa própria. Essa pesquisa nasceu de necessidades muito concretas que encontrei durante a realização do meu trabalho como assistente social e gestora desse serviço do HUPE/UERJ. Desta forma, ela é, talvez, uma forma de resposta às necessidades assistenciais e às demandas das pessoas trans que atendi e atendo, como também uma necessidade de qualificar a minha formação profissional e a formação das dezenas de estagiárias e residentes de Serviço Social, que passaram e passam pelo programa e mesmo de outras categorias por meio das variadas solicitações de observações *in loco* e de estágio externo, que frequentemente chegam ao 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, da Saúde Coletiva, do Serviço Social, bem como para as discussões em torno das opressões, da interseccionalidade gênero/raça/etnia/classe e do campo dos direitos humanos. 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.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F.L. Reforma política e federalismo. In: BENEVIDES, M. V.; KERCHÉ, F; VANNUCHI, P. (Org.). *Reforma Política e Cidadania*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2003. p. 225-265.

AGUIÃO S.; VIANNA, A.; GUTTERRES A. Limites, Espaços e Estratégias de Participação do Movimento LGBT nas Políticas Governamentais. In: LOPES, J. S.L.; HEREDIA, B. M. A. de (organizadores). *Movimentos sociais e esfera pública: o mundo da participação – burocracias, confrontos, aprendizados inesperados*. Rio de Janeiro: CBAE, 2014.

AGUIAR, Z. N. Antecedentes Históricos do SUS – Breve Histórico da Política de Saúde no Brasil. In: *Antecedentes Históricos do SUS – Breve Histórico da Política de Saúde no Brasil*. São Paulo: 2011.

AIDAR, A. M. *O Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção de Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (CNCD/LGBT): entraves e possibilidades de participação na elaboração e implementação de políticas públicas*. UERJ/REDE SIRIUS/ BIBLIOTECA IESP, 2016.

ALMEIDA, G. S.; SANTOS, M. C. B. *De baixo para cima: questões e perspectivas sobre a expansão do processo transexualizador no Brasil*. 3ª RAS: saúde, movimentos sociais e direitos. No Prelo.

ALMEIDA, G. S.; SANTOS, M. C. B. Intersetorialidade na efetivação do processo transexualizador do SUS: uma indispensável utopia. In: MONNERAT, Giselle Lavinas; ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira de; SOUZA, Rosemary Gonçalves de. (Org.). *A intersectorialidade na agenda das políticas sociais*. Campinas: Papel Social, 2014. v. 1.

ALMEIDA, G. S.de. Repercussões sociais da assistência à saúde do transexual. In: SILVA, Eloísio Alexsandro da (org.). *Transexualidade: princípios de atenção integral à saúde*. São Paulo: Santos, 2012.

ALMEIDA, A. S. *Vidas em espera: uma etnografia sobre a experiência do tempo no processo Transexualizador*. 2018. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Faculdade De Ciências Sociais da Universidade Federal De Goiás, Goiânia, 2018.

ALMEIDA, M. H. T. Federalismo, democracia e governo no Brasil: ideias, hipóteses e evidências. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais (BIB)*, 51:13-34, 2001.

ANAIS DA CONFERÊNCIA NACIONAL DE GAYS, LÉSBICAS, BISEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS – GLBT 2008. Disponível em: <<https://direito.mppr.mp.br/arquivos/File/IConferenciaNacionaldeGaysLesbicasBisexuaisTravestiseTranssexuaisGLBT.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

ARÁN, M.; LIONÇO, T. Mudança de sexo: uma questão de justiça para a saúde. *Série Anis* (Brasília), V.53, p. 1-3, 2008.

ARÁN. M.; Novos direitos e visibilidades para os Homens Trans no Brasil. Disponível em: <<http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/Aran.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

ARÁN. M.; MURTA Daniela; LIONÇO, T. Transexualidade e saúde pública no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 4, p. 1141-1149, 2009.

ARAÚJO, E. M. et al. A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública: possibilidades e limites. *Interface* (Botucatu), v.13, n.31, out./dez. 2009.

ARAÚJO, K. M. de; LETA, J. Os hospitais universitários federais e suas missões institucionais no passado e no presente. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.21, n.4, p.1261-1281, out.-dez. 2014.

ARILHA, M.; LAPA, T. de S., PISANESCHI, Tatiane Crenn. *Transexualidade, travestilidade e direito à saúde*. São Paulo: Oficina Editorial, 2010 (Coleção Democracia, Estado Laico e Direitos Humanos).

ARRETCHE, M. Dossiê agenda de pesquisa em políticas públicas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 7-9, fev. 2003.

AYRES, J. R. de C. M. Georges Canguilhem e a construção do campo da Saúde Coletiva brasileira. *Intelligere*, Revista de história intelectual, v. 2, n. 1, Dossiê “Georges Canguilhem, a história e os historiadores”, 2016.

BAPTISTA, B. J. G. *Os (des)caminhos do Sistema Único de Saúde: reflexões introdutórias sobre as diferentes formas de acesso ao tratamento de saúde na enfermagem de urologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto. Trabalho de Conclusão (Residência em Serviço Social) – Hospital Universitário Pedro Ernesto, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.*

BACK, J. C.; SILVA, L. M. da; PRADO, L.; CYRINO, L. A. R. Despatologização da homossexualidade e transexualidade: revisão integrativa. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social – REFACS* (online); v. 7, n. 3, p. 378-389, 2019.

BARKER, C. O movimento como um todo: ondas e crises. *Revista Outubro*, 2014. Disponível em: <<http://outubrorevista.com.br/o-movimento-como-um-todo-ondas-e-crises-2/>>. Acesso em: 15 jul. de 2020.

BEHRING, E.; BOSCHETTI, I. *Política social: fundamentos e história*. São Paulo: Cortez, 2007.

BEHRING, E. R. *Brasil em Contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos*. São Paulo: Cortez, 2003.

BEHRING, E. R. *Seguridade Social no Brasil: perspectivas e interfaces*. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <<http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-018-082.pdf>>. Acesso em: 7 out. 2020.

BENEVIDES, B.; NOGUEIRA, S. N. B. (Orgs). *Dossiê dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2019*. São Paulo: Expressão Popular, ANTRA, IBTE, 2020.

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

BENTO, B. *Dispositivo da transexualidade*. Entrevista. CLAM/IMS/UERJ. 30/08/2006.

BERBARA, M.; FONSECA, R. Androginia sob o olhar da história da arte. In: SILVA, Eloísio Alexsandro da (org.). *Transexualidade: princípios de atenção integral à saúde*. São Paulo: Santos, 2012.

BIROLI, F.; MIGUEL, L. F. Gênero, raça, classe: opressões cruzadas e convergências na reprodução das desigualdades. Dossiê – Desigualdades e Interseccionalidades – *Mediações*, Londrina, v. 20, n. 2, p. 27-55, jul./dez. 2015.

BITTAR, M. A construção da categoria na perspectiva da análise dialética – uma aula de Octávio Ianni. *Revista HISTEDBR On-line*, Campinas, número especial, p. 417-422, abr2011 – Disponível em: <
https://www.researchgate.net/publication/312875047_A_construcao_da_categoria_na_perspectiva_da_analise_dialetica_-_uma_aula_de_Octavio_Ianni>. Acesso em: 20 set. 2018.

BOITO JR. A. A crise política do neodesenvolvimentismo e a instabilidade da democracia. *Revista Crítica Marxista*, n.42, p.155-162, 2016. Disponível em: <
https://www.ifch.unicamp.br/criticamarxista/arquivos_biblioteca/dossie2017_03_03_10_57_34.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2021.

BORBA, R. *(Des) aprendendo a "ser": trajetórias de socialização e performances narrativas no Processo Transexualizador no Rio de Janeiro*. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada) - Faculdade de Letras, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

BORBA, R. Sobre os obstáculos discursivos para a atenção integral e humanizada à saúde de pessoas transexuais ex. *Salud Soc. (Rio J.)* [online], n.17, p.66-97, 2014.

BORSA, J. C. Considerações sobre o uso do Teste da Casa-Árvore-Pessoa – *HTP Revista Aval. Psicológica*, Porto Alegre v. 9 n. 1 abr. 2010. Disponível em:<
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712010000100017>. Acesso em: 15 fev. 2021.

BOSCHETTI, I.; SALVADOR, E. Orçamento da seguridade social e política econômica: perversa alquimia. *Revista Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, v. 87, p. 25-57, 2006.

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

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

BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE/CNS, 2006. Série Pactos pela Saúde 2006. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/webpacto/index.htm>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

BRASIL, DIRETORIA DE PESQUISA, COORDENAÇÃO DE TRABALHO E RENDIMENTO, PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIO CONTINUA 2012-2019. <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18319-cor-ou-raca.html#:~:text=De%20acordo%20com%20dados%20da,1%25%20como%20amarelos%20ou>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

BRASIL, GM. PORTARIA Nº 399, DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006. Pacto pela Saúde. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 15 fev. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. PROGRAMA BRASIL SEM HOMOFOBIA: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual. Brasília: MS, 2004. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_sem_homofobia.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2021.

BRASIL. CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 15 ago. 2018.

BRASIL. LEI ORGÂNICA DA SAÚDE n.8.080 de 19 de setembro de 1990. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde PORTARIA Nº 807, DE 21 DE MARÇO DE 2017. Disponível em: <https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/20117302/do1-2017-03-22-portaria-n-807-de-21-de-marco-de-2017-20117204>. Acesso em: 15 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. CARTA DOS DIREITOS DOS/AS USUÁRIOS/AS/AS DA SAÚDE . – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em:<http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/AF_Carta_Usuarios_Saude_site.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2.227 14 de outubro de 2004. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2227_14_10_2004.html>. Acesso em: 15 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA N.1.707 DE 18 DE AGOSTO DE 2008. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, DF, 19 ago. 2008. Seção 1, p.43. Institui no âmbito do SUS o processo transexualizador a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. (Revogado). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1707_18_08_2008.html. Acesso em: 15 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA N.2.836 DE 01 DE DEZEMBRO DE 2011. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, DF, 02 dez. 2011. Seção 1 n.231, p.37. Institui, no âmbito do SUS (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html>. Acesso em: 15 fev. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA n.457 de 19 de agosto de 2008. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, DF, 20 ago. 2008. Seção 1, p. 69. Aprova a

regulamentação do processo transexualizador no âmbito do SUS. Disponível em:<
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0457_19_08_2008.html>. Acesso em:
 15 fev. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 1.055, DE 13 DE OUTUBRO DE 2014 – Habilita o HC/UFPE para realização do Componente Atenção Especializada no Processo Transexualizador – modalidades ambulatorial e hospitalar. Disponível em:
 <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt1055_13_10_2014.html>. Acesso em:
 15 fev. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 3.126, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2016. Habilita o Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia – IEDE, no Estado e Município do Rio de Janeiro, para realização do Componente Atenção Especializada no Processo Transexualizador. Disponível em:<
<http://138.68.60.75/images/portarias/dezembro2016/dia29/portaria3126.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. REGIMENTOS INTERNOS E ORGANOGRAMAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE / MS. – Brasília: Editora do MS, 2005. 250 p.: il. – (Série E. Legislação de Saúde) Portaria GM n.º 2123, de 7 out. 2004, aprova os Regimentos Internos do MS. Disponível em:
 <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regimentos_internos_organogramas_ministerio_saude.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. SUS (SUS): INSTRUMENTOS DE GESTÃO EM SAÚDE / MS, Secretaria Executiva. – Brasília: MS, 2002. Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_instrumento.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. TRATAMENTO FORA DO Domicílio (TFD). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Disponível em: <
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/folder_TFD_final.pdf> Acesso em: 10 jun. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 2.837, DE 1º DE DEZEMBRO DE 2011 – Redefine o Comitê Técnico de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Comitê Técnico LGBT). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2837_01_12_2011.html>. Acesso em: 15 fev. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. PLANO PLURIANUAL 2004-2007. Brasília: MP, 2011. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/leis-orcamentarias/ppa/2004-2007/ppa-2004-2007/proposta/anexo1.PDF>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

BRASIL. PLANO NACIONAL DE ENFRENTAMENTO DA EPIDEMIA DE AIDS E DST ENTRE GAYS, OUTROS HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS (HSH) e Travesti, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_enfrentamento_epidemia_aids_hsh.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2021.

BRASIL. PORTARIA N.º 3.027, DE 26 DE NOVEMBRO DE 2007 – Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_estrategica_participasus_2ed.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2021.

BRASIL. PORTARIA Nº 2.803, DE 19 DE NOVEMBRO DE 2013. Redefine e amplia o processo transexualizador no SUS. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html>. Acesso em: 15 fev. 2021.

BRASIL. PORTARIA Nº- 2.101, DE 3 DE NOVEMBRO DE 2005. (Pró-saúde) Disponível em: <http://download.inep.gov.br/download/superior/2005/avaliacao_institucional/portaria_interministerial_2118.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2021.

BRASIL. PR. Casa Civil. LEI N.º 9.608, de 18 de fevereiro de 1998. Lei do voluntariado. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9608.htm#:~:text=1%C2%BA%20Considera%2Dse%20servi%C3%A7o%20volunt%C3%A1rio,ou%20de%20assist%C3%A2ncia%20social%2C%20inclusive – Acessado em: mar. 2020. Acesso em: 15 fev. 2021.

BRAZ, C.; ALMEIDA, A. S.. Espera, Paciência e Resistência – reflexões antropológicas sobre transexualidades, curso da vida e itinerários de acesso à saúde. *Revista antropologia* (São Paulo, Online) , v. 63 n. 2: e170813, USP, 2020. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/ra/article/view/170813>. Acesso em: 15 fev. 2021.

BRAVO, M. I S., MENEZES, J. S. B. A saúde nos governos Lula e Dilma: algumas reflexões. In: *Saúde na atualidade: por um SUS estatal, universal, gratuito e de qualidade*. 1. ed. – Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

BRAVO, M. I. S. *Serviço Social e Reforma Sanitária*: lutas sociais e práticas profissionais. SP: Cortez, 1996;

BRAVO. M. I. S. Política de Saúde no Brasil. IN: *Serviço Social*: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: 2009.

BRAVO. M I. S. Saúde e Serviço Social no Brasil: Da prática liberal à intervenção do Estado. In: *Saúde e Serviço Social no capitalismo*: Fundamentos sócio-históricos. 1. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2013.

BRAVO. M I S; MATOS, M C de. A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. In: *Política Social e Democracia*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Da administração pública burocrática à gerencial. In: Bresser Pereira. *Revista do Serviço Público* – RSP, ano 47, v. 120, n. 1, p. 07-40, 1996. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/rgp.asp>. Acesso em: 17 set. 2017.

BRITO, C. G. S. de. *Diversidade de gênero no trabalho*: trajetórias de inserção e permanência de homens trans no mercado de trabalho. 2019. 233 f. Dissertação (Mestrado em

Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

BRITO, J. Saúde – uma relação com o meio e os modos de vida. REVISTA LABOREAL vol.13 no.1 Porto jul. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-52372017000100012>. Acesso em: 15 fev. 2021.

CABRAL, J. Arquivos da repressão: fontes de informação sobre diversidade sexual e de gênero na ditadura militar. Archeion Online, João Pessoa, v.5, Número Especial, p.103-121, jul. / dez. 2017. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/archeion>. ISSN 2318-6186.>. Acesso em: 15 fev. 2021.

CAMPOS, G. W.S. Modelos Assistenciais e Unidades Básicas de Saúde: Elementos para Debate. In: *Campos GWS. Planejamento sem normas*. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1994. p. 53-60.

CAPONI, S; VERDI, M; BRZOZOWSKI, F S; HELLMANN, F. (org). *Medicalização da Vida: Ética, Saúde Pública e Indústria Farmacêutica*. 1. ed. Palhoça: Editora Unisul; 2010.

CARMO, M. do. *HU's e integração ao SUS – estudo de caso: Hospital das Clínicas da UFMG -1996 a 2004*. 2006. Dissertação. (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006..

CARMO, M.; ANDRADE, E. L. G.; MOTA, J. A.C. HU E Gestão do Sistema de Saúde – Uma Trajetória Positiva de Integração. *REME – Rev. Min. Enf.*;11(4):387-394, out./dez., 2007.

CARVALHO, A. M. P. de; RODRIGUES JÚNIOR, Natan dos Santos; GUERRA, Eliana Costa; MOURA, Luciana Ribeiro. Ciclos Petistas de Ajuste e Suas Contradições: Condições Sócio-Políticas para o Golpe de 2016. *Revista Temáticas*, Campinas, v. 27, n. 53, p. 39-68, fev./jun. 2019. Disponível em: <<https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/11602/6825>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

CARRARA, S. Políticas e direitos sexuais no Brasil contemporâneo. *Revista Bagoas*, Natal, n. 5, p. 131-147, 2010. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/bagoas/article/view/2316>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

CARVALHO, M. “Travesti”, “mulher transexual”, “homem trans” e “não binário”: interseccionalidades de classe e geração na produção de identidades políticas. *Cadernos Pagu* 52, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-83332018000100501&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 15 fev. 2021.

CARVALHO, M.; CARRARA, S. Em direção a um futuro trans? contribuição para a história do movimento de travestis e transexuais no Brasil. *Revista sexualidad, salud i sociedade*, Rio J. [online]. 2013, n.14, p.319-351. ISSN 198. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/sess/n14/a15n14.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

CLEMENTE, S. G. Retificação de Nome Civil de pessoas Transexuais como Condição para o Acesso a Direitos. Trabalho Conclusão de Residência. Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Hospital Universitário Pedro Ernesto Programa de Residência em Serviço Social. 2015.

CHAUÍ, M. *Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas*. Ed. Moderna, 1982.

CHESNAIS, F. *A Mundialização do Capital*, São Paulo, Xamã, 1996.

CISLAGHI, J. F. Hospitais Universitários Federais e Novos Modelos de Gestão: faces da contrarreforma do Estado no Brasil. In Bravo, Maria Inês Souza; Menezes, Juliana Souza Bravo de. *Saúde na atualidade: por um SUS estatal, universal, gratuito e de qualidade* – 1.ed. – Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011. Disponível em: <https://www.adufrj.org.br/wp-content/uploads/2013/03/Revista_cadernos_de_Saude_PAGINA.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2021.

CISLAGHI, J. F. *Hospitais Universitários: presente caótico e futuro incerto*, 2010. Disponível em: <<https://fopspr.files.wordpress.com/2010/08/hospitais-universitarios.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução 1.482/1997. 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. REVOGADA pela Resolução CFM nº 1652/2002. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/1997/1482_1997.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução 1652 de 2002. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, n. 232, 2 dez. 2002. Seção 1, p. 80. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e REVOGA a Resolução CFM nº 1.482/97. Disponível em <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2002/1652>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE COMBATE À DISCRIMINAÇÃO/LGBT. Disponível em: <<https://www.ipea.gov.br/participacao/conselhos/conselho-nacional-de-combate-a-discriminacao-lgbt/145-conselho-nacional-de-combate-a-discriminacao-lgbt/281-conselho-nacional-de-combate-a-discriminacao-lgbt>>. Acesso em: 15 mar. 2020.

COPELLI, G. M. Neopentecostalismo e democracia no Brasil: entre os eleitos de Deus, há espaço para os iguais da democracia? *Revista Jurídica Direito, Sociedade e Justiça*, 2014.

CORREIA, M. V. C. Por que ser contra aos novos modelos de gestão do SUS? In BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. de. *Saúde na atualidade: por um SUS estatal, universal, gratuito e de qualidade* – 1.ed. – Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011. Disponível em: <https://www.adufrj.org.br/wp-content/uploads/2013/03/Revista_cadernos_de_Saude_PAGINA.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2021.

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

COSTA, A. M.; LIONÇO, T. Democracia e Gestão Participativa: uma estratégia para a equidade em saúde? *Saúde e Sociedade*, v.15, n.2, p.47-55, maio-ago. 2006. Disponível em:

<https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-12902006000200006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 15 fev. 2021.

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

CUNHA, V. C. O. *Discurso Neopentecostal na Formação da Identidade Política: um estudo etnográfico das redes sociais online e seus desdobramentos nas eleições municipais de 2016*. In: ANAIS do Congresso da Associação Brasileira de Pesquisadores em Comunicação e Política (VII COMPOLÍTICA), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), 2017.

ESCOREL, S. Contexto: o sistema nacional de saúde. In: *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999, p. 51-65. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/qxhc3/pdf/escorel-9788575413616-05.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

FACCHINI, R.; DANILIAUSKAS, M.; PILON, A. C.. Políticas sexuais e produção de conhecimento no Brasil: situando estudos sobre sexualidade e suas conexões. *Revista de Ciências Sociais*, Fortaleza, v. 44, n. 1, jan/jun, 2013, p. 161-193. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/9115/1/2013_art_rfacchinimdaniliauskasacpilon.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2021.

FERNANDES, F. *A Revolução Burguesa no Brasil*. Ensaio de Interpretação Sociológica. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.

FERNANDES, F. *Capitalismo Dependente e Classes Sociais na América Latina*. Rio de Janeiro: Zahar, 1973.

FERNANDES, F. *Sociedade de Classe e subdesenvolvimento*. Rio de Janeiro: Zahar Ed., 1968.

FERREIRA, G. G. Conservadorismo, fortalecimento da extrema-direita e a agenda da diversidade sexual e de gênero no Brasil contemporâneo. *Lutas Sociais*, São Paulo, v.20 n.36, p.166-178, jan./jun. 2016.

FERREIRA, V.; SACRAMENTO, I. *Movimento LGBT no Brasil: violências, memórias e lutas*. *Reciis* – revista eletrônica comunicação informação inovação e saúde. 2019 abr.-jun.;13. Disponível em: <<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1826>>. Acesso em: 17 maio 2020.

FERTONANI, H. P.; PIRES, D. E. P. de.; BIFF, D.; SCHERER, M.. D. dos A. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Temas Livres. Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1869.pdf>>. Acesso em: 17 maio. 2020.

FONTES, V. *O Brasil e o Capital-imperialismo*. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ; Ed. EPSJV-Fiocruz, 2010.

FOUCAULT, M. *Ordem do Discurso*: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. 15. ed. São Paulo: Loyola, 2007.

FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Editora Graal, 1996.

FREYRE, G. *Casa grande & senzala: formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal*. Edição crítica de Guillermo Giucci, Enrique Larreta, Edson Fonseca. Paris: Allca XX, 2002.

FUNCIA, F. R. SANTOS, L. Do Subfinanciamento ao Desfinanciamento da Saúde: descendo as escadas. *Domingueira* n. 04, Jan. 2019, Disponível em <<http://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-04-janeiro-2019>>. Acesso em: 17 maio 2020.

FUNCIA, F. R.; SANTOS, L. *A Inconstitucionalidade Da EC 95 nos pisos da saúde à luz da matemática*. *Domingueira* Nº 03 – Janeiro 2019. Disponível:

<http://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-03-janeiro-2019#a0>>. Acesso em: 17 maio. 2020.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – FIBGE, 2002.

FURTADO, R. N; CAMILO, J. A. de O. O conceito de biopoder no pensamento de Michel Foucault. Revista Subjetividades, v.16, n.3, Fortaleza, dez. 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-07692016000300003]>. Acesso em: 17 maio 2020.

GEBRATH, Z. L. *O processo transexualizador no HUPE/UERJ nas visões de alguns de seus profissionais: condições de trabalho e possibilidades de ação multiprofissional*. Trabalho de Conclusão de Curso - Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

GIANNA, M C. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Transexualidade e travestilidade na saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília : Ministério da Saúde. 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/transexualidade_travestilidade_saude.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2021.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. – 6. ed. – São Paulo: Atlas, 2008. Disponível em: <<https://ayanrafael.files.wordpress.com/2011/08/gil-a-c-mc3a9todos-e-tc3a9cnicas-de-pesquisa-social.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

GIOVANELLA, L. *Ajuste fiscal e injustiças em saúde* – comentário de Ligia Giovanella ao relatório 'Um ajuste justo', do Banco Mundial. Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz (CEE-Fiocruz), 2017. Disponível em: <<https://cee.fiocruz.br/?q=node/699>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

GOMES, S. M.; SOUSA, L. M. P. de; VASCONCELOS, T. M.; NAGASHIMA, A. M.S.; O SUS fora do armário: concepções de gestores municipais de saúde sobre a população LGBT SUS. *Saúde soc.* [online]. 2018, vol.27, n.4, pp.1120-1133. ISSN 1984-0470. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902018180393>>. Acesso em: 15 fev. 2021

GONZALES, L. Racismo e Sexismo na Cultura. *Revista Ciências Sociais Hoje*, ANPOCS, p. 223-244, 1984.

GOULART DE ANDRADE, F. A. Esculpindo o SUS a golpes de portaria... considerações sobre o processo de formulação das NOBs. *Revista Ciências e Saúde Coletiva*, São Paulo, v.6, n.2, 2001. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/630/63060203.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS – *Complexo Regulador Estadual (CRE)* Você sabe o que é Regulação do Acesso? 22/02/2019. Disponível em: <<http://crego.org.br/noticias/o-que-e-regulacao/>>. Acesso em: 15 mai. 2020.

GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS/SES – Comissão Intergestores Bipartite Ata da 1ª Reunião Ordinária a realizar-se no dia 18 de fevereiro de 2016, às 14:30. Disponível em: <<https://www.saude.mg.gov.br/cib>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO – Secretaria Estadual de Saúde Versão Preliminar – Plano Estadual de Saúde 2012 -2015

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO – Secretaria Estadual de Saúde Versão Preliminar – Plano Estadual de Saúde 2016 -2019. Disponível em: <https://www.conass.org.br/pdf/planos-estaduais-de-saude/PE_PES-2016-2019-FINAL_23_12_2016-1.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2021.

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO/SES/Comissão Intergestores Bipartite/RESOLUÇÃO CIB/PE Nº 2399 DE 09 DE SETEMBRO DE 2013. Aprova a Habilitação do HC/UFPE em Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador – modalidades ambulatorial e hospitalar.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO/SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE – Câmara Técnica – Saúde da População LGBT Memórias Data: 29/05/2012. Disponível em: <<https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NDUzOQ%2C%2C>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO/SES- DELIBERAÇÃO CIB-RJ Nº 3446 DE 16 DE JULHO DE 2015. Pactua o credenciamento e habilitação do Instituto Estadual de Diabetes Endocrinologia – IEDE. Disponível em: <<http://www.cib.rj.gov.br/arquivos-para-baixar/anexos/1842--269/file.html>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. PLANO ESTADUAL DE SAÚDE. 2016-2019. Disponível em: <<http://www.ces.rs.gov.br/conteudo/1066/Plano-Estadual-de-Saude>>. Acesso em: 15 mai. 2020.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. PLANO ESTADUAL DE SAÚDE. 2020-2023. Versão Preliminar – Disponível em <<http://www.ces.rs.gov.br/conteudo/1066/Plano-Estadual-de-Saude>>. Acesso em: 15 mai. 2020.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL/SES – Manual de Regulação Ambulatorial de Consultas Especializadas SISTEMA AGHOS – Disponível em:<<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201702/06144013-manual-de-consultas-regulacao-ambulatorial-versao-2012.pdf>>. Acesso em: 15 mai. 2020.

GRABOIS, V. Gestão do cuidado. In: GONDIM R., GRABOIS V., MENDES JUNIOR W.V., organizadores. *Qualificação dos Gestores do SUS*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2011. p.153-190. Disponível em: <<http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm>>. Acesso em: 15 mai. 2020.

GRANEMANN, S. Fundações Estatais: Projeto de Estado do Capital. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. *Saúde na atualidade: por um SUS estatal, universal, gratuito e de qualidade*. 1.ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011. Disponível em: <<https://www.adufrj.org.br/wp->

content/uploads/2013/03/Revista_cadernos_de_Saude_PAGINA.pdf>. Acesso em: 15 maio 2020

GUIMARÃES, R. A Proposta de Emenda Constitucional 241/2016 e o SUS: impactos na pesquisa e na indústria. *Caderno de Saúde Pública*, v. 32, n. 12, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n12/1678-4464-csp-32-12-e00182816.pdf>>. Acesso em: 15 mai. 2020.

HARAWAY, D.. *Saberes localizados*: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu*, Campinas, SP, n. 5, p. 7–41, 2009. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/1773>>. Acesso em: 19 mar. 2020.

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

HIRATA, H. Gênero, classe e raça. Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. *Tempo Social*, revista de sociologia da USP, v. 26, n. 1, 2014.

HOLANDA, S. B. de. *Raízes do Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

IANNI, O. A Construção de Categoria. *Revista HISTEDBR On-line*, Campinas, número especial, p. 397-416, abr. 2011 – Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/histedbr/article/view/8639917/7480>>. Acesso em: 15 maio 2020.

IANNI, O. Dialética das relações raciais. *Estudos Avançados*, v. 18, n. 50, 2004. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/eav/article/view/9966/11538>>. Acesso em: 15 maio 2020.

IPEA. Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais na Visão de seus Conselheiros – *Relatório de Pesquisa Projeto Conselhos Nacionais*: perfil e atuação dos conselheiros. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA 2012. Disponível em:

<https://ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/relatoriosconselhos/120911_relatorio_cncd.pdf>. Acesso em: 15 maio 2020.

IRINEU, B. 10 Anos do Programa Brasil Sem Homofobia: notas críticas. *Revista Temporalis*, Brasília (DF), ano 14, n. 28, p. 193-220, jul./dez. 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/temporalis/issue/view/514>>. Acesso em: 17 maio 2020.

IRINEU, B. A. *A Política Pública Lgbt no Brasil (2003-2014): Homofobia cordial e homonacionalismo nas tramas da participação social*. 2016. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

IRINEU, B.; MELLO, L.; FROEMMING, C. Políticas Públicas de trabalho, Assistência Social e Previdência social para a População LGBT no Brasil: sobre desejos e realizações. *Revista de Ciências Sociais*, Fortaleza, v. 44, n. 1, jan/jun, 2013, p. 132-160. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/9113>>. Acesso em: 15 maio 2020.

JESUS, J. G. de. Transfobia e crimes de ódio: Assassinatos de pessoas transgênero como genocídio. *Revista História Agora*, 2016. Disponível em: <[https://www.academia.edu/15274929/Transfobia e crimes de %C3%B3dio Assassinatos de pessoas transg%C3%AAnero como genoc%C3%ADdio](https://www.academia.edu/15274929/Transfobia_e_crimes_de_%C3%B3dio_Assassinatos_de_pessoas_transg%C3%AAnero_como_genoc%C3%ADdio)>. Acesso em: 15 maio 2020.

JUNQUEIRA, R. D. “Ideologia de gênero”: a invenção de uma categoria polêmica contra os direitos sexuais. In: RAMOS, Marcelo M.; NICOLI, Pedro A. G.; ALKMIN, Gabriela C. (orgs.). *Gênero, sexualidade e direitos humanos: perspectivas multidisciplinares*. Belo Horizonte: Initia Via, 2017. Disp.: goo.gl/JgyPzN.

KRÜGER, T. R; SILVA, L. M. da; BUNN, M. F.. S.; REIS, Camila Azevedo dos. Planos Estaduais Plurianuais de Saúde e as Organizações Sociais como modelo de gestão dos serviços do SUS. ANAIS DO SEMINÁRIO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL, Trabalho e Política Social, 2017. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/180211>>. Acesso em: 15 maio 2020.

KUROKAWA; SILVA, N. E.; SANCHO, L. G.; FIGUEIREDO, Wagner dos Santos. Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha do cuidado em saúde e

itinerários terapêuticos. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 3, p. 843-851, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000300843&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 15 maio 2020.

KUSCHNIR, R.; LIMA, L. D. de; FARIA, B. T. W. de; MACHADO, C. V.. Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS. In *Qualificação de gestores do SUS*. Organizado por Roberta Gondim de Oliveira, Victor Grabois e Walter Vieira Mendes Júnior. Rio de Janeiro, RJ: EAD/ENSP, 2009. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_484701327.pdf>. Acesso em: 15 maio 2020.

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

LAURELL, A. C. Contradicciones en salud: sobre acumulación y legitimidad en los gobiernos neoliberales y sociales de derecho en América Latina. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 853-871, dec. 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0853.pdf>>. Acesso em: 17 maio 2020.

LEITE, V. J. *Impróprio para menores? Adolescentes e diversidade sexual e de gênero nas políticas públicas brasileiras contemporâneas*. 2014. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

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

LESSA, I. J. *Gestão participativa e participação social: um estudo a partir da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (2003 – 2007)*. Rio de Janeiro: s.n., 2010.

LIONÇO, T. *Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios*; *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 43-63, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312009000100004&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 17 maio 2020.

LOPES, M. C. R.; MATTA, Gustavo C-. SUS, gestão participativa e equidade. In: GUIZARDI, F. L. et al (Org.). *Políticas de participação e saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV; Recife: Editora Universitária UFPE, 2014. p. 305-322. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/13750/2/Pol%C3%ADticas%20de%20Participa%C3%A7%C3%A3o%20e%20Sa%C3%BAde_SUS%2C%20Gestao%20Participativa.pdf>. Acesso em: 17 maio 2020.

LOWENKRON, L.; MORA, C.. A GÊNESE DE UMA CATEGORIA (entrevista com Rogério Junqueira). Instituto de Medicina Social/Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos – IMS/CLAM. Publicada em: 20/12/2017.

LUNA, N. O direito à vida no contexto do aborto e da pesquisa com células-tronco embrionárias: disputas de agentes e valores religiosos em um estado laico. *Religião e Sociedade*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 71-97, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rs/v33n1/a05v33n1.pdf>>. Acesso em: 17 maio 2020.

MACHADO, S. P.; KUCHENBECKER, R.. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n.4, p. 871-877, 2007. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/csc/2007.v12n4/871-877/pt>>. Acesso em: 17 maio 2020.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, P. 18-37, setembro 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0018.pdf>>. Acesso em: 17 mai. 2020.

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

MARIANO, C.M. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. *Revista de Investigações Constitucionais*, Curitiba, v. 4, n. 1, p. 259-281, jan./abr. 2017. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/rinc/article/view/50289>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

MARICATO, Hermínia et al. *Cidades rebeldes: Passe livre e as manifestações que tomaram as ruas do Brasil*. ed. São Paulo: Boitempo: Carta Maior, 2013.

MARTINS, L. M. *As Aparências enganam: divergências entre o Materialismo Histórico-dialético e as abordagens qualitativas de pesquisa*. Disponível em: <https://social.stoa.usp.br/articles/0016/4005/As_aparA_ncias_enganam_-_divergencias_entre_o_mhd_e_as_abordagens_qualitativas.pdf>. Acesso em: 17 maio 2020.

MARTINS, A. *Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde*. *Comunicação, Saúde E Educação*, v.8, n.14, p.21-32, set.2003-fev.2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832004000100003&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 15 fev. 2021.

MATOS, M. C. de. Assessoria e consultoria: reflexões para o Serviço Social. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. *Assessoria, consultoria & Serviço Social*. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2006.

MATTOS, C. L. G. A abordagem etnográfica na investigação científica. In: MATTOS, CLG., and CASTRO, PA., orgs. *Etnografia e educação: conceitos e usos* [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2011. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/8fcfr/pdf/mattos-9788578791902-03.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

MAZZEO, A. C. *Estado e Burguesia no Brasil*. São Paulo: Cortez, 1997.

MELLO, L. et al. Por onde andam as Políticas Públicas para a População LGBT no Brasil. *Revista Sociedade e Estado*, v. 27, n. 2, maio 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-69922012000200005&script=sci_arttext> Acesso em: 15 fev. 2021.

MELLO, L.; PERILO, M.; BRAZ, C. A. de. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista latinoamericana*, n.9, p.7-28, dec. 2011.

MENDES, E. V. *O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Básica à Saúde: O imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família*. Brasília: OPAS; 2001.

MENDES, A. *A saúde no capitalismo financeirizado em crise: o financiamento do SUS em disputa*. Futuros do Brasil – Ideias para Ação. Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz – CEE/Fiocruz, 2017.

MENDES, A.; CARNUT, L.. Capital, Estado, crise e a saúde pública brasileira: golpe e desfinanciamento. *Ser social – Estado, democracia e saúde*, Brasília, v. 22, n. 46, janeiro a junho de 2020. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25260/25136>. Acesso em: 15 fev. 2021.

MERHY, E. E. *Saúde: A reestruturação produtiva na saúde, a produção do cuidado e a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: HUCITEC. 2002.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. *Saúde em debate*, v. 27, n. 65, p. 316-323. Disponível em: https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/territorio/composicao_tecnica_do_trabalho_emerson_merhy_tulio_franco.pdf >Acesso em: 15 fev. 2021.

MONTAÑO, C. *Terceiro setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social*. São Paulo: Cortez, 2002

MORONI, J. A.. O direito a participação no Governo Lula. *Saúde Em Debate*, v. 29, n. 71, p. 284-304. 2006. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/4063/406345256006.pdf>> Acesso em: 15 fev. 2021.

MOURA, C. *Dialética Radical do Brasil Negro*. São Paulo: Ed. Anita, 1994.

MOURA, C. *Particularidades do Racismo Brasileiro*. Fevereiro de 1994 Disponível em: <<https://www.marxists.org/portugues/moura/1994/02/racismo.htm>>. Acesso em: 15 maio 2021.

MOURA, I. B. *Determinantes sociais do processo de saúde e doença: o impacto da transfobia na qualidade de vida de pessoas transexuais*. Trabalho de Conclusão de Curso, Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2019.

MUNIN, P. M. 2018. *Processo Transexualizador: discurso, lutas e memórias – Hospital das Clínicas de São Paulo (1997-2013)*. 2018. 165 f Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Estudos Pós-Graduados em História, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2018.

NERY, J. W. *Viagem Solitária – Memórias de um transexual trinta anos depois*. São Paulo: Editora Leya, 2011.

NETTO, JP. A construção do projeto ético-político contemporâneo. In: *Capacitação em Serviço Social e Política Social*. Módulo 1. Brasília: CEAD/ABEPSS/CFESS, 1999.

NETTO, JP. *Capitalismo monopolista e Serviço Social*. SP: Cortez, 1992

OCKÉ-REIS, C. O. Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 2035-2042, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-2035.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

OLIVEIRA, D. A. de et al. Sobre Humanos e Destituição de Humanidades – da Construção do ódio à diferença na modernidade periférica. In: RAMOS, A. et al. (Orgs.) *Desenvolvimento, formação social brasileira e políticas públicas: subsídios analíticos para o Serviço Social*. Uberlândia: Navegando Publicações, 2019.

OLIVEIRA, J. dos S.A. Gênero e masculinidades: reflexões sobre a saúde do homem a partir da experiência do serviço social na UDA de Urologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto. Trabalho de Conclusão (Residência em Serviço Social) – Hospital Universitário Pedro Ernesto, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

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, n.1, 2020.

Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v29n1/1984-0470-sausoc-29-01-e170961.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

OLIVEIRA, R. F. A contrarreforma do Estado no Brasil: uma análise crítica. *Revista Urutagua*, Maringá, v. 24, p. 132-146, maio/ago. 2011. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/Urutagua/article/view/10698>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

PACCOLA, M. A. B.; ALVES, G. A. P. Neodesenvolvimentismo, neoliberalismo e a correlação de forças nos governos Lula e Dilma. *Plural – Revista De Ciências Sociais*, v. 25, n2, p. 269-281, 2018. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/plural/article/view/153655>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL M.Z, ALMEIDA, F.N, (org). *Epidemiologia e Saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. p. 567-586.

PAIM, J. S. *Saúde, crises, reformas*. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA, 1986.

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

PAIXÃO, M. Desenvolvimento Humano e as Desigualdades Étnicas no Brasil: um retrato de final de século. *Revista Proposta*, . Rio de Janeiro, ano 29, n. 86, set/nov de 2000.

PEPE, V. L. E.; FIGUEIREDO, T. de A.; SIMAS, L.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; VENTURA, M.. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2405-2414, 2010. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/250028865_A_judicializacao_da_saude_e_os_novos_desafios_da_gestao_da_assistencia_farmaceutica/link/53fde1ec0cf2dca80003a2e7/download>. Acesso em: 15 fev. 2021.

PEREIRA, C. B. *O Processo Transexualizador o Hospital Universitário Pedro Ernesto: considerações sobre o papel do Serviço Social no processo de requalificação civil de pessoas*

transexuais. Trabalho de Conclusão (Residência em Serviço Social) - Hospital Universitário Pedro Ernesto, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

PEREIRA JÚNIOR, N. *Política, Planejamento e Gestão em HU's Federais*. 2018. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2018.

PEREIRA, T. D. Movimentos sociais e Serviço Social: uma relação necessária. In: ABRAMIDES, Maria Beatriz; DURIGUETTO, Maria Lúcia(orgs). *Movimentos Urbanos: Lutas e Desafios Contemporâneos*. São Paulo: Cortez, 2014. Disponível: https://www.academia.edu/27342850/MOVIMENTOS_URBANOS_LUTAS_E_DESAFIOS_CONTEMPOR%C3%82NEOS._Colet%C3%A2nea._2014>. Acesso em: 15 fev. 2021.

PINHEIRO, R.; CAMARGO JR., K. R. de. Modelos de atenção à saúde: demanda inventada ou oferta renovada? Algumas considerações sobre modelos de intervenção em saúde. *Revista Physis*, Rio de Janeiro, v..1, n.10, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312000000100005>. Acesso em: 15 fev. 2021.

PINHEIRO, T. F.; COUTO, M. T. Homens, masculinidades e saúde: uma reflexão de gênero na perspectiva histórica. *Cadernos de História da Ciência*, São Paulo, v.4 n.1, jan./jun. 2008. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-76342008000100004&lng=pt>. Acesso em: 15 fev. 2021.

PINTO, T. P; TEIXEIRA, F. do B. et al. Silicone líquido industrial para transformar o corpo: prevalência e fatores associados ao seu uso entre travestis e mulheres transexuais em São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2017.

POLIGNANO, M. V. *História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão*. Cadernos do internato rural – Faculdade de Medicina/UFMG, 2001. Disponível em: <[file:///C:/Users/pc33/Downloads/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-\[16-030112-SES-MT\].pdf](file:///C:/Users/pc33/Downloads/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-[16-030112-SES-MT].pdf)>. Acesso em: 15 set. 2018.

PRADO JÚNIOR, C. *Formação do Brasil Contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora Brasiliense, 1976.

PRESTES, E. T. *O que pode o corpo: A (des)construção do trabalho do Serviço Social junto a homens e mulheres Transexuais no Rio de Janeiro*. 2018. 155 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2018.

PRESTES, E. T. A trajetória do serviço social no atendimento a mulheres e homens Transexuais no Hospital Universitário Pedro Ernesto. Trabalho de Conclusão (Residência em Serviço Social) – Hospital Universitário Pedro Ernesto, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO. “Protocolo para o atendimento de pessoas transexuais e travestis no município de São Paulo”, Secretaria Municipal da Saúde, SMS, PMSP.

QUIJANO, A. *Colonialidade do Poder e Classificação Social*. In: Epistemologias do Sul; org. SANTOS, Boaventura de Sousa; MENESES, Maria Paula. Coimbra: Edições Almedina, 2009.

PREU, R. de O.; BRITO, Carolina F. Patologização da Transexualidade: uma leitura crítica das transformações ocorridas nas três últimas versões do DSM. *Gênero*, Niterói, v.19, n.21. sem.2019.

RAIMONDI, G. A. *Saúde da população “trans”: uma revisão sistemática da produção teórica brasileira*. 2016. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2016.

RAMOS, A. et al. (Orgs.) *Desenvolvimento, formação social brasileira e políticas públicas: subsídios analíticos para o Serviço Social*. Uberlândia: Navegando Publicações, 2019.

RIBEIRO, A. C. P. *Famílias trans-formadas uma análise exploratória das características e necessidades de familiares de usuários/as transexuais do HUPE/UERJ*. Trabalho de Conclusão de Curso (Faculdade de Serviço Social) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

RIBEIRO, D. *O que é lugar de fala?* Belo Horizonte: Letramento, Justificando, 2017.

RICARDO, K. de S. *"Resistente como flor": avanços, resistências e impasses da política de saúde LGBT e do processo transexualizador no Espaço Trans Hospital das Clínicas/UFPE*. 2020. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2020.

RICO, E. M. (Org.). *Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate*. São Paulo: Cortez, 1998.

RIZZOTTO, M. L. F.; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI. *Saúde soc.*, v.25, n.2, p. 263-276, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n2/1984-0470-sausoc-25-02-00263.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2020.

ROCON, P. C; RODRIGUES, A; ZAMBONI, J e PEDRINI, M D. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. v.21, n.8, p.2517-2526, 2016.

ROCON, P. C; SODRE, F and RODRIGUES, A. Regulamentação da vida no processo transexualizador brasileiro: uma análise sobre a política pública. *Ver. Katálisis* [online], v.19, n.2, p.260-269, 2016.

RODRIGUES, J. S. *Processo Transexualizador no SUS: análise do acesso aos serviços entre 2008 e 2017*. 2019. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Brasília, 2019.

ROHDEN, F. A construção da diferença sexual na medicina. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, Sup. 2, p. S201-S212, 2003.

SADER, E.; GENTILI, P.; (Orgs.). *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o estado democrático*. 8. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2008.

SALVADOR, E. O desmonte do financiamento da seguridade social em contexto de ajuste fiscal. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 130, p. 426-446, set./dez. 2017. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/pdf/sssoc/n130/0101-6628-sssoc-130-0426.pdf>>. Acesso em: 07 out. 2020.

SAMPAIO JR, P. de A. Desenvolvimentismo e neodesenvolvimentismo: tragédia e farsa. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 112, p. 672-688, out./dez. 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/sssoc/n112/04.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

SANTOS, A. C., OLIVEIRA JÚNIOR, L. B. Rehuf: uma ferramenta para tomada de decisão e sua aplicação na saúde coletiva. *HU Revista*, Juiz de Fora, v. 42, n. 1, p. 43-51, jan./jun. 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/2397>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

SANTOS, C. M. *Diversidade de Gênero e a Assistência à Saúde: Percepções de funcionários do ambulatório geral do HUPE acerca da diversidade sexual e de gênero*. Trabalho de Conclusão (Residência em Serviço Social) – Hospital Universitário Pedro Ernesto, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

SANTOS, M. C. B; ALMEIDA, G. S; GEBRATH, Zélia. L; PRESTES, Elisa. T. Processo Transexualizador no SUS: um campo político e de práticas em construção. In: UZIEL, A. Paula; GUILHON, F. (org). In: *Transdiversidades: práticas e diálogos em trânsito*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2017.

SANTOS, M. C.B, ALMEIDA, Guilherme. et al. Processo Transexualizador no Rio de Janeiro: considerações introdutórias a partir do olhar do Serviço Social. In: *Transexualidade: um olhar multiprofissional*. Salvador: Edufba, 2014.

SANTOS, M. C.B.; SILVA, C. G. da.; MOURA. I. B.; COMITÊ DE SAÚDE LGBT: Palco de disputas políticas na ampliação de direitos sociais e fortalecimento de sujeitos diversos.; SOARES, D. F. ANAIS SEMINÁRIO ENLAÇANDO SEXUALIDADE. 2017

SANTOS, M. A. *Discriminação institucional no atendimento às pessoas transexuais em uma unidade de atenção especializada no processo transexualizador: significados e desafios cotidianos a partir do olhar do serviço social*. Trabalho de Conclusão (Residência em Serviço

Social) – Hospital Universitário Pedro Ernesto, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

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

SANTOS. S. M. de M. dos. *Diversidade sexual: fonte de opressão e de liberdade no capitalismo*. *Argumentum Debate*, Vitória, v. 9, n. 1, p. 8-20, jan./abr. 2017.

SCHERER-WARREN, I. Redes de Movimentos Sociais na América Latina – caminhos para uma política emancipatória? *Caderno CRH*, Salvador, v. 21, n. 54, p. 505-517, Set./Dez. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-49792008000300007&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 17 maio 2020.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. *Physis: Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>>. Acesso em: 17 maio 2020.

SEIDEL, K. F. Relatório sobre a situação atual do Processo Transexualizador no Rio de Janeiro (IEDE). In: GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE/RJ – COMITÊ DE SAÚDE LGBT. Relatório sobre a situação atual do Processo Transexualizador no Rio de Janeiro, 2019. Mimeo.

SILVA, C. G. da. *Conservadorismo e LGBTfobia: Reflexões para o Serviço Social*. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2019. 206 f. Rio de Janeiro.

SILVA, E. A. da; SILVA, H. A. M. da; DAMIÃO, Ronaldo. “Cirurgia de transgenitalização de masculino para feminino”. In: SILVA, Eloísio Alexsandro da (org.). *Transexualidade: princípios de atenção integral à saúde*. São Paulo: 2012.

SILVA, G. S da. *Dívida pública e política social no governo Lula: fundo público sob o jugo do capital portador de juros*. *Revista SER Social*, Brasília, v. 13, n. 28, p. 81-103, jan./jun. 2011. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12683>. Acesso em: 17 maio 2020.

SILVA, G. S, da. Financeirização do Capital, Fundo Público e Políticas Sociais em Tempos de Crise. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. de. *Saúde na atualidade: por um SUS estatal, universal, gratuito e de qualidade* – 1.ed. – Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011. Disponível em: https://www.adufrj.org.br/wp-content/uploads/2013/03/Revista_cadernos_de_Saude_PAGINA.pdf>. Acesso em: 17 maio 2020.

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

SILVA, H. da C.; COSTA, M. R.; *Processo Transexualizador no SUS do Hospital das Clínicas da UFPE: Entre o “Legal” e o “Real”*. *Sexualidade e Política Revista Brasileira de Políticas Públicas LGBTI*. v. 1, n. 1, jan./jun. 2019.

SILVA, J. E. da. Família e Transexualidade: Desafios cotidianos de pessoas transexuais atendidas no Hospital Universitário Pedro Ernesto. Trabalho de Conclusão (Residência em Serviço Social) – Hospital Universitário Pedro Ernesto, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

SILVA, P. L. B.; COSTA, N. do R. *A avaliação de programas públicos: Reflexões Sobre a Experiência Brasileira*. Brasília: Ipea, 2002 Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=5437>. Acesso em: 17 maio. 2020.

SILVA. M. V. *Diversidade humana, relações sociais de gênero e luta de classes: emancipação para além da cultura*. *Em pauta*, Rio de Janeiro, v. 9, n.28, dez. 2011. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/2933>>. Acesso em: 17 maio 2020.

SILVA. M. V. *Diversidade sexual: fonte de opressão e de liberdade no capitalismo*. *Argumentum*, Vitória, v. 9, n. 1, p. 8-20, jan./abr. 2017.

SILVEIRA, M. T.; MENEZES, K. R. L. A experiência da abordagem da transexualidade na Faculdade de Medicina/ Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Transexualidade e travestilidade na saúde*. Brasília : Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/transexualidade_travestilidade_saude.pdf>. Acesso em: 17 maio 2020.

SILVEIRA, E. M. C. *De tudo fica um pouco: a construção social da identidade do transexual*. 2006. 304 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

SIMPSON, K.; SALES, A. Cartografias Travestis perspectivas metodológicas de guerrilhas nos diálogos com o movimento social organizado. *REBEH: Revista Brasileira de Estudos da Homocultura*, Universidade Federal da Integração da Lusofonia Afro brasileira, UNILAB. vol. 1, n. 1 (2018) .Cuiabá/Mato Grosso: UFMT: ABEH, 2018. Disponível em: <<https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/rebeh/issue/view/551>>. Acesso em: 17 maio 2020.

SIQUEIRA, S. A. V. de.; HOLLANDA, E.; MOTTA, J. I. J.; Políticas de Promoção de Equidade em Saúde para grupos vulneráveis: o papel do Ministério da Saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. v.22, n.5, p.1397-1397, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232017002501397&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 maio 2020.

SOARES, C. B; CAMPOS, C. M.S; YONEKURA, T. “Marxismo como referencial teórico-metodológico em saúde coletiva: implicações para a revisão sistemática e síntese de evidências”. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2013; v. 47, n. 6, p. 1403-9 www.ee.usp.br/reeusp. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n6/0080-6234-reeusp-47-6-01403.pdf>>. Acesso em: 17 maio 2020.

SOARES, A. SANTOS. N. R. Financiamento do SUS nos governos FHC, Lula e Dilma. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n.100 p. 18-25, jan./mar. 2014. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n100/0103-1104-sdeb-38-100-0018.pdf>>. Acesso em: 17 maio 2020.

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

SOUZA, B. M. de. *Reflexões sobre o acesso de homens transexuais a direitos*. Trabalho de Conclusão (Residência em Serviço Social) – Hospital Universitário Pedro Ernesto, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

SOUZA, M. V. V. de. *Do lado de dentro com um pé do lado de fora: um estudo de caso acerca dos/as adolescentes trans a partir dos/as profissionais que realizam atendimento a eles/as*. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro Rio de Janeiro, 2019.

TEIXEIRA, F. B. (Re)encontrando Berenice Bento: uma década de afetações. *Cadernos Pagu*, Campinas, n.. 48, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332016000300601>. Acesso em: 17 maio. 2020.

TEIXEIRA, F. B. *Vidas que desafiam corpos e sonhos: uma etnografia do construir-se outro no gênero e na sexualidade*. 2009. 243 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2009.

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

TEIXEIRA, F.B. Processo Transexualizador no SUS: um campo político e de práticas em construção. In: UZIEL, A. P.; GUILHON, F. (org). *Transdiversidades: práticas e diálogos em trânsito*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2017.

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

TENÓRIO, L. F.P.; VIEIRA, L. L.F.; LIVADIAS, S.. K. Da luta à execução do Processo Transexualizador: experiência no Hospital das Clínicas da UFPE. In: OLIVEIRA, A. D. de; PINTO, C. R. B. (org.). *Transpolíticas Públicas*. Campinas: Papel Social, 2017.

TOBAR, F; YALOUR, M. R. *Como fazer teses em saúde pública: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

TORO, I. F. C. O papel dos hospitais universitários no Sus: avanços e retrocessos. *Serviço Social & Saúde*, Campinas, v. 4, n. 4, p. 1– 156, maio 2005.

TORRES, J. M. do A. O Teste Rorschach na história da avaliação psicológica. *Rev. Nufen, São Paulo*. v. 2, n. .1, jun. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912010000100006>. Acesso em: 17 maio 2020.

TREVISAN, L.; JUNQUEIRA L. P. Saúde pública no Brasil: rede social, pacto de gestão e o Programa Mais Saúde Direito de Todos 2008-2011. *Economia Global e Gestão* [online]. 2010, v..15, n.3, p.43-62. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S087374442010000300004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 maio 2020.

TRINDADE, M. J. *Aspectos históricos do processo transexualizador no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, RJ: Gramma, 2016.

VENTURA, M. *O processo decisório judicial e a assessoria técnica: a argumentação jurídica e médico-sanitária na garantia do direito à assistência terapêutica no SUS*. Tese (Doutorado) - ENSP/FIOCRUZ, RJ, 2012.

VERGILI, G. E.; BRASIL, F. G.; CAPELLA, A. C. N. Institucionalização e descentralização do movimento LGBT no Brasil. *Rev. psicol. polít.*, São Paulo, v.15, n.34, dez. 2015.

Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2015000300008>. Acesso em: 17 mai. 2020.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. de. O Direito à Saúde no Brasil em Tempos de Crise Econômica, Ajuste Fiscal e Reforma Implícita do Estado. *Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas*, v.10 n.3, 2016 ISSN: 1984-1639 1. Disponível em: <<file:///C:/Users/usuario/Desktop/EC%2095%20e%20os%20impactos%20na%20saude%20publica.pdf>>. Acesso em: 17 maio 2020.

MATÉRIAS JORNALÍSTICAS E PUBLICAÇÕES CONSULTADAS E CITADAS

Ambulatório do Núcleo de Assistência Multiprofissional à Pessoa Trans da Unifesp é inaugurado. Disponível em: <<https://www.unifesp.br/noticias-anteriores/item/2689-ambulatorio-do-nucleo-de-assistencia-multiprofissional-a-pessoa-trans-da-unifesp-e-inaugurado>>. Acesso em: 17 maio 2020.

Apenas 7,7% dos municípios fazem ações para população LGBT, diz IBGE. Disponível em: <<http://g1.globo.com/politica/noticia/2015/08/apenas-77-dos-municipios-fazem-acoes-para-populacao-lgbt-diz-ibge.html>>- publicado em 26/08/2015 10h27 – Atualizado em 26/08/2015 10h33>. Acesso em: 17 maio 2020.

BRASIL. Departamento de AIDS troca de nome e passa a se chamar “Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis” Disponível em: <<https://agenciaaids.com.br/noticia/departamento-de-aids-troca-de-nome-e-passa-a-se-chamar-departamento-de-doencas-de-condicoes-cronicas-e-infeccoes-sexualmente-transmissiveis/>>. Acesso em: 17 maio 2020.

Cirurgião plástico Roberto Corrêa Chem, está entre os passageiros do voo AF 447 da companhia Air France. Disponível em: <http://g1.globo.com/>>. Acesso em: 17 mai. 2020.

Consulta Processual Unificada – Resultado da Pesquisa – AÇÃO CIVIL PÚBLICA Nº 2001.71.00.026279-9 (R) acórdão TRF4. Disponível em: https://www.trf4.jus.br/trf4/processos/visualizar_documento_gedpro.php?local=trf4&documento=1838268&hash=a3e1f66fbd7cfb9f211d00cc73ba3912>. Acesso em: 17 maio 2020.

Consulta Processual Unificada. Tribunal Regional Federal da 4ª Região. Apelação Cível Nº 2001.71.00.026279-9/RS Relator: Juiz Federal Roger Raupp Rios. Apelante: Ministério Público Federal. Apelado: União Federal. Advogado: Luís Antônio Alcoba de Freitas. VOTO: “O pedido na Ação Civil Pública e as questões jurídicas envolvidas”. Disponível em: https://www2.trf4.jus.br/trf4/controlador.php?acao=consulta_processual_resultado_pesquisa&txtValor=200171000262799&selOrigem=RS&chkMostrarBaixados=1&todasfases=S&selForma=NU&todaspartes=S&hdnRefId=834205127820ca88645f947960c76650&txtPalavraGerada=XJzB&txtChave=>. Acesso em: 17 maio 2020.

Direito de transexuais à cirurgia de transgenitalização pelo SUS agora é definitivo. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/regiao4/sala-de-imprensa/noticias-r4/direito-de-transexuais-a-cirurgia-de-transgenitalizacao-pelo-sus-agora-e-definitivo>>. Acesso em: 17 mai. 2020.

Diretoria de Políticas LGBT da UFPE. Disponível em: <https://www.ufpe.br/diretoria-lgbt/sobre>>. Acesso em: 17 mai. 2020.

Diário de Pernambuco – Diretoria LGBT da UFPE suspende atividades. LEIA JÁ. Disponível em: <https://www.leiaja.com/carreiras/2019/04/30/diretoria-lgbt-da-ufpe-suspende-atividades/>>. Acesso em: 17 mai. 2020.

Emendas Parlamentares: O que são e como Funcionam? Jornal o estado de Minas – Política – 30/05/2020 10:45 / atualizado em 30/05/2020 11:47. Disponível em: https://www.em.com.br/app/noticia/politica/2020/05/30/interna_politica,1152215/emendas-parlamentares-o-que-sao-e-como-funcionam.shtml>. Acesso em: 17 maio 2020.

Fila para cirurgia de redesignação sexual pode passar de dez anos. CARTA CAPITAL. Nov.2017. Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/diversidade/fila-para-cirurgia-de-redesignacao-sexual-pode-passar-de-dez-anos/>>. Acesso em: 17 mar. 2020.

Guarulhos tem serviço especializado na saúde de transexuais. GuarulhosWeb. 22/12/17. Disponível: <https://guarulhosweb.com.br/noticia/255797#:~:text=O%20local%20%C3%A9%20refer%C3%A2ncia%20para,%3A%20ameprotrans%40gmail.com.>>. Acesso em: 17 mar. 2020.

HC realiza cirurgia de mudança de sexo. Boletim UFMG Nº 1393 – Ano 29 – 24.04.2003. Disponível em: <https://www.ufmg.br/boletim/bol1393/quinta.shtml>>. Acesso em: 17 mar. 2020.

IBGE – EDUCAÇÃO. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18317-educacao.html>>. Acesso em: 17 mar. 2020.

Justiça condena médico por morte de paciente após cirurgia plástica em 2014- g1.globo.com - 12/12/2019 19h33 – Atualizado há 9 meses. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sorocaba-jundiai/noticia/2019/12/12/justica-condena-medico-por-morte-de-paciente-apos-cirurgia-plastica-em-2014.ghtml>>. Acesso em: 17 abr. 2020.

Médico de Itumbiara participa de treinamento no Ambulatório TX do HGG. Publicado: 20 Junho 2018 – Última Atualização: 20 Junho 2018. Disponível em <https://www.saude.go.gov.br/noticias/1539-medico-de-itumbiara-participa-de-treinamento-no-ambulatorio-tx-do-hgg>>. Acesso em: 17 abr. 2020.

“Médico diz que anencéfalos podem ter consciência e pede mais pesquisas”, publicado em 26/08/08. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=94956&caixaBusca=N>>. Acesso em: 17 mar. 2020.

Movimento GLBT decide mudar para LGBT. G1. Gglobo.com, 2008. Disponível em: <http://g1.globo.com/Noticias/Brasil/0,,MUL593295-5598,00-MOVIMENTO+GLBT+DECIDE+MUDAR+PARA+LGBT.html>>. Acesso em: 17 jul. 2020.

SEGATTO, C. *Revista Época*, ed. n. 236 – 21/11/2002. Disponível em: <http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EDG53915-6014,00-NASCE+UMA+MULHER.html>>. Acesso em: 25 nov. 2018.

Núcleo Trans UNIFESP participa da elaboração de protocolo de atendimento à pessoas transexuais e travestis. Disponível em: <https://www.unifesp.br/reitoria/dci/noticias-anteriores-dci/item/4616-nucleo-transunifesp-participa-da-elaboracao-de-protocolo-de-atendimento-a-pessoas-transexuais-e-travestis>>. Acesso em: 17 mar. 2020.

O SUS – FEDERALISMO EM AÇÃO. Disponível em: <<https://blog.inteligov.com.br/sistema-unico-de-saude/>>. Acesso em: 17 mar. 2020.

Paciente do Ambulatório TX do HGG é destaque em rede social. Publicado: 05 Julho 2019. Disponível em: <<http://www.hma.goias.gov.br/noticias/382-paciente-do-ambulatorio-tx-do-hgg-e-destaque-em-rede-social>>. Acesso em: 17 abr. 2020.

Porto Alegre contará com o primeiro ambulatório para atendimento do público LGBTQI+. GZH – 05/08/2019. Disponível em: <https://gauchazh.clicrbs.com.br/porto-alegre/noticia/2019/08/porto-alegre-contara-com-o-primeiro-ambulatorio-para-atendimento-do-publico-lgbtqi-cjyyo8uxn01ui01msp6ydmvb8.html>>. Acesso em: 17 mar. 2020.

Processo transexualizador no SUS: 10 anos de visibilidade na saúde. *Diário de Pernambuco* – 04/08/2018 14:00| Atualizado em: 10/08/2018 19:44. Disponível em: <https://www.diariodepernambuco.com.br/noticia/vidaurbana/2018/08/processo-transexualizador-no-sus-10-anos-de-visibilidade-na-saude.html> >. Acesso em: 17 mar. 2020.

Programação, regulação, controle e avaliação; Sistemas de informação da assistência; Financiamento da Média e Alta Complexidade. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/gestao-do-sus/programacao-regulacao-controle-e-financiamento-da-mac>>. Acesso em: 17 mar. 2020.

Projeto TX, do Hospital das Clínicas da UFG, é referência na área de cirurgias de redesignação sexual. *Jornal da UFG – Corpo e identidade em harmonia*. Em 29/09/16 15:59. Atualizada em 04/10/16 13:19. Disponível em: <<https://jornal.ufg.br/n/91846-corpo-e-identidade-em-harmonia>>. Acesso em: 17 mar. 2020.

PRR-4: transexuais ganham direito à transgenitalização pelo SUS. Publicado em 16 de agosto de 2007 às 10h45. Disponível em: – Acesso em: maio 2020.

Referência em transexualidade, Pedro Ernesto clama por apoio ao serviço. Publicado em *Jornal O Globo* por Stéfano Salles – 08/09/2016 – 04:30 / Atualizado em 09/09/2016 – 13:25. Disponível em: <globo.globo.com/rio/bairros/referencia-em-transexualidade-pedro-ernesto-clama-por-apoio-ao-servico-20065614>. Acesso em: 17 mar.. 2020.

RIBEIRO, D. C. Promotor de polêmica por ELIANE BRUM . Disponível em: <<http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EMI50183-15228,00-DIAULAS+COSTA+RIBEIRO+PROMOTOR+DE+POLEMICA.html>>. Acesso em: 17 mar. 2020.

RIBEIRO, D. C. Transexuais: a reabolição da escravatura e o Ministério Público In <http://www.diaulas.com.br/artigos.asp?id=222&p_ch=>. Acesso em: 17 maio 2020.

ROSSI, Amanda. 'Monstro, prostituta, bichinha': como a Justiça condenou a 1ª cirurgia de mudança de sexo do Brasil e sentenciou médico à prisão. *BBC Brasil* em São Paulo. 28 março 2018. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/geral-43561187>>

São Paulo terá hormonioterapia para transexuais na rede básica de saúde. REDE BRASIL ATUAL – INCLUSÃO. Disponível em: <<https://www.redebrasilatual.com.br/saude-e-ciencia/2015/09/sao-paulo-tera-hormonioterapia-para-transexuais-na-rede-basica-de-saude-327/>>. Acesso em: 17 mar. 2020.

SBMFC – O Atendimento de Pessoas Trans na Atenção Primária à Saúde. Disponível em: <<https://Www.Sbmfc.Org.Br/Noticias/O-Atendimento-De-Pessoas-Trans-Na-Atencao-Primaria-A-Saude/>>. Acesso em: 17 maio 2020.

Segundo pesquisa, 82% das pessoas transexuais assassinadas no país são negras – Disponível em: <<https://www.almapreta.com/editorias/realidade/segundo-pesquisa-82-das-pessoas-transexuais-assassinadas-no-pais-sao-negras>>. Acesso em: 17 mar. 2020.

STF suspende decisão sobre inclusão de cirurgia de mudança de sexo no SUS. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=79721>>. Acesso em: 17 maio 2020.

STF suspende decisão sobre inclusão de cirurgia de mudança de sexo no SUS 12/12/2007 às 16:44, atualizado em 12/12/2007 às 16:44. Disponível em: <https://www.amb.com.br/stf-suspende-decisao-sobre-inclusao-de-cirurgia-de-mudanca-de-sexo-no-sus/>>. Acesso em: 17 mai. 2020.

SUS deve pagar troca de sexo, diz tribunal no Rio Grande do Sul. Folha de São Paulo. COTIDIANO. São Paulo, sexta-feira, 17 de agosto de 2007. Disponível em: <[https://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff1708200720.htm#:~:text=Paulo%20%2D%20SUS%20deve%20pagar%20troca,Sul%20%2D%2017%2F08%2F2007&text=Os%20transexuais%20conseguiram%20na%20Justi%C3%A7a,\(Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde\).&text=Deste%20total%2C%2065%20mudaram%20do,e%2015%20fizeram%20o%20contr%C3%A1rio](https://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff1708200720.htm#:~:text=Paulo%20%2D%20SUS%20deve%20pagar%20troca,Sul%20%2D%2017%2F08%2F2007&text=Os%20transexuais%20conseguiram%20na%20Justi%C3%A7a,(Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde).&text=Deste%20total%2C%2065%20mudaram%20do,e%2015%20fizeram%20o%20contr%C3%A1rio)>. Acesso em: 17 mar. 2020.

TRF4 25 Anos – Decisões históricas: SUS deve custear cirurgia de mudança de sexo. 16/07/2014. Disponível em: – <https://www.trf4.jus.br/trf4/controlador.php?acao=noticia_visualizar&id_noticia=1023>. Acesso em: 17 mar. 2020.

UEA e SUSAM implantam ambulatório para atendimento de transexuais. Amazona Atual 14 de janeiro de 2020. Disponível em: <<https://amazonasatual.com.br/uea-e-susam-implantam-ambulatorio-especializado-em-atendimento-de-transexuais/>>. Acesso em: 17 set. 2017.

Um dos expoentes da delicada operação no Brasil é suspeito de ferir pacientes no Brasil. epoca.globo.com – 04/10/2015 – 10h00 – Atualizado 04/10/2015 10h00. Disponível em: <<https://epoca.globo.com/vida/noticia/2015/10/um-cirurgiao-sob-suspeita-precursor-da-redesignacao-sexual-e-acusado-de-mutilacao.html>>. Acesso em: 17 abr. 2020.