



“Questão Social, Pandemia e Serviço Social: em defesa da vida e de uma educação emancipadora”

Eixo temático: Serviço Social, relações de exploração/opressão e resistências de gênero, feminismos, raça/etnia, sexualidades

DILEMAS DO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL EM TEMPOS ULTRANEOLIBERAIS E CONSERVADOR

GUILHERME SILVA DE ALMEIDA ¹
MARCIA CRISTINA BRASIL SANTOS ²

RESUMO: 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. A pesquisa examina a constituição histórica, entre 2008 e 2018, identificando o papel desempenhado por vários atores sociais no cenário de institucionalização no âmbito do SUS, apresentando dados atuais e tratando da relação entre os serviços de saúde e as instâncias gestoras do SUS, sinalizando a não adesão plena por parte das gestões públicas para a sua implementação.

Palavras-chave: Saúde Trans; Processo Transexualizador; Política de Saúde; Serviços de Saúde; Gestão.

ABSTRACT: 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. The research examines the historical constitution,

1 Professor com formação em Serviço Social. Universidade Federal Do Rio De Janeiro

2 Profissional de Serviço Social. Universidade Do Estado Do Rio De Janeiro

between 2008 and 2018, identifying the role played by various social actors in the institutionalization scenario within the SUS, presenting current data and dealing with the relationship between health services and SUS management bodies, signaling the non-full adherence on the part of public administrations for its implementation.

Keywords: Trans Health; Transsexualizing Process; Health Policy; Health Services; Management.

INTRODUÇÃO

Este trabalho tem por objetivo analisar a trajetória de institucionalização e implementação do Processo Transexualizador do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil ao longo de seus 14 anos de existência. Para tanto, examina-se o processo desta constituição histórica, entre 2008 e 2022, identificando o papel desempenhado por vários atores sociais no cenário de institucionalização no âmbito do SUS, apresentando dados atuais, frente aos tempos ultraneoliberais e ultraconservadores, como de desmonte da própria política de saúde brasileira.

Ao tomarmos a relação entre os serviços de saúde transexualizadores existentes e as instâncias gestoras do SUS, conclui-se, na análise, nos elementos políticos de não adesão plena por parte das gestões públicas para a sua implementação, ou seja, na não cobertura nacional, regional e municipal do referido programa nacional.

CONSIDERAÇÕES ACERCA DO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR NO BRASIL

O marco normativo introdutório mais recente acerca das cirurgias de redesignação sexual no Brasil se deu em 1997³ a partir da Resolução Nº 1.482/1997 do Conselho Federal de Medicina (CFM), que aprovou a realização, em caráter experimental, de cirurgias de “mudanças de sexo” nos hospitais públicos universitários do país. Até aquele momento, a posição do Conselho entendia tais procedimentos como “crime de mutilação”, o que foi

3 Teixeira aponta em sua tese de doutorado que há registros de pronunciamentos do CFM acerca das cirurgias de modificações corporais em pessoas transexuais desde 1975, todas elas apontando para o caráter mutilador do procedimento e se colocando contrário a realização dos mesmos pelos médicos. Ver: Teixeira (2009).

revisto com tal Resolução.

A este respeito Teixeira (2009) aponta que, embora o CFM tenha sido provocado em outras situações a se posicionar sobre a temática da transexualidade, a iniciativa do debate no interior do Conselho – que resultou na autorização a título experimental da cirurgia de transgenitalização – foi atribuída à repercussão que o tema alcançou na mídia em função, sobretudo do “fenômeno Roberta Close” nos anos 80, tendo gerado intensa mobilização da imprensa

Além disso, de acordo com a referida pesquisadora (2009) o parecer que originou a Resolução foi uma iniciativa da diretoria do Conselho Federal de Medicina (CFM), que preocupada com artigos sobre cirurgia de transexualismo publicados na imprensa leiga no contexto da abordagem midiática em torno de Roberta Close, designou uma comissão de conselheiros com a finalidade de organizar um debate sobre o tema transexualismo (TEIXEIRA, 2009).

Essa Portaria foi revogada em 2002, ocasião na qual o CFM publicou a Resolução Nº 1.652/2002 onde se preconizava uma ampliação da assistência em saúde a essa população ao se permitir a realização do procedimento cirúrgicos genitais em mulheres transexuais em hospitais públicos e/ou privados sem a necessidade de estas instituições estarem vinculadas às atividades de pesquisa, além de passar a existir a possibilidade de cirurgias genitais e complementares para os homens “trans”, ainda que limitados ao caráter experimental (TEIXEIRA, 2009).

Posteriormente e mediante pressão, sobretudo de pesquisadores e de segmentos do movimento social de travestis e transexuais, o CFM revogou a Resolução Nº 1.652/2002 e a substituiu pela Resolução CFM Nº 1.955/2010, que retira o termo “procedimento experimental” sobre as cirurgias genitais de homens transexuais e autoriza a realização dos procedimentos sobre gônadas e caracteres sexuais secundários para eles. Teixeira (2009) tem apontado criticamente que essas resoluções do CFM, têm pautado as diretrizes assistenciais (centrado no poder/saber médico) transbordando sua ingerência para dentro do Ministério da Saúde, atingindo, inclusive, a ação de profissionais não médicos (TEIXEIRA, 2009).

É fundamental demarcar que essa política foi se delineando a partir do intenso protagonismo de pesquisadores que também ocupavam o lugar de profissionais em universidades e hospitais universitários e que a partir desse lugar de pesquisadores e técnicos, angariaram forças políticas que foram capazes de ouvir as demandas das lideranças do movimento social e aglutinar em torno dessas demandas, sujeitos políticos

como as universidades, grupos de pesquisas, técnicos da área de saúde, operadores do direito⁴, entre outros.

É impossível tecer considerações acerca desse assunto sem chamar a atenção para a importância histórica da profissional e pesquisadora Marcia Arán, que junto com seu grupo de alunas/pesquisadoras, dentre elas, Daniela Murta e Tatiana Lionço, exerceram protagonismo ímpar na institucionalização da política no Sistema Único de Saúde (SUS).

Ainda que houvesse críticas por parte desses profissionais acerca da forma como a assistência ia se constituindo nos meandros da política, sobretudo envolvendo o Ministério da Saúde e o CFM, o processo transexualizador foi institucionalizado fundamentalmente marcado pelo saber-poder biomédico.

É importante prestar atenção para a conjuntura política mais favorável, inclusive para a mobilização que o movimento (naquela época denominado) LGBT vinha tecendo nas entranhas do então governo Lula, com a criação de canais políticos e ações direcionadas as suas demandas, ainda que de forma fragilizada.

Exemplos desse processo como a constituição do Programa Brasil sem Homofobia, a criação do Comitê Técnico de Saúde LGBT, a realização do *Seminário Nacional de Saúde da População de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais (GLBTT) na Construção do SUS*⁵, a realização das Conferências de LGBT, a publicação, durante a 13ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), da *Carta de Direitos dos Usuários do SUS*, em 2007, com o reconhecimento popular e político de suas demandas a partir da inclusão da orientação sexual e da identidade de gênero na análise dos determinantes sociais em saúde, entre outros, são sinalizadores de que o reconhecimento político dessa população, finalmente, estava na ordem do dia, o que favorecia a criação de instrumentos normativos acerca da incorporação da assistência a transexuais no SUS.

Foi nesse contexto de ebulição política que se destacou a ação do juiz Roger Raupp Rios, do Tribunal Regional Federal (TRF) da 4ª Região (Rio Grande do Sul), argumentando

4 Sem entrar no mérito de analisar a qualidade da ação, chama-se atenção aqui para o fato de que uma das primeiras iniciativas de atendimento de transexuais, antes mesmo da publicação das Portarias do SUS, foi de iniciativa do Judiciário através do Ministério Público do Distrito Federal Brasília por meio da criação da Promotoria de Justiça de Defesa dos Usuários dos Serviços de Saúde (*Pró-Vida*), que possuía o objetivo de autorizar e viabilizar a cirurgia de transgenitalização dos usuários/as que judicializavam essa demanda e passavam por um período de acompanhamento e avaliação pelos técnicos dessa promotoria, sob tutela do Promotor Diaulas Costa Ribeiro. Ver Teixeira (2009).

5 Seminário promovido pelo Ministério da Saúde em 2007, tendo como objetivo reunir as lideranças dos diversos segmentos e aprofundar a discussão sobre a saúde da população LGBT brasileira e que permitiu a vocalização das reais demandas de saúde dessa população, uma vez que a proposição de reorganização dessas demandas e da reafirmação da identidade desse movimento contou com a participação dos(as) próprios(as) usuários(as) (REIS, 2009 apud RAIMONDI, 2016).

que a União, ao não providenciar o serviço de atendimento em saúde aos transexuais por meio do SUS e deixando que o procedimento fosse custeado exclusivamente pelas próprias unidades de saúde (leia-se, hospitais universitários) que prestavam o serviço de acompanhamento, violava gravemente o direito de pessoas transexuais⁶.

Ainda que a decisão do Juiz tenha sido suspensa pela Ministra do Supremo Tribunal Federal (STF), Ellen Gracie, ao afirmar que o papel do judiciário não era decidir sobre alocação de recursos do SUS, esse fato se constituiu politicamente importante para o adensamento das discussões dos movimentos sociais, pesquisadores, universidades, profissionais e gestores da saúde em torno dessa questão (TEIXEIRA, 2009; RAIMONDI, 2016).

Essa nova movimentação no contexto de lutas pelo direito à saúde para a população transexual resultou na publicação das duas primeiras Portarias pelo Ministério da Saúde acerca desse tema. A primeira instituiu o Processo Transexualizador e a segunda definiu as Diretrizes Nacionais regulamentando suas ações no Sistema Único de Saúde (RAIMONDI, 2016).

Assim foi a Portaria SAS/MS Nº 1.707/2016 que determinou que a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS) que adotasse as providências necessárias à plena estruturação e implantação do Processo Transexualizador no SUS, definindo critérios mínimos para o funcionamento, o monitoramento e a avaliação dos serviços ofertados. A Portaria GM/MS Nº 457/2008 regulamentou o Processo Transexualizador no âmbito do SUS definindo as unidades de saúde que seriam credenciadas para a realização dos atendimentos bem como as normas, diretrizes e caracterização dos serviços prestados. A partir dessas portarias, as instituições de saúde que já eram reconhecidas por realizar esse tipo de assistência, passaram a ser remuneradas pela tabela do SUS⁷.

De acordo com pesquisadoras como Arán, Murta, Lionço (2009) e Teixeira (2009), esse elenco de normatizações tem sido um processo profundamente marcado pelo saber e poder do discurso biomédico, onde há uma centralidade no diagnóstico para acesso às cirurgias. Inclusive, Teixeira (2009) ressalta o fato de que as considerações iniciais que introduzem o texto da Portaria GM/MS Nº 1707/2008 do Ministério da Saúde estão pautadas

6 Até 2008 as unidades de saúde que realizavam as cirurgias de redesignação sexual eram os Hospitais Universitários – HU's.

7 Inicialmente as unidades credenciadas foram: Hospital Universitário Pedro Ernesto - UERJ, Hospital de Clínicas de Porto Alegre - UFRGS, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP e Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Goiás - UFG.

na recuperação do conceito clássico de “transexualismo” ao mesmo tempo em que também se vincula às deliberações do CFM através da Resolução Nº. 1.652/2002, portanto, centrada no diagnóstico, no controle médico, na tutela (TEIXEIRA, 2009).

Nesta mesma direção, Murta (2007) também compartilha da preocupação com a adoção do “transexualismo” como uma entidade associada a uma patologia, por entender que, assim compreendido, esse diagnóstico está ancorado em normas fixas e rígidas de gênero e que os critérios utilizados para a enunciação desse “transtorno” reafirmam as normas já estabelecidas, deixando pouco, ou nenhum espaço para que as pessoas transexuais possam falar do desconforto que essas normas causam ou da sua insuficiência para significar a sua vida (MURTA, 2007, apud TEIXEIRA, 2009), fazendo, inclusive, com que muitos desses usuários tentassem se encaixar nas expectativas que deles se esperava, para confirmação do diagnóstico e conseqüente acesso a assistência, por meio de atuações performáticas condizentes com as expectativas construídas pelo poder/saber médico.

Como já sinalizado anteriormente, foram credenciadas as quatro primeiras unidades assistenciais em hospitais universitários na região sudeste, sul e centro-oeste. Tal credenciamento se deu de forma centralizadora, verticalizada e sem o estabelecimento de uma rede de cuidados e fluxo de atendimentos, onde a assistência era fundamentalmente focada nos procedimentos cirúrgicos.

É importante ressaltar que a habilitação das 4 primeiras unidades de saúde para o atendimento do processo transexualizador se deu de maneira direta com o Ministério da Saúde, sem atravessar e envolver os estados com a assistência prestada. Essa forma de habilitação respondia a um entendimento que centrava no aspecto cirúrgico toda a atenção destinada às pessoas trans, sem considerar as inúmeras outras demandas que envolvem o cotidiano de uma pessoa transexual. Essa forma de organização deixou estados e municípios de fora da prestação da assistência e da condução dos fluxos e sobrecarregou as unidades que ofertam a assistência, na medida em que este conjunto de resoluções impôs à estas unidades de saúde a responsabilidade da condução dos procedimentos estabelecidos pelas portarias na prestação desse cuidado.

Houve, como era de se esperar, intensa mobilização de segmentos do movimento social organizado, bem como questionamentos por parte de pesquisadores e profissionais de saúde, sobretudo em torno da patologização da assistência e da ausência de estrutura adequada para o atendimento, uma vez que inexistia linhas de cuidados definidas.

Havia, ainda que com limites, um canal de interlocução estabelecido entre os gestores e técnicos do Ministério da Saúde com os segmentos do movimento social

LGBTIQ+⁸, profissionais de saúde da rede assistencial e pesquisadores em torno dessa discussão, de modo que em menos de quatro anos depois da publicação das primeiras regulamentação do processo transexualizador, começaram a haver reuniões entre o Ministério da saúde e especialistas, pesquisadores, movimentos sociais com a finalidade de rediscutir e ajustar as ações da primeira Portaria, dado as inúmeras dificuldades que pautavam a assistência.

Dentre tais discussões, foi convocado pelo Ministério da Saúde um Seminário para avaliar, discutir e propor mudanças no aparato normativo que sustentava o Processo Transexualizador. Tal seminário ocorreu em julho de 2012 e foi emblemático no sentido de revelar as disputas em torno do entendimento, modelo assistencial e tipo de condução que seria privilegiado na organização dessa assistência no país, pautado por posturas verticais e hierarquizadas, manutenção da centralização do poder médico, ausência de definição orçamentaria e de quais dispositivos seriam utilizados para envolver os estados na regulação, discussão e planejamento da assistência, falta de transparência e diálogos entre os interessados (movimentos sociais LGBTQI+, pesquisadores, gestores de estados e municípios, serviços, entre outros). Cumpre destacar que essa postura do Ministério da Saúde se adequa ao contexto de contrarreforma do estado na saúde e perda do caráter crítico e universal do SUS.

Ainda que esse seminário tivesse sido marcado por polêmicas, sobretudo no que diz respeito a falta de transparência acerca das mudanças na Portaria e ainda que houvesse profundas críticas dos movimentos sociais, pesquisadores, técnicos, especialistas em torno do caráter antidemocrático de condução, o Ministério da Saúde impôs, no ano seguinte, o seu modelo assistencial de assistência à saúde de transexuais (e travestis) por meio da publicação da Portaria GM/MS Nº 2.803/2013, que redefiniu e ampliou as diretrizes, normas e procedimentos voltados para esse público e estendendo a assistência às travestis⁹.

Assim, com a publicação desta Portaria é que haverá a determinação do envolvimento dos estados e municípios na responsabilização de atendimento às necessidades de assistência em saúde de pessoas trans, tendo como referência os

8 A sigla identitária mais 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.

9 A assistência às travestis sequer foi discutida no seminário de maneira mais consistente. Não houve diálogos como se daria a organização desse cuidado, de modo que elas constam como contempladas pela Portaria, mas efetivamente, não houve e não há linhas de atenção à saúde, fora do escopo da AIDS, direcionadas a elas.

princípios e organização do SUS. No entanto, mesmo com a ampliação do atendimento previsto nesta nova Portaria, esta se deu sem nenhum acréscimo no que diz respeito ao financiamento e aos recursos humanos ou materiais para que esses atendimentos ocorressem, uma vez que tais atribuições estariam, fundamentalmente à cargo dos estados e municípios, após pactuação da política na Comissão Intergestora Tripartite (CIT). Porém, muitos estados, sobretudo os que abrigam os serviços pioneiros, não pactuaram a oferta dessa assistência, restando aos hospitais credenciados a incumbência da organização interna para responder as demandas que deveriam, em tese, ser respondidas pela gestão dos estados/municípios.

Com a publicação da Portaria GM/MS Nº 2803/2013, diferentemente da Portaria GM/MS Nº 457/2008, a porta de entrada da assistência passa a ser de incumbência da atenção primária de saúde, para um posterior encaminhamento para os demais níveis de cuidado, respondendo à lógica de organização do SUS. No entanto, isso parece simples, mas não é: houve (e há) resistências por parte das secretarias de saúde dos estados e municípios em assumir essa assistência¹⁰, há dificuldades de compreensão do usuário em modificar rotinas a que já estava habituado, além de receio de ficar longe da unidade de atenção especializada; há medo de exposição de sua condição identitária em unidades de saúde de seu território de moradia, próximo a seus vizinhos e familiares; há resistências por parte dos especialistas das unidades de alta complexidade em perder o controle sobre o “paciente” e sobre o protagonismo no processo do cuidado... Com licença para uma alegoria, temos aqui a famosa troca de pneu com o carro andando numa estrada esburacada e sem visibilidade... Ou seja: busca-se ajustar uma política quando ela já se iniciou e funciona de forma inadequada num contexto de acirramento de contrarreforma do Estado com todas as implicações daí decorrentes.

E é diante desse quadro que às unidades assistenciais ainda são chamadas a responder às atribuições presentes no marco normativo (tanto das Portarias, quanto da Política Nacional de Saúde Integral LGBT e da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS) uma vez que os estados e municípios, em sua grande maioria, permanecem omissos em relação a organização e oferta de atendimentos, onerando de maneira cruel as unidades habilitadas para esse fim.

Após 2013, o Ministério da Saúde passou a contar com um modelo dual de assistência as pessoas transexuais, composto pelas primeiras quatro unidades que

¹⁰ Há aqui desde justificativas financeiras sob o argumento de que não há dinheiro para implementar as ações necessárias até preocupações morais baseadas no receio de perder apoio das bases de sustentação política.

iniciaram os atendimentos anterior a existência do marco regulatório do SUS (por meio da Portaria GM/MS Nº 457/2008) e as unidades que passaram a prestar atendimento após a publicação da Portaria GM/MS Nº 2803/2013¹¹. Ocorre que as unidades pioneiras são as que desenvolvem o maior volume de procedimentos cirúrgicos, uma vez que a maioria dos serviços habilitados pós 2013 são unidades ambulatoriais, com exceção do hospital de clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, que é a única unidade de alta complexidade que oferece cirurgias e atendimento ambulatorial após a publicação da portaria de 2013.

Esse modelo dual acirra as disparidades regionais da assistência as pessoas transexuais no Brasil. As unidades recém habilitadas surgem com algum grau de envolvimento e comprometimento das secretarias estaduais e/ou municipais de saúde na prestação dos cuidados representando melhorias no acesso ao acompanhamento, ao passo que a maioria das unidades pioneiras carecem de maior envolvimento e comprometimento dos seus Estados na organização da assistência, o que representa um nível maior de dificuldades.

Logo após a publicação da Portaria GM/MS Nº 2803/2013 houve um comunicado por parte do Ministério da Saúde que seria dado um prazo para que as unidades pioneiras se adaptassem as normas da nova Portaria, principalmente, para que houvesse a pactuação da política nos estados e fossem estabelecidos os fluxos de atendimento e linhas de cuidado por parte das secretarias estaduais e/ou municipais de saúde. Para tanto, as duas Portarias GM/MS estariam vigentes: a Nº 457/2008 para respaldar as unidades pioneiras e a Nº 2803/2013 (que é mais ampliada no que tange a oferta de serviços) para normatizar os serviços que surgissem a partir de sua publicação.

Passados nove anos, pouca coisa mudou no que diz respeito a condução nacional desse programa nacional. A maioria dos estados continuam sem se comprometer com a oferta desses serviços, com o agravante de que, em 2017, após a mudança no governo

11 A partir de 2013 outras unidades têm sido credenciadas, como por exemplo, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Uberlândia, o Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia – IEDE no Rio de Janeiro, o Centro de Referência e Treinamento de DST/AIDS Santa Cruz - Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, Centro de Pesquisa e Atendimento para Travestis e Transexuais (CPATT) do Centro Regional de Especialidades (CRE) Metropolitano da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná que funciona em Curitiba para atendimentos ambulatoriais e Hospital das Clínicas da Paraíba.

federal com o fim da era Lula-Dilma, foi publicado pelo Ministério da Saúde, sem nenhuma discussão prévia, a Portaria GM/MS Nº 807/2017 que altera a Portaria GM/MS Nº 2803/2013, retirando a obrigatoriedade do Ministério da Saúde regular acesso aos procedimentos cirúrgicos do Processo Transexualizador, na impossibilidade de os estados fazê-lo por ausência ou insuficiência de recursos.

Assim, o artigo 12º da Portaria GM/MS Nº 2803/2013 tinha a redação:

Art. 12. 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 (BRASIL, 2013, s/n).

Contudo, passa a vigorar, a partir de 21 de março de 2017, com a nova redação, substituindo o anterior:

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" (BRASIL, 2017, s/n).

Dessa maneira, o governo federal, por meio do Ministério da Saúde e a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade se desobrigam oficialmente de seu papel regulador, deixando os estados à própria sorte, e sem a possibilidade de contar com uma coordenação nacional, o que pode reforçar as dificuldade de organização e condução da oferta desses serviços nos estados, sobretudo naqueles mais resistentes a esse tipo de assistência, seja por questão moral seja por questão financeira, ou seja em função das duas motivações.

PRECARIEDADES NO CUIDADO DAS PESSOAS TRANSEXUAIS NO SUS

Dado o até aqui exposto, podemos sustentar que Processo Transexualizador é um programa caracterizado por múltiplos e diferentes níveis de fragilidades. Compreender essa caracterização é fundamental para o entendimento dessa política pública com maior amplitude. Como sinalizado anteriormente, podemos identificar uma *fragilidade orçamentária*, uma vez que o programa se institucionalizou sem que se definisse alocação de recursos financeiros para sua materialização.

Em seguida apontamos um outro nível de fragilidade que chamaremos aqui de *fragilidade ideocultural*, caracterizada pelo fato de que a assistência prestada às pessoas trans não é reconhecida e legitimada por grande parte da sociedade. Em geral, as

necessidades de saúde dessas pessoas não mobilizam a solidariedade e empatia dos demais sujeitos sociais, não sendo valorizadas como socialmente necessárias por parte da sociedade, que normalmente entende que há outras prioridades no SUS.

Seguindo esse raciocínio, é possível identificar ainda outro nível de debilidade que é a decorrente da *Reforma Sanitária inconclusa*, trocando em miúdos: as modificações corporais de pessoas transexuais vêm ocorrendo no Brasil desde a década de 1970, sobretudo, em hospitais universitários. Quando estas foram incorporadas ao marco regulatório do SUS, elas já tinham uma trajetória paralela e ao largo do modelo assistencial proposto pela política. Além disso, quando o marco normativo do processo transexualizador começou a ser desenhado, isso se deu em um momento em que o setor saúde já vinha sofrendo os revezes da contrarreforma do Estado. Destaca-se também que além desse programa em sua fase embrionária sofrer os efeitos do desmonte do SUS, ele ainda era atravessado pela lógica assistencial particular dos hospitais universitários, conformando uma teia com muitos nós e entrecruzamentos¹².

Outro nível de fragilidade identificada diz respeito às *instituições que compõem a rede assistencial desse programa*. Como vimos, as ações iniciais voltadas para os atendimentos às demandas cirúrgicas e/ou hormonais de pessoas transexuais foram constituídas antes de se tornarem ações vinculadas ao SUS¹³. Elas existiam em hospitais universitários ou unidades de média complexidade amparadas por resoluções do CFM¹⁴, sem que fossem normatizadas, organizadas e geridas pelo Ministério da Saúde.

Esse fato repercutiu em uma ausência de fluxos e construção de linhas de cuidados para o atendimento das necessidades dessas pessoas, que tinham suas demandas focalmente absorvidas pelas unidades especializadas, que ofertavam a assistência de forma isolada e sem respaldo de rede de referência/contrarreferência e definição de percurso terapêutico desses usuários.

Por outro lado, tais pessoas, ficavam sob tutela/domínio dos profissionais de saúde, sobretudo médicos desses hospitais universitários, que tinham grande autonomia para

12 Chama-se a atenção aqui para o modelo assistencial típico de hospitais universitários, marcado sobremaneira por uma lógica hospitalocêntrica, hierarquizada, fundamentada no saber/poder médico e parametrada pelas diretrizes pesquisa, ensino e extensão. Lógica essa que foi atravessada pelo modelo assistencial do SUS, que se sustentava por outro modelo, sobretudo, discursivo, e que necessariamente, não foi capaz de transformar o *ethos* das instituições que já existiam antes da institucionalização dessa política.

13O Processo Transexualizador, enquanto procedimento médico cirúrgico, se inicia no SUS antes mesmo da implementação da política nacional de saúde integral LGBT e das Portarias que o regulamentam. Este fato é de suma importância no que diz respeito ao caráter que este vai tomar, a partir do momento em que as bases legais surgem.

14 Trata-se aqui da Resolução CFM Nº 1.482/1997, sobre a qual nos deteremos brevemente mais adiante.

decidir e estabelecer os critérios institucionais de atendimento. Além disso, os hospitais universitários possuíam significativa independência tanto em relação a Gestão das políticas de saúde em todas as suas instancias organizativas, quanto em relação as demais unidades da rede assistencial. Esse *modus operandi* de tais unidades de saúde não se submeteu a forma de organização preconizada pelo SUS, situação acrescida com o agravante da contrarreforma da saúde, que já era uma realidade quando o programa, enfim foi constituído em 2008.

O próprio Ministério da Saúde, ao iniciar a assistência as pessoas transexuais, em 2008, já atravessado pela perspectiva contrarreformista, privilegiou um modelo assistencial que passava ao largo da lógica do SUS e não se preocupou com o desenho da política em consonância com a organização assistencial preconizada por esse sistema. Tal fato favoreceu a ausência de rede assistencial, de fluxos, de regulação de acesso tanto dos estados quanto dos municípios, constituindo uma fragilidade intensa no cuidado às necessidades de saúde das pessoas transexuais, realidade que só começou as ser enfrentada em 2013, com a publicação da nova portaria ministerial.

Para além das questões levantadas até aqui, destacamos também como um outro nível de fragilidade, a forma como alguns segmentos do movimento LGBTQI+ vinculado às questões TT's (travestis e transexuais), têm hegemonicamente se relacionado com o SUS. Tem-se a impressão de que tais sujeitos não “compraram” a ideia do SUS como um bem a ser defendido de forma ampliada e o que tem prevalecido é uma concepção liberal dessa política, onde se exigem melhorias e ampliação na oferta da assistência específica, enquanto um serviço a ser consumido em troca dos impostos pagos, mas não se defendem o SUS em sua totalidade e radicalidade.

É possível que o processo de “*onguização*” ocorrido nos anos 1990/2000, onde parte dessas lideranças se relacionaram com o Estado mediados pela busca de financiamento para suas organizações não-governamentais (ONG) que, de forma terceirizada, executavam ações que deveriam ser assumidas organicamente pelo Estado, tenha contribuído para a constituição de uma cultura onde o SUS não seja compreendido como um grande baluarte a ser assegurado e defendido por parte desses movimentos, que, em geral, lutam por ampliação de acesso assistencial, sem lutar por uma radicalização do sistema único de Saúde como um direito para todos.

Além disso, a forma como a assistência às pessoas transexuais foi inicialmente constituída em 2008, sem a organização pela gestão estadual e municipal, das linhas de cuidados e fluxos de atendimentos, fez com que os profissionais da “ponta” e as unidades

assistenciais fossem compreendidos como os únicos responsáveis por aquele cuidado. Dessa maneira, foi se instituindo uma forte personalização da atenção recebida, o que tem feito com que parte dos usuários e do movimento social LGBTQI+ localizem nos operadores da política, a origem de seus problemas e aumente o descrédito e desânimo em relação ao SUS. Nesse processo, o ódio e descrença com a coisa pública, estimulados pela imprensa burguesa e todo o processo contrareformista de desmonte do Estado, tem papel central¹⁵.

Ao aprofundarmos nossa suposição acerca da fragilidade desse programa, tomamos como referência a sua *fragilidade normativa* por esta se concatenar à (im)possibilidade concreta de existência da política. Sustenta-se aqui que o processo transexualizador é um programa extremamente frágil a nível de sua institucionalização normativa por tratar-se de um conjunto de ações que se dá, de maneira quase que isolada, no âmbito do Ministério da Saúde.

Apesar das amplas e diversificadas necessidades que perpassam a realidade de uma pessoa transexual, a ação estatal principal voltada para responder a essas demandas advém do setor saúde e sem comunicação e diálogos intersetoriais, de modo que uma pessoa transexual pode ter um direito assegurado em um aspecto de sua vida e não ter em outro.

A ausência de uma política nacional de identidade de gênero faz com que uma mesma pessoa possa ser reconhecida de forma dispare nos mais diversos percursos que ela precisa trilhar no campo das políticas públicas: ela não será compreendida e reconhecida da mesma forma no âmbito da saúde, da assistência, da previdência, da educação, do sistema prisional, dos órgãos militares, do sistema judiciário, entre outros.

Na ausência de uma política nacional de identidade de gênero, o que sustenta as ações do Processo Transexualizador são meras Portarias do Ministro da Saúde - que após um processo de disputas e concertação internas – que publicou aquilo que *foi possível construir nas condições que foram possíveis naquele momento*¹⁶. Sabe-se que esta problemática se insere em um contexto, no qual o subfinanciamento do setor saúde era uma realidade que se aprofundava. A fragilidade dessa política é tão grande que de 2008 para cá

15 É importante registrar aqui que não se desconsidera, nessa análise, o refluxo dos movimentos sociais de maneira geral, nem a perda de radicalidade e a burocratização do SUS nesse período de desmonte do Estado, mas apontar uma percepção sobre a forma como alguns segmentos do movimento LGBTQI+, tem se relacionado com o SUS.

16 Bravo et al. (2013) discorrem a respeito do SUS possível, ou seja, passou-se a aceitar um sistema de saúde onde os interesses privados foram incorporados ao modelo defendido pelo Movimento de Reforma Sanitária. Diante da crise na saúde, falta de investimento, demora no atendimento, entre outros problemas, parcelas importantes entre os gestores, profissionais e mesmo o movimento social assumem uma postura de se adaptarem à realidade, direcionando a sua prática dentro do que é possível perante a realidade.

houve publicações e revogações e novamente publicações das Portarias regulamentadoras, sem maiores repercussões para fora do setor saúde.

CONCLUSÃO

Como vimos na primeira parte desse texto, em 2008, o Processo Transexualizador foi instituído e regulamentado pelas Portarias do Ministério da Saúde. Em 2013 houve revogação da Portaria GM/MS Nº 457/2008 e a publicação da Portaria GM/MS Nº 859, de 30 de julho de 2013. Essa Portaria durou menos de 24h sendo revogada pela Portaria GM/MS Nº 1579, de 31 de julho de 2013. A Portaria GM/MS Nº 457/2008 voltou a prevalecer, até que em novembro de 2013 foi publicada pelo Ministério da Saúde a Portaria GM/MS Nº 2803, em vigor até hoje em concomitância com a GM/MS Nº 457/2008, que ainda é acionada para algumas ações não contempladas pela Portaria GM/MS Nº 2803/2013, sobretudo as relacionadas as 4 primeiras unidades habilitadas.

Em maio de 2017, a Portaria GM/MS Nº 2803/2013 sofreu algumas alterações por meio da Portaria GM/MS Nº 807/2017 que repercutiram em piora na condução da política, uma vez que desobriga o Ministério da Saúde de acompanhar os processos de habilitação dos serviços nos estados, sob a justificativa de respeito ao pacto federativo. Tais mudanças ocorreram de maneira silenciosa, tomando de surpresa as lideranças dos movimentos sociais LGBTQI+, técnicos dos serviços e pesquisadores.

Nessas idas e vindas, a única vez que a discussão sobre o Processo Transexualizador transbordou os limites do Ministério da Saúde foi por ocasião da publicação e revogação imediata da Portaria GM/MS Nº 859, de 30 de julho de 2013. Suspeita-se que isto se deu porque essa normatização tratava de acompanhamento hormonal para adolescentes a partir de 16 anos. Acredita-se que o pânico moral gerado por essa publicação tenha sido tão intenso que, diferentemente das outras Portarias, tenha provocado discussões envolvendo setores e ministérios que até então nunca haviam se manifestado.

Tais considerações são para demarcar o conjunto de fragilidades que caracteriza essa política: não precisa de muito esforço para publicar e revogar as ações que lhes são pertinentes. Assim, levando em consideração a conjuntura sociopolítica inaugurada após o golpe de 2016 e piorada a partir do (des)governo ultraneoliberal de 2019 até os dias atuais, podemos empreender a certeza de que se muito vale o já feito, com os percalços, apostamos na esperança e no futuro, na resistência para que se efetive de fato a

concretização do direito à saúde das pessoas transexuais no SUS.

REFERÊNCIAS

ARÁN, M.; MURTA, D.; LIONÇO, T. Transexualidade e saúde pública no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1141-1149, 2009.

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

BENTO, B. Carta-desabafo (sobre o Seminário: Processo transexualizador no SUS) Estado Laico, 7 jun. 2012. Disponível em: <<http://estadolaicorj.blogspot.com/2012/06/berenice-bento-carta-desabafo-sobre-o.html>>. Acesso em: 13 dez. 2021.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 807**, de 21 de março de 2017. Altera o art. 12 da Portaria nº. 2.803/GM/MS, de 19 de novembro de 2013, que redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 2.803**, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o processo transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS).

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

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 2º ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. **Lei Federal Nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2018.

BRAVO, M. I. S. et al. Organizações sociais na atenção à saúde: um debate necessário. **Anais da VI Jornada de Políticas Públicas**, São Luís: UFMA, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM. **Resolução CFM Nº 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. Brasília: CFM, 1997.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA- CFM. Resolução CFM Nº 1.652/2002. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e REVOGA a Resolução CFM nº 1.482/1997. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, n. 232, 2 dez. 2002. Seção 1, p. 80.

IRINEU, B. A. 10 anos do programa Brasil sem homofobia: notas críticas. **Temporalis**, Brasília, DF, ano 14, n. 28, p. 193-220, jul./dez. 2014

MELLO, L. *et al.* Por onde andam as políticas públicas para a população LGBT no Brasil. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 27, n. 2, p. 289-312, maio, 2012.

RAIMONDI, G. A. **Saúde da população “trans”**: uma revisão sistemática da produção teórica brasileira. 2016. 157f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2016.

TEIXEIRA, F. do B. **Vidas que desafiam corpos e sonhos**: uma etnografia do construir-se outro no gênero e na sexualidade. 2009. 243f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, 2009.

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

,