



Eixo: Serviço Social, relações de exploração/opressão de gênero, raça/etnia, sexualidades.
Sub-eixo: Sexualidades, identidades de gênero e direitos.

O PROCESSO TRANSEXUALIZADOR NO RIO DE JANEIRO: DILEMAS DE UMA POLÍTICA PERSONIFICADA

ELISA TERUSZKIN PRESTES¹
BEATRIZ JACYRA GOMES BAPTISTA²
ZÉLIA LIMA GEBRATH³
MARCELA VIRGILIO VENDRAMINI DE SOUZA⁴
CAMILA GARCINO DA SILVA⁵

Resumo: Através da inserção do serviço social na equipe do processo transexualizador foi possível desenvolver um estudo acerca da origem da implementação do programa no Rio de Janeiro. A partir daí um fato nos chamou atenção: durante os mais de 10 anos da existência dessa política, os fluxos de seu atendimento sempre estiveram atrelados à vontade/iniciativa de alguns profissionais, sem nenhum envolvimento dos gestores públicos, seja na esfera estadual, seja no âmbito dos municípios. Neste sentido este ensaio se propõe a problematizar a construção de uma política em um cenário de desresponsabilização do Estado desde sua criação o que resulta na personificação dos rumos da política pública na figura dos profissionais envolvidos.

Palavras chaves: Processo Transexualizador; Rio de Janeiro; Política Pública.

Abstract: Through the insertion of the social service into the team of the transexualizador process it was possible to develop a study about the origin of the implementation of the program in Rio de Janeiro. From this point on, attention has been drawn to us: during the more than 10 years of the existence of this policy, the flows of its service have always been linked to the will / initiative of some professionals, without any involvement of public managers, whether at the state level or at within the municipalities. In this sense, this essay proposes to problematize the construction of a policy in a scenario of State responsibility since its creation, which results in the personification of the directions of public policy in the figure of the professionals involved.

Key words: Transsexual Process; Rio de Janeiro; Public policy.

¹ Estudante de Pós-Graduação, Universidade Federal Fluminense, E-mail: elisaprestes.as@gmail.com.

² Profissional de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, E-mail: elisaprestes.as@gmail.com.

³ Estudante de Pós-Graduação, Universidade Federal Fluminense, E-mail: elisaprestes.as@gmail.com.

⁴ Estudante de Pós-Graduação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, E-mail: elisaprestes.as@gmail.com.

⁵ Estudante de Pós-Graduação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, E-mail: elisaprestes.as@gmail.com.

1. INTRODUÇÃO – O PROCESSO TRANSEXUALIZADOR NO SUS

O processo transexualizador foi resultado de um longo processo de lutas e conquistas da população LGBT, se constituindo na atualidade um programa que compõe a política de saúde brasileira, abrangendo procedimentos e condutas de diferentes profissionais para efetivá-lo. O programa, apesar de ter o seu foco na cirurgia de transgenitalização⁶, não se restringe a essa, e cabe ao poder público, em conjunto com as demais políticas públicas intersetoriais, estabelecer um conjunto de ações que deem conta da demanda desta população. Como definido por Bento,

Processo transexualizador: Conjunto de alterações corporais e sociais que possibilitam a passagem do gênero atribuído para o identificado. A cirurgia de transgenitalização não é a única etapa desse processo (BENTO, 2008, p. 185).

Apesar de ser efetivado somente em 2008 pela Portaria 457 do Ministério da Saúde, seu marco legal embrionário se deu com a Resolução nº1482 de 1997 do Conselho Federal de Medicina - CFM, que deu as diretrizes legais para que as cirurgias de transgenitalização fossem realizadas nos Hospitais Universitários em caráter experimental⁷. Após a tomada de conhecimento desta resolução, por parte das pessoas transexuais, estes passaram a procurar o atendimento no SUS, através, principalmente, de ações judiciais,

Deste modo, tais dispositivos legais instituíram o processo transexualizador no SUS e estabeleceram prerrogativas necessárias para o credenciamento das unidades⁸ de saúde que realizariam tais procedimentos. Em consequência de inúmeros embates políticos com o movimento LGBT e os estudos acerca dos limites do modelo estabelecido pela Portaria de 2008, o Ministério da Saúde ampliou e redefiniu as diretrizes do Processo Transexualizador⁹. Atualmente o programa é regulamentado pela Portaria Nº 2803 de 19 de novembro de 2013. É importante esclarecer que a habilitação das 4 primeiras Unidades de

⁶ “Cirurgia de Transgenitalização: (...) é uma das etapas do processo transexualizador. Também conhecida como mudança de sexo, redesignação sexual (SRS), readequação sexual, cirurgia corretiva.” (BENTO, 2008, p. 187).

⁷ Tal normativa foi reformulada em 2002 por meio de outra resolução do CFM, a de nº 1652/2002 que provocou mudanças importantes no marco regulatório do processo transexualizador uma vez que retirou o caráter experimental da cirurgia de construção da *neovagina* em mulheres transexuais. Importa registrar, contudo que essa nova resolução manteve a construção do *neofalo* em homens transexuais ainda em caráter experimental.

⁸ Em 2008 a Portaria 457 credenciou como Centro de Referência para o Processo Transexualizador, quatro unidades de saúde que já realizavam tais procedimentos: Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, de Porto Alegre/RS; o Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro/RJ; o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo/SP; e o Hospital das clínicas da Universidade Federal de Goiás, em Goiana/GO. Todos hospitais de ensino. Mais recentemente, o Ministério da Saúde credenciou o Hospital das Clínicas de Pernambuco. Além da existência de unidades para atendimento ambulatorial.

⁹ Tal redefinição não se deu sem polêmicas e intensos embates entre o Ministério da Saúde, pesquisadores, trabalhadores dos programas de atendimento às pessoas transexuais e movimentos sociais. Cf. entre outros, Bento, B. (carta desabafo sobre o Seminário: Processo transexualizador no SUS) 2012. Ver também: REIS, L. Uma arena de negociações e conflitos: análise das instituições estatais sobre a política de saúde para pessoas trans, 2013.

Saúde para o atendimento do processo transexualizador se deu de forma 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 transexuais, 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 credenciadas.

Este conjunto de resoluções impôs às unidades de saúde credenciadas a responsabilidade da condução dos procedimentos estabelecidos pelas portarias na prestação de assistência no âmbito do processo transexualizador. Somente em 2013 a Portaria 2803 vai determinar o envolvimento dos Estados e municípios na responsabilização de atendimento às necessidades de assistência em saúde de pessoas transexuais tendo como referência a lógica do SUS. A partir desse marco recomenda-se que a porta de entrada da assistência seja pela atenção básica para um posterior encaminhamento para os demais níveis da assistência. 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.¹⁰ E é diante desse quadro que ainda tem cabido às unidades a constituição do aprimoramento técnico e político que responda às atribuições que delas se esperam, 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 a unidade habilitada para esse fim, como é o caso do HUPE, no Rio de Janeiro.

Para além, mesmo com a ampliação do atendimento previsto na nova portaria, este se deu sem nenhum acréscimo no que diz respeito ao financiamento e aos recursos humanos ou materiais para que esses atendimentos ocorram. A última portaria engloba, por exemplo, um maior número de profissionais e categorias profissionais que devem estar envolvidas no atendimento, porém, não há previsão orçamentária para contratação ou elaboração de concursos públicos, que garantam a efetividade desse aporte de demandas, cabendo aos hospitais credenciados a incumbência da organização interna para responder a estas prerrogativas.

Neste sentido, sabemos que todas as unidades credenciadas enfrentam significativas dificuldades na condução da assistência prestada. Mesmo que impere nessa realidade uma junção dos obstáculos impostos pela atual precariedade presente no SUS,

¹⁰BRAVO, Maria Inês Souza. A política de saúde na década de 90: projetos em disputa". **Superando Desafios- Cadernos do Serviço Social do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 4, 1999.

com o forte preconceito institucional envolvendo a transexualidade, em função das concepções morais de parte dos agentes institucionais. Assim, são frequentes os questionamentos acerca da legitimidade da atenção requerida por esses usuários, sob um argumento que hierarquiza as necessidades dos sujeitos que procuram assistência.

No que diz respeito às dificuldades enfrentadas pelas unidades de atendimento no contexto atual do SUS, estas se materializam desde a falta de articulação com as demais políticas intersetoriais (assistência, habitação, previdência, etc.) à ausência ou precariedade no atendimento prestado em função da crise de financiamento público que perpassa o Sistema Único de Saúde¹¹ nesse contexto de acirramento da ofensiva capitalista. Se as políticas intersetoriais estão escassas de uma maneira geral, no caso da diversidade de gênero/orientação sexual, essa dificuldade se acentua, sendo rara a existência de políticas integrais, que contemplem as necessidades específicas de pessoas LGBT's.

Há uma forte ausência dos Municípios e Estados no que diz respeito aos direitos e demandas desta população, o que acaba por sobrecarregar as Unidades de Atenção especializadas por terem de dar conta de questões que vão para além das competências da instituição.

Diante da expectativa de direitos por um lado e a dificuldade de acesso por outro, os usuários demandantes tem frequentemente acionado o sistema judiciário para terem suas requisições asseguradas. Tal medida gera uma série de outros problemas, tanto para as unidades especializadas, quanto para os próprios usuários, sem que haja uma responsabilização dos gestores locais na condução da política nos Estados e Municípios.

O caso do Rio de Janeiro é ilustrativo nesse sentido na medida em que não se percebe, por parte dos gestores Estaduais, uma pactuação com os municípios, no sentido de criar uma linha de cuidado em saúde para esta população. Dessa maneira, não há definição das competências e dos papéis de cada ente na condução desse tipo de assistência, o que significa o não cumprimento da Política Nacional Integral de Saúde LGBT.

Assim, não só esta população fica desassistida, como as unidades de Atenção Especializadas acabam sendo, mais uma vez, responsabilizadas. Neste sentido, o que tem ocorrido é que, os serviços funcionam por um grande empenho de determinados profissionais, que, comprometidos com seu trabalho tentam dar conta de uma demanda que vai para além da sua capacidade profissional ou institucional. Contudo, como veremos a seguir, apesar da base normativa já apresentada, o modo como este atendimento foi implementado no Rio de Janeiro demonstra que desde seu início esteve atrelado a poucos

¹¹ BRAVO, Maria Inês Souza. A política de saúde na década de 90: projetos em disputa". **Superando Desafios- Cadernos do Serviço Social do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 4, 1999.

profissionais e nunca foi visto como uma questão de saúde pelo poder público do âmbito municipal ou estadual.

2. DESENVOLVIMENTO – O PROCESSO TRANSEXUALIZADOR NO RIO DE JANEIRO

O 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, como veremos a seguir.

A primeira instituição a oferecer assistência endocrinológica, psiquiátrica e psicológica a pessoas transexuais no Rio de Janeiro, foi o Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione (IEDE). Segundo pesquisa realizada por TENENBLAT (2014) com profissionais e usuários desta instituição, os primeiros atendimentos ocorriam em parceria com o Instituto Médico Legal (IML). Os usuários davam entrada no seu processo de retificação de nome civil e sexo em sua documentação junto ao IML e eram encaminhados ao IEDE para serem avaliados quanto a sua “verdadeira identidade”. Logo, presumimos que, de início, o atendimento do IEDE era voltado para a elaboração de laudos sobre a veracidade da condição transexual da pessoa.

Estes primeiros atendimentos datam da década de 70 onde, para além do contexto político da ditadura militar, o termo transexual não era muito conhecido pelos profissionais de saúde e, aqueles que já tinham ouvido falar, o conheciam através da doença, o *transexualismo*, tendo por referência somente a literatura estrangeira. Outro dado importante deste período é que o CFM proibia a realização de hormonioterapia e a realização de cirurgias de “mudança de sexo”¹², o que tornou o trabalho dos profissionais do IEDE ousado, no sentido de trabalharem sem nenhum respaldo legal de seus conselhos e sem nenhum conhecimento prévio. Porém, como já sinalizado, este trabalho era realizado sob uma ótica patologizante de diagnosticar os “verdadeiros transexuais” (TENENBLAT:2014).

Apesar da ousadia em acolher a demanda desta população, a organização do atendimento, segundo profissionais entrevistados, se deu pela vontade do professor José Sherman¹³ em estudar tal temática. Este interesse marca o início do atendimento personificado no professor e em seu estudo com a ajuda de outros profissionais. Não era um serviço visto como necessário, como uma política municipal, estadual ou até mesmo

¹² O cirurgião Plástico Roberto Farina foi um dos cirurgiões pioneiros na realização de cirurgias de redesignação sexual em mulheres transexuais. Iniciou as operações mesmo antes da regulamentação do CFM, sendo processado e condenado por lesão corporal grave. Mais tarde, quando o processo cirúrgico foi regularizado pelo conselho em 1996, o médico teve seu registro de volta. Ver: TEIXEIRA e LEITE JR, 2011.

¹³ Renomado endocrinologista da instituição.

institucional. Assim, baseado em direcionamentos da literatura psiquiátrica estrangeira acerca do *transexualismo*, homens e mulheres transexuais iniciam seu acompanhamento com psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais e endocrinologista a fim de receberem um laudo quanto à veracidade de sua condição transexual (TENENBLAT, 2014). Trabalhamos com a ideia de que, ao atender esta população é impresso uma visão sobre estes corpos, e neste caso, há, mais uma vez, a afirmação de corpos doentes por não corresponderem ao padrão binário (Homem/Mulher). Esta visão demonstra, para além dos corpos, uma visão de mundo e de política de saúde, uma vez que, não há a preocupação, por estes profissionais, em institucionalizar ou regulamentar este atendimento.

Parto do Princípio de que as diversas formas de compreender o papel do Estado e os conteúdos das políticas sociais e de que as importâncias dadas as categorias analíticas diferentes são constituintes do debate sobre política de saúde e transexualidade. As decisões e as ações de profissionais ligados ao tema – direta ou indiretamente – são condicionadas por suas respectivas concepções sobre como deve ser o mundo: como devem ser as políticas, como devem ser estruturados os serviços, como devem agir os profissionais, o que é a transexualidade, o que é o transexualismo, como o corpo deve ser percebido (REIS, 2013, p.52).

Não podemos esquecer que estamos falando em um período onde o SUS ainda não existia em seu sentido legal, portanto, este atendimento, segundo relato dos usuários, era de alto custo e oneroso tanto no que diz respeito à realização de exames quanto ao acesso a hormonioterapia (Tenenblat, 2014, p. 93). Tal fato fez com que, apenas ao final dos anos 90, já com a implementação do SUS e a resolução do CFM¹⁴, o Instituto crie um ambulatório específico para esta população. Portanto, da década de 70 até os anos 90, o atendimento permaneceu restrito, sem dispensação de hormônios e visto como um trabalho de alguns profissionais e não como política pública.

Na entrada dos anos 2000 a equipe de profissionais desta instituição já com um acúmulo teórico-prático sobre a temática, aos poucos, começou a modificar o viés de seu atendimento. Este era, agora, voltado para a saúde integral do indivíduo e não mais, somente, para a “veracidade de sua condição transexual”. Com um número grande de usuários e o fornecimento de hormônio pela própria instituição, esta se torna referência de hormonioterapia em pessoas transexuais. Aos poucos, o atendimento vai crescendo e a instituição começa a ter dificuldades de dar conta da demanda existente, que lá chegava.

¹⁴ Em setembro de 1997, o Conselho Federal de Medicina - CFM, através da Resolução 1482/97, aprovou a realização de cirurgias de transgenitalização nos hospitais públicos universitários do Brasil, a título experimental, subordinando as intervenções, também, às normas e diretrizes éticas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º 196/1996, sobre pesquisas em seres humanos. Mais tarde, em 2002 o CFM reformulou a Resolução CFM n.º 1482/97, e aprovou a Resolução CFM n.º 1652/2002, atualmente vigente, que ampliou as possibilidades de acesso aos procedimentos de transexualização, retirando o caráter experimental da cirurgia do tipo neocolpovulvoplastia, e mantendo o da cirurgia do tipo neofaloplastia. Esta ampliação tornou possível o atendimento das transexuais femininas em qualquer instituição de saúde, pública ou privada. (ARÁN et al., 2008).

Sobre isso podemos elencar algumas suposições. A primeira seria referente aos recursos humanos, uma vez que a instituição contava com um número restrito de profissionais, que prestavam serviço a esta população. A segunda suposição, estaria relacionada à limitação de serviços oferecidos, uma vez que a instituição não realizava nenhum tipo de cirurgia, o que muitas vezes limitava o tratamento de alguns pacientes, como por exemplo, aqueles que necessitavam de alguma intervenção cirúrgica (TENENBLAT, 2014).

Contudo, com o passar dos anos esse atendimento foi sendo modificado e ampliado¹⁵. Hoje o IEDE já é uma unidade de saúde credenciada ao Ministério da Saúde como uma unidade de referência para o processo transexualizador, no que diz respeito ao atendimento ambulatorial, incluindo a hormonioterapia. Tal habilitação se deu no início de 2016 e 2017 no que diz respeito a habilitação via Comissão Intergestores Bipartite¹⁶. Além disso, o IEDE conta com uma equipe de profissionais capacitados e um ambulatório específico para este acompanhamento¹⁷, há de se destacar que a instituição ainda não oferece nenhum tipo de procedimento cirúrgico e muitos profissionais, a nosso ver, ainda trabalham na lógica da transexualidade como doença do campo psíquico. (Melhor tirar a informação de vagas disponibilizadas por que isso muda muito)

Outra instituição que oferecia atendimento às pessoas transexuais era o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HUCFF/UFRJ). Ali foram realizadas as primeiras cirurgias de transgenitalização do Rio de Janeiro.

Segundo Tenenblat (2014), a primeira cirurgia foi realizada a partir da procura espontânea de uma usuária que, ao saber que o CFM autorizava a realização da cirurgia de transgenitalização, se dirigiu ao serviço de endocrinologia da Unidade. A partir deste primeiro atendimento, acolhido pela equipe, novas demandas foram chegando e, este movimento resultou no “programa Interdisciplinar de Assistência a Pacientes Transexuais e

¹⁵ É importante destacar que ao longo desse processo foram conduzidas tentativas de aproximação entre o IEDE e o HUPE com vistas a parceria entre as duas instituições para uma maior resolutividade no atendimento aos usuários. Nesse sentido, o HUPE absorveria os pacientes atendidos no ambulatório do IEDE e realizaria o procedimento cirúrgico. A partir dessa parceria muitos usuários chegaram ao HUPE com intuito de serem submetidos a cirurgia, mas com a entrada de usuários do próprio ambulatório do HUPE houve um acréscimo significativo de candidatos à cirurgia mediante uma equipe restrita bem como a acentuada falta de estrutura material. Esse fato só demonstra o quanto que as instituições de “ponta” acabam por tentar estabelecer redes e fluxos para responder a ausência do gestor da política neste campo.

¹⁶ A Comissão Intergestores Bipartite, CIB, é o fórum de negociação entre o Estado e os Municípios na implantação e operacionalização do Sistema Único de Saúde, SUS. Formadas paritariamente por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e do órgão de representação estadual dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), tais comissões se configuram no âmbito estadual, como a instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS tendo, como eixo principal, a prática do planejamento integrado entre as instâncias municipais e estadual de governo. Ver: <http://www.cib.rj.gov.br/conheca-a-cib-rj/2374-historico.html>.

¹⁷ O ambulatório de hormonioterapia para pessoas transexuais recebe o nome de ambulatório de Disforia de Gênero (nomenclatura médica que referência a transexualidade como doença) e possui uma equipe multiprofissional com: Psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, endocrinologistas. fonte: <<http://www.iede.rj.gov.br/>>. Acessado em 26 de Novembro de 2015.

Cirurgia de Transgenitalização do HUCFF” (TENENBLAT, 2014, p.100). Este movimento data o ano de 1997. Sendo a primeira cirurgia realizada nos anos 2000, somente após esta usuária passar dois anos por acompanhamento psiquiátrico.

É importante destacar que este programa não era regulamentado como uma política pública e não era pactuado em nenhuma esfera do governo. Nem mesmo com a direção do próprio hospital, ou seja, era um programa desenvolvido somente por alguns profissionais que, sensíveis à demanda, se organizaram para atendê-la. Contudo, não podemos deixar de esclarecer que, este atendimento não se deu de forma unanime dentro da mesma unidade, como bem apontado pela autora,

Alguns profissionais designados a integrar a equipe multidisciplinar eram discriminados por colegas por atender a população transexual, bem como se sentiam bastantes desconfortáveis ao atuar em cirurgias que consideravam verdadeiras “mutilações” de órgãos genitais fisiologicamente saudáveis (TENENBLAT, 2004, p. 106).

O programa no HUCFF funcionou de 1997 a 2008, quando foi encerrado por inúmeros motivos. Para além da transfobia¹⁸ sofrida pelos usuários e profissionais envolvidos nas instalações da unidade, por não ser um programa institucionalizado, no sentido que não havia apoio da direção, este se tornou insustentável frente à demanda apresentada, pois a equipe não possuía estrutura física e material. Então, em 2008 as cirurgias cessaram e aos poucos o atendimento foi acabando, o que fez com que muitos usuários migrassem, por conta própria para outra unidade que suprisse sua demanda. Destacamos que o fim do programa neste hospital, assim como a continuidade de atendimento aos usuários, foi feito sem nenhum planejamento e comprometimento institucional, no que diz respeito ao processo de cuidado de saúde.

A terceira instituição a oferecer assistência específica de pessoas transexuais, foi o Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (HUPE/UERJ). No que se refere mais especificamente ao início do atendimento às pessoas transexuais, destacamos que este se deu de forma muito diferente do IEDE e do HUCFF/UFRJ. A primeira cirurgia de transgenitalização realizada na unidade data o ano de 2003 e ocorreu por conta de uma demanda do poder judiciário. Diferente do outro hospital, no HUPE havia médicos com experiência no tema, um cirurgião Urologista especializado em Urologia Reconstructora e um psiquiatra com experiência no campo da transexualidade (TENENBLAT, 2014). Apesar da familiaridade com a cirurgia, em função de sua experiência

¹⁸ Usa-se a palavra transfobia para o preconceito por identidade de gênero. Assim como a Homofobia (preconceito em relação a identidade sexual) ou a Lesbofobia (preconceito dirigido a lésbicas), esta discriminação pode ser através de: injúria (palavras ofensivas); recusa ou diferença de atendimento em serviços públicos ou privados; recusa de emprego; assédio moral, Bullying; violência física em vários graus, até o assassinato; entre outros. Fonte: <<http://www.rcdh.es.gov.br/pagina/homofobia-lesbofobia-e-transfobia>>. Acessado em 10 de Novembro de 2015.

prévia com reconstrução genital de crianças com genitália ambígua¹⁹. Contudo, mesmo sem nunca ter feito cirurgia em uma mulher transexual, baseado em sua especialidade técnica de reconstrução genital em crianças, junto à consultoria de Walter Koff, professor do Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) que já fazia essas cirurgias, o médico cirurgião realizou tal procedimento (ALMEIDA e SANTOS, 2014, p.212).

Portanto, o trabalho inicial no HUPE, mesmo que não institucionalizado, conta com profissionais que já tinham proximidade com a temática, diferentemente das outras instituições. Este fato repercutiu entre as pessoas transexuais e resultou em novos usuários e demandas por esta especificidade de atendimento.

Como ainda não se tratava de uma política pública regulamentada e, por isso, não contar com diretrizes 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 Hospital. Deste modo, se constituiu o início do que viria a ser o acompanhamento do processo transexualizador, oferecido no ambulatório de urologia reconstrutora²⁰.

Para Silva (2012), um dos chefes da equipe de Urologia, as primeiras ações a serem feitas, era a construção de uma equipe multiprofissional para lidar com as diferentes demandas apresentadas por esta população. Neste processo ele relata a recusa de muitos profissionais de diferentes especialidades médicas, em atender esta população. Em relação a isso, destacamos que o cenário atual não é diferente. Apesar da existência de uma política regulamentada, até hoje a Unidade enfrenta resistências de algumas especialidades médicas em se envolver com o processo e com o atendimento a pessoas transexuais e travestis.

De acordo com o relato dos profissionais envolvidos na presente pesquisa, o Serviço Social foi convidado a acompanhar estes usuários que operavam no hospital na perspectiva de um trabalho interdisciplinar. Porém, na prática, este era demarcado por uma segmentação cartesiana de profissões, onde cada um atuava somente em sua área, o que não caracterizava de fato um trabalho interdisciplinar²¹.

¹⁹Crianças que nascem com ambas as genitais, vagina e pênis ou características de ambas genitais, sendo necessária a realização da cirurgia para a adequação de uma ou outra.

²⁰ Este ambulatório não era e ainda não é destinado somente ao acompanhamento de pessoa transexuais e as cirurgias de Transgenitalização, nele são atendidos homens com questões referentes a reconstrução genital, como por exemplo: homens com problemas de ereção, ou que tiveram seus pênis amputados, entre outros.

²¹ Entende-se por interdisciplinaridade o trabalho onde ocorre, entre os integrantes da equipe, reciprocidade, relações profissionais e de poder, tendentes à horizontalidade e com perspectivas de estratégias comuns para a ação. "Sistema de dois níveis e de objetivos múltiplos: coordenação procedendo do nível superior, tendência a horizontalização das relações de poder" (VASCONCELOS, 1996, p.140, in: NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. A importância da equipe interdisciplinar no tratamento de qualidade na área da saúde. **Revista Katálysis**, n. 3, p. 40-48, 1998).

Além do trabalho individualizado dentro da equipe, este era marcado, em seu início, assim como no HUCFF, segundo relato de nossos entrevistados, pela lógica patologizante do atendimento. Isto é, o atendimento era voltado como processo de tratamento para pessoas que sofriam de “transtornos mentais” e necessitavam de acompanhamento de saúde. Esta lógica parece perdurar até os dias atuais por parte de alguns profissionais da equipe, sobretudo os da área “psi” que, segundo nossas observações cotidianas em equipe e relato de usuários, trabalham em uma lógica heteronormativa²² e buscam enquadrá-los em um padrão estereotipado do gênero feminino e masculino.

É comum que esta equipe, entendida como equipe de saúde mental²³, questione sobre a orientação sexual e a real motivação dos pacientes, para a realização das cirurgias no intuito de definir, por exemplo, uma “verdadeira mulher transexual”, associando-a a sua condição de heterossexualidade, ou seja, a obrigatoriedade de sentir atração por homens. O mesmo se aplica no caso dos homens transexuais.

Conforme já sinalizado, foi com o surgimento da Portaria nº 1.707/2008 e nº 457/2008, que o processo transexualizador foi regulamentado no SUS e as diretrizes para seus procedimentos foram estipuladas. Este foi fruto de amplas discussões e pressões por parte de movimentos sociais, pesquisadores e profissionais de saúde que visavam colocar o processo transexualizador no campo das políticas públicas oferecidas no SUS. Neste momento o HUPE é credenciado como uma das Unidades de Atenção especializada do Brasil para o atendimento cirúrgico e ambulatorial no âmbito do processo transexualizador, atendimento esse que não contemplava inúmeras buscas do Movimento Social, dentre elas, o atendimento às travestis, a hormonioterapia, o fornecimento das próteses de silicone.

Destacamos, porém que o HUPE, bem como os demais centros de referências credenciados, só foram habilitados porque já realizavam este atendimento. Nesse sentido, a ação do Ministério da Saúde se limitou a dar legitimidade a serviços e programas que já existiam e não a criação/e ou ampliação de novos centros ou serviços adequadamente equipados para tal acompanhamento.

²² Entendemos por heteronormatividade o padrão adotado em nossa sociedade referente ao considerado “normal” e “ideal”. Esse padrão está relacionado a condicionalidade da sexualidade ao gênero, ou seja, homens obrigatoriamente devem gostar de mulheres e vice-versa. Esse padrão heteronormativo fere a concepção de gênero e sexualidade que adotamos, como explicitado no capítulo anterior. Cf., entre outros, BENTO, Berenice. **A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

²³ Importante destacar que não existe, de fato, equipe de saúde mental. O psiquiatra trabalha no setor da psiquiatria e elabora apenas os laudos de Transtorno de Identidade de Gênero. A psicóloga compõe a equipe de urologia e acompanha os usuários em processo de espera para cirurgia.

3. CONCLUSÃO

Não queremos aqui desconsiderar o importante caráter legal e normativo da instituição nem das portarias e a regulamentação deste programa, porém, gostaríamos de levantar algumas implicações do modo como estas foram feitas. Ao normatizarem serviços que já existiam, não houve uma ação do Ministério da Saúde para pactuar este serviço como integrante da rede SUS. Este não foi também um programa organizado e pensado em todas as esferas de atenção à saúde (primária, secundária e terciária), logo, como não houve esta organização cabe, até hoje, ao próprio hospital e aos profissionais a ele articulados fazer esta articulação com a rede, o que dificulta o funcionamento do mesmo e contribui para a personificação da assistência, responsabilizando e onerando os trabalhadores da ponta por uma assistência que não foi planejada pelos gestores.

Por exemplo, uma mulher transexual que realiza a cirurgia de transgenitalização e necessita de cuidados com os curativos e de acompanhamento de seu processo de cicatrização, este cuidado, pelos princípios que norteiam o SUS, poderiam e deveriam ser realizados pela atenção primária. O que ocorre é que, as mulheres operadas só conseguem ser atendidas e ter sua saúde cuidada na instituição onde realizaram a cirurgia, logo, tornam-se pacientes eternos dessa Unidade.

Para além das questões que envolvem a rede do SUS, há de se problematizar a própria estratégia normativa utilizada e contida nos textos legais que acabam por aprisionar a sexualidade e as expressões de gênero a partir de um padrão heteronormativo e de prescrições de comportamento e de modos de viver (LIONÇO, 2009). Isto significa dizer que, ao mesmo tempo em que a regulação do processo transexualizador trouxe avanços, já que considerou a questão do direito ao acesso integral das pessoas transexuais à saúde pública, também reafirmou o conservadorismo que cerceia o direito de determinados grupos, sobretudo quando relacionados a direitos sexuais e à livre expressão de gênero e, em certa medida, pode gerar novas demarcações de exclusão (BARSTED, 2008 *apud* LIONÇO, 2008, p. 46).

Destacamos ainda que, tanto as Portarias quanto as Resoluções do Ministério da Saúde referente ao processo transexualizador, tomam a transexualidade sob a perspectiva biomédica de patologia, classificada como Transtorno de identidade de Gênero e incluída no Código Internacional de Doenças (CID-10), como "transexualismo", que é definido como "transtorno da identidade sexual (F64. 0).

Sobre esta questão há de se pontuar que a despatologização da transexualidade tem sido pauta de luta de movimentos sociais e teóricos 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 restringem à cirurgia. Porém, como apontado por ALMEIDA et al, 2015,

(...) é necessário considerar a existência de percepções entre alguns transexuais de que a cirurgia é algo prioritário, independentemente de qualquer outro recurso. Assim, o serviço de saúde precisa estar preparado tanto para este fim quanto para acolher outras necessidades de saúde da população transexual, que pode se expressar, por exemplo, na possibilidade de retificação do nome de registro de nascimento (atualmente apenas pela via judicial) ou tão somente no acesso à hormonioterapia e outras modificações corporais (depilação, fonoaudiologia, entre outras...) (SANTOS; ALMEIDA; GEBRATH; PRESTES, 2015).

Os autores acrescentam ainda que, a centralidade do processo transexualizador na cirurgia de transgenitalização, para muitos, é o canal de acesso à cidadania e direitos sociais e só se efetivará através desta.

Tal necessidade se expressa em experiências sociais marcadas por intenso sofrimento, interdição aos direitos humanos mais elementares e exclusão ocorridas muitas vezes desde a infância e, sobretudo, pela convicção de que sua vida só se torna suportável através da construção de corpos com o máximo possível de conformidade à imagem associada ao gênero afirmado. Desta forma, para estas pessoas, a diminuição ou supressão do sofrimento só é possível pela realização de modificações corporais e também do seu status jurídico legal, obtida pela mudança do nome e sexo do registro civil original. Neste sentido, as cirurgias de transgenitalização ocupam um lugar de centralidade para muitos/as pessoas que são diagnosticadas como transexuais, embora para alguns/as a realização de procedimentos e de cirurgias ditas complementares para adquirirem as características do gênero afirmado, baste para que possam usufruir o direito à vida (ALMEIDA; SANTOS, 2014, p.210).

Desta forma vemos que o programa, apesar de ser institucional e compor o conjunto das políticas públicas ainda mantém um caráter personificado nos profissionais envolvidos. Como apontado por ALMEIDA et al, 2015,

As ações prestadas são identificadas como ações isoladas de determinado profissional, seja o *médico psiquiatra*, seja o *cirurgião*, seja a *psicóloga*, o *assistente social*, de modo que essa assistência não seja enxergada como uma ação institucional, mas como uma atitude particular *daquele* profissional em questão. Parece-nos que a forma como se deu o credenciamento do HUPE 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 constituir da ação institucional. Um modo de ser, que inclusive, oculta as responsabilidades do Estado, via Ministério da saúde e secretarias estaduais e municipais de saúde, de suas atribuições enquanto gestores que têm obrigação com a condução dessa política (SANTOS; ALMEIDA; GEBRATH; PRESTES, 2015).

Essa personificação em alguns profissionais do HUPE faz com que muitos usuários e até alguns profissionais, não enxerguem o processo macro político em que o programa está

inserido. É comum que o hospital e os profissionais envolvidos com essa assistência, recebam processos judiciais acerca da precariedade do programa e sejam obrigados a prestar esclarecimentos sobre o mal funcionamento do mesmo, como se isso fosse responsabilidade exclusiva dos mesmos. Contudo, entendemos que o HUPE faz parte de uma rede de saúde e o Processo Transexualizador é uma política regulamentada dentro do SUS, portanto, fazemos a leitura que a precariedade deste serviço e falta de estrutura que leva ao mau funcionamento do mesmo precisa de respostas dos gestores estaduais e municipais²⁴, que ainda têm ações muito tímidas ou quase que ausentes no sentido de organiza-lo em sua rede ou de subsidiar recursos humanos e matérias para sua materialização efetiva e adequada²⁵. Sobre isso, ALMEIDA et al, 2015, colocam,

(...) 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 devessem compor) uma política pública de longo alcance e como se essas ações se encerrassem nos limites do Hospital Universitário Pedro Ernesto. Tal processamento coloca os profissionais da “ponta” numa espécie de desamparo e solidão perversos, uma vez que são os que desempenham as ações possíveis em condições extremamente adversas, mas são quase que exclusivamente, responsabilizados pela falta de estrutura e ausência de rede de atenção, uma vez que os gestores públicos responsáveis não criaram os mecanismos necessários para o pleno funcionamento dos serviços (SANTOS; ALMEIDA; GEBRATH; PRESTES, 2015).

Há, portanto, a necessidade de se educar politicamente e tecer problematizações mais abrangentes, apontando que esta não é uma questão institucional. Trata-se de uma problemática de alcance macro político onde todos os gestores de saúde têm o dever de estar envolvidos.

Nesse contexto de destituição de direitos e precarização da assistência, a garantia do acesso a uma atenção integral em saúde bem como às ações específicas a estes usuários, se constituem em um grande desafio para os amplos segmentos de sujeitos que lutam por um SUS universal e equânime. Estes desafios constituem uma pauta que vai para além da luta e reivindicações específicas do movimento LGBT, alcançando a luta mais geral em prol de um sistema único de saúde para todos e radicalmente democrático.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, G. S.; SANTOS, M. C. B. Intersectorialidade na efetivação do processo transexualizador do SUS: uma indispensável utopia. In: MONNERAT, Giselle Lavinias; ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira de; SOUZA, Rosimary Gonçalves de. (Org.). **A**

²⁴ É importante sinalizar, no entanto, que num contexto de contra-reforma do Estado e desmonte das políticas públicas, o papel do Estado tem sido maximizar e atender os interesses do capital.

²⁵ A pesquisadora e Coordenadora do Ambulatório Saúde das Travestis e Transexuais do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia - HC/UFU, Flávia Teixeira, vem tecendo reflexões nesse sentido, com as quais concordamos plenamente.

intersectorialidade na agenda das políticas sociais. 1.ed. Campinas: Papel Social, 2014, v. 1, p. 203-227.

ARÁN M., et Al. Transexualidade e saúde pública: acúmulos consensuais de propostas para atenção integral. **Relatório Preliminar da Pesquisa Transexualidade e Saúde:** condições de acesso e cuidado integral (IMS-UERJ / MCT/CNPq/MS/SCTIE/DECIT). Ministério da Saúde sobre O Processo transexualizador no SUS (MS, 2006, 2007); Observatório do Instituto Antígona Entendendo os fundamentos jurídicos dos direitos dos GLBT, 2008.

BENTO, Berenice. **A reinvenção do corpo:** sexualidade e gênero na experiência transexual. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em agosto de 2014.

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: ago. 2014.

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

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.803**, de 19 de novembro de 2013. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.836**, de 1º de dezembro de 2011. Brasília, 2011.

LIONÇO, T. Que Direito à Saúde para a População GLBT? Considerando Direitos Humanos, Sexuais e Reprodutivos em Busca da Integralidade e da Equidade. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.17, n.2, p.11-21, 2008

LIONÇO, T. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 43-63, 2009.

REIS, L. **Uma arena de negociações e conflitos**: análise das instituições estatais sobre a política de saúde para as pessoas trans, 2013.

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.

REIS, Uma arena de negociações e conflitos: análise das instituições estatais sobre a política de saúde para pessoas trans no Brasil. **Interseções**, Rio de Janeiro, v. 15 n. 1, p. 48-71, jun. 2013.

SANTOS, M. C. B; ALMEIDA, G. S; GEBRATH, Z. L; PRESTES, E. T. **Processo transexualizador no SUS**: um campo político e de práticas em construção. No prelo 2015.

SILVA, Eloísio Alexandro da (org.). **Transexualidade**: princípios de atenção integral à saúde. São Paulo: Grupo Editorial Nacional; Ed. Santos, 2012.

TENENBLAT, Mably Jane Trindade. **A assistência à saúde de pessoas transexuais**: aspectos históricos do processo transexualizador no Estado do Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Serviço Social)-Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.