



**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DO CONSUMO  
CURSO DE BACHARELADO EM CIÊNCIAS DO CONSUMO**

**FELIPE DE ALBUQUERQUE SILVA**

**A PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE PARA A POPULAÇÃO TRANS:  
A INTEGRALIDADE NO COTIDIANO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA CIDADE  
DO RECIFE**

**RECIFE  
2023**

**FELIPE DE ALBUQUERQUE SILVA**

**FELIPE DE ALBUQUERQUE SILVA**

**A PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE PARA A POPULAÇÃO TRANS:  
A INTEGRALIDADE NO COTIDIANO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA CIDADE  
DO RECIFE**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Ciências do Consumo, do Departamento de Educação da Universidade Federal Rural de Pernambuco, UFRPE, como requisito para a obtenção de título de Bacharel em Ciências do Consumo, orientada pela Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Fabiane Alves Regino.

---

**RECIFE  
2023**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal Rural de Pernambuco  
Sistema Integrado de Bibliotecas  
Gerada automaticamente, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

Silva,  
Felipe  
Felipe de  
Albuquerque  
que Silva  
S586Feli  
pe de  
Albuquerque  
que  
Silvap

Silva, Felipe  
A PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE PARA A POPULAÇÃO TRANS: A INTEGRALIDADE NO  
COTIDIANO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA CIDADE DO RECIFE / Felipe Silva. - 2023.  
47 f. : il.

Orientadora: Fabiane Alves Regino.  
Inclui referências.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal Rural de Pernambuco,  
Bacharelado em Ciências do Consumo, Recife, 2023.

1. Serviços de Saúde para Pessoas Transgênero. 2. Políticas de Saúde. 3. Integralidade em Saúde. I.  
Regino, Fabiane Alves, orient. II. Título

CDD 640

---

## **Agradecimentos**

Agradeço a todas as pessoas que estiveram em algum momento ou permanentemente comigo durante esses anos. Docentes, em especial a Profa. Dra. Fabiane Alves Regino durante meu reconhecimento enquanto cientista, amigos e a minha família que me deram apoio para chegar até aqui.

## RESUMO

A incorporação do Processo Transexualizador (PrTr) nos procedimentos realizados pelo Sistema Único de Saúde/SUS amplia a rede de acolhimento à população transexual nos serviços públicos de saúde, baseados na universalização do acesso e na integralidade do cuidado. Este artigo monografia objetiva analisar a produção do cuidado do PrTr nos serviços de saúde de Recife/Pernambuco, que atendem à população trans. Muitas vezes a efetivação de direitos sociais passa pela utilização de serviços coletivos, que neste caso demanda do Estado o provisionamento destas resoluções e sendo os atores envolvidos, consumidores ativos na construção e consolidação da efetivação do assegurado legalmente. A abordagem qualitativa da pesquisa permitiu compreender o cotidiano da produção do cuidado, à luz da integralidade sob o olhar dos/as usuários/as entrevistados/as. A integralidade em saúde nos serviços de atendimento à população trans é um processo em construção que desafia a lógica biomédica de produção do cuidado. Acolhimento, a escuta qualificada, tratamento digno/respeitoso foram destacados como fundamentais para garantir a integralidade do cuidado nesses serviços, porém ainda é necessário ampliar o número de profissionais e de serviços especializados na capital, e também a interiorização, no Estado. Investindo tanto em procedimentos ambulatoriais, quanto em procedimentos de alta complexidade.

Palavras-chave: Serviços de Saúde para Pessoas Transgênero. Políticas de Saúde. Integralidade em Saúde.

## **ABSTRACT**

The incorporation of the Transsexualization Process (PrTr) in the procedures performed by the Unified Health System / SUS expands the network of care for the transgender population in public health services, based on universal access and comprehensive care. This monograph article aims to analyze the production of PrTr care in the health services of Recife/Pernambuco, which serve the transgender population. Often the realization of social rights goes through the use of collective services, which in this case requires the State the provision of these resolutions and the actors involved, active consumers in the construction and consolidation of the realization of the legally guaranteed. The qualitative approach of the research allowed us to understand the daily routine of care production, in light of the integrality from the perspective of the interviewed users. Integrality in health care services for the trans population is a process under construction that challenges the biomedical logic of care production. Welcoming, qualified listening, dignified/respectful treatment were highlighted as fundamental to guarantee the integrality of care in these services, but it is still necessary to expand the number of professionals and specialized services in the capital, and also the interiorization in the state. Investing in both outpatient procedures and in highly complex procedures.

Keywords: Health Services for Transgender People. Health Policies. Integrality in Health.

## LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Figura 1 – Cartaz do Evento “Diálogos sobre Direitos Humanos: População Trans e o Direito à Saúde”..... p.28

Figura 2 – Figura 2 – Logo do evento TRANSborda..... p.29

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
1. A importância do princípio da integralidade na produção do Cuidado em Saúde no Sistema Único de Saúde.....	12
1.1 Percursos históricos que constituíram o acesso democrático à saúde no Brasil.	12
1.2. O Sistema Único de Saúde: o princípio da Integralidade na Produção do Cuidado.....	17
1.3. Processo Transexualizador no SUS: garantia da saúde para a população transgênero.....	23
<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>29</b>
2. Análise da Produção do Cuidado em Saúde para a População Transgênero: um olhar sobre o cotidiano dos serviços do Processo Transexualizador do SUS.....	33
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>42</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>45</b>



## INTRODUÇÃO

Nosso atual estágio civilizatório é latente em nas realizações do cotidiano a presença do consumo como organizador de grande parte das relações sociais, individuais e coletivas. Comumente os serviços públicos são desempenham-se mediante serviços coletivos, que efetivam o acesso a direitos cidadãos. Cabendo ao Estado satisfação as demandas desses usuários (UFRPE, 2019).

A partir da compreensão sobre o cotidiano dos serviços públicos de saúde, no que se refere ao acesso e atendimento para a população trans, considerando as linhas de cuidado do Processo Transexualizador do Sistema Único de Saúde (PrTr/SUS), com foco na integralidade na produção do cuidado em saúde, poderemos descrever as ações realizadas e os desafios vivenciados pela população trans na busca pela garantia do direito à saúde. O universo dessa pesquisa é composto pela população trans, que em suas trajetórias cotidianas vivenciam determinantes sociais de exclusão e de luta para ser garantido o acesso aos direitos sociais, como o direito à saúde.

A inserção da saúde como direito de todos/as na Constituição Federal de 1988 se originou a partir de movimentos sociais pregressos das décadas de 70 e 80, tendo como maior expoente o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (RSB), que promoveu a participação efetivamente democrática dos setores sociais na composição de meios políticos para atender os anseios da população por um melhor cenário sanitário no país do que os anteriores. O despontar desse Movimento, ocorreu durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, com a criação de um sistema de saúde público de saúde, que se transformaria na maior conquista para os/as cidadãos e cidadãs, da garantia da saúde como direito social. Sem dúvidas, o mais notável resultado desses eventos, foi à concepção e construção do Sistema Único de Saúde (SUS), materializando e pautando os desejos de transformações

para com a garantia da saúde a todo território brasileiro, sendo um dever do Estado em provê-la.

O SUS coordena os serviços e ações públicas de saúde, organizadas de forma hierárquica e regionalizada, sendo essas regidas pelos princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade e pelos princípios organizativos de hierarquização, descentralização e participação social. Esses princípios norteiam as ações, programas e políticas de saúde (AGUIAR, 2011).

Cabe ressaltar que nesta pesquisa nos centramos em analisar o princípio da integralidade, definido por Roseni Pinheiro 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” (PINHEIRO, 2008, p. 256).

Sobre a integralidade do cuidado em saúde na perspectiva da “boa medicina”, com ações voltadas para olhar holístico, sensível ao usuário, contextualizado e de ruptura com a fragmentação dos corpos e dos cuidados em saúde, merece atenção aqui, pois será o caminho para a compreensão da produção do cuidado em saúde para a população transgênero, considerando que o cuidado “reveste-se de novos sentidos e imprime uma identidade ou domínio próprio sobre um conjunto de conhecimentos voltados para o outro” (PINHEIRO, 2008, p. 111).

O Brasil é um país de desigualdades historicamente estruturantes, onde os direitos adquiridos constitucionalmente não chegam a todos/as da mesma forma e isso é mais forte para as pessoas que vivenciam condições de subalternidades. Por exemplo, a epidemia de HIV/Aids na década 1980, considerou como grupo de risco os gays, o que se tornava factível, pois a discriminação por parte da sociedade os empurravam à marginalização, sob reprovação social dos seus comportamentos, colocando-os em maior situação de vulnerabilidade. Tal estigma reverbera em práticas preconceituosas no cotidiano dos serviços de saúde, que fortalece a segregação, o adoecimento e a exclusão dos direitos à saúde integral dessa população, sendo então motivos de lutas sociais de diversos movimentos democráticos.

Um marco no campo das políticas de saúde é a *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Travestis e Transexuais - LGBT*, instituída por meio da Portaria n.º 2.836 de 1º de dezembro de 2011, que dentre outras diretrizes,

compromete-se em promover a cidadania LGBTQ+<sup>1</sup> em articulação com outras políticas públicas de modo intersetorial; eliminar a discriminação LGBTfóbica no âmbito do SUS; e implementação de ações, serviços e procedimentos do SUS que promovam o alívio do sofrimento, dor e adoecimento, corporal e psíquico, relacionados a inadequação da identidade das pessoas transexuais e travestis (BRASIL, 2011).

Seguindo uma cronologia de políticas de saúde, temos o Processo Transexualizador (PrTr) no SUS, uma linha de cuidados em saúde direcionados à população de travestis, transexuais, transgêneros e outras identidades de gênero, instituído pela Portaria n.º 2.803 de 19 de novembro de 2013 pelo Ministério da Saúde. O objetivo do PrTr no SUS é garantir o acesso à saúde integral, de forma pública e gratuita, sendo um importante instrumento para suprir as demandas de saúde da população trans, seguindo os princípios estabelecidos na *Política Nacional de Saúde Integral LGBT*.

Embora hajam políticas de saúde voltadas para a atenção integral à população trans, ainda existe um grande desafio na democratização, ampliação dos números de hospitais de referência, nos tratamentos e no alcance desses serviços para a população LGBT. Nos poucos<sup>2</sup> serviços disponíveis, ainda existem muito sofrimentos, discriminações e preconceitos, sendo reproduzidas nos espaços de produção do cuidado em saúde e isso pode levar a uma exclusão maior desses/as usuários/as.

No que diz respeito ao processo de mudança corporal (possíveis a partir de intervenções cirúrgicas)<sup>3</sup>, por exemplo, o número de cirurgias ainda é insuficiente no Brasil e principalmente em Pernambuco, levando a uma demanda reprimida, que geram impactos negativos de cunho biológico, social e emocional, repercutindo

---

<sup>1</sup> Não há um consenso sobre uma sigla que englobe esses grupos, isso faz com que haja diversas formas de se referir a essa população. A inserção de novas letras à sigla vem sendo efetuada diante do reconhecimento de mais grupos do espectro da identidade de gênero e sexualidade. Na sigla LGBTQ+, “Q” vem do termo da língua inglesa “*queer*”, que durante muito tempo foi usado pejorativamente para sinalizar uma pessoa que se encontra fora do padrão heteronormativo, porém ressignificado como uma forma de autoidentificação e o “+” se entende por um símbolo guarda-chuva de outros grupos que formam a sigla, recentemente ‘LGBTQQIAA+’. Disponível em: <<https://ok2bme.ca/resources/kids-teens/what-does-lgbtq-mean/>>. Acesso em: 01 de junho de 2020

<sup>2</sup> Em Pernambuco existem quatro serviços de saúde que atendem a população trans no PrTr, sendo apenas uma que contempla a demanda ambulatorial e hospitalar, o Espaço Trans do Hospital das Clínicas de PE. Em território nacional, quatro outros serviços são habilitados para essas duas modalidades. Disponível em: <<http://especiais.correiobraziliense.com.br/receber-cuidados-medicos-e-desafio-para-transexuais>>. Acesso em: 01 de junho de 2020.

<sup>3</sup> Entre os anos de 2015 e 2020 foram realizadas 80 internações para procedimentos hospitalares do PrTr em Pernambuco. Entre 2008 e 2019 foram 374 intervenções cirúrgicas no país. Fonte: <<http://www.generonumero.media/isolamento-acesso-trans-saude/>>.

inclusive na adoção de automedicação com o uso indiscriminado de hormônios e o silicone industrial pela população trans e coloca em risco as suas condições de saúde.

Reconhece-se nessa pesquisa que a população trans enfrenta desafios maiores na sociedade, e os serviços de saúde e suas políticas em alguma medida acabam reproduzindo isso em seu cotidiano de trabalho e nas suas heteronormatizações. Ao mesmo tempo, as políticas de saúde devem ser regidas pelos princípios democráticos estabelecidos na Constituição Federal e delimitadas pelo Sistema Único de Saúde.

Visto isto, pergunta-se como se dá a produção do cuidado em saúde, voltados para a população trans, previstos na linha de cuidados do Processo Transexualizador no SUS, nos serviços públicos de saúde da cidade do Recife? Devido à pandemia da COVID-19<sup>4</sup>, a metodologia prevista nessa pesquisa para coleta de dados, por meio da realização de entrevistas presenciais, grupos focais e observação do cotidiano de trabalho nos serviços de saúde, não pode ser realizada para a produção do relatório parcial, e por isso, foram coletados dados em documentos oficiais do Ministério da Saúde, em bancos de dados do DATASUS e em reportagens disponíveis na internet. Porém, no relatório final, adequamos a metodologia de coleta de dados ao formato remoto (respeitando todas as questões éticas de pesquisa) e foram realizadas quatro entrevistas via WhatsApp com usuários/as do serviço do Processo Transexualizador do SUS em Recife e profissional de saúde que trabalha com cuidados voltados à população trans.

---

<sup>4</sup> Os seguintes decretos dispõem sobre o estabelecimento do isolamento social; da quarentena; e do funcionamento das atividades econômicas no Estado de Pernambuco, estendendo a duração dessas medidas temporárias adotadas frente à disseminação do novo coronavírus (COVID-19), quais sejam: DECRETO n.º 48.809, DE 14 DE MARÇO DE 2020; DECRETO n.º 48.881, DE 3 DE ABRIL DE 2020; DECRETO n.º 49.017, DE 11 DE MAIO DE 2020, estabelecendo um período de intensificação das ações, conhecido por 'Lockdown'; DECRETO n.º 49.024, DE 14 DE MAIO DE 2020; DECRETO n.º 49.055, DE 31 DE MAIO DE 2020. No âmbito do atendimento pelos serviços de saúde à população geral ficam estabelecidas; a suspensão de cirurgias eletivas, pelo DECRETO n.º 48.830, DE 18 DE MARÇO DE 2020; a renovação automática do cadastro dos usuários da Farmácia de Pernambuco por dois meses; e criação de uma Central de Teleatendimento gratuita para informar a população acerca do Novo Coronavírus, a fim de diminuir a ida dos usuários as unidades de saúde sem haver real necessidade. Fonte: Disponível em: < <https://www.pecontracoronavirus.pe.gov.br/> >. Acesso em: 01 de junho de 2020.

## **1. A importância do princípio da integralidade na na produção do Cuidado em Saúde no Sistema Único de Saúde**

### **1.1 Percursos históricos que constituíram o acesso democrático à saúde no Brasil.**

Pretende-se aqui fazer um breve apanhado histórico da evolução dos eventos acerca das políticas de saúde no Brasil, assim como os movimentos que foram necessários para assegurar o acesso democrático e a garantia da saúde como direito dos cidadãos e das cidadãs brasileiros/as, consolidado por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo Aguiar (2011), as ações de saúde realizadas durante o período da Colônia e Império do Brasil não podem ser chamados como políticas de saúde, conforme compreendemos hoje. Foram ações de caráter pontual e emergencial sobre as endemias e epidemias que assolavam a população, onde o controle sanitário se limitava às áreas dos setores de produção para o comércio exterior. A maior parcela da população compartilhava de ambientes e hábitos insalubres e a responsabilidade da garantia dessas ações era ordenada aos municípios.

Nesse longo período a medicina erudita era exercida por um pequeno número de médicos, cirurgiões e boticários, de formação europeia [...] voltando-se para o atendimento das camadas mais altas da população. Assim, a prática médica era distante dos mais pobres e, principalmente, dos escravos, que se utilizavam da solidariedade, comunal, de diversos curandeiros e dos cuidados oferecidos por ordens religiosas, como as existentes nos hospitais das Santas Casas de Misericórdia [...]. (GIOVANELLA *et al.*, 2013, p.279).

Com a chegada da Família Real Portuguesa, no início do século XIX, surge os primeiros cargos e instâncias responsáveis por assuntos relacionados à saúde, como por exemplo, a Fisicaturia-mor deliberava sobre o exercício legal da medicina e a Provedoria-mor, que além de garantir a sanidade da Corte, fiscalizava os portos para impedir a entrada de doenças. Após a Independência do Brasil surgem também as primeiras faculdades “médicas”, na Bahia e no Rio de Janeiro, no ano de 1808, e ainda duas antigas instâncias, Fisicaturia-mor e Provedoria-mor, que dão lugar a Junta Central de Higiene Pública, em 1850 (ESCOREL e TEIXEIRA, 2013). A Junta

Central de Higiene Pública visava garantir melhores condições para atrair mão-de-obra para o desenvolvimento agrário do país. No início da República Velha foi criada a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), incumbida de gerir os problemas que não tivesse solução por meio dos estados (ESCOREL e TEIXEIRA, 2013).

Durante o século XIX e início do XX, houve grandes transformações sociais, como o desenvolvimento forte da exportação do café que firmava como base da economia, as descobertas da microbiologia e o surgimento de dois modelos distintos, porém desarticulados nas ações de assistência (biomédico e campanhista). O modelo biomédico identificado por ter como finalidade a cura de um corpo enfermo, exclusivamente orientado pela biologização da dinâmica saúde-doença, se tornando um modelo objetivamente curativista, individualizador e fragmentado. Já o modelo campanhista, é reconhecido como um dos primeiros esforços adotados pelo Estado na área da saúde pública brasileira, buscando atuar na eliminação de vetores das doenças, que se disseminavam massivamente dada as condições precárias da maioria das aglomerações de pessoas na época, sendo orientado por uma visão preventivista, concebendo que as ações coordenadas de supressão da contaminação massiva de grandes grupos garantiriam condições de saúde prósperas à sociedade. Paim (2011, p. 14) retrata que as campanhas eram pensadas sobre os moldes militares, que se faziam presente na vida das pessoas com truculência exemplo memorável de como se dava as intervenções da época foi a Revolta da Vacina. O modelo campanhista/preventivista acompanhou as estratégias de sanitização de epidemias nas áreas urbanas, e principalmente rurais.

O final da década de 1920, mudanças de paradigmas políticos, o revezamento presidencial conhecido por “república do café-com-leite”, e uma reivindicação das classes trabalhadoras, que crescia nos centros urbanos, por uma política liberal, em oposição há décadas nas mãos das oligarquias (AGUIAR, 2011). A chegada de Getúlio Vargas a presidência da República e a ditadura do Estado Novo e o desenvolvimentismo da época procurava incentivar a industrialização no país, época de grandes reformas administrativas e desenvolvimento de regulações trabalhistas. Segundo Escorel e Teixeira (2013), esses avanços acabam trazendo por consequência uma cidadania regulada e vinculada ao mercado formal, iniciando o sistema previdenciário por meio das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), mais tarde seriam transformados nos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs).

A partir de 1933 é criado o Ministério da Educação e Saúde, que passa a coordenar as ações de saúde pública e o sanitarismo campanhista tem seu ápice. O acesso aos serviços de saúde era bastante deficitário e aos que não se encontravam alocados no mercado formal de trabalho, restando apenas instituições filantrópicas. Com plano Salte (Saúde, Alimentação, Transporte e Energia), elaborado durante o governo Dutra (1946 - 1951), há uma tentativa de fortalecer ainda mais a garantia de financiamento para a medicina previdenciária, mas que não se efetivou na prática, mesmo prometendo uma atenção maior à saúde (ESCOREL e TEIXEIRA, 2013).

A orientação pela qual seguiam as políticas públicas, concentrando a saúde pública entre as ações campanhistas, a interiorização de expedições de pesquisas científicas, o surgimento de infraestrutura e instituições sanitárias, concentradas principalmente nas cidades, foram não só simbólicos desse período como também percorreram quase todas as décadas do século anterior (REGINO, 2007).

Em 1953, é institucionalizado um ministério próprio e individual para a saúde (Ministério da Saúde - MS). O governo Kubitschek e sua ideologia desenvolvimentista trazem o fortalecimento das IAPs e a construção de hospitais, porém os que não se viam contentes recorrem a chamadas medicinas de grupo e empresas médicas. A instauração de um governo militar, em 1964, segue uma doutrina de supressão de direitos políticos e civis. Para Aguiar (2011), o governo militar favorecia a continuidade da modernização através da industrialização e refreava os gastos sociais, facilitando assim o acúmulo de capital.

No campo da saúde, implantou-se, de modo gradual e intenso, um sistema de saúde caracterizado pelo domínio financeiro das instituições previdenciárias e por uma burocracia técnica que priorizava a mercantilização da saúde. Privilegia, com esse modelo, a prática de assistência médica individual e especializada ao agravo à saúde pública coletiva; o estímulo de um complexo médico-industrial, produtor de insumos para atender às empresas de medicina de grupo. A medicina é orientada sob a lógica de lucratividade, aliando-se fortemente aos valores do capitalismo (AGUIAR, 2012, p. 29).

O Ministério da Saúde (MS) é posto em segundo plano, tendo seus recursos reduzidos e tornando seu gerenciamento bastante deficitário, agravando o quadro da saúde pública. Esse cenário aumenta os gastos previdenciários e favorece fraudes e corrupções, e os sanitaristas têm seu espaço político reduzido (AGUIAR, 2011).

Paim (2011) diz que, “os subsídios diretos a empresas privadas para a oferta de assistência médica a seus empregados foram substituídos por descontos no imposto de renda, o que levou à expansão da oferta dos cuidados médicos e à proliferação de planos de saúde privados” (PAIM *et al.*, 2011, p. 17). Durante os governos militares há o aprofundamento do corporativismo da saúde e a junção dos sistemas previdenciários leva à criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), aumentando a verticalização hierárquica de poder administrativo, financeiro e político para Ministério da Saúde. Com o INPS criaram-se instrumentos de capitalização compulsória para financiar o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), Programa de Integração Social (PIS) e o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP).

Segundo Escorel (2013), nos primeiros anos de governo militar houve poucas mudanças nas estruturas dos serviços de saúde e ainda era deficitária, a população continuava dependente dos complexos clínicos hospitalares criados pelos IAPs. Tais questões foram pauta da 4ª Conferência de Saúde com o debate de temas relativos ao fortalecimento de recursos humanos e formação dos profissionais de saúde e uma solução encontrada pelo então ministro Leonel Miranda foi a implementação do Plano Nacional de Saúde (PNS), cujo propósito era vender os hospitais governamentais para iniciativa privada.

O plano não logrou por enfrentar resistência dos servidores públicos e dos setores sindicais que teriam seus cargos ameaçados. Surgem com orientação similar também nesta época o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), que se destinava à construção de hospitais, e o Plano de Pronta Ação (PPA), responsável pela contratação de clínicas e hospitais particulares para atendimento da população em geral. Um contexto de encurtamento da saúde aos serviços médicos leva ao enfraquecimento de espaço político dos sanitaristas, e o modelo campanhista se reduz a eliminação de algumas endemias, com as campanhas sendo geridas pela Superintendência de Saúde Pública (SUCAM) (AGUIAR, 2011).

As seguintes décadas abrem espaço para debates sobre a reformulação teórico-ideológica da abordagem histórico-estrutural da saúde, convertendo as visões e produções científicas a um olhar social. Iniciativas estatais como o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) e as Ações Integradas de Saúde (AIS), que buscavam inserir a integralidade nas práticas do Instituto Nacional de Assistência Médica Previdenciária (INAMPS), permitiram a



reinserção de sanitaristas em postos importantes das ações de saúde oferecidas pelo Estado. Nos últimos anos da ditadura militar os convênios público-privados estavam envoltos em corrupções, o modelo clientelista havia afundado a previdência num saldo oneroso, as políticas sociais minguavam ao atendimento da demanda. Da forte crise econômica que atingia ainda mais as classes mais baixas levaram a destituição do governo militar e a redemocratização e na Nova República há a efervescência de diversos frentes populares reivindicando liberdade, direitos civis e abertura política para participação popular (AGUIAR, 2011, p. 34-38).

Durante as décadas de 1970 e 1980 vai tomando forma movimentos sociais na luta pela democratização da saúde, com o apoio de trabalhadores e acadêmicos e até de alguns representantes do legislativo. Entidades como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), e Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) são organizações importantes e exerceram um papel importante na politização do levante (AGUIAR, 2011).

A questão saúde e democracia ganha visibilidade e a relação entre ambas passa a ser apresentada constantemente nas pautas dos movimentos sociais e em suas manifestações. A luta pela saúde ampliou-se e favoreceu a articulação com outras entidades e movimentos populares. Destacavam-se, nesse período, como reivindicações das diversas manifestações: a luta pelo saneamento, água, luz e postos de saúde; a luta pelo fortalecimento do setor público e promoção da saúde e a luta pelas questões concretas da vida, impulsionada pelas Comunidades Eclesiais de Bases (SANTOS, 2013, p. 236).

Reunidos mais tarde em um grande movimento, a Reforma Sanitária Brasileira (RSB), em meados dos anos de 1970, que para Arouca (1988 apud GIOVANELLA *et al.* 2013, p. 342) se define por um projeto civilizatório, ao contemplar valores desejados a toda população brasileira e visa a transformação da conjuntura sanitária.

Momento em que refletem sobre as questões constitutivas do processo de saúde-doença, com reformulações ideológica e institucional, atentando para as relações de produção e distribuição do capital e as peculiaridades da sociedade brasileira. Com a RSB acontece o aprofundamento da produção teórica em torno dos determinantes sociais da saúde e dos modelos de intervenção na qualidade de vida, incluindo a saúde, dos saberes na sociedade e da autonomia da cidadania (PAIM, 2008).

O marco institucional da Reforma Sanitária Brasileira foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 e as propostas da Reforma Sanitária

resultaram na universalidade do direito à saúde, oficializado com a Constituição Federal de 1988, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme observaremos.

## **1.2. O Sistema Único de Saúde: o princípio da Integralidade na Produção do Cuidado**

As circunstâncias políticas dos últimos anos da década de 1980 foram marcadas pela efervescência dos movimentos sociais que aspiravam pela redemocratização. A derrocada do regime ditatorial reforçou o ideal do desejo pela construção da sociedade brasileira em bases democráticas, marcando diversos seguimentos e politizando, agora por meio do povo, as direções para construção uma nova normativa máxima da nação. O mesmo cenário estava presente nos movimentos sociais do campo da saúde.

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde aprovou o conceito da saúde como um direito do cidadão e delineou os fundamentos do SUS, [...]. Posteriormente, durante a Assembleia Nacional Constituinte (1987 – 88), o movimento da reforma sanitária e seus aliados garantiram a aprovação da reforma, apesar da forte oposição por parte de um setor privado poderoso e mobilizado (PAIM *et al.* 2011, p. 18).

Com a promulgação da Constituição Cidadã de 1988, em destaque para os artigos 196 e 198, os anseios de diversos movimentos sociais, e entre eles o do campo da saúde, avançaram, sobretudo tornando dogmático o direito à saúde, com previsão legal de alcançar todo território nacional e ser dever do Estado à garantia da universalidade do acesso aos serviços e ações de promoção, proteção e recuperação à saúde, de forma igualitária e universal, por meio da instituição do Sistema Único de Saúde (SUS). Definidas no artigo 198 da Constituição Federal de 1988 (CF/88), e nas palavras de Zenaide Neto Aguiar,

Ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada e organizada de acordo como os princípios doutrinários da universalidade, equidade, e integralidade e com os princípios organizativos da hierarquização, descentralização e participação da comunidade. (AGUIAR, 2011, p. 138).

As Leis Orgânicas da Saúde (LOS) regulamentam o SUS e regem seus princípios. A Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 trata das condições para promover, proteger e recuperar a saúde, organização e o funcionamento dos serviços também relacionados à saúde. A Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que se fez necessária para atender itens vetados na primeira lei pelo presidente Collor de Mello, que trata principalmente sobre a garantia de participação e controle da comunidade na gestão do SUS, instituindo as Conferências e Conselhos, transferência de recursos e financiamento (AGUIAR, 2011). Com o passar do tempo foram incrementadas às legislações mais leis, emendas, decretos, normas e portarias, visando atender/adequar às novas demandas.

O SUS orienta-se por princípios organizativos e doutrinários, sendo as expressões ideológicas materializadas na criação e efetivação do SUS, partindo da premissa do conceito amplo de saúde e na essência desses como direitos civilizatórios, considerando que os serviços de saúde devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da população a ser atendida. Os princípios organizativos são a regionalização e hierarquização; a descentralização; e a participação popular; e os princípios doutrinários são a integralidade, a igualdade/equidade e a universalidade.

A regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o comando unificado dos mesmos. Já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região. A Descentralização e Comando Único: descentralizar é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. Com relação à saúde, descentralização objetiva prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser fornecidas ao município condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. Para que valha o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando único, onde cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade. Participação Popular: a sociedade deve participar no dia-a-dia do sistema. Para isto, devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde (BRASIL, 2020).

O princípio da descentralização como característica influente na construção das políticas de saúde que se sucederiam após à regulação do Sistema Único de

Saúde é para Giovanella (2013) coeso com um comando único nos níveis federativos, redireciona as responsabilidades da saúde pública para os estados e municípios, fortalecendo as ferramentas de participação e controle social, necessárias para manutenção de um ambiente democrático. Permite ainda a participação dos distintos sujeitos sociais inseridos naquela realidade.

Contudo, a responsabilização das esferas federais mais centradas, e a relevância à municipalização da gestão dos serviços públicos de saúde, segundo Aguiar (2011) se adota o entendimento do município como principal produtor de saúde da população, a implementação do modelo encontra grandes impasses em se firmar em hegemonia.

Como observado por Giovanella (2013), além do desafio de estabelecer uma realidade igualitária de saúde num país de grande extensão geográfica como o Brasil, existe uma variedade de situações sociais determinantes do processo saúde-doença. Assim, percebe-se a necessidade da regionalização e hierarquização do sistema, inspirado por ideais de solidariedade e racionalização dos recursos e cria-se uma rede de atenção à saúde dividida em níveis de complexidade, atenção básica, média e alta complexidade.

Para dar seguimento à implantação do sistema, como proposto pelas LOS 8.080/90 e 8.142/90, seguiu-se durante a regulamentação de decretos e normatizações que objetivavam progresso da distribuição dos serviços, repasses financeiros entre os fundos, modernização dos sistemas de informação e fortalecimento da Atenção Básica.

No nível da atenção básica do SUS teria tecnologia e profissionais dispostos para atendimentos mais corriqueiros, seria a porta de entrada do SUS, com foco na prevenção de doenças, solucionar os possíveis casos de agravos e direcionar os mais graves para níveis de atendimento superiores em complexidade, como os níveis de média e alta complexidade. No SUS entende-se por média complexidade os serviços especializados de produção terapêutica e apoio ao diagnóstico, e possuem menor complexidade tecnológica, já os serviços de alta complexidade são aqueles serviços que oferecem de maior densidade tecnológica e de que tem alto custo (SOLLA e CHIORO, 2013).

Sobre os princípios doutrinários, a universalização, vem garantir o direito à saúde como um direito de cidadania, cabendo ao Estado assegurá-lo a todos os cidadãos e cidadãs o acesso aos serviços e ações de saúde, independente do sexo,

raça, ocupação e outras condições sociais ou pessoais. A equidade é um princípio que visa garantir a igualdade na diferença para diminuir a desigualdade entre as pessoas. Embora todas as pessoas tenham direito à saúde, não são iguais em suas necessidades. A equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior. A integralidade é um dos princípios mais essenciais do cuidado em saúde, que pode ser compreendido “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” (PINHEIRO, 2008).

Faz-se necessário o entendimento da integralidade em quatro dimensões, que estão aqui separadas para fins didáticos, mas que na realidade devem ser articuladas permitindo suas coexistências. Conforme Paim (2008, p. 552), as integralidades concebidas pela RSB estarão presentes nas ações dos serviços de saúde (de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde), arquitetado em todos os níveis de prevenção (primário, secundário, e terciário); a integralidade inserida na atuação dos profissionais, assimilando as dimensões biológicas, psicológicas e sociais; como a garantia de continuidade dos processos de atendimento entre os níveis de complexidade (básica, média e alta); e por fim a integralidade entre as políticas de saúde e políticas sociais, tendo por finalidade garantir a condição de saúde em toda esfera da vida social.

Carvalho (2006) apresenta a visão da integralidade em panoramas, sendo o primeiro organizador da interação horizontal entre os níveis de atenção, de modo que não haja rupturas no segmento do sistema para resolução dos problemas, e o segundo como um modo de atenção chamado pelo autor de vertical, onde numa perspectiva de olhar individual sob o indivíduo, as dimensões que compõem o estado, ou não, da saúde. Compreende-se que ter um olhar holístico, sobre os determinantes biológicos, sociais, afetivos, espirituais e outros, sendo o somatório desses a não fragmentação do indivíduo e a capacidade de revelar o cuidado necessário para cessar o sofrimento do outro.

A integralidade quanto ao acesso pode ser entendida de três formas distintas, que se agrupam nas ações realizadas no cotidiano dos serviços de saúde: 1) a integralidade como resposta governamental diante de situações de saúde, por exemplo, as elaborações de políticas de saúde direcionadas a um determinado grupo (políticas específicas), contextualizadas às realidades e às necessidades sociais, identificadas como problemas de saúde que entram na agenda

governamental, a fim de garantir a eficácia no processo de implementação; 2) a integralidade na organização dos serviços de saúde, por meio da horizontalização das práticas articuladas às demandas (programadas e espontâneas), no interior das unidades de saúde, concebidas a partir de protocolos de diagnósticos que identificam as situações de risco à saúde, permitindo a construção de atividades coletivas em parceria com a comunidade; e por último, 3) a integralidade como atributo da “boa medicina”, traduz-se em um cuidado em saúde com o olhar voltado para o sofrimento dos/as usuários/as quando busca os serviços de saúde e não se reduz ao olhar biológico.

É no espaço alicerçado pelo princípio da integralidade, que está como estruturante os modos das ações e das garantias do acesso digno dos serviços, que se desenvolvem as práticas do cuidado integral em saúde. Para Pinheiro (2008), o cuidar em saúde deve ser compreendido como uma atitude interativa de envolvimento e relacionamento entre as partes e compreende o acolhimento como escuta do sujeito, respeito pelo seu sofrimento e história de vida.

O reducionismo no cuidado em saúde pode criar silenciamentos que mutilam o conceito ampliado de saúde. No encontro entre profissional de saúde e usuário/a, a integralidade pode ser garantida na capacidade do/a profissional em identificar o sofrimento carregado pelo indivíduo para além do que é visível, que são usuários/as e não “pacientes”, e pertencem a contextos e determinantes sociais. O/a trabalhador/a da saúde deve levar em consideração essa transversalidade no momento de produzir ações de prevenção, promoção e tratamento, racionalizando os bens de consumo disponíveis e ter sensibilidade a fim de não ser um regulador de corpos por meio da biologização do sujeito (MATTOS, 2005).

Historicamente, coube e ainda cabe às mulheres o encargo do ‘trabalho do cuidado’ – care work – no ambiente domiciliar com as pessoas idosas, crianças, deficientes e doentes, mas que também extrapola o espaço privado. O care é um termo em inglês, de caráter polissêmico, e pode ter e ser empregado em vários momentos e sentidos, mas sempre relacionados a atitudes e/ou ações. A definição do care permeia a ideia de preocupar-se, de cuidado, solicitude, de dar atenção à outra pessoa e suas necessidades, de cuidar de outra pessoa, podendo ser considerado de forma simultânea como atitude, prática ou disposição moral (REGINO, 2016).

Essa prática do cuidado, diretamente relacionada às questões de gênero, está presente no campo da saúde – “no cuidado em saúde” -com a predominância das mulheres no exercício de suas profissões ligadas ao care, como enfermeiras, técnicas em enfermagem, psicólogas, agentes comunitárias de saúde, entre outras, e também na profissionalização desse cuidado na figura da ‘cuidadora’ (REGINO, 2016, p. 25).

O termo ‘cuidado’, de forma semântica, trata do zelo por coisas e pessoas e os produtos desse cuidado estão presentes de forma contínua no cotidiano. Nas perspectivas histórica e sociológica, o cuidado pode ser visto como elemento presente na divisão social do trabalho, um aspecto da vida social atravessado por peculiaridades, seja das relações dos sujeitos envolvidos, dos espaços partilhados, e outros. A partir da contextualização de onde, como, e para quem existe como diz Pinheiro (2008).

O cuidado integral compreende no processo tecnológico a ser adotado para resolução dos problemas de saúde, organismo e patologias, mas o entendimento do direito de ser. Por conseguinte, unindo essas dimensões o cuidado em saúde torna-se:

Cuidado em saúde é o tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento [...] fruto do entre-relações. De pessoas, ou seja, ação integral como efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições [...] O cuidar em saúde é uma atitude interativa que inclui o envolvimento e o relacionamento entre as partes, compreendendo acolhimento como escuta do sujeito, respeito pelo seu sofrimento e história de vida.” (PINHEIRO, 2008, p. 113.)

A construção da integralidade do cuidado em saúde no cotidiano dos serviços, por meio do acolhimento, da escuta, do tratamento digno e respeitoso e com qualidade, estabelece um estado permanente de vínculo entre usuários e profissionais da saúde. A não existência dessa relação, o descaso, o desamparo do outro em seu sofrimento é um agravante potencializador do adoecimento na produção do cuidado. Dessa forma, assume-se o ponto de vista humanizado no processo saúde-doença e na produção do cuidado, contrapondo-se ao modelo biomédico, do diagnóstico, da cura de lesões e de fragmentação dos sujeitos.

### **1.3. Processo Transexualizador no SUS: garantia da saúde para a população transgênero**

As políticas públicas podem ser definidas como um conjunto de ações, programas e decisões tomadas pelo governo em suas três instâncias (federal, estadual e municipal), que impactam a vida dos cidadãos e cidadãs, independente de sexo, escolaridade, cor, religião ou classe social. A construção de uma política pública deve ter como premissa a participação da sociedade civil, que de forma direta ou indireta, garantirá seus direitos sociais, por meio de uma ação, um programa ou um serviço. Entre os direitos sociais, destacamos o direito à saúde, viabilizado no Brasil pelo Sistema Único de Saúde (SUS), constituído pelos princípios da universalidade, integralidade e ofertado gratuitamente aos cidadãos/cidadãs.

A organização do sistema de saúde no Brasil – SUS – é baseada em modelos de atenção e gestão e suas práticas são respostas aos problemas e necessidades de saúde da população. Os modelos de atenção à saúde são expressos em políticas, programas e serviços de saúde que estejam em harmonia com os princípios e diretrizes que estruturam o SUS. Nesse contexto, temos as necessidades de saúde da população LGBT, que necessitam de uma atenção específica dentro do SUS e por isso as políticas de saúde, como o Processo Transexualizador, vem como resposta às demandas dessa população, constituindo uma linha de cuidados para garantir a integralidade em saúde.

A população LGBT (*Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais*) no Brasil surge durante o enfrentamento da epidemia de HIV/Aids, no início da década de 1980, com foco na população homossexual masculina, por meio da articulação do Ministério da Saúde e de movimentos sociais ligados ao direitos de grupos gays (BRASIL, 2013).

Contudo, se tornou perceptível que os aspectos definidores de saúde dessa parcela da população apresentavam necessidades diversas e específicas. Para assim poder cumprir com a universalização do acesso aos serviços de saúde de forma integral e equitativa. Os movimentos LGBTs reivindicaram no campo da saúde, amparo do Ministério da Saúde (MS) o dever do Estado para construção de estratégias para atenção à saúde numa condição transversal, abarcando áreas com produção de conhecimento, participação social, promoção e atenção do cuidado (BRASIL, 2013).

Segundo Áran (2008), no Brasil, as discussões a respeito de políticas públicas de atenção integral à saúde, voltadas para a população LGBT, vêm sendo



pautadas desde 2003, apoiado no reconhecimento desse grupo como vulnerável à exclusão social, definido pelo Conselho Nacional de Combate à Discriminação, ligado também a outras frentes que visavam à garantia de cidadania LGBT. Em 2004, o Governo Federal, com a participação da sociedade civil, instituiu, mediante a Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH), o Brasil sem Homofobia – Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra LGBT, que dispõe das diretrizes para as demais políticas públicas que atendem a esses cidadãos.

Na esfera da saúde, o MS instituiu no âmbito do SUS, em 1º de dezembro de 2011, a Portaria n.º 2.836 que trata da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Reconhecendo que “a discriminação por orientação sexual e por identidade de gênero incide na determinação social da saúde, no processo de sofrimento e adoecimento decorrente do preconceito e do estigma social reservado às populações de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais” (BRASIL, 2013, p. 18).

A Política Nacional de Saúde Integral LGBT pretende “promover a saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuindo para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo” (BRASIL, 2013, p. 18).

Compreendendo que a exclusão social e a LGBTfobia são fatores produtores do sofrimento e determinantes do adoecimento dessas pessoas, as diretrizes e estratégias são orientadas nesse sentido, para garantir a saúde integral para a população LGBT, entendendo também que diante das diversas realidades tais preconceitos não ocorram isoladamente de outros. A Política LGBT entende que a reorganização dos serviços e procedimentos realizados na rede do SUS será relativamente “fácil” e o maior desafio será a superação da cultura discriminatória que se dá nos espaços individuais e coletivos, merecendo um maior empenho na reconfiguração a valores de respeito às diferenças (BRASIL, 2013).

Dentre as diversas recomendações apresentadas na Política destaca-se aqui o aprimoramento do Processo Transsexualizador (BRASIL, 2013, p. 12), entretanto a regulação sobre intervenções médicas para transição de gênero no Brasil se iniciam desde o fim da década de 1990, ocorrendo a primeira pelo Conselho Federal de Medicina, na Resolução CFM n.º 1.482/1997, que definia as condutas e práticas para os processos cirúrgicos da transgenitalização e das características

secundárias, revogada pela Resolução CFM n.º 1652/2002 e Resolução CFM n.º 1.955/2010. Tais resoluções estabelecem que os procedimentos terapêuticos sejam de caráter experimental e só deveriam ocorrer em hospitais brasileiros públicos habilitados para a pesquisa, assim como o modelo de diagnóstico dos pacientes a serem atendidos (BRASIL, 1997).

Em 2008 foi legislada a inserção do Processo Transexualizador no âmbito do SUS (PrTrSUS), definida pela Portaria MS n.º 1707/2008, e logo após redefinida e ampliada pela Portaria MS n.º 2803/2013, que vigora atualmente. Como destacaremos nessa pesquisa, a integralidade na atenção aos usuários do serviço e que em concordância com o estabelecido na Política Nacional de Saúde Integral LGBT não deve ser apenas o encurtamento das metas terapêuticas às cirurgias de transgenitalização e intervenções secundárias, mas também o acompanhamento por uma equipe multidisciplinar, e a integração do PrTrSUS aos serviços de saúde. Tem-se como porta de entrada desses usuários/usuárias a Atenção Básica, compreendendo o “acolhimento e a humanização no atendimento livre de discriminação, por meio da sensibilização dos trabalhadores e demais usuários/as da unidade de saúde para o respeito às diferenças e à dignidade humana, em todos os níveis de atenção” (BRASIL, 2013).

O cuidado aos usuários e usuárias divide-se entre as linhas de Atenção Básica, participante da Rede de Atenção Básica (RAS), sendo de sua responsabilidade coordenação do cuidado e a atenção contínua da população, além de ser porta e entrada preferencial ao serviço, e a Atenção Especializada, delineada como um grupamento de serviços de diferentes densidades tecnológicas, destinados às ações e serviços de urgência, ambulatorial especializado e hospitalar, complementar a atenção básica quando necessário (BRASIL, 2013).

O art. 4º da Portaria MS n.º 2.803/13 ainda versa que relativo à integralidade na Atenção Básica (AB), a garantia de atendimento humanizado e respeito ao uso do nome social, além ser responsável pelo encaminhamento ao serviço de Atenção Especializada do PrTrSUS. Quanto à integralidade do cuidado aos usuários/as da Atenção Especializada, o seu art. 5º estabelece duas modalidades, sendo respectivamente:

I - Modalidade Ambulatorial: consiste nas ações de âmbito ambulatorial, quais sejam acompanhamento clínico, acompanhamento pré e pós-operatório e hormonoterapia, destinadas a promover atenção

especializada no Processo Transexualizador definidas nesta Portaria e realizadas em estabelecimento de saúde cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) que possua condições técnicas, instalações físicas e recursos humanos adequados [...].

II - Modalidade Hospitalar: consiste nas ações de âmbito hospitalar, quais sejam realização de cirurgias e acompanhamento pré e pós-operatório, destinadas a promover atenção especializada no Processo Transexualizador definidas nesta Portaria e realizadas em estabelecimento de saúde cadastrado no SCNES que possua condições técnicas, instalações físicas e recursos humanos adequados [...].

A descentralização dos serviços hospitalares é orientada por macrorregião, sendo no País, atualmente, cinco os hospitais da rede pública habilitados para o Processo Transexualizador no SUS, sendo o mais recente habilitado o Hospital das Clínicas, ligado à Universidade Federal de Pernambuco, em 2014.

Para a escolha da habilitação no Processo Transexualizador, o Ministério da Saúde deu prioridade aos serviços que já realizavam atendimento específico a essa população. Os serviços que atendem a modalidade ambulatorial vêm se expandindo em grande maioria por iniciativas dos estados. Vale ressaltar que apenas com ampliação do PrTrSUS pela Portaria MS 2.803/13 houve a inserção de serviços ambulatoriais às travestis e a redesignação de transexuais masculinos, esse último permanecendo de caráter experimental e sendo realizado apenas nos hospitais habilitados para pesquisa. Entre eles temos o Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Federal de Goiás (GO); HC da Universidade Estadual do Rio de Janeiro; Hospital Universitário Pedro Ernesto (RJ); Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Universidade Federal do Rio Grande do Sul (RS); Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina FMUSP (SP) e Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco<sup>5</sup> (PE).

Esses serviços atendem a demanda ambulatorial espalhados em algumas regiões do território nacional. Vale ressaltar que somente com a Portaria MS n.º 2803/2013 houve a inserção dos procedimentos voltados a homens trans, e que a cirurgia transgenitalização destes permanece de caráter experimental, restringido aos hospitais habilitados para pesquisa.

---

<sup>5</sup> O Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco foi credenciado no PrTrSUS posterior a publicação da Portaria MS n.º 2.803/2013, habilitado pela Portaria MS n.º 1.055, DE 13 DE OUTUBRO DE 2014. Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014.

O quadro 1 abaixo temos os procedimentos realizados na linha de cuidado do Processo Transexualizador, nos âmbitos ambulatoriais e hospitalares, elencados na Portaria n.º 2.803, de 19 de novembro de 2013.

**Quadro 1 - Procedimentos do Processo Transexualizador - PrTrSUS**

Modalidade Ambulatorial	Modalidade Hospitalar
Acompanhamento do usuário(a) no processo transexualizador exclusivo nas etapas do pré e pós-operatório	Redesignação sexual no sexo masculino
Tratamento hormonal no processo transexualizador	Tireoplastia
Tratamento hormonal preparatório para cirurgia de redesignação sexual no processo transexualizador	Mastectomia simples bilateral em usuária sob processo transexualizador
Acompanhamento de usuário(a) no Processo Transexualizador exclusivamente para atendimento clínico	Histerectomia c/ anexectomia bilateral e colpectomia em usuárias sob processo transexualizador
	Cirurgias complementares de redesignação sexual
	Plástica mamária reconstrutiva bilateral incluindo prótese mamária de silicone bilateral no processo transexualizador

**Fonte:** Portaria n.º 2.803, de 19 de novembro de 2013.

Por fim, como sinaliza Rocon (2019), a extensão do Processo Transexualizador ao SUS concretiza um avanço rumo à universalização dos serviços de saúde destinado à população trans brasileira, porém são também reconhecidas às dificuldades no acesso dessas pessoas, e os desafios postos aos profissionais e gestores dos serviços de saúde, para a concretização do proposto pela legislação e implementação dessa importante política de saúde.

## METODOLOGIA

A pesquisa qualitativa oferece compreensão dos fenômenos sociais complexos, de maneira profunda e analítica, tendo como base a subjetividade da ação social (HAGUETE, 1992), foram adaptados ao contexto da pandemia da COVID-19, onde as políticas de saúde adotadas pelo Governo do Estado de Pernambuco, culminaram em medidas de isolamento social e *lockdown*. Mesmo sabendo que as pesquisas qualitativas de campo “exploram as técnicas de observação e entrevistas devido à propriedade com que estas penetram na complexidade de um problema” (RICHARDSON, 1989, p. 41), as entrevistas presenciais, visitas *in loco* e observações do cotidiano dos serviços de saúde de atenção para as pessoas transgênero, previstas anteriormente, foram adaptadas ao contexto pandêmico e realizadas por áudio via WhatsApp, respeitando as medidas de isolamento social, devido à disseminação do coronavírus.

A síntese e análise dos dados coletados permitiram compreender e interpretar, por meio às entrevistas, o material mapeado (jornais, reportagens, publicações em redes sociais, documentos oficiais do Governo e Ministério da Saúde, entre outros), a partir da leitura e organização das informações e identificação das ideias centrais que dialogam com o problema da pesquisa. Para analisar os documentos adotou-se a técnica de análise de conteúdo que visa dar respostas teórico-metodológicas aos dados qualitativos (MINAYO, 2010). Para Bardin,

a análise de conteúdos pode ser compreendida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores [...] que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção [...] destas mensagens (BARDIN, 2009, p. 42).

Devido à complexidade do problema da pesquisa, foram realizados mapeamento de fontes secundárias, reportagens de jornais, documentos oficiais do Ministério da Saúde, publicações em redes sociais relacionadas à temática em estudo.

No primeiro momento dessa pesquisa, foi feito um investimento na revisão bibliográfica para fortalecer o campo teórico, consolidado no Capítulo 3 intitulado “A

*importância do princípio da integralidade na produção do cuidado em saúde no Sistema Único de Saúde”, e seus subtópicos.*

Antes da pandemia, foram realizados contatos iniciais com possíveis informantes da pesquisa, durante dois eventos realizados na UFRPE. Evento 1) Diálogos sobre Direitos Humanos: população trans e o direito à saúde, realizado pelo Observatório da Família, do Departamento de Ciências do Consumo da UFRPE, no dia 27/09/2019 e contou com a participação de Maria Lygia (MEPCT-PE) e Maria Gabriela (IAM-Friocruz-PE), conforme figura 1.



Figura 1 – Cartaz do Evento "Diálogos sobre Direitos Humanos: População Trans e o Direito à Saúde".

E o evento 2) "TRANSborda – 5 anos de laçação, acolhimento, afeto e cidadania", comemoração realizada pelo Espaço de Acolhimento e Cuidado Trans do HC, no dia 23/10/2019, que tratou dos desafios e possibilidades das pautas LGBTI na contemporaneidade. Estes foram importantes momentos de formação, que possibilitaram a aproximação da realidade vivenciada pela população trans e articulação de contatos para as entrevistas (Figura 2).



Figura 2 – Logo do evento TRANSborda

Esta articulação foi fundamental para ser possível realizar as entrevistas remotas, via WhatsApp, com três usuários/as e um profissional de saúde, respeitando os aspectos éticos na pesquisa, com anuência dos/as informantes. A fim de garantir o consentimento e a confidencialidade entre pesquisador e informantes utilizou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com a permissão dos/as entrevistados/as para registrar as informações das entrevistas (via autorização em áudio do WhatsApp ou assinatura digitalizada).

As entrevistas foram analisadas pela técnica de condensação de significados de Kvale. A técnica de condensação de significados permite construir formulações a partir das expressões das pessoas entrevistadas, abreviando em um formato mais condensado os significados encontrados no conteúdo das entrevistas, sem perder a essência da informação (KVALE, 1996 apud REGINO, 2016). Para isso, foram feitos destaques em todas as entrevistas transcritas, agrupando as falas conforme os objetivos a serem respondidos, a fim de auxiliar nas análises dos resultados.

O campo de pesquisa foi o serviço de saúde público voltado para a população transgênero na cidade de Recife, com foco na linha de cuidado do Processo Transexualizador e o público-alvo da pesquisa são os usuários/as dos serviços de saúde e profissionais envolvidos nesse cotidiano de atendimento à população trans. Os informantes que participaram da pesquisa - usuários/as que utilizam os serviços do Hospital das Clínicas do Recife de Pernambuco (HC-UFPE), Policlínica Lessa de Andrade/Ambulatório Patrícia Gomes, e a profissional de saúde entrevistada, trabalha no Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros – CISAM-UPE.

Quanto ao perfil dos/as entrevistados/as, a profissional de saúde tem formação em fonoaudiologia, trabalha no CISAM, possui doutorado e reside em Recife-PE. Os/as usuários/as dos serviços de saúde que participaram da pesquisa, tem o perfil conforme o quadro 1 e serão identificados/as no decorrer das análises com nomes fictícios, para resguardar o anonimato e confidencialidade.

**Quadro 2: Perfil dos/as usuários/as dos serviços de saúde do Processo Transsexualizador em Recife - PE**

Sexo	Idade	Ocupação	Escolaridade	Cidade/ Coabitação	Serviço de Saúde	Nome Fictício
Fem.	35	Educadora	Superior Completo	Recife/	Ambulatório Patrícia Gomes – Policlínica Lessa de Andrade	Dália
Fem.	24	Recepcionista	Médio	Recife/Mora só	Espaço de Atendimento para Homens Trans do CISAM - UPE	Rosa
Masc.	25	Estudante	Ensino superior em andamento	Recife/Mora com a mãe	Espaço de Acolhimento as Pessoas Transexuais e Travestis do Hospital das Clínicas - UFPE	Cravo

**Fonte:** Elaborado pelo autor (2020).



## **2. Análise da Produção do Cuidado em Saúde para a População Transgênero: um olhar sobre o cotidiano dos serviços do Processo Transexualizador do SUS**

A partir do mapeamento de publicações (jornais, revistas, documentos oficiais do Ministério da Saúde)<sup>6</sup> que tratam do cotidiano de produção do cuidado em saúde para a população LGBT, identificou-se que em Pernambuco os serviços de saúde que atendem ao Processo Transexualizador distribuem-se em três unidades de saúde: o Espaço de Acolhimento e Cuidado Trans do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC); o Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (Cisam - UPE); Ambulatório LGBT Patrícia Gomes da Policlínica Lessa de Andrade e Ambulatório LGBT Darlen Gasparelli.

O Cisam ele é um serviço que não é o pioneiro. Começou pelo HC (Hospital das Clínicas), foi o primeiro que foi instituído em 2015 aqui em Pernambuco pelo Ministério da Saúde [...]. E o serviço do Cisam veio depois mais focado aos homens trans, tá? (DEPOIMENTO DA PROFISSIONAL DE SAÚDE, 2020).

Todos os serviços apresentados estão localizados na região metropolitana do Recife/PE. Porém, somente o Hospital das Clínicas está habilitado para as duas modalidades - ambulatorial e hospitalar -, sendo também um dos cinco hospitais habilitados nessas modalidades no país. Conforme a Portaria n.º 2.803, de 19 de novembro de 2013, que dispõe dos procedimentos realizados na linha de cuidado do Processo Transexualizador, existe uma gama de procedimentos que deveriam ser garantidos para os/as usuários/as desses serviços nos âmbitos ambulatoriais e hospitalares, no sentido de possibilitar a integralidade no cuidado em saúde para a população trans.

Bom eu só tive acesso aos ambulatórios, porque é um ambulatório o Patrícia Gomes. Eu queria muito ter acesso a outros serviços, mais aí o espaço não oferta, né, por uma série de restrições. E aí quem ofertaria era o HC, mas diante da grande procura e de não ter mais vaga, infelizmente eu não tenho como ter acesso a todos procedimentos, a própria redesignação sexual e outras etapas assim (DEPOIMENTO DE DÁLIA – LESSA DE ANDRADE/AMBULATÓRIO PATRÍCIA GOMES, 2020).

---

<sup>6</sup>Mais detalhes:

<<<https://www.diariodepernambuco.com.br/noticia/vidaurbana/2018/08/processo-transexualizador-no-sus-10-anos-de-visibilidade-na-saude.html>>>.

No âmbito ambulatorial, a Portaria n.º 2.803/2013 prevê como procedimentos: 1) o acompanhamento do usuário(a) no processo transexualizador exclusivo nas etapas do pré e pós-operatório; 2) o tratamento hormonal no processo transexualizador; 3) o tratamento hormonal preparatório para cirurgia de redesignação sexual no processo transexualizador; e 4) o acompanhamento de usuário(a) no Processo Transexualizador exclusivamente para atendimento clínico.

No âmbito hospitalar, temos como procedimentos na linha do cuidado, 1) a redesignação sexual no sexo masculino; 2) a tireoplastia; 3) a mastectomia simples bilateral em usuária sob processo transexualizador; 4) histerectomia c/ anexectomia bilateral e colpectomia em usuárias sob processo transexualizador; 5) as cirurgias complementares de redesignação sexual; e 6) plástica mamária reconstrutiva bilateral incluindo prótese mamária de silicone bilateral no processo transexualizador.

Que é um grande problema que a gente tem, que até onde eu tenho conhecimento parece que são feitas apenas uma ou duas cirurgias por mês, com relação a redesignação, e com apenas um médico-cirurgião, né, então se ele vir a falecer eu não sei como esse serviço no HC ele vai tá funcionando, ele vai tá de certa forma comprometido. E aí no ambulatório, pela própria estrutura de atendimento, de serviços são afetados. São as limitações do processo em si (DEPOIMENTO DE DÁLIA – LESSA DE ANDRADE/AMBULATÓRIO PATRÍCIA GOMES, 2020).

E hoje em dia existe um fila de espera de mais de 300 pessoas, o Espaço Trans do HC, ele foi criado pra 140 pessoas, 180, alguma coisa assim, e hoje em dia tem quase 300 pessoas, né. E a questão de você ter um dia que você chegou lá, é basicamente de você ter a sua posição na fila de fazer a cirurgia, das mulheres fazer a cirurgia de transexualização, né, e os homens fazer a mastectomia. Aí né, essa data que você tem pra contar os dois anos que você tem que ter feito para o pré-operatório, enfim, pra conseguir fazer. Coisas que existem, mas diretamente na Portaria, né, porque na verdade, como você viu né, eu já tenho quase 5 anos e não fiz a cirurgia ainda. Então, o que tá escrito e o que é feito é bem longe da realidade (DEPOIMENTO DE CRAVO – ESPAÇO TRANS – HC, 2020).

Como já dito, em Pernambuco apenas o HC possui as duas modalidades, restringindo assim essa integralidade de acesso, fragmentando a linha de cuidados do Processo Transexualizador no cotidiano do trabalho em saúde e comprometendo

o atendimento ao/a usuário/a do serviço. Há atualmente no Cisam o intuito de também ofertar a modalidade hospitalar<sup>7</sup>, porém ainda em fase de diálogo.

Embora o acesso ao serviço hospitalar seja limitado, as entrevistas realizadas com os/as usuários/as nos mostraram pontos positivos vivenciados pelas experiências cotidianas nos serviços de saúde. Isso nos levou a compreender o processo de trabalho voltado para o diagnóstico dos serviços especializados em Recife, em análise paralela às diretrizes normatizadas na Portaria 2.803/2013 sobre o Processo Transexualizador no SUS.

Por exemplo, uma etapa fundamental no Processo Transexualizador é o processo de acolhimento e segundo as impressões dos/as usuários/as, esse atendimento à população trans nos serviços de saúde de Recife são momentos de cuidado onde o fazer saúde se constitui.

[...] Quando eu comecei a frequentar a Policlínica Lessa de Andrade, e especificamente o Ambulatório Patrícia Gomes, de fato há um acolhimento que é bem diferenciado em relação aos serviços de saúde em geral. Porque lá você tem um acolhimento de uma equipe que (DEPOIMENTO DÁLIA – LESSA DE ANDRADE/AMBULATÓRIO PATRÍCIA GOMES, 2020).

Essa fala nos revela que acolher significa se desprender das concepções morais e individuais, onde o profissional de saúde deve se colocar como parte do processo para promover um ambiente de bem-estar, segurança, por meio do diálogo aberto e respeitoso entre os/as usuários/as e este profissional.

Bom eles são super gentis, eles são super conscientes também sabe, com quem eles tão lidando, né. Então eles respeitam bastante os corpos trans [...]. No que a gente precisar eles tão lá pra ajudar, realmente eles são muito, muito humanos (DEPOIMENTO DE ROSA – CISAM - UPE, 2020).

[...] eu fui acolhido, fui pra enfermagem, também lá fez várias perguntas [...] tem uma escuta, uma coisa bem legal. E depois, poucos meses depois que eu comecei a fazer parte de um grupo de terapia que existe lá [...] quando você entra, você tem uma “TR”, que é uma tutora, e essa TR ela vai cuidar de você. Ela vai procurar ver o que ela pode te ajudar, procurar ver como ela pode.” (DEPOIMENTO DE CRAVO – ESPAÇO TRANS HC, 2020).

Outro momento bastante significativo do cotidiano encontrado nos serviços está na seguinte fala:

---

<sup>7</sup> Mais detalhes: <<

<http://portal.saude.pe.gov.br/programa/secretaria-executiva-de-atencao-saude/saude-integral-lgbt> >>.

O médico que me atendeu, na primeira consulta, ele foi um profissional muito sensível, então ele buscou entender minha história, fez uma série de perguntas me deixou bem à vontade [...] ele possibilitou que minha narrativa ganhasse uma relevância no processo de acolhimento, então pra mim foi muito significativo porque eu vi um lado muito humano e sensível de um profissional da saúde [...]. Sem dizer que quando tá A, ou B, ou C era um equívoco, era errado. Então ele ouviu a minha história e depois ele fez os procedimentos básicos de uma consulta de uma clínica geral [...]. (DEPOIMENTO DE DÁLIA – LESSA DE ANDRADE/AMBULATÓRIO PATRÍCIA GOMES, 2020).

Evidencia-se aqui a produção do cuidado por meio da escuta, em concordância com Pinheiro (2008), num atendimento que respeite o usuário, com um olhar para as necessidades específicas, trazendo para a saúde o 'direito de ser', permitindo que este usuário/a tenha uma participação ativa durante as decisões de seu processo. O ato de produzir a partir do que o cerca é algo fundamental para construção do humano como dissidente dos demais, como explica Merhy e Franco (2008). O processo de trabalho acaba dando forma e significado de existência não só ao seu produto, mas também ao indivíduo que o desempenhou, como podemos constatar no depoimento da profissional de saúde abaixo.

No primeiro momento é feita uma escuta qualificada, certo, com uma enfermeira que é capacitada para isso, né. Uma enfermeira de saúde mental que olha de forma qualificada, pois esses meninos (trans), eles vêm com histórias de vida muito difíceis e sempre chegam pra gente com um histórico de ideação suicida, então a gente tem que ter muito cuidado no momento dessa escuta. Então a gente achou por bem, no momento em que eles estão ingressando no serviço essa escuta ser feita por uma enfermeira de saúde mental, ela é capacitada para isso, então ela faz a escuta qualificada, e a partir dessa escuta qualificada, esse acolhimento, ela vai começar a direcionar para o leque de profissionais existentes no hospital. Quais são? A fonoaudiologia, a psicologia, a psiquiatria, o endócrino, tá, a ginecologia. Pronto, são esses serviços que temos disponíveis (PROFISSIONAL DE SAÚDE, CISAM – 2020).

Consoante aos relatos nota-se que o momento de entrada – acolhimento - é feito de forma humanizada, por profissionais sensibilizados para garantir a/ao usuário/a um atendimento respeitoso, digno e com escuta qualificada, tal qual está previsto na linha de cuidado do Processo Transsexualizador do SUS.

Durante as entrevistas os/as usuários/as relataram fazer apenas o uso da modalidade ambulatorial até o momento, havendo o desejo de também realizar os procedimentos cirúrgicos, posteriormente, quando possível. Dentro dessa modalidade, a Portaria estabelece um grupo multidisciplinar de profissionais mínimo que o serviço deve atender, sendo: (1) médico psiquiatra; (1) médico

endocrinologista; (1) psicólogo; (1) médico ginecologista; (1) médico urologista; (1) enfermeiro; (1) assistente social; (1) médico clínico e (1) médico-cirurgião plástico. Pelos relatos a equipe multidisciplinar atende as determinações mínimas ao nível ambulatorial, o mesmo parece não acontecer no processo de todos os usuários ao nível hospitalar, sem equipe profissional que atue exclusivamente para o serviço, como pontua a fala a seguir.

[...] as cirurgias da mastectomia dos homens trans já não tem um mastologista que faça parte do Espaço [...]. A médica que tinha ela engravidou, e a outra que tinha antes também engravidou, as duas engravidaram quase no mesmo tempo e aí não tinha como fazer, mas mesmo assim ela não era, assim vamos dizer, parte integrante do Espaço Trans, ela meio que, se dividia entendeu? [...]. O Espaço teve uma grande dificuldade pra achar um mastologista que fizesse parte da equipe (DEPOIMENTO DE CRAVO – ESPAÇO TRANS HC, 2020).

O usuário ainda comenta que essa falta, afeta os homens trans do serviço, e que as cirurgias para as mulheres continuam a acontecer por serem mais organizadas e contar com um profissional sensibilizado às necessidades do público. Mesmo no atendimento ambulatorial, sendo a modalidade a qual todos entrevistados se inserem no processo nesse momento também apresenta problemas que impossibilitam do serviço em responder a todas as expectativas dos/as usuários/as acaba “obrigando-os” a continuar o processo por custo próprio, os entrevistados apresentam duas queixas, a não na dispensa de medicamentos falta de insumo ou pelo serviço não o oferecer, realidade encontrada em dois dos três serviços.

Então essa é uma questão bem pertinente porque nem todo mundo tem dinheiro pra comprar as medicações. Por exemplo, eu ano passado tive um problema grande, porque eu tava tomando Nebido (medicamento hormonal). [...] Só que as taxas do meu sangue, elas aumentam com Nebido, então eu não posso tomar. [...] difícil e a Nebido tava dispensando lá no Espaço Trans. A Nebido ela custa em torno de R\$ 400,00 a R\$ 500,00, aí acabou, ano passado. [...] Aí você já tem que mudar pra outro hormônio mais barato, porque geralmente muitas pessoas não podem comprar um hormônio nesse valor, então vai pra Deposterol (medicamento hormonal), [...] custa mais ou menos R\$ 40,00 uma caixa com 3 ampolas e geralmente você toma de 15 em 15 dias, no caso você passa o quê...um mês e um pouquinho com uma caixa, né, mas aí é um custo. E no meu caso que tive esses problemas, eu passei uns dois meses ou três sem tomar hormônio pra baixar as taxas, e quando voltou, eu não... tive que tomar meia ampola e ainda tive que tomar um remédio manipulado, que o remédio custa R\$ 80,00 (DEPOIMENTO DE CRAVO - ESPAÇO TRANS HC, 2020)

No Lessa os hormônios eram gratuitos, continuam sendo. Já no Cisam eles entregam a receita e agente tem comprar os hormônios. A única questão mesmo, e problemática de algumas clínicas ambulatoriais é a questão do hormônio, porque tem pra homens trans mas não tem pra mulheres, no Cisam, já no Lessa tem pra mulheres, mas não tem pra homens, e é isso. (DEPOIMENTO DE ROSA – CISAM – UPE, 2020)

A gente pode pegar os hormônios na Unidade de Saúde da Família ou no próprio Lessa, eu consegui pegar parte da minha medicação no Lessa, em relação a antidepressivo, enfim os remédios que eu precisava, a outra parte eu peguei na Unidade de Saúde da Família. Então eles tão dispensando remédios, e tão dispensando remédios numa quantidade pra um tempo maior, dois, três meses, pra gente não ter que ir a esses espaços e ficar mais vulnerável ao Covid. Eles tiveram essa preocupação da gente não tá sendo exposta a situações de maior vulnerabilidade pra não se contaminar nessa pandemia (DEPOIMENTO DE DÁLIA – LESSA DE ANDRADE/AMBULATÓRIO PATRÍCIA GOMES, 2020).

Os usuários reconhecem que têm direito a ter o medicamento fornecido por meio dos serviços, mas destacam também que essa dispensa de remédios varia segundo a disponibilidade dos serviços. As falas acima nos mostram três realidades diferentes: um serviço não tinha em seu estoque o hormônio Nebido, enquanto outro serviço fazia dispensa de apenas de receita para hormônios para mulheres trans e travestis já como protocolo habitual, o último tinham estoques de medicamentos diferentes, inclusive dispensados em tempos de pandemia em quantidade suficientes para até três meses de consumo pelos usuários, considerados mais vulneráveis em tempos de pandemia.

Os depoimentos nos apresentam a preocupação de alguns serviços em garantir aos usuários o cuidado em saúde, criando estratégias mesmo em tempos de isolamento social, para adaptar a realidade de cada indivíduo e estes poderem continuar tendo acesso aos medicamentos que lhes proporcionam saúde emocional e física. É importante compreender que a insuficiência no fornecimento de medicamentos em alguns serviços, são problemas estruturais e no caso dos hormônios, pode prejudicar a continuidade de um procedimento médico de modificação corpórea, seja por ter em alguns serviços uma única opção de medicamento ou pela falta do mesmo. Essa “descontinuidade” fragiliza a integralidade do cuidado em saúde e essa “padronização” de uma única medicação, não atende às especificidades das condições de saúde de todos os usuários, como pessoas que tenham complicações de saúde devido o uso de determinado tipo de medicamento.

E isso leva a indicar um fenômeno evidenciado nesse cotidiano, ou seja, a compra de medicamentos pelos usuários, que se torna necessária devido à falta e/ou restrições de acesso destes nos serviços de saúde, porém ela passa a ser uma tática “perigosa” utilizada pelos/as usuários/as trans, quando recorrem à automedicação e a compra de medicamentos mais baratos que não os prescritos nos serviços pelos profissionais de saúde que os acompanham.

A hormonização consiste na administração de estrogênio por via oral ou injetável e de antiandrogênicos que bloqueiam a ação excessiva da testosterona. Esse processo deve ser individualizado, com base nas metas pessoais, na relação risco/benefício dos medicamentos e condições de saúde e considerando questões socioeconômicas (KRUGER, 2019, p. 3).

Identificou-se nas rotinas dos serviços um empenho de construir espaços que deem conta de suprir as demandas - como, por exemplo, a falta de medicamentos - com forte presença do trabalho relacional e a intencionalidade de agir para resolução da necessidade de quem busca o Processo. O processo de trabalho vivenciado pelos usuários nos serviços especializados concebe a importância da centralidade de tecnologias leves, e seu papel fundamental na realidade que cerca os trabalhos em saúde, privilegia sua hegemonia durante todo o processo. Entendemos que esse cotidiano é o espaço do trabalho vivo em ato, que ocorre no encontro entre profissional de saúde e usuário, que consegue responder a necessidades tão subjetivas resultante na produção do cuidado (MERHY & FRANCO, 2003; FARIA & ARAUJO, 2010).

Eu acho que do ponto de vista de trabalho, assim, quando eu olho o que era o serviço a três anos atrás e o que é hoje, eu acho que eles são bem organizados. Eles têm ONGs e instituições que eles pleiteiam bastante direitos, eles vão lá realmente barganhar direitos, eles têm voz. Ao ponto que hoje é uma prática do serviço dispensar a testosterona, tá. Então os exames são feitos regularmente, o acompanhamento com o endócrino, a gente sabe que o processo transexualizador, a gente tá fazendo, mas a longo prazo, a muito longo prazo, a gente não tem noção do que esses hormônios vão repercutir, então o que a gente tem de protocolo é o que se usa internacionalmente, mas existe uma questão da diversidade cultural, social, que também a gente deve levar em consideração em todo protocolo. Em relação aos profissionais, eu acho que por se tratar de um serviço pra homens e mulheres trans, ou pra por ser credenciado pelo Ministério da Saúde a gente também deveria tá cobrindo as mulheres trans, nós temos poucas em relação aos meninos, então, nós temos cerca de duzentos a trezentos meninas lá, atendendo lá, eu acho que seria necessário uma melhor qualificação dos profissionais para abarcarmos mais meninas (PROFISSIONAL DE SAÚDE DO CISAM, 2020).

Esse modo ofertar o cuidado como *modus operandi* durante o atendimento, assimila que o fracionamento do trabalho em microprocessos é incompatível com a natureza do trabalho em saúde, que deve dar protagonismo a liberdade criativa do trabalhador e um atendimento ao usuário que responda no sentido da singularidade do indivíduo. Isso fica bem evidente na fala da profissional de saúde, quando ela destaca a necessidade de qualificação profissional para atender de forma mais adequada às mulheres trans.

Contudo, os esforços dos profissionais de saúde em manter a integralidade da atenção na linha do cuidado do Processo Transexualizador, se deparam com a lentidão na expansão da rede de assistência, com a falta de insumos e de equipe multidisciplinar para atender uma demanda reprimida desse serviço.

“O Espaço Trans deveria proporcionar mais para os usuários, mas por questões além da vontade não proporciona e às vezes a pessoa não pode seguir o tratamento corretamente porque não tem condições” (DEPOIMENTO DE CRAVO - ESPAÇO TRANS HC, 2020).

De fato existe toda uma dificuldade, do próprio desmonte da saúde pública, poderia ser ter um quadro muito maior de funcionários e funcionárias para que não houvesse uma sobrecarga de trabalho, mas em linhas gerais, assim eu percebo que é muito compromisso do profissional pra que o ambulatório não seja tão prejudicado, assim por essa política de desmonte (DEPOIMENTO DE DÁLIA – LESSA DE ANDRADE/AMBULATÓRIO PATRÍCIA GOMES, 2020).

Situações que se agravam no atual contexto da pandemia do Coronavírus (Covid-19), já que os atendimentos foram suspensos durante o isolamento social<sup>8</sup>. Há esforços dos serviços em manter minimamente a dispensa de receitas e medicamentos, e atendimentos psicológicos remotos, porém não alcançam todos os usuários, que também possuem limitações tecnológicas para acessar os serviços remotamente.

É eu tô tendo o acompanhamento psicológico remoto né, e o psiquiátrico também. Solicitei o psiquiátrico durante a pandemia, então a gente tem todas as sessões realizadas virtualmente, o ambulatório teve essa preocupação de manter os serviços, as receitas são renovadas também, num período de três meses pra que a gente tenha acesso, a hormonização

---

<sup>8</sup> Os procedimentos cirúrgicos que constam na Portaria n.º 2.803/2013 são considerados eletivos e visto o risco de disseminação da Covid-19 nesses espaços, assim também acontece com os atendimentos presenciais clínicos da modalidade ambulatorial. Mais detalhes: <<  
<http://www.generationnumero.media/isolamento-acesso-trans-saude/>>>.



(DEPOIMENTO DE DÁLIA – LESSA DE ANDRADE/AMBULATÓRIO PATRÍCIA GOMES, 2020).

Então os meninos que chegam lá (serviço), digamos, os meninos todo de barba, mas não fizeram ainda a cirurgia de retirada de mama, então chega aqueles homens todo de barba, com a perna muito cabeluda, com a voz super grave, com a mama, eles se sentem rejeitados. Então eu acho que a gente precisaria evoluir nesse sentido sim, eu acho que quando eles lutam para que o serviço, no momento do acolhimento tenha uma questão da representatividade deles, ou um homem trans pra fazer essa escuta deles, ou um homem trans pra fazer essa escuta junto da enfermeira, ou uma mulher trans, porque eles sente na pele a necessidade de verdade, então, acho que por mais que a gente leia, por mais que escute falar do tema, a gente não vivenciou, e eles pedem muito por isso: “Olha a gente queria uma representatividade, a pessoa que a gente vem trazer os documentos, alguém aqui dentro”. Poxa, é um homem trans que tá ali no serviço, ó que legal. É um serviço trans que tem pessoas trans atendendo. Eu acho que isso precisaria também acontecer pra poder, digamos assim, o serviço ser de fato implementado, não parcialmente implementado (PROFISSIONAL DE SAÚDE – CISAM, 2020).

Com isso, percebe-se que os sistemas e serviços de saúde ao se organizarem para atender as necessidades de saúde demandadas pelos usuários trans, devem ter como princípio norteador a integralidade e a concepção/prática ampliada do conceito de saúde. Dessa forma, é possível criar meios e processos de trabalho no cuidado em saúde voltados para o indivíduo e suas especificidades, para que este construa sua narrativa e conquiste sua autonomia conforme o seu modo de vida. Um processo de trabalho integral que permita, por meio de ações educativas de promoção de saúde, garantir a compreensão do indivíduo como participante ativo da construção de seu processo saúde-doença e que esse serviço possa ser organizado para atender as demandas subjetivas em diálogo com a sua história de vida de cada indivíduo. É um cuidado em saúde que possibilite ao usuário se sentir representado e pertencente àquele espaço do cuidar, que crie possibilidade de ampliar o escopo das suas necessidades (físicas, estruturais, recursos humanos, acolhimento, etc) para atendê-lo de forma mais adequada, considerando as reais necessidades físicas, biológicas e emocionais.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluimos que a integralidade do cuidado em saúde no cotidiano dos serviços da população transgênero é um processo em construção, sendo realizada por meio do acolhimento, da escuta qualificada, do tratamento digno e respeitoso junto aos/as usuários/as. Corroborando com os objetivos firmados na Portaria n.º 2.803/2013 que *Redefini do Processo Transexualizador no âmbito de SUS*, entendendo que a atenção a saúde transexuais e travestis vai além de procedimentos como a hormonização e cirurgias e na *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis*, no entendimento de que para além de necessidades de saúde específicas os estigmas e preconceitos na sociedade vivenciados por esses grupos são determinantes de adoecimento, e por isso firma o compromisso de combater as discriminações. Existe interação e vínculos entre a equipe dos profissionais de saúde e os/as usuários/as, e isso são aspectos fundamentais para manter a continuidade dos atendimentos e o acompanhamento mais sistemático no Processo Transexualizador.

Dessa forma, pelas falas dos/as entrevistados/as percebe-se que os serviços de saúde utilizados por eles/as relacionadas ao Processo Transexualizador em Recife, assumem na prática a perspectiva humanizada do processo saúde-doença e na produção do cuidado em Recife. O acolhimento, a escuta qualificada, o respeito à história de vida dos sujeitos (pessoas transgêneros), as formações que debatem temas como gênero, violências simbólicas, foram ações que predominaram nos depoimentos dos usuários e que criam uma cultura positiva no cotidiano de trabalho em saúde que se contrapõem ao modelo biomédico, do diagnóstico, da cura de lesões e de fragmentação dos sujeitos. Porém, destaca-se também em um serviço, a preocupação da profissional de saúde em relação à ampliação do cuidado em saúde mais qualificado para as mulheres trans e a adequação do processo de trabalho para atender as demandas dos homens trans, que em não se sentiam confortáveis no serviço, pois não percebiam representados no processo de escuta e de atendimento.

Importante destacar que as ações elencadas acima pertencem ao âmbito ambulatorial e que existe um esforço desses serviços de saúde de integrar e adequar as atividades para atender às demandas e realidades dos/as usuários/as, entretanto, existem limitações que inviabilizam a implementação efetiva de

determinados procedimentos devido um número reduzido de funcionários/as e profissionais de saúde, a falta de medicamentos, que está associado também ao subfinanciamento da saúde pública no Brasil. Para suprir essa falta de medicamentos em alguns serviços, alguns usuários utilizam como tática a compra de medicamentos mais baratos e não prescritos pelos profissionais de saúde, podendo inclusive levar a automedicação, pois visando reduzir os gastos com o consumo desses medicamentos prescritos, alguns usuários, optam por combinar diferentes medicamentos (não prescritos) para atingir o resultado esperado.

Porém, a integralidade do cuidado em saúde no atendimento à população transgênero fica comprometida quando os usuários passam a ter que custear os seus medicamentos, quando existe limitação do número de serviços em Recife que ofertam os procedimentos hospitalares, como cirurgias e acompanhamento pré e pós-operatório. Isso gera uma demanda reprimida por procedimentos hospitalares, que ocasionam filas de espera, ao serem realizadas em pouca quantidade e ainda impulsiona uma condição de adoecimento para a população trans. É necessário ampliar o número de serviços que ofertem os procedimentos previstos na linha de cuidado do Processo Transexualizador em Recife e Pernambuco, para ser possível na prática realizar o desejo e as necessidades dos/as usuários/as transgêneros, e dar continuidade às etapas estabelecidas na Portaria n.º 2.803/2013 Para isso deve-se o Estado garantir as condições técnicas, de instalações físicas e de recursos humanos qualificados nos serviços.

A estruturação e organização dos serviços ambulatoriais e hospitalares para atender as ações e implementar os procedimentos do Processo Transexualizador universalmente, é fundamental para garantir a saúde da população trans, considerando suas especificidades e demandas, para que as pessoas transgêneros não deixem de ter atendimento por indisponibilidade de acesso aos serviços de saúde e por conta disso, acabem criando táticas e alternativas que as levem ao adoecimento físico e emocional.

Por fim, é importante reconhecer os desafios e muitas metas a serem atingidas, mas também é preciso admitir a existência de um avanço no que se refere aos direitos sociais já garantidos, via políticas específicas para a população trans, tendo em vista todo processo histórico de luta dos movimentos LGBTQIA+, destacando por direitos à saúde no Brasil.

Ao observar os reflexos que o cotidiano dos serviços de saúde através de seus usuários e profissionais, e considerando que a efetivação desses serviços é também garantia de direitos de cidadania. É possível sinalizar o retrato local do emprego das referidas políticas de saúde na materialidade de seus usuários, seus limites e avanços. Podendo-se ampliar e avançar nos estudos dos aparelhos do SUS em Pernambuco que atendem à população trans, desenvolvendo indicadores e iniciativas de qualidade (UFRPE, 2019) da aplicação constitucional e das Políticas de Saúde Integral LGBT para efetiva integralidade na produção do cuidado em saúde para este grupo.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, Zenaide Neto. SUS: Sistema Único de Saúde — antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. São Paulo: Martinari, 2011. 192 p.

ARÁN, Márcia; MURTA, Daniela; LIONÇO, Tatiana. Transexualidade e Saúde Pública no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, jul./ago. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo>>. Acesso em: jan. 2020

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições, 2009.

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

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.652, de 2 de Dezembro de 2002. Resolução nº 1.955, de 3 de Setembro de 2010. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF. 3 Set 2010; sec. 1, p. 109-110.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.707/GM, de 18 de Agosto de 2008. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. *Diário Oficial União*. 18 Ago 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.836/GM, de 1 de Dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). *Diário Oficial da União*. 1 Dez 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.803/GM, de 19 de Novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial União*. 19 Nov 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Princípios do SUS. Disponível em: <<<https://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>>>. Brasília, 2020. Acesso em: 03 de junho de 2020.

CARVALHO, G. Os governos trincam e truncam o conceito da integralidade. *Riode Janeiro: RADIS*, 2006. p. 16 v. 49.

SCOREL, S. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. (Org.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 323-362.

SCOREL, S.; TEIXEIRA, A. L. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In:

FARIA, Helaynne Ximenes; ARAUJO, Maristela Dalbello. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. *Saude soc.*, São Paulo , v. 19, n. 2, p. 429-439, jun. 2010 . Disponível em

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902010000200018&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000200018&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 24 jul. 2020.

GIOVANELLA, L. (Org.). Políticas e sistemas de saúde no Brasil.2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 279-319.

HAGUETTE, T. M. F. Metodologias qualitativas em sociologia. Petrópolis: Vozes, 1992.

KRUGER, Alícia et al . Características do uso de hormônios por travestis e mulheres transexuais do Distrito Federal brasileiro. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo , v. 22, supl. 1, e190004, 2019 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2019000200401&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2019000200401&lng=en&nrm=iso)>. access on 23 July 2020. Epub Sep 26, 2019. <https://doi.org/10.1590/1980-549720190004.supl.1>.

KVALE, Steinar. Interviews. An introduction to Qualitative Research Interviewing. Sage Publications, Thousand Oaks, London, New Delhi, 1996. In:

REGINO, Fabiane Alves. O desejo de ter filhos e a construção de gênero nas políticas de saúde: análise da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida. - Recife: [s.n.], 2016. 220 p. Tese (Doutorado em saúde pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2016.

MARTINS, J.S. Exclusão social e a nova desigualdade. São Paulo (SP): Paulus;1997.

MATTOS, R. A. de. (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2001.

MENDONÇA, R. Serviços de saúde para a população trans sofrem com fila de espera em Pernambuco, Recife, 13, fevereiro de 2020 . Seção: Direitos Humanos. Disponível em: <<https://www.brasildefato.com.br/2020/02/13/servicos-de-saude-para-a-populacao-trans-sofrem-com-fila-de-espera-em-pernambuco>>. Acesso em: 24 Mai. De 2020.

MERHY, E.E. & FRANCO, T.B., Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional in *Saúde em Debate*, Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez de 2003.

MERHY, E.E.; FRANCO, B. T. Trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. Dicionário da educação profissional em saúde.2.ed., Rio de Janeiro: EPSJV, 2008

PAIM, Jairnilson. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, [online] 9 May, 2011. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo\\_saude\\_brasil\\_1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_1.pdf). Acesso em: 26 Mar. De 2020.

PINHEIRO, R. Integralidade como princípio do direito à saúde. *Cuidado em Saúde*. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2.ed., Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

REGINO, Fabiane Alves. O desejo de ter filhos e a construção de gênero nas políticas de saúde: análise da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida. - Recife: [s.n.], 2016. 220 p. Tese (Doutorado em saúde pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2016.

REGINO, Jonas Alves. Ações de guerra sem o uso de armas: o Serviço Especial de Saúde Pública no Vale do Rio Doce/MG (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Viçosa – UFV. Viçosa/MG, Junho de 2007.

RICHARDSON, R. J, et al. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas, 1989.

ROCON, Pablo Cardozo et al . Desafios enfrentados por pessoas trans para acessar o processo transexualizador do Sistema Único de Saúde. *Interface (Botucatu), Botucatu* , v. 23, e180633, 2019. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832019000100268&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100268&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26 de Mar. de 2020.

SANTOS, Marta Alves. Lutas sociais pela saúde pública no Brasil frente aos desafios contemporâneos. *R. Katál.*, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 233-240, jul./dez. 2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO, Projeto Pedagógico do Curso de Bacharelado em Ciências do consumo. Recife, p. 5-22. 2019. Disponível em:<<http://www.ufrpe.br/sites/www.ufrpe.br/files/PPC%20de%20CONSUMO.pdf>>. Acesso em: 17 de abr de 2023.