

O PROCESSO TRANSEXUALIZADOR E A PRODUÇÃO DO CUIDADO: UM OLHAR SOBRE O COTIDIANO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DA CIDADE DO RECIFE/PE

THE TRANSEXUALIZER PROCESS AND THE PRODUCTION OF CARE: A LOOK AT THE EVERYDAY OF HEALTH SERVICES IN THE CITY OF RECIFE/PE

EL PROCESO TRANSEXUALIZADOR Y LA PRODUCCIÓN DEL CUIDADO: UNA MIRADA A LA COTIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA CIUDAD DE RECIFE/PE

Fabiane Alves Regino¹
Felipe de Albuquerque Silva²

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 integralidade no cuidado. Este artigo objetiva analisar a produção do cuidado do PrTr nos serviços de saúde de Recife/Pernambuco, que atendem à população trans. 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 interior do Estado e investir em procedimentos de alta complexidade.

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

Abstract

The incorporation of the Transexualizador Process (PrTr) in the procedures performed by the Unified Health System/SUS expands the reception network for the transsexual population in public health services, based on universal access and integral care. This article aims to analyze the production of PrTr care in health services in Recife / Pernambuco, which serve the trans population. The qualitative approach of the research made it possible to understand the daily production of care, from the perspective of comprehensiveness and of the interviewed users. The integrality in services for the transsexual population is a process under construction that challenges the biomedical logic of care production. Embrace, qualified listening, dignified/respectful treatment are essential to guarantee integrality care in these services, however it is still necessary to expand the number of professionals and specialized services in the capital and interior of the State and invest in highly complex procedures.

Keywords: Health Services for Transgender Persons. Health Policy. Integrality in Health.

Resumen

La incorporación del Proceso Transexualizador (PrTr) en los trámites que realiza el Sistema Único de Salud/SUS amplía la red de acogida de la población transexual en los servicios públicos de salud, basada en el acceso universal y la atención integral. Apuntemos analizar la producción de la atención PrTr en los servicios de salud en Recife/Pernambuco, que atienden a la población trans. El abordaje cualitativo permitió comprender la producción

¹ Departamento de Ciências Domésticas - Área de Alimentos, Nutrição e Saúde, da Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE). DOI: <https://orcid.org/0000-0001-9213-8557> E-mail: fabiane.regino@ufrpe.br

² Graduando em Ciências do Consumo - UFRPE. Realiza pesquisas na área da Saúde e Direitos. Integra o Grupo de Pesquisa HubPratiCCO, Observatório das Famílias e Espaço Escuta Acolhedora da UFRPE. DOI: <https://orcid.org/0000-0001-8432-3568> E-mail: felipealbuquerque358@gmail.com

diária de cuidados, desde la perspectiva de los usuarios. La integralidad en los servicios para la población transexual es un proceso en construcción que desafía la lógica biomédica de la producción de cuidados. La acogida del usuario, la escucha calificada, el trato digno/respetuoso fueron resaltados como fundamentales para garantizar la atención integral en estos servicios, sin embargo es necesario ampliar el número de profesionales y servicios especializados en la capital e interior del Estado e invertir en trámites de alta complejidad.

Palabras clave: Servicios de salud para personas transgénero. Políticas de salud. Integralidad en salud.

INTRODUÇÃO

A saúde como direito de todos/as prevista na Constituição Federal Brasileira de 1988 foi fruto da luta dos movimentos sociais das décadas de 1970 e 1980, tendo como maior expoente o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (RSB), que promoveu a participação democrática dos setores sociais na composição de meios políticos para atender aos anseios da população por um melhor cenário sanitário no país.

O despontar do Movimento da RSB na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, que aspirava um sistema de saúde público, teve como fruto a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que materializava os desejos de transformações e de garantia da saúde como direito a todos/as cidadãos e cidadãs em todo território nacional, sendo dever do Estado Brasileiro em provê-la. O SUS coordena as políticas, os programas, os serviços e ações públicas de saúde, organizadas de forma hierárquica e regionalizadas, norteadas e regidas por seus princípios doutrinários e organizativos (AGUIAR, 2011).

Um marco no campo das políticas de saúde foi a incorporação do Processo Transexualizador (PrTr) nos procedimentos regulamentados pelo Ministério da Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), em 2008, por meio da Portaria nº 457/2008, com o objetivo de garantir atendimento às pessoas transexuais e travestis na rede pública de serviços de saúde, baseados nos princípios da universalização do acesso e integralidade no cuidado. A partir da necessidade de ampliar o acesso ao PrTr e implementar ações, serviços e procedimentos que promovam o alívio do sofrimento, dor e adoecimento, corporal e psíquico, relacionados à inadequação da identidade das pessoas transexuais e travestis, institui-se a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, pela Portaria nº 2.836 em 1º de Dezembro de 2011 (BRASIL, 2011).

Com isso, o Processo Transexualizador passa a ser redefinido e ampliado pela Portaria nº 2.803 de 19 de Novembro de 2013, com foco no acesso à saúde integral, pública e gratuita, para suprir as demandas de saúde da população trans, seguindo os princípios estabelecidos na Política Nacional de Saúde Integral LGBT.

Considera-se nesse artigo que homens e mulheres trans vivenciam condições de subalternidades em seu cotidiano, pois os direitos constitucionais não os/as alcançam da mesma forma e o corpo *trans* acaba sendo marcador de exclusão que determina o acesso (ou não) aos direitos sociais, entre eles o direito à saúde. Esses aspectos estão presentes em suas trajetórias de vida, no enfrentamento de obstáculos ao tentar acessar os serviços de saúde, que não possuem em sua linha de cuidado os procedimentos do Processo Transexualizador/SUS.

Adotou-se o termo “população trans” em alguns momentos no artigo para se referir à pessoa transgênero, considerando que a transexualidade é condição da pessoa cuja identidade de gênero difere daquela designada no nascimento (MENDONÇA, 2020)³.

Neste artigo, objetivou-se analisar a produção do cuidado em saúde do Processo Transexualizador, nos serviços públicos de saúde da cidade do Recife/PE que atendem à população trans. A categoria teórica que abarca essa análise é a integralidade, que é um dos mais importantes princípios doutrinários do SUS e na prática se materializa nas ações de saúde como serviço e como direito. A integralidade nas ações na perspectiva holística e sensível ao usuário e usuária, contextualizada e de ruptura com a fragmentação dos corpos e dos cuidados em saúde (PINHEIRO, 2008, p.111).

A produção do cuidado em saúde para a população trans à luz da integralidade, “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) e representa um grande desafio para os serviços e profissionais de saúde, pois colocam em xeque as práticas biomédicas tradicionais de objetivação do sujeito e de percepção da transexualidade exclusivamente sob a ótica patológica.

São práticas que podem reproduzir padrões heteronormativos no cotidiano dos serviços de saúde e na produção do cuidado e fortalecer o preconceito, o adoecimento e a exclusão dos direitos à saúde integral dessa população. As políticas de saúde devem ser regidas pelos princípios democráticos estabelecidos na Constituição Federal e pelos princípios doutrinários e organizativos delimitados no SUS, para que as reconstruções de conceitos, valores e práticas

³ Uma pessoa transexual pode procurar fazer a transição social para outro gênero, através da forma como se apresenta ou de intervenções no corpo, podendo ser redesignação sexual ou apenas feminilização ou masculinização, dependendo do gênero a ser transicionado. Travestis e transexuais ainda são vistas pela medicina como seres portadores de patologia e de uma Classificação Internacional de Doenças (CID) que lhes identifica. Em 2018, a Organização Mundial de Saúde (OMS) retirou a transexualidade da lista de transtornos mentais, porém, continua na Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID), mas em uma nova categoria, denominada saúde sexual” (MENDONÇA, 2020).

na produção do cuidado em saúde se efetive junto à população trans, sobretudo no acesso aos procedimentos previstos na linha de cuidados do Processo Transexualizador.

A INTEGRALIDADE NA PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

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).

O SUS orienta-se por princípios organizativos e doutrinários, que são as expressões ideológicas materializadas na criação e efetivação do Sistema, 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 integram uma rede regionalizada e hierarquizada que norteiam as ações e os serviços públicos de saúde.

Para dar seguimento à implantação do Sistema como proposto pelas Leis Orgânicas da Saúde (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 ao Sistema, 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 que 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 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, significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior. A integralidade “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” é um dos princípios mais essenciais do cuidado em saúde (PINHEIRO, 2008).

As integralidades concebidas pela Reforma Sanitária Brasileira 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; e a integralidade entre as políticas de saúde e políticas sociais, tendo por finalidade garantir a condição de saúde em toda esfera da vida social (PAIM, 2008, p. 552).

Carvalho (2006) apresenta a visão da integralidade em panoramas, como organizador da interação horizontal entre os níveis de atenção, de modo que não haja rupturas no segmento do sistema para resolução dos problemas, e 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 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 diferentes. O/a trabalhador/a da saúde deve levar em consideração essa transversalidade ao produzir ações de prevenção, promoção e tratamento, racionalizando os bens de consumo disponíveis e ter sensibilidade afim 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. 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.

PROCESSO TRANSEXUALIZADOR NO SUS: GARANTIA DA SAÚDE PARA A POPULAÇÃO TRANSGÊNERO

As políticas públicas definidas como 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, busca garantir seus direitos sociais, por meio de uma ação, um programa ou um serviço. Entre os direitos sociais, destacamos o direito à saúde, que no Brasil é viabilizado pelo SUS, constituído pelos princípios da universalidade, integralidade e ofertado de forma gratuita aos/às 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. No

âmbito das 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 LBGT (*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 e aos aspectos definidores de saúde dessa parcela da população que apresentavam necessidades diversas e específicas. Os movimentos LBGTs 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, para assim poder cumprir com a universalização do acesso aos serviços de saúde de forma integral e equitativa (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.

O MS institui no âmbito do SUS a Portaria nº 2.836 de 1º de dezembro de 2011, que trata da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT), reconhecendo em normativas 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” das populações de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (BRASIL, 2013, p. 18).

A PNSILGBT objetiva “promover a saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, contribuindo para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como 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 desses indivíduos, 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 PNSILGBT 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 Transexualizador (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 nº 1.482/1997, que definia as condutas e práticas para os processos cirúrgicos da transgenitalização e das características secundárias, revogada pela Resolução CFM nº 1652/2002 e Resolução CFM nº 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 nº 1707/2008, e logo após redefinida e ampliada pela Portaria MS nº 2803/2013, que vigora atualmente. Como iremos destacar 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 (BRASIL, 2013).

O cuidado aos usuários e usuárias divide-se entre as linhas de Atenção Básica, participante da Rede de Atenção Básica (RAS), responsável pela 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 à ações e serviços de urgência, ambulatorial especializado e hospitalar, complementar a atenção básica quando necessário (BRASIL, 2013).

O art. 4º da Portaria MS nº 2.803/2013 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. O art. 5º trata das modalidades ambulatoriais e hospitalares de atenção integral ao cuidado e destaca os procedimentos realizados na linha de cuidado do Processo Transexualizador, elencados na Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013, quais sejam: 1) Modalidade Ambulatorial: acompanhamento do usuário(a) no processo transexualizador exclusivo nas etapas do pré e pós-operatório; tratamento hormonal no processo transexualizador; tratamento hormonal preparatório para cirurgia de redesignação sexual no processo transexualizador; e acompanhamento de usuário(a) no Processo Transexualizador exclusivamente para atendimento clínico. 2) Modalidade Hospitalar: redesignação sexual no sexo masculino; tireoplastia; mastectomia simples bilateral em usuária sob processo transexualizador; histerectomia c/ anexectomia bilateral e colpectomia em usuárias sob processo transexualizador; cirurgias complementares de redesignação sexual; e plástica mamária reconstrutiva bilateral incluindo prótese mamária de silicone bilateral no processo transexualizador.

A descentralização dos serviços hospitalares é orientada por macrorregião, sendo no país, 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 PrTr, o MS 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 PrTr-SUS pela Portaria MS 2.803/13 houve a inserção de serviços ambulatoriais à 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 Pernambuco⁴ (PE) (BRASIL, 2014).

⁴ O Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco foi credenciado no PrTrSUS posterior a publicação da Portaria MS nº 2.803/2013, habilitado pela Portaria MS nº 1.055, DE 13 DE OUTUBRO DE 2014. Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014.

Esses serviços atendem a demanda ambulatorial espalhados em algumas regiões do território nacional. Somente com a Portaria MS nº 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.

Como sinaliza Rocon (2019), a extensão do Processo Transexualizador ao SUS concretiza um grande 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.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A abordagem qualitativa que orienta os procedimentos metodológicos adotados nesse artigo permitiu compreender os fenômenos sociais complexos, de maneira profunda e analítica, tendo como base a subjetividade da ação social (HAGUETE, 1992), e foram adaptados ao contexto da pandemia da COVID-19, tendo em vista as ações de saúde pública adotadas pelo Governo do Estado de Pernambuco, de isolamento social e *lockdown*.

No contexto de pandemia, as pesquisas qualitativas de campo que exploram as técnicas de observação do cotidiano dos serviços de saúde, as visitas *in loco*, as entrevistas presenciais, realizadas para compreender o “objeto” a ser investigado em sua profundidade (RICHARDSON, 1989), tiveram que ser “adaptadas” ao contexto do isolamento social. Optou-se por realizar as entrevistas remotas (via whatsapp), em meados do ano 2020, com três usuários/as dos serviços de saúde de atenção às pessoas transgênero e com uma profissional de saúde que trabalha diretamente no cuidado com a população trans em Recife/PE. Foram respeitadas as medidas de isolamento social e os aspectos éticos da pesquisa, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido devidamente assinado digitalmente pelos/as informantes ou autorização em formato de áudio.

Durante as entrevistas, seguiu-se um roteiro previamente construído com base nos objetivos e na literatura norteadora do trabalho e posteriormente, foram analisadas pela técnica de condensação de significados de Kvale, que 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 de acordo com os objetivos a serem respondidos, a fim de auxiliar nas análises dos resultados juntamente com a teoria.

O campo da pesquisa é o serviço de saúde público que atende a população trans 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 serão apresentados com nomes fictícios para resguardar o anonimato e confidencialidade, quais sejam: 1) **Dália**, 35 anos, educadora, nível superior completo, mora só em Recife, é usuária do Ambulatório Patrícia Gomes/Policlínica Lessa de Andrade; 2) **Rosa**, 24 anos, recepcionista, nível médio de escolaridade, mora só em Recife, é usuária do CISAM-UPE e 3) **Cravo**, 25 anos, estudante, ensino superior em andamento, mora em Recife com a mãe e é usuário do Espaço de Acolhimento as Pessoas Transexuais e Travestis do Hospital das Clínicas – UFPE.

A síntese e análise dos dados coletados nas entrevistas permitiram compreender e interpretar os depoimentos, à luz das categorias teóricas, com a leitura e organização das informações e identificação das ideias centrais que dialogam com o objeto em estudo.

Para a análise desses documentos advindos de fontes secundárias, adotou-se a técnica de análise de conteúdo que deu respostas teórico-metodológicas aos dados qualitativos (MINAYO, 2010), para obter por meio de “procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permita a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção” destes conteúdos (BARDIN, 2009, p. 42). As análises dialogaram com os dados mapeados nos jornais, reportagens, publicações em redes sociais, documentos oficiais, entre outros, que foram de grande relevância para responder aos objetivos propostos e conhecer o cotidiano dos serviços de saúde que atendem à população trans, suprimindo a necessidade das visitas *in loco*.

ANÁLISE DA PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE PARA A POPULAÇÃO TRANSGÊNERO: UM OLHAR SOBRE O COTIDIANO DOS SERVIÇOS DO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR DO SUS

No mapeamento de publicações (jornais, revistas, documentos oficiais do MS)⁵ que tratam do cotidiano de produção do cuidado em saúde da população LGBT, identificou-se que em Pernambuco os serviços de saúde que atendem ao Processo Transexualizador distribuem-se em quatro unidades de saúde: 1) Espaço de Acolhimento e Cuidado Trans do Hospital das Clínicas/UFPE (HC-UFPE); 2) Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (Cisam/UPE); 3) Ambulatório LGBT Patrícia Gomes da Políclínica Lessa de Andrade; e 4) 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).

Estes serviços estão localizados na região metropolitana do Recife/PE e somente o Hospital das Clínicas está habilitado para as duas modalidades - ambulatorial e hospitalar -, sendo um dos cinco hospitais habilitados no país. A Portaria nº 2.803/2013, que dispõe dos procedimentos realizados na linha de cuidado do PrTr, existe uma gama de procedimentos que deveriam ser garantidos para os/as usuários/as desses serviços nos âmbitos ambulatoriais e hospitalares, para 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).

No âmbito ambulatorial, a Portaria nº 2.803/2013 prevê como procedimentos: 1) acompanhamento do/a usuário/a no PrTr exclusivo nas etapas do pré e pós-operatório; 2) tratamento hormonal no PrTr; 3) tratamento hormonal preparatório para cirurgia de

⁵ Disponível em: <<<https://www.diariodepernambuco.com.br/noticia/vidaurbana/2018/08/processo-transexualizador-no-sus-10-anos-de-visibilidade-na-saude.html>>>.

redesignação sexual no PrTr; e 4) o acompanhamento de usuário(a) no PrTr exclusivamente para atendimento clínico.

No âmbito hospitalar, temos como procedimentos na linha do cuidado, 1) redesignação sexual no sexo masculino; 2) tireoplastia; 3) mastectomia simples bilateral em usuária sob processo transexualizador; 4) histerectomia c/ anexectomia bilateral e colpectomia em usuárias sob processo transexualizador; 5) 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).

Em Pernambuco apenas o HC possui as duas modalidades, restringindo a integralidade de acesso, podendo fragmentar a linha de cuidados do PrTr no cotidiano do trabalho em saúde e comprometer o atendimento ao/a usuário/a do serviço. Há atualmente no Cisam o intuito de ofertar a modalidade hospitalar⁶, 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, compreendendo 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 PrTr no SUS.

⁶ Mais detalhes: << <http://portal.saude.pe.gov.br/programa/secretaria-executiva-de-atencao-saude/saude-integral-lgbt> >>.

Uma etapa fundamental no Processo Transexualizador é o processo de acolhimento e as impressões dos/as usuários/as, esse atendimento à população trans nos serviços de saúde de Recife são momentos de cuidado em que 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, 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).

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).

Nos depoimentos evidencia-se a produção do cuidado por meio da escuta, em concondância com Pinheiro (2008), num atendimento que respeita o/a usuário/a, com um olhar para necessidades específicas, trazendo para a saúde o ‘direito de ser’, em que o/a usuário/a participe ativamente das decisões de seu processo. O ato de produzir a partir do que o cerca é algo fundamental para construção do humano como discidente 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 ver 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).

Nos 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 lenda de cuidado do Processo Transexualizador do SUS.

Durante as entrevistas os/as usuários/as relataram fazer apenas o uso da modalidade ambulatorial, havendo o desejo de também realizar os procedimentos cirúrgicos, quando possível. Na modalidade ambulatorial, a Portaria estabelece um grupo multidisciplinar de profissionais mínimo que o serviço deve atender, sendo: um psiquiatra ou um psicólogo, um assistente social, um endocrinologista ou um clínico geral e um enfermeiro. De acordo com os relatos a equipe multidisciplinar atende as determinações mínimas a nível ambulatorial, o mesmo parece não acontecer no processo de todos/as usuários/as a 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. No atendimento ambulatorial, modalidade a qual os/as entrevistados/as estavam inseridos, existe problemas que impossibilitam o serviço em responder as expectativas dos/as usuários/as, e impactam na continuidade no tratamento. A não dispensa de medicamentos e a falta de insumo ou a não

oferta pelo serviço, é uma realidade encontrada em dois dos três serviços, segundo usuários/as e estes até passam custear esses medicamentos.

Então essa é uma questão bem pertinente porque nem todo mundo tem dinheiro pra comprar os medicamentos. 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 compraros 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/as usuários/as reconhecem que têm direito ao medicamento, mas destacam que essa dispensa de remédios nem sempre está disponível nos serviços. As falas acima nos mostram três realidades diferentes: um serviço não tinha em seu estoque o hormônio “Nebido”, outro serviço fazia dispensa apenas de receita para hormônios para mulheres trans e travestis, como protocolo habitual, no último existiam estoques de medicamentos diferentes, inclusive dispensados em tempos de pandemia em quantidade suficientes para até três meses de consumo pelos/as usuários/as, considerados/as mais vulneráveis nesse contexto.

Os depoimentos nos apresentam a preocupação de alguns serviços em garantir aos/às usuários/as o cuidado em saúde, criando estratégias durante o isolamento social, para adaptar à realidade de cada um/uma para poderem continuar tendo acesso aos medicamentos que lhes proporcionam saúde emocional e física. A insuficiência no fornecimento de medicamentos em alguns serviços são problemas estruturais e que 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 única medicação, não atende às especificidades das condições de saúde de todos/as usuários/as, como pessoas que venham a ter complicações de saúde pelo uso de determinado tipo de medicamento.

A compra de medicamentos pelos/as usuários/as, necessária devido à falta e/ou restrições de acesso nos serviços, torna-se uma tática “perigosa” para a saúde dos/as usuários/as trans, ao recorrerem à automedicação e a compra de medicamentos mais baratos que não são os prescritos nos serviços pelos profissionais de saúde que os/as 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 dêem 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/as usuários/as 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/a, que é capaz de responder a necessidades tão subjetivas que resulta na produção do cuidado (MERHY; FRANCO, 2003; FARIA; ARAÚJO, 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).

A oferta do 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 seja capaz de responder no sentido da singularidade do indivíduo. Isso fica bem evidente na fala da profissional de saúde, quando ela destaca a necessidade de qualificação para atender de forma mais adequada às mulheres trans.

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 que vão além da vontade não proporciona e às vezes a pessoa não pode seguir o tratamento corretamente porque não tem condições” (DEPOIMENTO 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 social⁷. Há esforços dos serviços em manter minimamente a dispensa de receitas e medicamentos, atendimentos psicológicos remotos, porém não alcançam todos/as usuários/as, que também possuem limitações tecnológicas para acessar os serviços de forma remota.

É eu tô tendo o acompanhamento psicológico remoto né, e o psiquiátrico também. Solicitei o psiquiátrico diante à 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 (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,

⁷ Os procedimentos cirúrgicos que constam na Portaria nº 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.generonumero.media/isolamento-acesso-trans-saude/>>>.

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).

Percebe-se que os sistemas e serviços de saúde ao se organizarem para atender as necessidades de saúde dos/as usuários/as trans, devem ter como princípio norteador a integralidade e a concepção/prática ampliada do conceito de saúde. 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 de acordo com 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 e que é 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 nº 2.803/2013 que redefine o *Processo Transexualizador no âmbito de SUS*, onde a atenção à saúde da população trans vai além de procedimentos como a hormonização e cirurgias e da *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 combate 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.

As falas dos/as usuários/as nos mostram 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, as formações que debatem temas como gênero, violências simbólicas, foram ações que predominaram nos depoimentos e criam uma cultura positiva no cotidiano de trabalho em saúde que se contrapõem ao modelo biomédico exclusivo, do diagnóstico, da cura de lesões e de fragmentação dos sujeitos.

Porém, destaca-se a preocupação da profissional de saúde entrevistada, 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 não se sentiam confortáveis no serviço, pois não percebiam representados no processo de escuta e de atendimento.

As ações elencadas acima pertencem ao âmbito ambulatorial e existe um esforço desses serviços de saúde de integrar e adequar as atividades para atender às demandas e realidades dos/as usuários/as, entretanto, há limitações que inviabilizam a implementação efetiva de determinados procedimentos devido um número reduzido de profissionais de saúde e outros funcionários, a falta de medicamentos, também associado ao subfinanciamento da saúde pública no Brasil. Algumas táticas que colocam em risco à saúde são adotadas por alguns usuários para suprir a falta de medicamentos em alguns serviços, como a compra de remédios mais baratos e não prescritos, com o objetivo de reduzir os gastos no consumo dos medicamentos e a combinação de diferentes medicamentos (não prescritos) para atingir o resultado esperado.

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, pois são realizadas em pouca quantidade e ainda impulsiona uma condição de adoecimento para a população trans. É necessário ampliar o número de serviços na oferta dos procedimentos previstos na linha de cuidado do Processo Transexualizador em Pernambuco, para que seja possível na prática

realizar o desejo e as necessidades dos/as usuários/as trans, e dar continuidade às etapas estabelecidas na Portaria nº 2.803/2013.

A estrutura e organização dos serviços ambulatoriais e hospitalares para atender as ações e implementar os procedimentos do Processo Transexualizador de forma universal, 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.

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.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Zenaide Neto. **SUS: Sistema Único de Saúde - antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. SP: Martinari, 2011.

ARÁN, Márcia; MURTA, Daniela; LIONCO, Tatiana. **Transexualidade e saúde pública no Brasil**. Ciênc. saúde coletiva, RJ, v. 14, n. 4, pág. 1141-1149, ago. 2009. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/csc/v14n4/a15v14n4.pdf>. Acesso em 20 jan. 2020.

BARDIN, Laurence. **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.** Brasília, 2020.

CARVALHO, Gilson. **Os governos trincam e trancam o conceito da integralidade.** RADIS Comunicação e Saúde, RJ, v. 49, p. 16, set. 2006.

ESCOREL, Sarah. 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. RJ: Fiocruz, 2013.

ESCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz Antônio. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, Lúcia. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil.** 2. ed. RJ: Fiocruz, 2013.

FARIA, Helaynne Ximenes et al. **Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos.** Saúde e soc. SP, v. 19, n. 2, p. 429-439, jun. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n2/18.pdf>. Acesso em 20 de jan. 2021.

GIOVANELLA, Lúcia (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil.** 2. ed. RJ: Fiocruz, 2013.

HAGUETTE, Teresa Maria Frota. **Metodologias qualitativas em sociologia.** Petrópolis: Vozes, 1992.

KRUGER, Alcília et al. **Características do uso de hormônios por travestis e mulheres transexuais do Distrito Federal brasileiro.** Rev. bras. epidemiol., SP, v. 22. 2019. Disponível em https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v22s1/pt_1980-5497-rbepid-22-s1-e190004.pdf. Acesso em: 20 jan. 2020.

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

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, José de Souza. **Exclusão social e a nova desigualdade.** SP: Paulus, 1997.

MATTOS, Ruben Araújo de; PINHEIRO, Roseni. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde.** RJ: CEPESC, 2001.

MENDONÇA, Rani de. **Serviços de saúde para a população trans sofrem com fila de espera em Pernambuco**, Recife, 13 de fev. 2020. Seção: Direitos Humanos.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. **Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional**. Saúde em Debate, Ano XXVII, v.27, N. 65, RJ, Set/Dez de 2003.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed., RJ: EPSJV, 2008.

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

PAIM, Jairnilson et al. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. The Lancet, 9 Mai., 2011.

PINHEIRO, Roseni. Integralidade como princípio do direito à saúde. Cuidado em Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil.; LIMA, Júlio César França. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed., RJ: 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) – CpqAM/Fiocruz, 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. Viçosa/MG, Jun. 2007.

RICHARDSON, Roberto Jarry et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. SP: Atlas, 1989.

ROCON, Pablo Cardozo et al. **Desafios enfrentados por pessoas trans para acessar o processo transexualizador do Sistema Único de Saúde**. Interface, Botucatu, v. 23, 2019. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/icse/v23/1807-5762-icse-23-e180633.pdf>. Acesso em 20 jan. 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. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rk/v16n2/09.pdf>. Acesso em 20 jan. 2020.