



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva
Brasil

Cardozo Rocon, Pablo; Rodrigues, Alexsandro; Zamboni, Jésio; Dias Pedrini, Mateus
Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 21, núm. 8, agosto, 2016, pp. 2517-2525
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63046744021>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde

Difficulties experienced by trans people in accessing the Unified Health System

Pablo Cardozo Rocon¹
Alexsandro Rodrigues¹
Jésio Zamboni¹
Mateus Dias Pedrini¹

Abstract *The objective of this study was to discuss the difficulties of trans people living in the metropolitan region of Greater Vitória, Espírito Santo, Brazil, in accessing the health services of the Unified Health System (Sistema Único de Saúde - SUS). We used a qualitative approach through semi-structured interviews with 15 trans people. The results point to disrespect toward the adopted name, discrimination, and the diagnosis required for the gender reassignment process as major limitations to accessing the healthcare system. The diagnosis helps hide the responsibility of heteronormativity and gender binarism in the social marginalization of trans people. It is concluded that it is necessary to review the issue of diagnosis, given that the existence of a prior pathology is not required to access the SUS. It is important to develop educational programmes and permanent campaigns concerning the right to access the healthcare system free from discrimination and to use the adopted name.*

Key words *Body, Health, Gender identity, Transgendered people*

Resumo *Objetivou-se discutir as dificuldades de pessoas trans moradoras da região metropolitana da Grande Vitória/ES em acessarem os serviços de saúde no SUS. Utilizou-se uma abordagem qualitativa por meio de entrevistas semiestruturadas com 15 pessoas trans. Os resultados apontaram o desrespeito ao nome social, a discriminação e o diagnóstico no processo transexualizador como principais limitações no acesso ao sistema de saúde. Afirma-se que o diagnóstico contribui para ocultar a responsabilidade da heteronormatividade e do binarismo de gênero pela marginalização social das pessoas trans. Conclui-se que é necessário modificar o diagnóstico em sua função, já que a existência de uma patologia prévia não é requisito para acessar o SUS. Aponta-se, também, a importância de elaborar programas de educação e campanhas permanentes sobre o direito de acesso ao sistema de saúde livre de discriminação e com uso do nome social.*

Palavras-chave *Corpo, Saúde, Identidade de gênero, Pessoas transgênero*

¹ Universidade Federal do Espírito Santo. Av. Fernando Ferrari, 514, Goiabeiras. 29075-910 Vitória ES Brasil. xela_alex@bol.com.br

Introdução

A transformação do corpo apresenta-se como esfera constitutiva da vida das pessoas. Mas, no caso das pessoas trans, tal esfera assume uma intensa magnitude. São variados os métodos circunscritos nas modificações corporais empreendidas por pessoas trans, que passam pelo uso de hormônios, aplicações de silicone industrial, depilações, cirurgias plásticas, transgenitalização, dentre outros, que variarão a partir dos desejos, das possibilidades financeiras, das necessidades do trabalho com sexo, etc.¹⁻⁷.

Percebendo a pluralidade nos procedimentos de transformação do corpo e nas possibilidades de (auto)definição no gênero, neste texto será utilizado o termo pessoa trans em diálogo com o que Benedetti⁵ chamou universo trans, segundo o qual “o universo trans é um domínio social no que tange à questão das (auto)identificações.”⁵. Contudo, aquém e além de uma política de identificação, e como base desta, situam-se a transformação corporal e a invenção de modos de vida como processos de composição das pessoas trans. Assim, o termo pessoas trans corresponde a um esforço em não delimitar fronteiras entre as identidades de gênero dos participantes dessa pesquisa, respeitando não só a autoidentificação como também seus inter cruzamentos nas categorias de gênero e sexualidade disponíveis.

Estudos^{1-3,8-11} expuseram inúmeras dificuldades no acesso e permanência das pessoas trans nos serviços oferecidos no Sistema Único de Saúde, evidenciando o desrespeito ao nome social, a trans/travestifobia como obstáculo à busca de serviços de saúde e causas dos abandonos de tratamentos em andamento. Ainda discutem a patologização das identidades de gênero trans e transexuais no processo transexualizador do SUS como promotor de seletividade nos serviços de saúde, obstruindo o acesso a muitas pessoas trans.

Segundo Mello *et al.*⁹, dentre a população LGBT, as pessoas travestis e transexuais são as que mais enfrentam dificuldades ao buscarem atendimentos nos serviços públicos de saúde – não só quando reivindicam serviços especializados, como o processo transexualizador, mas em diversas outras ocasiões nas quais buscam atendimento – pela enérgica trans/travestifobia que sofrem atrelada à discriminação por outros marcadores sociais – como pobreza, raça/cor, aparência física – e pela escassez de serviços de saúde específicos.

Esse artigo discutirá as principais dificuldades enfrentadas por pessoas trans residentes em

municípios da Grande Vitória, Estado do Espírito Santo, no acesso aos serviços públicos de saúde.

Métodos

Para o desenvolvimento deste estudo foi utilizada abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada: (a) na sede da Associação Capixaba de Redução de Danos (ACARD), que desenvolve trabalho de redução de danos junto à população que trabalha com sexo no município de Vitória/ES, dentre a qual se encontram pessoas trans; (b) no campus da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), com alunas transexuais; (c) no Ambulatório de Urologia do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM), onde são realizadas as cirurgias de transgenitalização e o acompanhamento clínico dos pacientes; (d) na casa de algumas pessoas trans atendidas pela ACARD.

A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, gravadas em áudio digital com a permissão dos participantes, orientadas por um questionário que versava sobre aspectos socioeconômicos – tais como idade, identidade de gênero, orientação sexual, profissão, renda, escolaridade, se possuem plano de saúde privado, bairro e município de residência –, a frequência na busca por serviços de saúde no SUS, as principais dificuldades enfrentadas pelos entrevistados no acesso nos serviços buscados, as estratégias utilizadas para modificação de seus corpos e os impactos dessas em sua saúde.

Alguns participantes sentiram-se desconfortáveis em gravar a entrevista, aceitando preencher o questionário. Conforme nossas orientações, muitos colocaram informações além das solicitadas pelas questões, fato que pode ter contribuído para a redução das limitações proporcionadas por esse instrumento. Também foi utilizado um diário de campo onde foram anotadas as impressões dos autores. Foi realizada análise de conteúdo das entrevistas transcritas. O material foi organizado a partir de três eixos de análise: acesso aos serviços de saúde; métodos utilizados nas modificações corporais; percepção sobre a influência dos últimos em sua saúde.

Constituíram o grupo estudado 15 pessoas trans: 10 mulheres transexuais, 1 homem transexual, 2 travestis, 1 gay (realizava uso de hormônios e adotava nome social feminino), residentes nos municípios da região metropolitana da Grande Vitória, Estado do Espírito Santo. Não houve escolha ou qualquer forma de seleção

prévia dos participantes da pesquisa. Eles foram compondo a amostra de forma aleatória – por indicação, proximidade ou relação com cada novo participante – de maneira que pessoas trans trabalhadoras e usuárias nos serviços da ACARD, estudantes da UFES e pacientes do HUCAM integraram a pesquisa.

A participação dos entrevistados foi condicionada ainda pelo preenchimento de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Campus de Goiabeiras da Universidade Federal do Espírito Santo. Como forma de garantir o sigilo dos participantes, os nomes apresentados no texto são fictícios.

Resultados e Discussão

Nome social e discriminação como dilemas do acesso à saúde

A autoatribuição de um novo nome acompanha os processos de transformação do corpo^{5,6}. O nome carrega junto ao corpo os múltiplos sentidos de feminilidade e masculinidade que operam como constituintes do gênero. Nome e corpo interferem-se mutuamente. O nome, como transformação incorporal¹² ou signo a designar uma mudança que ultrapassa e radicaliza a transformação corporal, não dispensa essa última. A mudança de nome incita e é incitada pelas modificações do corpo, sem, no entanto confundirem-se ou exigirem-se necessariamente.

Segundo Teixeira⁶, as pessoas trans, em seus processos de construção de um novo corpo, “são conduzidas a um investimento identitário significativo – um novo nome, um corpo modificado – que dê sentido ao “não senso” de um corpo que parece ter se equivocado”⁶. Benedetti⁵, por sua vez, afirma que o corpo das pessoas trans “é, sobretudo, uma linguagem”⁵. Nessas abordagens, o nome, assim como todos os signos envolvidos no processo de transformação¹², é tomado como significado, rótulo que estabelece limites em meio ao caos do corpo em mutação. Certamente, o nome pode assumir essa função identitária de estabelecer um ser estável em meio ao devir das experimentações, mas não é sua função primordial. O nome ou signo é, antes de tudo, outro tipo de transformação – incorporal –, que lança o corpo em outro ordenamento de mundo, outro jogo de regras, enfim, outro gênero.

A produção dos corpos trans parece ser permeada pela produção de signos, cujas formas e

contornos se produzem em meio a jogos de linguagem. Entretanto, a partir de Preciado¹³ em sua crítica à Butler¹⁴ por conta da desvalorização desta, em relação à materialidade do corpo diante da produtividade da linguagem, afirma-se a irreduzibilidade do corpo à linguagem. Sendo assim, a modificação do nome e do gênero nos pronomes de tratamento tornam-se elementos entrelaçados às transformações materiais do corpo.

Em 13 de agosto de 2009, o Ministério da Saúde lançou, através da portaria nº 1820, a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS. A carta tornou obrigatório haver em documentos de identificação dos usuários, como prontuários, um campo a ser preenchido com o nome pelo qual o usuário deseja ser chamado. Isso não deve ser realizado de forma desrespeitosa ou preconceituosa, pois a carta afirma que “todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação”¹⁵. Em 2011, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais através da portaria nº 2.836, que normatizou o direito ao “uso do nome social de travestis e transexuais, de acordo com a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS”¹⁶.

Porém, essas normativas ainda não foram integralmente acolhidas no cotidiano de trabalho dos profissionais da saúde, impedindo a garantia do acesso universal à saúde pelos pacientes trans. O desrespeito ao nome adotado pelos participantes dessa pesquisa nos serviços de saúde pública, somado a outros episódios de discriminação promovidos pelos seus profissionais, tem sido relevante na não efetivação do acesso ao cuidado em saúde. A entrevistada Afrodite (mulher transexual, 24 anos) relatou: *foi no DML que sofri preconceito pelo médico. Eu pedi que me chamassem pelo meu nome social. [...] Ele me chamou pelo nome de registro e gritou pelo DML. Gritou porque ele sabia que se tratava de uma transexual. [...] Ele não quis me chamar porque segundo ele deveria me chamar pelo nome da identidade*. Afrodite procurou o DML para realizar exame de corpo e delito após ter sido vítima de estupro enquanto trabalhava. A entrevistada comparou o atendimento no DML ao recebido quando procura serviços públicos de saúde: *Eu evito muito. Se estou com uma dor de cabeça, alguma coisa, eu fico em casa, tomo remédio em casa. Porque se você for, você vai passar raiva mesmo, e aí é pior. Então, igual eu falei no caso do DML, quando eu precisei procurar um serviço público, o que aconteceu? Sofri preconceito no DML. Já no hospital, não sofri preconceito. Mas no DML sofri. Então, eu prefiro o quê? Ficar em casa. Apesar*

de relatar não ter sofrido discriminação no acesso ao serviço de profilaxia pós exposição oferecido no Hospital Universitário, foi enfática ao afirmar: *É por isso que uma transexual ou uma travesti não procura um centro de referência pra fazer exames, não procuram isso, não procuram um médico. Por quê? Porque elas sabem que, se elas chegarem lá, serão maltratadas. Então, ficam em casa.*

Outros relatos que apresentaram discriminação e desrespeito ao nome social podem ser destacados. Pandora (travesti, 43 anos) relatou a discriminação sofrida em um Pronto Atendimento ao buscar serviços de emergência por ter perfurado o pé: *As mulheres que trabalham na entrada do posto viram que eu era travesti e eu ainda falei: Olha, eu quero que me chamem por Pandora. Na hora que foram me chamar, elas não me chamaram por Pandora. Me deu um revertério. Um colega meu, que trabalha lá, quebrou o pau lá dentro. Eu estava cheia de dor por ter furado o pé, o ferro tinha entrado pela bota e aconteceu isso.* Além de ter que lidar com a dor da lesão, Pandora necessitou administrar o mal-estar de ser discriminada publicamente pelos profissionais. Efigênia (mulher transexual, 28 anos) assinalou em seu questionário ter abandonado tratamentos e deixado de procurar os serviços de saúde, para não sofrer preconceito. Ela seguiu escrevendo: *Tem médico que trata bem e tem médico que não respeita a orientação sexual e a identidade de gênero, tem médico que não aceita o nome social, que chama pelo nome de registro. Já presenciei discriminação com amigas e até eu já sofri homofobia e constrangimentos.* Ísis (mulher transexual, 53 anos) responde se já sofreu discriminação: *Já! Mas cabe a nós chegarmos antes e falar como quer ser chamada. Se eles ficarem de gracinha, a gente dá show.* A necessidade de “dar show” aparece como estratégia de luta das pessoas trans pelo direito aos serviços de saúde.

São muitos os relatos de indignação e tristeza pelas dificuldades que têm representado buscar ou frequentar um serviço de saúde. Resultados semelhantes podem ser encontrados em outras pesquisas^{1,8,10}. Romano⁸, pela experiência como médica no Programa Saúde da Família na Lapa/RJ, relata o frequente abandono ou desistência de tratamentos em andamento, mesmo nos casos de doenças crônicas ou graves como a Aids, geralmente em decorrência do preconceito que sofrem ao buscar atendimento no ambulatório. A autora descreve o êxito na redução desse absentismo a partir de um trabalho de humanização e acolhimento realizado junto aos pacientes e às equipes do PSF-Lapa.

Muller e Knauth¹⁰ relataram a recusa pelo estabelecimento de saúde em atender o paciente trans, o desrespeito à identidade de gênero em casos de internação hospitalar, a resistência de pessoas trans em buscarem serviços de saúde provocada pela discriminação, e o “dar show” como forma de garantir atendimento. Segundo os autores: “A baixa instrução de grande parte das travestis é um dificultador para que compreendam questões cotidianas – como, por exemplo, o uso do preservativo, mesmo em caso de soropositividade para HIV, a eficiência das medicações utilizadas para o tratamento do HIV, as consequências da interrupção do uso dessas medicações e o uso de drogas. Como podemos constatar na pesquisa, muitas travestis [...] não fazem o uso de preservativos em suas relações sexuais com os clientes. Desse quadro, advêm três problemas de saúde pública: 1. A reinfeção por cepas diferenciadas do vírus HIV e a consequente resistência às medicações; 2. O risco de contágio do cliente, que em alguma situação chega a oferecer mais dinheiro para que não seja usada a camisinha na relação; e 3. A possível transmissão do vírus HIV ao cônjuge, pois a maioria dos clientes mantém relação conjugal estável”¹⁰.

Sugere-se cautela em conclusões como as de Muller e Knauth¹⁰ para não moralizar a leitura que é feita sobre o envolvimento de pessoas trans nas redes de contaminação por HIV e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), desenhando-as como grupo de risco responsável por esse problema de saúde pública. Deve-se considerar que muitas vezes a baixa instrução advém das dificuldades de permanência na escola devidas à discriminação, todavia, afirmar essa condição como responsável por uma incompreensão sobre os efeitos das medicações para o tratamento do HIV e o uso do preservativo pode ser refutável, devendo-se sugerir a incapacidade ou a indisposição dos serviços de saúde em comunicar-se com a diversidade de sujeitos pela educação em saúde.

Não se pode ignorar que intervir junto às pessoas que trabalham sexo, dentre elas as trans, a partir de programas de educação em saúde envolvendo as informações levantadas por Muller e Knauth¹⁰, pode ser uma importante estratégia de intervenção nas redes de infecção por HIV e DSTs. Contudo, há uma série de problemas vivenciados por essas pessoas, apresentados nesta pesquisa e em outras^{1-3,8,9}, sobre discriminação, marginalização social, pobreza, etc. que precisam ser considerados na construção de intervenções para educação em saúde, uma vez que o não uso

do preservativo, por exemplo, pode representar maiores ganhos financeiros que, considerando as condições de vulnerabilidade e pobreza que muitas vivem, tornam-se uma forma de garantir os recursos necessários para alimentação, tratamento em saúde, realização das modificações corporais desejadas, etc. Antes de representar um risco à sua saúde ou à saúde dos clientes, o sexo sem preservativo pode significar a sobrevivência.

Dentre as 15 pessoas trans, entrevistadas nesta pesquisa, verifica-se que 60% trabalham ou já trabalharam como profissional do sexo em algum momento de suas vidas, tendo essa como fonte de renda principal ou complementar. É sabido que o trabalho com sexo envolve exposição cotidiana a riscos de adoecimento pela contaminação por DSTs e à violência física por trans/travestifobia. Dessa forma, o acesso ao SUS considerando os aspectos próprios às experiências das pessoas trans, com a garantia do direito ao nome social e ao atendimento livre de discriminação, é indispensável para que consultas e exames de rotina, informações sobre prevenção a doenças infecciosas, distribuição de preservativos e géis lubrificante para trabalharem possam produzir efeitos positivos no cuidado com a saúde das pessoas trans.

O processo transexualizador como possibilidade para promoção da saúde trans

A imagem e a aparência são atributos de grande importância nas sociedades contemporâneas ocidentais¹⁷. Muitas pessoas cisgêneras (que não relatam incongruência entre seus corpos e o gênero atribuído no nascimento) modificam seus corpos por meio de dietas alimentares com uso de suplemento ou produtos farmacológicos, exercícios físicos, procedimentos estéticos, cirurgias, etc. em busca do corpo que lhes satisfaça, capaz de promover bem-estar, sinônimo de saúde e beleza¹⁷. Da mesma forma, inúmeras pessoas trans investem na modelagem de seus corpos como elemento constitutivo de suas vidas. O que varia são os procedimentos de transformação corporal que, para as pessoas trans, podem consistir em investimentos como: hormonioterapia, aplicações de silicone industrial, mastectomia, cirurgias plásticas ou de transgenitalização, etc. em busca de um ideal de beleza associado à construção das marcas de gênero. As técnicas de transformação corporal implicam a transformação incorporal do corpo bonito, as modificações no organismo influem na construção dos signos de beleza – e vice-versa.

Helena (mulher transexual, 28 anos) justificou suas aplicações de silicone industrial: *Acho que para ficar mais próximo do meu desejo. Eu gosto de ser vista como mulherão. E gosto dessas mulheres grandonas, bonitonas, gostosonas. Mulherão chama mais atenção e eu gosto.* Em Helena, o ideal de beleza está associado ao ideal de gênero. Essa idealização configura-se pessoal e socialmente pelo desejo de chamar mais atenção. A figura da mulherão operará como um objetivo a orientar a modificação corporal por meio do silicone, um signo que ordena o corpo durante os processos de transformação. A partir desse panorama, os motivos para a modificação corporal se diversificam, como se pode notar em outros estudos^{1,5,7}. A modelagem do corpo para agradar a si própria, aos companheiros ou aos clientes não é uma particularidade na vida das mulheres trans e travestis, inúmeras mulheres cisgênero podem modificar seus corpos pelas mesmas razões. As propagandas e os comerciais, o mercado de trabalho, dentre outros, são variados incentivos para que as pessoas, especialmente as mulheres, invistam na transformação de seus corpos.

Mas é preciso, para não menosprezar e ignorar questões próprias às pessoas trans, atentar-se aos aspectos de pobreza, homo/trans/travestifobia, marginalização social, violência, evasão escolar, desemprego, perda de laços familiares^{9,16}, dentre muitos outros que compõem as vidas participantes desta pesquisa. Pode-se assim perceber as dificuldades que as travestis, os homens e as mulheres trans enfrentam para alcançarem os recursos para modificações de seus corpos – dificuldades que extrapolam as de homens e mulheres cisgêneros. Pelúcio⁷, por exemplo, evidenciou que as dificuldades financeiras determinam limites e possibilidades dos investimentos corporais entre as travestis paulistanas.

As dificuldades para obter um efetivo amparo pelo Sistema Único de Saúde às variadas motivações e necessidades de transformação do corpo, atravessadas por diversos determinantes sociais, levaram muitas entrevistadas a correrem risco de adoecimento e morte por recorrerem ao uso de hormônios sem acompanhamento de profissionais de saúde e às aplicações de silicone industrial. Desejo, sonho, necessidade e sobrevivência se misturam na empreitada de modelar o corpo sob riscos. Algumas entrevistadas relatam problemas de saúde decorrentes desses métodos. Segundo Cassandra (travesti, 31 anos), *aconteceram situações de pessoas morrerem nas mãos da bombadeira [...]. Eu tive várias amigas que tomaram hormônio e tiveram câncer. Ísis relatou: Pode mor-*

rer na hora. Dói muito. Pode morrer depois. Como já vi viado morrendo. Pode ir pro pé. [...] Eu me arrependo. Eu podia... Sabe o quê? Ter colocado prótese. Eu não tinha condições [...]. Dá febre, faço repouso, nada de comida gordurosa [...] porque meu silicone dá furúnculo no bumbum. Afrodite relatou em seu questionário que, em virtude do uso de hormônios, saíram vários abscessos em várias partes do seu corpo. Pandora relata a intenção de substituir o silicone industrial dos seios por uma prótese mamária: *Às vezes, o silicone vai até pro “pinto” [pênis], vai pra mala [escroto, testículos]. Eu tenho uma amiga que tem um ‘ovão’. [...] Agora, eu quero tirar o silicone do meu peito e colocar uma prótese [...]. Isso está me prejudicando [...] e isso não é bom. Eu só fiz isso porque eu estava precisando ganhar dinheiro. Mas, se fosse hoje em dia, eu não colocava.* Helena relatou estar aliviada por suas aplicações de silicone industrial não lhe causarem problemas de saúde. Entretanto, ela contou sobre os problemas das amigas: *Não me arrependo. Só que eu não indico ninguém a fazer. Eu até fiquei no tempo certo [de recuperação] e tem pessoas que não fazem isso. [...]* As entrevistadas referiram-se a um tempo de repouso necessário após aplicações de silicone, mínimo de 15 dias, para não ocorrerem deformações. Porém, a necessidade de trabalhar para pagar pelo silicone e sua aplicação, a cafetinagem, etc. não permite a muitas esse repouso, o que acaba ocasionando as deformações.

O estudo de Romano⁸ evidenciou o uso, considerado abusivo, de hormônios entre mulheres trans e travestis como causa de distúrbios hepáticos, e as aplicações de silicone industrial como importante causa de infecções e trombose em membros inferiores. Contudo, sugere-se a necessidade de uma mudança de perspectiva quanto às causas dos problemas relacionados à saúde trans. É preciso questionar a culpabilização individualizante das pessoas trans pelos processos de adoecimento e considerar o problema como questão coletiva, que implica também os modos de funcionamentos dos serviços de saúde. Como sugerem Almeida e Murta¹⁸, a vida das pessoas trans deve ser analisada sob uma perspectiva de totalidade histórica, na qual indivíduos e grupos possuem suas vidas atravessadas por determinações da cultura, da economia, da política e da subjetividade. Essas vidas experimentam rebatimentos de classe social, raça/cor, orientação sexual, gênero, evasão escolar, dificuldades de acesso à saúde, entre outros. Sendo assim, o uso de hormônios e de silicone industrial não pode significar ação inconsequente e isolada, pois compõe a dinâmica

real da sociedade na qual pessoas trans construirão modos de resistência e sobrevivência¹⁸.

As cirurgias e os procedimentos transgenitalizadores foram autorizados no Brasil em 1997, pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), através da resolução nº 1482¹⁹. Ao longo de mais de uma década da legalização no país, o CFM atualizou as resoluções duas vezes. A resolução mais atual é a nº 1.955/2010, segundo a qual, os pacientes transexuais são portadores “de desvio psicológico permanente de identidade sexual, com rejeição do fenótipo e tendência à automutilação e ao autoextermínio”²⁰. Nessa interpretação, a resolução define como critérios para acesso aos procedimentos transgenitalizadores: o diagnóstico médico de transexualismo, idade acima de 21 anos e ausência de características físicas inapropriadas à cirurgia²⁰. Esses critérios orientam o trabalho da equipe multiprofissional, composta por “Psiquiatra, Cirurgião, Psicólogo, Assistente Social, Endocrinologista”²⁰ e envolvida na seleção e acompanhamento dos pacientes, devendo buscar encontrar nos pacientes “desconforto com o sexo natural; Desejo expresso de eliminar os genitais, perder as características primárias e secundárias do próprio sexo e ganhar as do sexo oposto; Permanência desse distúrbio de forma contínua e consistente por, no mínimo, 2 anos; Ausência de transtornos mentais”²⁰.

Em 2008, o Ministério da Saúde lançou o Processo Transexualizador do SUS a partir da Portaria 1707/2008²¹. Apenas as mulheres transexuais foram contempladas com o acesso aos serviços de terapia hormonal, de acompanhamento clínico, psicológico e social, e de cirurgias de transgenitalização. A partir da portaria 2803 de 2013²², o Processo Transexualizador foi reformulado e passou a contemplar homens transexuais e travestis com suas demandas por cirurgias de histerectomia, mastectomia, neofaloplastia, hormonioterapia, e outras. A portaria condicionou o acesso aos procedimentos por meio de um diagnóstico nosológico, reiterando os critérios definidos na Resolução nº 1.955/2010.

A incorporação das demandas das pessoas trans por transformação do corpo pelo SUS é uma vitória advinda de intensas mesas de negociação entre poder público e sociedade civil organizada¹¹, que possibilitaram o reconhecimento dessas demandas em saúde pelo Estado brasileiro. Porém, o Processo Transexualizador do SUS ainda não se universalizou por todos os Estados e regiões do País, existindo hospitais, como o HUCAM da Universidade Federal do Espírito Santo, que – apesar de realizar cirurgias de trans-

genitalização e consultas clínicas, psicológicas e atendimentos sociais – ainda não se integrou ao Processo Transsexualizador do SUS, o que tem produzido dificuldades no acesso a esses serviços. Helena, expondo essas dificuldades e relacionando-as ao tempo de espera para realização de sua cirurgia de transgenitalização, afirma: *Hoje eu tenho 28 anos, mas eu aprendi a ter paciência, a me acostumar da forma que eu estou. Mas, aceitar eu nunca aceitei. Então, pra mim, essa cirurgia vai ser [ótima], eu vou me sentir livre. É como se eu estivesse mesmo num corpo que não me pertence.* Hércules (homem transexual, 26 anos), ao relatar os impasses para conseguir atendimento no processo transsexualizador, apontou o diagnóstico como limitador do acesso a esses serviços: *Aí, é querer colocar um transexual nas mãos dos médicos, pessoas cis, para eles julgarem se você pode ou não ser operado, sendo que você não tem controle sobre seu próprio corpo. Isso com uma equipe multiprofissional que está ali pra você desistir da operação, mas não para você ser realizado. Por exemplo: uma pessoa tira peito, põe peito, põe pinto. Agora, nós transexuais temos que passar por um processo de só ser operado se tiver laudo médico, laudo psiquiátrico.* Nota-se, assim, a hegemonia médica no Processo Transsexualizador com a equipe multiprofissional submetida e submetendo-se à ordenação do processo enquadrada pelo diagnóstico e pelos procedimentos médicos. Afrodite também relatou sobre a espera na fila e deixou implícita a problemática do diagnóstico em sua fala: *Eu sei. Igual essa minha amiga. Ela está na fila. Eu sei de todas as dificuldades [...] Os truques também! Talvez por já ser bastante feminina, eu acho que talvez eu não terei muito problema com isso... Em questão, pelo menos, né? To falando porque é o que ouço, gente.*

As pesquisas de Bento¹⁻³ evidenciaram o diagnóstico como promotor da seletividade no acesso a esses programas, de modo que são pautados em estereótipos de masculinidade e feminilidade referendados no gênero binário – que produz a ideia de que o gênero é reflexo da genitália e da genética, sendo que a natureza distribui os corpos de forma dicotômica pênis-masculino-homem *versus* vagina-feminino-mulher – e na heteronormatividade – que é a “a capacidade de a heterossexualidade apresentar-se como norma, a lei que regula e determina a impossibilidade de vida fora dos seus marcos”².

Assim, o trabalho da equipe multiprofissional opera como dispositivo da transexualidade^{1-3,23}, passando a buscar identificar dentre os pacientes quem são os verdadeiros transexuais, os que

melhor reproduzem as verdades culturalmente concebidas sobre comportamentos, vestimentas, gostos, etc. e fundadas em ideais homogeneizantes e universalizantes de masculinidade e de feminilidade esperados em homens e mulheres “de verdade” – e que apresentam o que o CFM chamou de desejo expresso de autoextermínio ou automutilação²⁰. Dessa forma, o trabalho das equipes tem sido realizar uma assepsia dos gêneros, readequando o corpo dos que melhor reproduzem o gênero binário¹⁻³. Ísis embaralha a certeza sobre a existência de um transexual verdadeiro: *Eu sempre tive prazer. Eu tinha um pênis bonito. Sempre tive prazer pela frente [com este pênis]. Não sou igual essas doidas, que falam que não têm prazer [...]. Simplesmente, se fosse optar por fazer cirurgia, eu não faria. Fiz, pois tive um problema de saúde que acelerou minha cirurgia. [...]. Mas to amando. [...] Nem lembro que operei. Quando lembro, fico toda feliz, porque agora eu posso entrar no banheiro de mulher de cabeça erguida, não tem como falar que é viado [...].* Ísis realizou a cirurgia por consequências do deslocamento do silicone industrial em seu corpo. Entretanto, não relatou histórico de repulsa por sua genitália nem insatisfação pós-cirurgia, o que reforça a necessidade da defesa da participação com autonomia das pessoas trans em seus processos de transformação do corpo no processo transsexualizador.

Hércules questiona a autoridade médica, pelo diagnóstico, sobre os corpos trans, denunciando a perda de autonomia que sofrem ao não serem considerados como sujeitos de seus processos de mudanças corporais, mas tratados como corpos abjetos sujeitados à intervenção de um poder/saber. O narrador denuncia a operação do dispositivo da transexualidade que desautoriza as pessoas trans de decidirem sobre as intervenções em seus corpos, como o fazem as pessoas cisgêneras. Afrodite, por sua vez, acredita que, por sua capacidade de reproduzir os estereótipos da “mulher de verdade” sendo “feminina o bastante”, não enfrentará dificuldades, como suas amigas, em acessar os serviços transsexualizadores. E ainda comentou sobre os “truques”, também presentes nos estudos de Bento^{1,2}, como estratégias para garantir o acesso ao processo transsexualizador.

O diagnóstico no processo transsexualizador tem sido bastante debatido nos âmbitos do movimento social e da universidade^{1-3,11,16,24}. Existem defesas à manutenção do diagnóstico tratando a patologização das identidades trans como estratégia política para garantir a manutenção dos serviços públicos de saúde²⁴ e produções que

apontam o diagnóstico como causador de marginalização, exclusão dos serviços de saúde e forma de fugir da problematização do binarismo dos gêneros^{1-3,11}. Almeida e Murta¹⁸ afirmam que é preciso demarcar que “os possíveis sofrimentos experimentados por transexuais, travestis e mesmo por homossexuais não são decorrentes de qualquer patologia inerente a tais sujeitos, mas de trajetórias de exclusão social.” É preciso questionar a contribuição do diagnóstico das identidades trans para invisibilizar e fortalecer a marginalização social, a trans/travestifobia, a violência, a pobreza e tantas outras mazelas vivenciadas pelas pessoas trans, ao colocar nos indivíduos a origem dos seus problemas.

Importa demarcar que os entendimentos sobre saúde e doença se produzem pelas normas sociais estabelecidas historicamente^{25,26}. Assim, os diagnósticos não avaliam somente estruturas anatomo/físio/psico/patológicas, eles são atravessados “pela representação comum da norma em um meio social em um dado momento”²⁶. Portanto, a experiência da saúde e da doença transcende a ótica biomédica por conjugar “normas, valores e expectativas, tanto individuais como coletivas, e se expressa em formas específicas de pensar e agir”²⁵. Numa sociedade cujas normas predominantes para a inteligibilidade dos corpos residem no gênero binário e na heteronormatividade, todos os corpos inadequados a esse padrão poderão ser considerados doentes, como no caso dos corpos trans.

A saúde trans requer um SUS universal, integral e equânime

O desrespeito ao nome social, a trans/travestifobia nos serviços de saúde e o diagnóstico patologizante no processo transexualizador se apresentaram como principais impedimentos ao acesso universal, integral e equânime pelos participantes desta pesquisa ao SUS.

Faz-se necessário problematizar, junto aos profissionais da saúde, as consequências do gênero binário e da heteronormatividade para a saúde das pessoas trans por meio de programas de formação continuada e intervenções como as de Romano⁸, realizando campanhas permanentes de divulgação do direito ao atendimento livre de discriminação e ao uso do nome social.

A seletividade no acesso aos Processo Transexualizador do SUS promovida pelo diagnóstico precisa continuar sendo discutida. Ainda que a patologização signifique uma concessão estratégica²⁴, a Constituição Federal de 1988 não condiciona o acesso à saúde no SUS pela existência de uma patologia prévia²⁷, e esse foco na saúde pela negação da doença tem impedido pessoas trans de acessarem serviços públicos de saúde para assistência e cuidado profissional na modificação de seus corpos.

O SUS poderá tornar-se um importante instrumento de promoção da cidadania das pessoas trans na medida em que efetivar a universalidade do acesso – buscando superar seus impedimentos –, a integralidade da atenção – ofertando, de forma articulada e contínua, os serviços que permitam enfrentar os determinantes e os condicionantes da saúde e do adoecimento – e a equidade – considerando as questões próprias à saúde das pessoas trans.

Colaboradores

PC Rocon, A Rodrigues, J Zamboni, MD Pedrini participaram da concepção, análise dos dados, redação e revisão final do artigo.

Referências

1. Bento B. *A (re)invenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual*. Rio de Janeiro: Garamond; 2006.
2. Bento B. *O que é transexualidade*. São Paulo: Brasiliense; 2008.
3. Bento B. Sexualidade e experiências trans: do hospital à alcova. *Cien Saude Colet* 2012; 17(10):2655-2664.
4. Almeida G. 'Homens trans': novos matizes na aquarela das masculinidades? *Estud. Fem* 2012; 20(2):513-523.
5. Benedetti MR. *Toda Feita: o corpo e o gênero das travestis*. Rio de Janeiro: Garamond; 2005.
6. Teixeira FB. Histórias que não têm era uma vez: as (in)certezas da transexualidade. *Estud. Fem* 2014; 20(2):501-521.
7. Pelúcio L. Toda quebrada na plástica: corporalidade e construção de Gênero entre travestis paulistas. *Rev. antropol* 2005; 6(1-2):97-112.
8. Romano VF. As Travestis no Programa Saúde da Família da Lapa. *Saúde Soc* 2008; 17(2):211-219.
9. Mello L, Perilo M, Braz CA, Pedrosa C. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Sex salud soc* 2011; 9:7-28.
10. Muller MI, Knauth DR. Desigualdades no SUS: o caso do atendimento às travestis é 'babado'? *Cadernos EBAP. BR* 2008; 6(2):1-14.
11. Lionço T. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS. *Physis* 2009; 19(1):43-63.
12. Deleuze G, Guattari F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrênia*, vol. 2. São Paulo: Ed. 34; 1995.
13. Preciado B. *Manifesto contrassexual: práticas subversivas de identidade sexual*. São Paulo: Edições N-1; 2015.
14. Butler J. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2003.
15. Brasil. Portaria Nº 675/GM de 30 de Março de 2006. Aprova Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que consolida os direitos e deveres do exercício da cidadania na saúde em todo o País. *Diário Oficial da União* 2009; 31 mar.
16. Brasil. Portaria Nº 2.836/GM, de 01 de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). *Diário Oficial da União* 2011; 1 dez.
17. Braga PD, Molina MDCB, Figueiredo TAM. Representação do Corpo: com a palavra um grupo de adolescentes de classes populares. *Cien Saude Colet* 2010; 15(1):87-95.
18. Almeida G, Murta D. Reflexões sobre a possibilidade da despatologização da transexualidade e a necessidade da assistência integral à saúde de transexuais no Brasil. *Sex salud soc* 2013; 14:380-407.
19. Brasil. Resolução n. 1.482, de 19 de setembro de 1997. Autoriza a título experimental, a realização de cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia, neofaloplastia e ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários com o tratamento dos casos de transexualismo. *Diário Oficial União* 1997; 19 set.
20. Brasil. Resolução nº 1.955, de 3 de setembro de 2010. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.652, de 2 de dezembro de 2002. *Diário Oficial União* 2010; 3 set.
21. Brasil. 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* 2008; 18 ago.
22. Brasil. Portaria n. 2.803/GM, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial União* 2013; 19 nov.
23. Arán M, Zaidhaft S, Daniela M. Transexualidade: corpo, subjetividade e saúde coletiva. *Psicol. Soc.* 2008; 20(1):70-79.
24. Bento B, Pelúcio L. Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. *Estud. Fem* 2012; 20(2):559-568.
25. Uchôa E, Vida J. Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença. *Cad Saude Publica* 1999; 10(4):497-504.
26. Canguilhem G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2012.
27. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União* 1988; 5 out.

Artigo apresentado em 30/07/2015

Aprovado em 27/10/2015

Versão final apresentada em 29/10/2015

