
SER Social

EDUCAÇÃO E LUTAS SOCIAIS NO BRASIL

Brasília, v. 20, n. 43, julho a dezembro de 2018

Diversidade de gênero e Sistema Único de Saúde: uma problematização sobre o processo transexualizador

Diversity in gender and unified health system: a critical analysis about access to health care

Pablo Cardozo Rocon¹

Adriana Ilha da Silva²

Francis Sodré³

1 Assistente Social, mestre em Saúde Coletiva e doutorando em Educação pela Universidade Federal do Espírito Santo. Professor Assistente 40DE no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso. E-mail: pablocardoz@gmail.com.

2 Assistente Social, mestre em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro e doutora em Política Social pela Universidade Federal do Espírito Santo. Professora do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo. Coordena o Laboratório de Estudos sobre Imagem e Cybercultura (Labic) da Universidade Federal do Espírito Santo. E-mail: adrianailhaufes@gmail.com.

3 Assistente Social, Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz e doutora em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Professora do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-

Resumo: Neste artigo, a partir de um estudo exploratório documental e bibliográfico, problematizamos o processo transexualizador, do Sistema Único de Saúde (SUS), frente aos desafios da garantia de direitos à identidade de gênero e de cidadania. Acreditamos que os dilemas para acesso e acompanhamento ao processo transexualizador são os mesmos enfrentados por toda a classe trabalhadora referente ao papel do Estado na garantia às necessidades de saúde na média e na alta complexidade, numa conjuntura de cortes nos gastos estatais e na mercantilização dos serviços sociais. Neste sentido, apontamos as desigualdades no acesso, as dificuldades na liberação do processo e críticas quanto ao diagnóstico e no seu acompanhamento pós-processo. Por fim, o resultado instiga-nos a problematizar o acesso ao SUS, condicionado às necessidades sociais dessa fração da classe trabalhadora em contraposição a patologização da transexualidade, com o entendimento do modelo biomédico e mercantil.

Palavras-chaves: gênero; transexualidade; saúde; Estado; política social.

Abstract: In this article, based on an exploratory documentary and bibliographic study, we discuss the transexualizador process of the Unified Health System (SUS), facing the challenges of guaranteeing rights to gender identity and citizenship. We believe that the dilemmas for access and follow-up to the transexualizador process are the same faced by the whole working class regarding the role of the State in guaranteeing health needs in medium and high complexity. In a conjuncture of cuts in state spending and the commodification of social services. In this sense, we point out the inequalities in access, the difficulties in releasing the process and criticism regarding the diagnosis and in its post process follow-up. Finally, the result instigates us to problematize access to the SUS, conditioned the social needs of this fraction of the working class as opposed to the pathologization of transsexuality, with the understanding of the biomedical and mercantile model.

Keywords: gender; transsexuality; health care; State; social policy.

Introdução

Desde a década de 1990, com a implementação da política de saúde, por meio da Lei Orgânica da Saúde, até os dias atuais, há dilemas que vêm sendo enfrentados mediante as contradições econô-

micas e políticas dos projetos societários em disputa no cenário brasileiro e os seus impactos na classe trabalhadora.

Com a Constituição Federal de 1988, visando à instituição do Estado democrático, tendo como um dos seus valores supremos a garantia de direitos de igualdade social, preconizado no art. 5º que “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza [...]” (BRASIL, 1988), acreditou-se que o mesmo pressuposto seria uma realidade para o segmento social do LGBT. Porém, há o desafio e a necessidade de políticas que garantam as especificidades desta parcela da sociedade.

No que diz respeito às necessidades de saúde, houve um avanço na legislação decorrente do processo de lutas da Reforma Sanitária Brasileira, onde a Constituição Federal em seu art. 196, preconiza: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. (BRASIL, 1988).

Sob essa perspectiva, a compreensão sobre o processo saúde-doença não se centra na concepção da saúde como ausência de doença, mas como práxis, considerando os determinantes sociais, políticos, econômicos, históricos e culturais. Essa leitura nos desafia a enfrentar as iniquidades em saúde, considerando as suas particularidades e especificidades às condições de saúde de grupos e pessoas.

Logo, a proposta deste artigo é problematizar os desafios da garantia à população trans, de direitos à saúde, especialmente no âmbito no Sistema Único de Saúde (SUS), no que diz respeito aos dilemas ao acesso e permanência ao processo transexualizador, salientando três questões: desigualdade de gênero, a questão do diagnóstico e a oferta do serviço no território brasileiro.

O processo transexualizador do SUS

O processo transexualizador é um serviço no âmbito do SUS que oferta hormonioterapia, acompanhamento clínico, psicológico e social, bem como cirurgias de redesignação sexual (mudança de

sexo) e histerectomia, mastectomia, tireoplastia, dentre outras, à população trans brasileira (travestis, homens e mulheres transexuais).

As cirurgias de redesignação sexual tiveram sua realização autorizada no Brasil, em 1997. Com a publicação da Resolução nº 1.482/1997, o Conselho Federal de Medicina (CFM) autorizou em caráter experimental as cirurgias de neoculporvuloplastia (cirurgias *male to female*-MTF) e neofaloplastia (*female to male*-FTM), além da realização de hormonioterapia e cirurgias denominadas acessórias (mastectomia, histerectomia, retirada do pomo de adão etc.).

O acesso a tais serviços ficou condicionado a um processo de diagnóstico que deveria observar: “1) Diagnóstico médico de transgêneralismo; 2) Maior de 21 anos; 3) Ausência de características físicas inapropriadas para a cirurgia” (CFM, 2010), definindo os pacientes que seriam portadores de transexualismo como portadores de “desvio psicológico permanente de identidade sexual, com rejeição do fenótipo e tendência à automutilação e/ou autoextermínio”. (CFM, 2010).

Em 2008, após inúmeros processos de judicialização sobre a saúde da população trans, bem como mobilizações e articulação do movimento social a fim de pressionar o Estado a incorporar a demanda em saúde dessa população à tabela de procedimentos do SUS (ROCON, 2016b; LIONÇO, 2009), o Ministério da Saúde criou o processo transexualizador do SUS (PTSUS) por meio da Portaria nº 1.707 (BRASIL, 2008). A criação do PTSUS é um importante marco de responsabilização sobre a saúde da população trans pelo Estado brasileiro, reconhecendo a diversidade de gênero como determinante social da saúde. (BRASIL, 2008). Em 2013, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 2.803, redefinindo e ampliando o processo transexualizador do SUS, definindo como população beneficiada pelo programa as travestis, mulheres e homens transexuais. (BRASIL, 2013).

A criação deste serviço em saúde se apresenta como uma resposta estatal importante em relação às pessoas trans, considerando a transformação do corpo como um aspecto fundamental na vida das pessoas trans – homens e mulheres transexuais e travestis (ROCON et al., 2016a; ROCON et al., 2017). Contudo, o acesso aos recursos

para modificar os corpos é desigual, sendo mediado pelos desejos pessoais e condições socioculturais e econômicas para adquiri-los, sendo, portanto, determinados pelos recortes de raça, sexualidade e principalmente classe social aos quais as pessoas trans se enquadram (BENTO, 2006; PELÚCIO, 2005; ALMEIDA, 2012; ROCON et al., 2016a). Por essa razão, Almeida e Murta (2013) apontam que:

As experiências e as trajetórias de vida devem ser percebidas numa perspectiva de totalidade histórica, em que indivíduos e grupos têm grande parte de suas vidas condicionadas por determinantes de diversas naturezas: econômica, política, cultural e subjetiva. [...] Desta perspectiva, as trajetórias de vida de mulheres e homens transexuais constituem a síntese absolutamente singular de suas inserções de classe social, de gênero e “raciais”, bem como de suas características culturais, etárias, de seus percursos afetivo-sexuais, entre outras. (ALMEIDA; MURTA, 2013, p. 396).

Ao buscarem transformar seus corpos em dissonância com normas hegemônicas para viver no gênero, as pessoas trans são conduzidas a uma vida recortada por uma série de expressões da questão social, como pobreza, fome, violência etc., resultantes de sua condição de classe social, da escola, saúde, famílias, segurança pública etc. (ALMEIDA; MURTA, 2013; BENTO, 2006; ROMANO, 2008; ROCON et al., 2016a). Não se pode perder também de vista, que Almeida e Murta (2013) propuseram uma leitura alicerçada na totalidade histórica, que as contradições do sistema econômico, bem como a inserção dessa população nas classes sociais impactarão diametralmente no acesso aos recursos para transformação do corpo.

Neste cenário, parte da população trans, que constitui a fração da classe trabalhadora menos abastada, não consegue acessar a medicina privada e recorre ao sistema público de saúde. Entretanto, as iniquidades no acesso e na permanência do processo transexualizador, no SUS, levam algumas pessoas a recorrerem à automedicação por hormônios e por aplicações de silicone industrial, que podem levar a graves riscos e agravos em saúde. Rocon et al. (2016a) apresentam relatos de desenvolvimento de cânceres pelo uso

de hormônios, e adoecimentos e mortes oriundos das aplicações de silicone industrial. Há também a associação entre a ocorrência de mortes e sequelas por doenças cardiovasculares e o uso de hormônios sem acompanhamento médico (BRASIL, 2011). Romano (2008) relacionou o desenvolvimento de doenças hepáticas com o uso de hormônios sem acompanhamento médico, bem como a ocorrência de trombozes e infecções consequentes do uso de silicone industrial. Isto contribui para acessar a média e a alta complexidade por outras doenças crônicas decorrentes da ausência ou das desigualdades de acesso aos serviços do processo transexualizador.

Os dilemas do acesso e permanência no processo transexualizador do SUS

Os trânsitos que as pessoas trans realizam nos gêneros, a partir das mudanças em seus corpos, são interpelados por normas hegemônicas sobre gênero e sexualidade presentes na sociabilidade burguesa. Segundo Froemming et al. (2010, p. 166-167):

A ordem social contemporânea se estrutura de forma que no dualismo hétero/homo, a heterossexualidade seja naturalizada e compulsória. [...] A linha de inteligibilidade do humano é pensada a partir do “corpo/gênero/sexualidade” e dos polos masculino e feminino, e na relação destes com seus opostos, dada assim também a nossa capacidade de compreensão da existência do outro.

As autoras, em diálogo com Butler (2014, p. 45) que diz que “a instituição de uma heterossexualidade compulsória e naturalizada exige e regula o gênero como uma relação binária em que o termo masculino diferencia-se do termo feminino [...] por meio das práticas e do desejo sexual”, afirmam que na sociabilidade atual, as construções no gênero devem seguir as categorias disponíveis nas formas feminino *versus* masculino, homem *versus* mulher, restando aos que nessas categorias não se enquadram a desumanização de suas vidas. Tais normas compreendem os corpos e gêneros num sistema binário que “produz a ideia de que o gênero reflete, espelha o sexo e que todas as outras esferas constitutivas dos sujeitos estão amarradas

a essa determinação inicial: a natureza constrói as sexualidades e posiciona os corpos de acordo com as supostas disposições naturais”. (BENTO, 2006, p. 90).

Michel Foucault (2013) relata que o século XVIII foi marcado por uma maior preocupação e cuidado com o sexo, num primeiro momento apenas o sexo da burguesia foi objeto de interesse, e tardiamente das demais populações, com o objetivo de concentrar as forças vitais à produção, valorando e incentivando o sexo com fins procriativos.

Em diálogo com Foucault (2013), Ferreira e Aginsky (2013, p. 224) afirmam que “diferentes instituições ideológicas, tais como a família, a medicina, o sistema escolar, de justiça, de segurança, entre outros, constroem significados sobre corpos e desejos”. Estas instituições continuam reproduzindo, como valores hegemônicos, o gênero em sua forma binária e a heterossexualidade como norma, apresentando-a como sexualidade superior e referencial, de maneira que “todas as outras formas de sexualidade são consideradas, na melhor das hipóteses, incompletas, acidentais e perversas; e, na pior, patológicas, criminosas, imorais e destruidoras da civilização”. (BORRILLO, 2010, p. 31).

A perspectiva crítica marxista acrescenta novos aspectos a todas essas análises ao salientar, como já dito anteriormente, as necessidades da saúde da população trans como peculiaridade que não pode ser compreendida à margem da sociedade capitalista e de suas relações sociais de produção e de reprodução. Neste sentido, cabe ressaltar que toda a política e os programas sociais e de saúde voltados à população LGBT não estão desvinculados da natureza do Estado no capitalismo contemporâneo, ou melhor, no papel do Estado na acumulação capitalista e da condição de classe social. Esse seu papel interferirá no conjunto da sociedade e, conseqüentemente, nas políticas sociais, como as políticas de saúde, e, por conseguinte, no acesso ao processo transexualizador do SUS.

Esta compreensão da realidade social em sua totalidade contribui para entender que um dos principais desafios do movimento LGBT é a luta contra o caráter excludente das políticas públicas – por serem

insuficientes à satisfação das necessidades de frações da classe trabalhadora –, em busca da ampliação ao direito de cidadania.

Pois, a conjuntura atual, na criação de novas estratégias de expansão do capital fictício em escala ampliada, traz também novas configurações de violência e ataque aos direitos da classe trabalhadora. Neste sentido, as tendências e perspectivas da política social são caracterizadas em detrimento da função prioritária do Estado em garantir a acumulação, e de minimizar e terceirizar sua responsabilidade em garantir os direitos sociais à população, seja pela administração indireta ou privatização. Logo, a consequência dessa reestruturação do papel político do Estado transfere a gestão e efetivação de processos relativos às políticas para instituições privadas (mercado) e para a sociedade civil através da solidariedade social e da filantropia (PEREIRA, 2011). Suzi Freire (2012) enfatiza que:

Ainda que se reconheça a transferência de responsabilidade do Estado para o terceiro setor no enfrentamento, dentre outras, das questões LGBT, não se pode negar a importância e seu protagonismo, em especial, no sentido de dar visibilidade às diferentes demandas apresentadas por esses segmentos. Há que se destacar que o caráter político conquistado através do movimento LGBT tem se consolidado como espaço importante de conquista e de avanço das políticas públicas e reconhecimento da cidadania através das Paradas da diversidade sexual, fóruns, seminários, encontros e mobilizações. (FREIRE, 2012, p. 8).

As políticas sociais deveriam cumprir a função da busca por equidade, e se inserem dentro da garantia dos direitos sociais, e não individuais pois:

[...] os direitos com os quais as políticas públicas se identificam, e devem concretizar, são os direitos sociais, que se guiam pelo princípio da igualdade, embora tenham no seu horizonte os direitos individuais – que se guiam pelo princípio da liberdade. (PEREIRA, 2009, p. 102).

A formulação, implementação e efetivação de políticas sociais e os seus aspectos de ordem objetiva (alocação de recursos humanos

e financeiros, equipamentos e serviços públicos etc.) são fortemente influenciados por questões teóricas/ideológicas. Ou seja, disputas políticas, ainda que não explicitamente pronunciadas, são intrínsecas às concepções de sujeito social e cidadania.

Neste sentido, garantir a concretização da política social e suas especificidades, no modo de produção capitalista "[...] significa lutar permanentemente contra um problema que lhe é intrínseco: a divisão da sociedade em classes que impõe diferenciações de acessos e usufrutos, submetendo o universalismo jurídico à lógica do mercado". (PEREIRA, 2009, p. 106).

É sob essa lógica que o Estado argumenta uma crise econômica e política, cuja solução aparente são os cortes nos gastos estatais, a degradação dos serviços, a privatização, ou seja, a mercantilização dos serviços sociais (BEHRING, 2008). Além disso, a política social é caracterizada por discursos ideológicos, que a avaliam como “[...] paternalistas, geradoras de desequilíbrio, custo excessivo do trabalho, e devem ser acessadas via mercado. Evidentemente, nessa perspectiva deixam de ser direito social”. (BEHRING, 2008, p. 64).

Logo, essas análises corroboram para entender os processos que hoje são desencadeados aos dilemas do SUS, especialmente frente ao processo transexualizador, dentre os quais destacaremos três:

a) Desigualdades de gênero

A Portaria nº 1.707/2008 restringiu o acesso ao processo transexualizador do SUS a mulheres transexuais, autorizando somente procedimentos MTF (masculino pra feminino), como hormonioterapia, cirurgias para retirada do pomo de Adão, alongamento das cordas vocais e cirurgias de neoculpevoloplastia (mudança de sexo MTF).

Não podemos deixar passar despercebida a demora na incorporação das demandas em saúde dos homens trans e das travestis ao processo transexualizador do SUS.

Carvalho (2011) e Rocon (2018) nos permitem refletir que a partir da medicalização da população trans, criou-se uma espécie de hierarquização entre mulheres transexuais e travestis, de modo que

as primeiras, ao serem apontadas como identidades doentes e medicalizáveis, têm passado por um processo de aceitação e mais fácil acesso ao processo transexualizador quando comparadas à população travesti, associadas constantemente à marginalização, criminalidade e prostituição de maneira negativa e discriminatória.

A demora na incorporação dos homens transexuais foi, por muito tempo justificada pelo caráter experimental das cirurgias de transgenitalização para essa população (neofaloplastia). Todavia, uma série de procedimentos disponíveis no SUS, como mastectomia, histerectomia e hormonioterapia com testosterona, reivindicados por essa população, não foram disponibilizados pelo processo transexualizador em 2008 a essa população. Esta realidade pode evidenciar um recorte de gênero na produção de tecnologias e técnicas para intervenção médica sobre os corpos dos homens trans. Segundo Bento (2006, p. 158):

Parece que a ciência não tem muita pressa em criar novas tecnologias para intervir nos corpos-sexuados femininos, levando-me a pensar nas assimetrias de gênero na produção das tecnologias para transformar os corpos femininos. Muitos cirurgiões argumentam que são raros os casos de transexuais masculinos, o que não justificaria um investimento em pesquisa para atender a uma clientela tão reduzida.

A autora evidencia a existência de uma disparidade entre investimentos na produção de tecnologias em saúde para modificar os corpos de mulheres trans (corpos-sexuados masculinos) quando comparada aos homens trans (corpos-sexuados femininos). Ao analisar as legislações sobre essa questão no Brasil, percebe-se que mais de uma década de procedimentos transgenitalizadores autorizados no país, as técnicas cirúrgicas para transgenitalização MTF parecem avançar em passos largos frente às FTMs, o que tem refletido em dificuldades no acesso ao processo transexualizador do SUS aos homens trans, que, somente após seis anos de criação do PTSUS, foram incorporados nos procedimentos que necessitam, ainda que mantendo as cirurgias de mudança de sexo FTM sob caráter experimental.

Parece que a invisibilização das mulheres heterossexuais e lésbicas cisgênero, que não apresentam inconformidade com o gênero atribuído ao nascimento, na sociedade, com seus corpos, sexualidades e desejos, se desdobram na invisibilização dos homens transexuais com seus gêneros, corpos, sexualidades e desejos. Fato que não se restringe ao acesso à saúde, como, por exemplo, se faz presente também no campo da produção científica onde se evidencia um pequeno número de estudos sobre essa população. (ALMEIDA, 2013).

b) A questão do diagnóstico

Outro dilema é a seletividade no acesso ao PTSUS, por meio do processo de diagnóstico. Segundo Rocon et al. (2016b), as legislações que normatizam o processo transexualizador brasileiro são dúbias em relação ao processo de diagnóstico. O autor relata que as resoluções do CFM não contemplam as pessoas travestis, e as definições para transexualidade e travestilidades expressas pelo Código Internacional de Doenças (CID 10), sob nomes transexualismo e travestismo, diferem entre si. Contudo, as portarias do processo transexualizador condicionam o acesso aos serviços em saúde oferecidos ao diagnóstico. O autor ainda aponta que a lacuna deixada pela legislação tem sido preenchida pelas “verdades estabelecidas socialmente para os gêneros”. (BENTO, 2008, p. 87).

Bento (2008) evidenciou que o diagnóstico no processo transexualizador reproduz estereótipos sobre “ser homem/mulher de verdade” engendrados pelo binarismo dos gêneros e pela heteronormatividade. A partir disso, a equipe de profissionais atuantes nesses programas estaria buscando encontrar um/a “transexual de verdade”, aqueles e aquelas que melhor reproduzem na estética do corpo e nas performances de gênero as normas hegemônicas. Para esse feito, desenvolvem uma semiologia do gênero, examinando comportamentos e identidades sexuais, buscando nos pacientes uma compatibilidade entre anatomia e identidade de gênero, na lógica heteronormativa e binária. (ALMEIDA; MURTA, 2013).

Para Butler (2009), o processo de diagnóstico, ao patologizar as identidades de gênero trans, reforça a marginalização dessa popu-

lação, uma vez que receber um diagnóstico de transtorno “é ser, de certa maneira, considerado doente, errado, disfuncional, anormal e sofrer certa estigmatização em consequência desse diagnóstico”. (BUTLER, 2009, p. 96).

Almeida e Murta (2013) resgatam um dos grandes desafios à efetivação do SUS no Brasil, frente ao modelo biomédico e ao assédio de prestadores e da indústria fármaco-biomédica à Saúde Pública. Os autores apontam a necessidade de uma atenção multiprofissional que ofereça “o suporte técnico e ético necessário a quem desejar enfrentar os inúmeros desafios físicos, familiares, relacionais, profissionais que são comuns àquele/àquela que afirma uma identidade de transexual” (ALMEIDA; MURTA, 2013, p. 401), como forma de enfrentamento ao atual formato do diagnóstico no processo transexualizador do SUS.

Para Rocon et al. (2016a), ainda que manter a patologização das identidades de gênero trans possa significar uma concessão estratégica como pontuou Bento e Pelúcio (2012), o SUS constitucional não condiciona o acesso aos serviços públicos de saúde à existência prévia de uma patologia instalada. Nesse sentido, a luta por um PTSUS universal, integral e equânime, conciliado com os valores éticos e políticos da Reforma Sanitária, é a condição para superar a necessidade do diagnóstico de transexualismo para existência do programa.

c) A oferta do serviço no território brasileiro

Outra situação problemática ao acesso e permanência no processo transexualizador é a pouca oferta de serviços no território brasileiro, reduzindo as possibilidades de consultas, diagnósticos, hormonioterapia, cirurgias, equipamentos, medicamentos e outros insumos.

Atualmente, há nove hospitais habilitados para o atendimento das necessidades de saúde inerentes ao programa transexualizador, distribuídos nas regiões brasileiras, de acordo com a tabela a seguir:

Hospitais habilitados para oferta do processo transexualizador do SUS		
Região Sudeste	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital Universitário Pedro Ernesto/ Rio de Janeiro (RJ) 	Modalidades ambulatorial e hospitalar
6 hospitais habilitados	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina FMUSP/Fundação Faculdade de Medicina MECMPAS • Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia (IEDE) – Rio de Janeiro/RJ • Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes – Vitória (ES) • Ambulatório do Hospital das Clínicas de Uberlândia – Uberlândia/MG • Centro de Referência e Treinamento (CRT) DST/AIDS – São Paulo/SP; Centro de Pesquisa 	Modalidade ambulatorial
Região Sul	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Universidade Federal do Rio Grande do Sul/ Porto Alegre (RS) 	Modalidades ambulatorial e hospitalar
2 hospitais habilitados	<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento para Travestis e Transexuais (CPATT) do Centro Regional de Especialidades (CRE) Metropolitano – Curitiba/PR 	Modalidades ambulatorial
Região Nordeste	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital das Clínicas/Universidade Federal de Pernambuco – Recife (PE) 	Modalidades ambulatorial e hospitalar
1 (um) hospital habilitado		

Fonte: Sistematização própria a partir de BRASIL (2018) e BRASIL (2017).

As informações acima demonstram que os estabelecimentos habilitados se concentram na região Sudeste com unidades em todos os estados, com o total de seis hospitais: dois no Estado do Rio de Janeiro; dois em São Paulo, um em Minas Gerais e outro no Espírito Santo. Entretanto, somente um no RJ e um em São Paulo podem prestar os serviços na modalidade hospitalar (realização das cirurgias de redesignação sexual, histerectomia, mastectomia, tireoplastia etc.), os demais ofertam os serviços de saúde no âmbito ambulatorial: hormonioterapia, acompanhamento clínico, psicológico e social.

Na região Sul, há somente dois hospitais: um no Rio Grande do Sul, com atendimento hospitalar e ambulatorial; e o outro no Estado do Paraná, na modalidade ambulatorial. Na região Nordeste, com tantos estados, há um único estabelecimento habilitado nas modalidades ambulatorial e hospitalar, em Pernambuco. E não há hospitais habilitados nas regiões Norte e Centro-Oeste.

Outra observação é que a maioria dos estabelecimentos são hospitais universitários (hospitais-escolas). Uma situação que demonstra que o processo transexualizador, em sua origem, caracterizava-se por um serviço das instituições, que envolviam ensino, pesquisa e extensão. Isto porque, conforme a Portaria nº 457, de 19 de agosto de 2008, além do aparato técnico para ser uma Unidade de Atenção Especializada para pessoas trans, outro requisito era ser um hospital de ensino, certificado pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação, conveniado com o SUS, e integrado com o sistema de saúde local e regional.

Entretanto, esta distribuição da oferta e dos estabelecimentos credenciados dificulta em muito o acesso da população trans, em especial a que constitui frações da classe trabalhadora menos abastadas, na medida em que tem regiões nas quais não há os serviços de saúde e, mesmo nas regiões onde há os hospitais habilitados, estes localizam-se todos nas regiões metropolitanas, com uma infraestrutura insuficiente para atender a totalidade das demandas e, geralmente, com uma única equipe multiprofissional para o atendimento ambulatorial e hospitalar.

Considerações finais

Conclui-se que, apesar das importantes problematizações formuladas, algumas perspectivas de análise a partir dos estudos de gênero sobre o acesso ao processo transexualizador esbarram no dilema: patologização da transexualidade (acesso à saúde) *versus* despatologização da transexualidade (sem garantia do acesso). Talvez porque ao analisar o gênero sem situá-lo na estrutura do capital, não tem conseguido avançar nas discussões sobre as conexões entre essa categoria e as relações sociais de produção da vida. Almeida e Murta (2013)

deram um pontapé inicial nessa direção, ao proporem uma análise das vidas trans a partir da totalidade histórica.

E neste sentido, a perspectiva marxista nos permite compreender que os dilemas enfrentados por parte da população LGBT, ao processo transexualizador no SUS, são os mesmos enfrentados por toda a classe trabalhadora referente ao papel do Estado na garantia e implementação das políticas sociais. Isto, pois o Estado, ao priorizar sua função de garantir a acumulação ao capital, tem enfrentado obstáculos à sua função de legitimação por meio da garantia dos direitos sociais, priorizando ações seletivas, focalizadas e hierárquicas.

Logo, as desigualdades apresentam-se tanto na condição de classe social, de gênero, de acesso, de diagnóstico quanto na oferta, organização e distribuição dos serviços. Este resultado instiga-nos a problematizar tanto o acesso quanto a oferta de serviço como se observou nos dilemas ao processo transexualizador no SUS, condicionado às necessidades sociais dessa fração da classe trabalhadora, em contraposição à patologização da transexualidade, com o entendimento do modelo biomédico e mercantil.

Artigo submetido em 13/03/2018 e aceito para publicação em 14/08/2018.

Referências

ALMEIDA, G. 'Homens trans': novos matizes na aquarela das masculinidades? **Estudos Feministas**, v. 20, n. 2, p. 513-523, 2012.

ALMEIDA, G.; MURTA, D. Reflexões sobre a possibilidade da despatologização da transexualidade e a necessidade da assistência integral à saúde de transexuais no Brasil. **Revista Latinoamericana Sexualidad, Salud y Sociedad**, n. 14, p. 380-407, ago./2013.

BENTO, B. **A (re)invenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.
BENTO, B. **O que é transexualidade**. São Paulo: Brasiliense, 2008.
BENTO, B; PELÚCIO, L. Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. **Estudos Feministas**, v. 20, n. 2, p. 569, 2012.

BEHRING, E. R. **Brasil em contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BORRILLO, D. **Homofobia**: história e crítica de um preconceito. Belo Horizonte: Autêntica, 2010.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 12/01/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Portaria nº 2.836. **Diário Oficial da União**. 1/12/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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. Portaria nº 1.707. **Diário Oficial da União**. 18/08/2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Redefine e amplia o processo transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Portaria nº 2.803. **Diário Oficial da União**. 19/11/2013.

BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT**. Brasília, 2009. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/dados/pp/a_pdfdht/plano_nacional_lgbt_2009.pdf. Acesso em: 26/06/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 410/GM, de 22 de fevereiro de 2018. Habilita o Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes para realização do Componente Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade ambulatorial. **Diário Oficial União**. 02/03/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Processo transexualizador no SUS**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/1174-sgep-raiz/lgbt/21885-processo-transexualizador>. Acesso em: 08/10/2017.

BUTLER, J. **Problemas de gênero**: feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014.

BUTLER, J. Desdiagnosticando o gênero. **Physis**, v. 19, n. 1, p. 95-126, 2009.

CARVALHO, M. F. L. **Que mulher é essa?:** identidade, política e saúde no movimento de travestis e transexuais. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro: Uerj, 2011.

CFM. 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 n. 1.482, de 19 de setembro de 1997. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 19/09/1997. Seção 1, p. 20.944.

FERREIRA, G. G.; AGUINSKY, B. G. Movimentos sociais de sexualidade e gênero: análise do acesso às políticas públicas. **Katalysis**, v. 16, n. 2, p. 223-232, 2013.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. 23. ed. São Paulo: Graal, 2013.

FREIRE, S. M. C. Plumas, paetês e bandeiras de luta: a trajetória irreverente do movimento LGBT na luta por direitos. **ENCONTRO NACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL**, 7, 2012. “Trabalho e lutas sociais no mundo hoje”. [s.1], 2012.

FROEMMING, C. N.; IRINEU, B. A.; NAVAS, K. Gênero e sexualidade na pauta das políticas públicas no Brasil. **Revista de Políticas Públicas**, v. 1, p. 161-172, 2010.

IRINEU, B. A. Homonacionalismo e cidadania LGBT em tempos de neoliberalismo: dilemas e impasses às lutas por direitos sexuais no Brasil. **Em Pauta**, n. 34, v. 12, p. 155-178. 2. sem./2014.

LIONÇO, T. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no processo transexualizador do SUS. **Physis**, v. 19, n. 1, p. 43-63, 2009.

PELÚCIO, L. Toda quebrada na plástica: corporalidade e construção de gênero entre travestis paulistas. **Revista de Antropologia Social**, v. 6, n. 1-2, p. 97-112, 2005.

PEREIRA, Potyara A. P. **Política social: temas & questões**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

PEREIRA, Potyara A. P. Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania. In: BOSCHETTI, I. (Orgs.) **Política social no capitalismo: tendências contemporâneas**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

ROCON, P. C. **Quando os corpos trans adentram o processo transexualizador: experiências que conformam a transexualidade**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Centro de Ciências da Saúde. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, 2018.

ROCON, P. C.; RODRIGUES, A. R.; ZAMBONI, J.; PEDRINI, M. D. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 8, p. 2517-2526, 2016a.

ROCON, P. C.; SODRÉ, F.; RODRIGUES, A. Regulamentação da vida no processo transexualizador brasileiro: análise sobre a política pública. **Katalysis**, v. 19, n. 2, p. 260-269, 2016b.

ROCON, P. C.; ZAMBONI, J.; SODRE, F. ; RODRIGUES, A.; ROSEIRO, M. C. F. B. (Trans)formações corporais: reflexões sobre saúde e beleza. **Saúde e Sociedade**, v. 26, p. 521-532, 2017.

ROMANO, V. F. As travestis no Programa Saúde da Família da Lapa. **Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 2, p. 211-219, 2008.