

## IMPASSES NA COORDENAÇÃO NACIONAL DO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR E OS DESAFIOS LOCAIS PARA SUA IMPLEMENTAÇÃO E CAPILARIZAÇÃO NO BRASIL

### **Marcia Cristina Brasil Santos**

*Doutora em Serviço Social - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ. Assistente Social e Coordenadora Ambulatorial do Processo Transexualizador do HUPE. Contato: [mcristinabrasil@hotmail.com](mailto:mcristinabrasil@hotmail.com)*

### **Mariana Camargo Tumonis Oliveira**

*Assistente social do Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ, especialista em Serviço Social e Saúde - HUPE/UERJ. Contato: [marictoliveira@gmail.com](mailto:marictoliveira@gmail.com)*

### **Guilherme Silva de Almeida**

*Doutor em Saúde Coletiva – Ensp/Fiocruz – RJ. Professor da Escola de Serviço Social da UFER. Contato: [gsdealmeida@gmail.com](mailto:gsdealmeida@gmail.com)*

### **Resumo**

Esse artigo tem como objetivo discutir os impasses relacionados a implementação e capilarização do Processo Transexualizador nos estados e municípios do Brasil, tendo sua oferta e gestão ainda fortemente concentrada no âmbito do Ministério da saúde. Esse programa é regulado pela Portaria 2803/13, que ancorada nos princípios e diretrizes do SUS elenca uma série de ações que irão demandar o comprometimento das três instâncias de gestão na saúde (MS, Estados e Municípios). Sabe-se que para a coordenação nacional do processo transexualizador há uma necessidade de empenho político e financeiro para o estímulo aos estados e municípios na sua organização local em relação a oferta dessa assistência. O que se percebeu durante a pesquisa

que investigou esse tema, da qual esse artigo é um dos frutos, é que tem havido um expressivo crescimento de ambulatorios de atendimento às pessoas travestis e transexuais em todo o país, no entanto, esse crescimento tem se dado, notadamente, por iniciativas de universidades, ONG's, movimentos sociais, órgãos de defesa dos direitos humanos, tendo como características a precarização e a desarticulação em relação a rede assistencial de saúde local/estadual, expressando tanto a ausência de coordenação nacional como o desinteresse das gestões subnacionais com essa assistência.

**Palavras-chave:** Processo Transexualizador, Coordenação Nacional, Rede Assistencial, Gestão em Saúde, Saúde Trans.

## Introdução/Marco teórico:

O presente artigo, fundamentado no referencial teórico metodológico crítico dialético vinculado à tradição marxista, tem como tema central a reflexão sobre os impasses envolvidos na implementação e capilarização do Processo Transexualizador nos estados e municípios do Brasil. Aborda a organização pelo alto, de cima para baixo, via protagonismo do MS (e por determinação judicial), sem o efetivo envolvimento de estados, municípios e movimentos sociais nas instâncias subnacionais no que tange a estruturação do programa.

Sabe-se do histórico descompromisso com as políticas sociais que tem sido a marca dos sucessivos governos no contexto da ofensiva capitalista e um dos desdobramentos desse processo tem sido o desfinanciamento das políticas de seguridade social. Com isso, as conquistas sociais que se consolidaram como patrimônios públicos, como é o SUS, tem cada vez mais se esvaziado de sentido e se tornado um invólucro de um sonho chamado Reforma Sanitária.

Nesta direção, sabe-se que o perfil dos gastos em saúde não atende as necessidades e anseios almejados pelo projeto da Reforma Sanitária em função, sobretudo, da tendência de estagnação ou queda da participação do governo federal nos gastos com saúde que além de ter sido mantida ao longo dos últimos governos se acentuou no ano de 2016 para cá<sup>1</sup>, com os sucessivos cortes e contingenciamentos nas verbas destinadas ao setor da saúde.

O desdobramento concreto desse processo é o esfacelamento das condições de saúde da população, sobretudo porque o desfinanciamento federal do SUS prejudica fundamentalmente a sustentação das ações desenvolvidas pela rede de saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Nesse sentido, as questões envolvendo o descomprometimento das gestões governamentais com a implementação de políticas públicas, notadamente para LGBTQI+, que já eram recorrentes e históricas, acentuaram-se ainda mais.

1 O subfinanciamento do SUS foi intensificado a partir de 2016 com a alteração da base de cálculo de aplicação de recursos do governo federal na saúde para um índice menor do que o percentual alcançado em 2015, correspondendo à uma perda R\$ 9,2 bilhões para o orçamento do MS já neste ano, o que configura um processo de desfinanciamento. Cf.: Mendes & Carnut, 2020.

Mello (2013) ao analisar os programas e ações do governo federal voltados para as necessidades específicas dessa população, já apontava que estes se deram de forma marcadamente problemática, sobretudo pela baixa previsão orçamentária para a sustentação dos mesmos seguida da falta de integração entre as esferas do governo e o baixo envolvimento dos demais entes federativos (MELLO, 2013).

Nesta direção, há um agravamento das dificuldades de coordenação nacional e na organização das redes locais e isso não é uma particularidade de nenhum dos cinco estados onde há o programa. O próprio MS através do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DERAC)<sup>2</sup>, que tinha a competência de regular e coordenar a capilarização do programa para os estados e municípios, declinou, no ano de 2017, de sua responsabilidade de coordenar nacionalmente a regulação do acesso ao programa, conforme previsto no artigo Art. 12 da Portaria n. 2803/13:

O acesso aos procedimentos cirúrgicos de que trata esta Portaria será regulado por meio da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), quando houver ausência ou insuficiência do recurso assistencial no Estado de origem, cabendo ao Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC/SAS/MS) adotar as providências cabíveis para sua operacionalização (Portaria n. 2803/13).

Ao longo do ano de 2016, a CNRAC/SAS/MS iniciou um ciclo de visitas aos estados com vistas a implementar a regulação nacional do acesso às cirurgias, o que poderia dar maior transparência e celeridade a este processo e permitir que as pessoas pudessem ser assistidas em outros estados, sobretudo porque existe uma grande desigualdade regional na distribuição dos serviços. Durante as visitas aos hospitais habilitados se constatou grande precariedade na rede assistencial e na regulação local, a interrupção na realização das cirurgias e do acesso a novos/as usuários/as, longas filas cirúrgicas

2 O DERAC integra a estrutura da Secretaria de Atenção à Saúde/SAS, sendo responsável pelo desenvolvimento e sistematização das ações de regulação da atenção em saúde em nível nacional, programação das ações e serviços de saúde, gestão e controle de sistemas de informação, e avaliação dos serviços de saúde, além da gestão dos repasses de recursos de Média e Alta Complexidade (MAC/FAEC) e o custeio de Centrais de Regulação.

e extenso tempo de espera para a realização dos procedimentos, omissão dos estados na organização do programa, ou seja, os hospitais habilitados não tinham como dar conta da própria fila e muito menos ofertar vagas para serem disponibilizadas nacionalmente. Não havia o que e nem como regular, dado o nível das dificuldades encontradas.

Na verdade, o MS se deparou com uma situação muito caótica, o que não poderia ser diferente, dado que após a publicação da Portaria, não houve alterações que pudessem impactar positivamente o funcionamento dos quatro serviços. Além disso, de acordo com as diretrizes do programa, caberia ao MS por meio do DERAC prestar apoio, sobretudo financeiro, aos estados e municípios nesse processo de organização e regulação do acesso.

Ao se deparar com essa problemática, o DERAC no lugar de investir no suporte aos serviços e cobrar comprometimento e responsabilidades aos estados na organização e oferta da assistência, preferiu desistir de implementar a regulação nacional do acesso e delegar aos estados a competência de organizarem sozinhos a oferta dos serviços. Assim, as providências cabíveis tomadas pelo DERAC/SAS/MS diante da difícil situação constatada foi publicar a Portaria n. 807 de 21 de março de 2017 se desresponsabilizando completamente dessa competência, que até então lhe cabia:

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, SUBSTITUTO, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II, do parágrafo único do art. 87 da Constituição, resolve:

Art. 1º – O art. 12 da Portaria nº 2.803/GM/MS, de 19 de novembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União nº 226, de 21 de novembro de 2013, Seção 1, página 25, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 12 – O acesso aos procedimentos cirúrgicos de que trata esta Portaria, quando houver ausência ou insuficiência do recurso assistencial no Estado de origem, deve ser objeto de pactuação entre os estados solicitantes e executantes, submetidos à regulação de seus respectivos gestores de saúde”. (NR)

Art. 2º – Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ANTONIO CARLOS FIGUEIREDO NARDI (BRASIL: PORTARIA 807/2017).

Ou seja, por aquele ato, além de não contar mais com a possibilidade de regulação nacional, perdeu-se também a possibilidade de se ter uma coordenação nacional de um processo que sempre foi muito difícil. Se os estados já não faziam nenhum esforço para habilitar e organizar a política antes dessa Portaria, o receio dos sujeitos que atuam nesse campo é que com essa delegação do MS, os estados se sintam mais autorizados a nada fazerem, pois se esvai uma possibilidade de pressão política.

Dessa forma, não é exagero sustentar que a Portaria n. 2803/18 não representou ganhos significativos para os quatro primeiros hospitais habilitados. Os dilemas por eles enfrentados permaneceram e até se adensaram porque a publicação das novas diretrizes redundou numa maior expectativa de acesso a novos procedimentos pelo/as usuários/a (tais como as próteses mamárias, a hormonização, a mamoplastia, a histerectomia...). Como não houve estruturação da rede assistencial na maioria dos estados, estas instituições que já se encontravam com uma grande demanda reprimida e com uma baixa resolutividade, se depararam com um nível maior de pressão.

Houve, de fato, a partir de 2013, uma busca maior por parte de estados e municípios por habilitações de serviços ambulatoriais, o que significou uma ampliação dessa modalidade assistencial. Como só houve o acréscimo de uma nova unidade hospitalar, que foi o Hospital de Clínicas da UFPE, o escoamento das demandas cirúrgicas não aconteceu, provocando o seu represamento e uma maior pressão sobre os hospitais, que já tinham dificuldades para dar resolutividades as suas demandas originárias.

Além disso, o aumento das habilitações de unidades ambulatoriais, apesar de se constituir medida importante e necessária, não significou a implementação da integralidade do cuidado e a superação da perspectiva da centralidade médico cirúrgica do cuidado<sup>3</sup>.

A tendência de aumento no quantitativo de ambulatórios específicos para as demandas de saúde das travestis e transexuais no país após a publicação da Portaria n. 2083/13, significou a expansão de possibilidades assistenciais que não mais se limitavam meta cirúrgica

---

3 Cabe lembrar que não é meu objetivo nesta tese fazer uma análise minuciosa da assistência ambulatorial no âmbito do processo transexualizador, embora reconheça que haja necessidade de pesquisas nesse tema. Meu objetivo aqui é tão somente apontar um desdobramento importante da Portaria n. 2803/13.

e criou alternativas de acesso a cuidados para além das cinco unidades especializadas. Nelas o foco maior sempre foram as cirurgias, no entanto, a organização e divulgação dessas informações por parte do MS ainda se dá de forma muito descontínua e incipiente.

## Metodologia

Esse artigo é fruto de uma dupla experiência de pesquisa. Talvez pudéssemos qualificá-lo como fruto de uma experiência de pesquisa-ação envolvendo 10 anos de trabalho em equipe no processo transexualizador do Hospital Universitário Pedro Ernesto, no Rio de Janeiro e, atravessando essa experiência de trabalho, também se deu a realização do doutoramento da coordenadora da equipe de assistentes sociais do programa.

Assim, a pesquisa de campo de onde se originou essas reflexões são oriundas tanto do trabalho interventivo realizado em conjunto com residentes, estagiários de serviço social e profissionais de diversas outras áreas e instâncias, inclusive da gestão, como também advém do campo de pesquisa para a produção da tese de doutorado da coordenadora ambulatorial do programa. É essa hibridéz que justifica que a escrita desse estudo tenha sido feita em coautoria com outros profissionais que participam dessas reflexões.

Considerando esses apontamentos, para a consecução dessas reflexões partiu-se tanto das observações e intervenções junto aos gestores da política em âmbito nacional em função do trabalho realizado dentro do programa, quanto de um caminho mais sistematizado de pesquisa de campo em função das exigências da tese.

No que tange a realização da pesquisa de campo mais sistematizada em função da tese de doutorado, foi realizado de um amplo levantamento bibliográfico acerca do marco regulatório e teórico do processo transexualizador e também foram realizadas leituras relacionadas ao campo da saúde coletiva e das ciências sociais, que se detiveram sobre os processos de reforma sanitária, contrarreforma do Estado, neoliberalismo, formação social brasileira, gestão em saúde, federalismo, gênero e diversidade de gênero.

Tal levantamento se deu por meio de pesquisa bibliográfica de livros, artigos em periódicos, monografias de conclusão de curso, dissertações e teses tendo ocorrido por meio da busca em bibliotecas

e também por acesso eletrônico, sobretudo nas bases bibliográficas SCIELO e CAPES Periódicos.

A pesquisa empírica da tese foi realizada em cinco estados onde há unidades de atenção especializada do processo Transexualizador, além de Brasília, em função da visita ao Ministério da Saúde. A aproximação se inspirou na abordagem etnográfica<sup>4</sup> e foi realizada através de visitas a esses serviços, realização de entrevistas semiestruturadas exploratórias, observação e registro em diário de campo, bem como de pesquisa documental e de registros de dados sobre a trajetória desses serviços. Na condução desses procedimentos, tomei por base as orientações de GIL (2008) e TOBAR & YALOUR (2001).

A sistematização e análise de todo o material coletado foi orientada pela preocupação em dialogar com autores/as das ciências sociais, saúde coletiva e serviço social que tem incidência crítica nas áreas de estudos de gênero, direitos sexuais e política de saúde. Após a coleta de dados, as informações foram avaliadas e sistematizadas de acordo com os objetivos do estudo, as categorias empíricas e as peculiaridades trazidas pela experiência constituída com os/as participantes à luz do referencial teórico já reivindicado.

Foi realizada pesquisa documental, levantamento bibliográfico e pesquisa de campo (observação/entrevista) envolvendo o MS e os cinco estados onde há unidades hospitalares/ambulatoriais habilitadas no processo transexualizador entre 2008/2014.

## Resultados e discussão

Constatou-se que tem havido um expressivo crescimento de ambulatórios de atendimento às pessoas travestis e transexuais em todo o país, no entanto, esse crescimento tem se dado, notadamente, por iniciativas de universidades, ONG's, movimentos sociais, órgãos de defesa dos direitos humanos, tendo como características a precarização e a desarticulação em relação a rede assistencial de saúde local/estadual, expressando tanto a ausência de coordenação nacional como o desinteresse das gestões subnacionais com essa assistência. Apesar dos esforços empreendidos por alguns departamentos do MS, notadamente o SGEP/DAGEP na condução da estruturação do

4 Cf.: Carmem Lúcia Guimarães de Mattos, 2011.



programa, não houve medidas efetivas e sistemáticas envolvendo a coordenação nacional do Programa e menos ainda, às relacionadas ao financiamento e à adesão das gestões estaduais e municipais na organização da assistência.

É preciso lembrar que o processo transexualizador não está fora do SUS, e, portanto, é alvo das mesmas ações de desestruturação, desfinanciamento e deslegitimação porque passa a política de saúde desde as suas origens, sendo a expressão da crise estrutural capitalista, que desde os anos 70/80 vem orientando as respostas do Estado em sua busca por pavimentar as formas e estratégias de extração de mais valor em favor do capital. Assim, a afirmação do processo transexualizador a partir do empenho para a sua implementação, incluindo aí a viabilização financeira e política para o seu espraiamento nos estados e municípios, não era algo que se pudesse esperar no contexto em que essa institucionalização se deu.

Tem sido esse contexto que ajuda a compreensão acerca do porquê o Estado negou por tanto tempo a oferta de assistência às pessoas trans e porque, quando o fez, essa efetivação se deu de maneira precária e acentadamente voltada ao atendimento de uma determinação judicial, não sendo acompanhada por um processo efetivo da estruturação da assistência, desconsiderando a própria arquitetura do SUS, que à essa época, já havia sofrido intensos processos de negação de seus princípios e diretrizes.

A luta pela ampliação da assistência no âmbito do processo transexualizador será inócua se não for acompanhada por estratégias e ações concretas de revitalização e fortalecimento do SUS, numa perspectiva anticapitalista, antirracista, antiLGBTfóbica e emancipatória<sup>5</sup>.

Pode-se dizer que os desafios do processo transexualizador são os desafios do SUS, sobretudo na perspectiva do reconhecimento de que o conjunto de normativas, princípios e diretrizes, apesar de importantes, não são suficientes para a efetivação dessa política, havendo

---

5 O que parece utopia, tem se materializado em experiências concretas nas mais variadas regiões do país, onde se encontra pólos de resistência organizados em torno de coletivos, de fóruns em defesa da saúde, numa perspectiva anticapitalista, que tem tido ações concretas em defesa do SUS, bem como são crescentes as organizações de grupos LGBTs anticapitalistas, que tem tencionado a constituição da política. A onda conservadora que atravessa a realidade atual pode ser uma resposta a sinalizar o potencial que esses grupos anticapitalistas têm.

necessidade de construção coletiva de espaços de luta em defesa do SUS, para além das normativas.

## Considerações finais

Assim, a aposta no envolvimento dos/as gestores/as, do movimento social e de profissionais que prestam a assistência, inclusive na atenção primária, pode ser uma possibilidade de deslocamento desse poder incrustado nas unidades de atenção especializada em direção a uma outra possibilidade de assistência e aí, será imprescindível lutar pelo fortalecimento e revitalização do SUS como um todo e por seu enraizamento por dentro das instâncias de controle social local, tendo em vista que o envolvimento da atenção primária na assistência, que até então, só estava garantido nas normativas, precisa ser pensado politicamente e sob perspectivas diversas.

Dessa forma, além da necessidade da criação de estratégias políticas locais para garantir o atendimento digno e qualificado na atenção primária, será necessário pensar qual a melhor forma de fazer isso. Durante a pesquisa de campo foi possível perceber a organização de diferentes formas de atendimento nesse nível hierárquico da assistência, desde a estruturação de ambulatórios especificamente voltados para as pessoas trans, até a disponibilização de uma linha de cuidados exclusiva às pessoas trans dentro das unidades básicas de saúde destinadas à população em geral.

No primeiro caso, constatou-se o aumento progressivo de ambulatórios específicos organizados, em geral por pressão do movimento social com a adesão de universidades, das secretarias de direitos humanos, das secretarias municipais e estaduais de saúde, alguns deles constituídos de maneira precária e isolada, desarticulados da rede de saúde. Outros deles, foram mais bem estruturados e habilitados pelo MS, tendo suas consultas e procedimentos ambulatoriais ressarcidos pelo SUS.

No caso dos ambulatórios específicos, persistem algumas preocupações. A primeira delas diz respeito ao receio de que essas unidades se tornem uma espécie de “gueto assistencial”, embora, se reconheça que elas constituem uma alternativa de atendimento mais respeitosa e acolhedora. Todas as iniciativas que têm sido vislumbradas em busca da estruturação da assistência às pessoas trans na atenção primária, compreendida como a porta de entrada no SUS, colidem com

os desafios impostos pelo movimento da acumulação do capital e seus rebatimentos na forma como o Estado media as tensões entre as necessidades de acumulação e as demandas por maior presença do poder público, no atendimento às necessidades daqueles que produzem coletivamente a riqueza.

O desafio nesse caso é então: como enfrentar o processo do desfinanciamento, sobretudo a partir do contingenciamento dos gastos com as políticas públicas, o denominado “teto dos gastos” imposto pelo governo Temer em 2016, com fins de redirecionar o fundo público, patrimônio dos/as trabalhadores/as, para o pagamento da dívida pública e acumulação capitalista? Aquela medida acentuou as já severas e conhecidas restrições na oferta dos serviços de saúde, notadamente a partir da revisão da forma de financiamento do SUS e as consequentes alterações na PNAB, instituída também no governo Temer. São desafios muito potentes que a sociedade precisará encontrar formas de respostas, inclusive para que seja possível enfrentar os óbices à oferta de procedimentos cirúrgicos.

Na medida em que a oferta de assistência na atenção primária, mesmo que de maneira precarizada, aumente, aumentará concomitantemente a pressão por realização de cirurgias, o que demandará respostas da alta complexidade. Esse é um outro desafio que precisará ser enfrentado.

Tendo em vista a ausência de coordenação nacional em relação a qualquer política de saúde promovida pelo atual Governo Federal, caberá aos estados mediante pressão política dos movimentos sociais e demais sujeitos implicados com a questão, buscar solução para o baixo número de realização de cirurgias, a diminuta oferta de unidades especializadas na modalidade cirúrgica e as intermináveis filas de espera pelos procedimentos de alta complexidade.

## Referências

ALMEIDA, G. S.; SANTOS, M. C. B. **De baixo para cima: questões e perspectivas sobre a expansão do processo transexualizador no Brasil.** 3ª RAS: saúde, movimentos sociais e direitos. No Prelo.

BRASIL. LEI ORGÂNICA DA SAÚDE n.8.080 de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA N.2.836 DE 01 DE DEZEMBRO DE 2011**. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, DF, 02 dez. 2011. Seção 1 n.231, p.37. Institui, no âmbito do SUS (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836\\_01\\_12\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html)

BRASIL. **PORTARIA Nº 2.803, DE 19 DE NOVEMBRO DE 2013**. Redefine e amplia o processo transexualizador no SUS. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803\\_19\\_11\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html)

CAMPOS Gastão W.S. Modelos Assistenciais e Unidades Básicas de Saúde: Elementos para Debate. In: Campos GWS. **Planejamento sem normas**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC; 1994. p. 53-60.

FERTONANI, Hosana. P.; Pires, Denise. E. P. de.; Biff, Daiana.; Scherer, Magda. D. dos A. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. Temas Livres. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(6):1869-1878, 2015.

MATTOS, Carmem L. G. A abordagem etnográfica na investigação científica. In MATTOS, CLG., and CASTRO, PA., orgs. Etnografia e educação: conceitos e usos [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2011. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/8fcfr/pdf/mattos-9788578791902-03.pdf>

MENDES, A.; CARNUT, Leonardo. Capital, Estado, crise e a saúde pública brasileira: golpe e desfinanciamento. SER SOCIAL – ESTADO, DEMOCRACIA E SAÚDE. Brasília, v. 22, n. 46, janeiro a junho de 2020. Disponível em: [https://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/25260/25136](https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25260/25136)

SANTOS, Marcia. C. B; ALMEIDA, Guilherme. S; GEBRATH, Zélia. L; PRESTES, Elisa. T. Processo Transexualizador no SUS: um campo político e de práticas em construção. In: UZIEL, Ana Paula; GUILHON, Flávio (org). In: Transdiversidades: práticas e diálogos em trânsito. EdUERJ, Rio de Janeiro, 2017.