

O processo transexualizador a partir das narrativas de pessoas trans, gestores e profissionais da saúde

The transsexualization process from the narrative of trans people, managers and health professionals

Victor Fonseca Vieira¹, Ximena Pamela Cláudia Díaz Bermúdez¹, Alejandro Goldberg¹

DOI: 10.1590/2358-2898202514510026P

RESUMO O acesso à saúde para a população trans aparece como uma questão que merece atenção, principalmente ao notar que esse direito foi amplamente negado ao longo da história, afetando o desenvolvimento dos serviços e a atenção integral à saúde. Estudo de natureza qualitativa com estratégias etnográficas, que tem como objetivo analisar a vivência da transgeneridade e suas experiências nos serviços de saúde. As técnicas de coleta de dados foram a observação participante e a realização de entrevistas semiestruturadas. Foram entrevistados 30 participantes, sendo eles 22 pessoas trans, 6 profissionais de saúde e 2 gestores. Discutir políticas de saúde e serviços eficazes requer considerar o aspecto interseccional que atravessa as necessidades das pessoas trans, que enfrentam obstáculos significativos no acesso à saúde e às tecnologias médicas. Os serviços especializados no processo transexualizador são centralizados, oferecendo condições restritas de acesso. O fornecimento de hormônios e a insuficiente realização de cirurgias pelo SUS foi constatada como uma das principais barreiras na efetivação do direito à saúde. As vulnerabilidades sociais e programáticas atravessam a relação de saúde vivenciada por essa população e a qualificação dos profissionais de saúde é colocada como um fator decisivo para a transformação da assistência especializada.

PALAVRAS-CHAVE Transexualidade. Serviços de saúde. Política de saúde. Vulnerabilidade em saúde. Assistência integral à saúde.

ABSTRACT Access to healthcare for the trans population emerges as an issue that deserves attention, especially when noting that this right has been widely denied throughout history, affecting the development of services and comprehensive health care. Qualitative study with ethnographic strategies, aiming to analyze the lived experience of transgender individuals and their experiences within health services. Data collection techniques included participant observation, which facilitated the creation of a semi-structured interview guide to steer discussions with participants. A total of 30 individuals were interviewed, consisting of 22 trans people, 6 healthcare professionals, and 2 managers. Discussing health policies and effective services necessitates an understanding of the intersectional aspects that shape the needs of trans individuals, who face significant barriers in accessing healthcare and medical technologies. Specialized services in the gender transition process are centralized, offering limited access. The provision of hormones and the inadequate performance of surgeries through the SUS (Brazil's Unified Health System) were identified as major barriers to the realization of the right to health. Social and programmatic vulnerabilities impact the health experiences of this population, and the training of healthcare professionals is highlighted as a crucial factor for transforming specialized care.

KEYWORDS Transsexualism. Health services. Health policy. Health vulnerability. Comprehensive health care.

¹Universidade de Brasília (UnB), Faculdade de Ciências da Saúde (FCS), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) - Brasília (DF), Brasil.
fgovictorfonseca@hotmail.com

Introdução

Refletir acerca da transgeneridade implica revisitar os conceitos de sexo e gênero à luz das novas significações outorgadas a estas categorias *vis-à-vis* as experiências das pessoas transexuais, sobretudo em uma perspectiva que inclua as pessoas trans como cidadãs plenas da sociedade. Isto tem a ver com o reconhecimento de sua dignidade, integridade, igualdade, acesso à saúde, educação e condições legais e jurídicas para a identificação do novo gênero. Concomitantemente, sexo e gênero não são conceitos unívocos e mostram ao longo da história diversas expressões e concepções epistemológicas instituídas pela dinâmica social de sua constituição, ademais de aspectos relativos à natureza normalizadora e disciplinadora da sociedade^{1,2}.

Com um forte marcador biológico, o sexo é pensado em relação aos atributos físicos do aparelho genital com que se nasce³. Entretanto, para além dessa condição anatômica, o sexo, assim como o corpo, é sujeito à elaboração de construções simbólicas, subjetividades, desejos, representações e possibilidades performáticas daqueles a quem pertence. Por outro lado, o gênero é uma categoria que remete às formas em que as pessoas se pensam e se auto identificam em termos das noções de masculino ou feminino. Mas a hegemonia da oposição masculino/feminino, como uma categoria de poder, também tem sido contestada nas sociedades contemporâneas, o que dá lugar à existência de novas experiências de vida que produzem outras denominações para pessoas que não se definem necessariamente em termos binários⁴.

A teoria *queer* torna-se importante para a discussão da transgeneridade uma vez que explora as dicotomias sociais, desafiando as hegemonias presentes no conceito social de gênero, suas identidades e símbolos. Uma figura-chave nessa corrente é Judith Butler⁵, quem reflete sobre a imposição social que busca enquadrar pessoas dentro de padrões performativos de gênero tão restritivos quanto uma caixa.

Conforme discutido por Bento⁶, a teoria *queer* emerge com o objetivo de reinterpretar as noções históricas de gênero e seus símbolos e, principalmente, para desafiar a associação direta de feminino com mulher e masculino com homem. Assim, a presença trans remodela essa estrutura cisnormativa, introduzindo fluidez à experiência e à corporeidade humanas, criando novas dimensões identitárias.

Embora o direito à saúde seja reconhecido e acessível a todos, independentemente da identidade de gênero, conforme a legislação brasileira, ele tem sido amplamente negado à comunidade trans. Isso impacta negativamente o desenvolvimento de serviços e a atenção integral à saúde desse grupo social⁷.

Para abordar a saúde e a transgeneridade, é crucial reconhecer que a criação de serviços verdadeiramente equitativos e eficazes precisam estar ancorados em uma dimensão que desmedicaliza e despatologiza a transgeneridade⁸. É essencial, portanto, ampliar a compreensão da saúde para além do paradigma biológico e incorporar os aspectos psicossocioculturais que influenciam a vida e as experiências dessas pessoas⁹.

O acesso à saúde para a população trans aparece como uma questão que merece atenção na realidade brasileira. A despeito da implementação, desde o início do século, de políticas, resoluções e portarias específicas que favorecem um conjunto de ações programáticas neste âmbito, ainda persistem o distanciamento e as barreiras enfrentadas pelas pessoas trans no sistema de saúde do Brasil¹⁰.

Neste viés, faz-se necessário discutir uma assistência à saúde à pessoa trans que abarque a sua integralidade e que, sobretudo, transcenda a discussão de hormônios e cirurgias. Reforçando que essas tecnologias médicas devem ser garantidas pelo Estado, mas que não devem ser impostas como uma obrigatoriedade a todas as pessoas trans. Deve-se garantir que as pessoas trans tenham autonomia e legitimidade dentro dos serviços para escolher opções apresentadas em seu plano terapêutico, assim

como abordagens integrais acerca de seus corpos e condições de saúde. Nesse sentido, consideramos que uma premissa fundamental é conhecer as opiniões, os pontos de vista e as percepções dos próprios protagonistas, bem como aquelas de outros atores envolvidos no processo. Logo, o objetivo deste artigo é analisar a vivência da transgeneridade e suas experiências nos serviços de saúde.

Metodologia

Estudo desenvolvido por meio de uma abordagem de natureza qualitativa, com estratégias etnográficas, sendo realizada em duas fases: a primeira consistiu na análise da literatura sobre o tema e, a segunda, no trabalho de campo em um serviço ambulatorial especializado no processo transexualizador. A coleta de dados começou com observação participante, permitindo captar a dinâmica entre profissionais de saúde e usuários. Essa inserção possibilitou acompanhar a rotina do serviço e as vivências das pessoas trans na busca por assistência. A partir da observação participante no serviço, foi criado um roteiro de entrevistas semiestruturadas para guiar o processo de diálogo com os participantes do estudo. Os convites foram feitos durante o atendimento, e, ao aceitarem, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de cessão de voz, garantindo a confidencialidade e o anonimato.

Assim, foram feitas 30 entrevistas semiestruturadas com três grupos de interlocutores, sendo eles: a) pessoas trans assistidas no âmbito do processo transexualizador; b) profissionais de saúde que trabalham no serviço especializado e c) gestores. Foram coletadas entrevistas com 22 pessoas trans, seis profissionais de saúde das áreas da medicina, psicologia, enfermagem, serviço social e fonoaudiologia, e dois gestores, totalizando o número de 30 participantes.

As entrevistas foram gravadas, transcritas, classificadas e analisadas pelo método de

análise de narrativas. Em pesquisas qualitativas, a entrevista é essencial para entender como os indivíduos constroem e interpretam suas experiências. Essa análise vai além da descrição do conteúdo, examinando a estrutura e o contexto das narrativas, ligando-se à história de vida dos participantes. Assim, a análise de narrativas oferece uma compreensão mais rica das experiências humanas, destacando como as pessoas trans organizam e dão sentido aos seus cuidados no serviço de saúde.

Após transcritas, as entrevistas também foram trabalhadas com o objetivo de produzir o *corpus* discursivo para análise que foi realizado por meio do software IRaMuTeQ, que reproduz o método de classificação de Reinert, gerando uma estatística clássica de texto, a descrição de especificidade a partir da segmentação e a análise de similaridade. Posterior a análise do *corpus* textual, as categorias foram se organizando considerando os tópicos emanados das narrativas dos participantes do estudo e essa foi a base para subsidiar a discussão dos achados.

O software IRaMuTeQ produz o perfil lexical e o distribui em classes que facilitam a análise por um processo de identificação temática. Para a empregabilidade da análise foram utilizados como norteadores as quatro classes disponibilizadas pelo software IRaMuTeQ no momento da análise do *corpus* deste estudo, atribuindo os significados a partir dos conceitos norteadores gerados.

Em cumprimento a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que versa sobre pesquisa envolvendo seres humanos, esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética sob o número CAAE: 54344321.5.3001.5553, aprovado pelo parecer substanciado nº 5.406.788 e nº 5.269.818.

Resultados e discussão

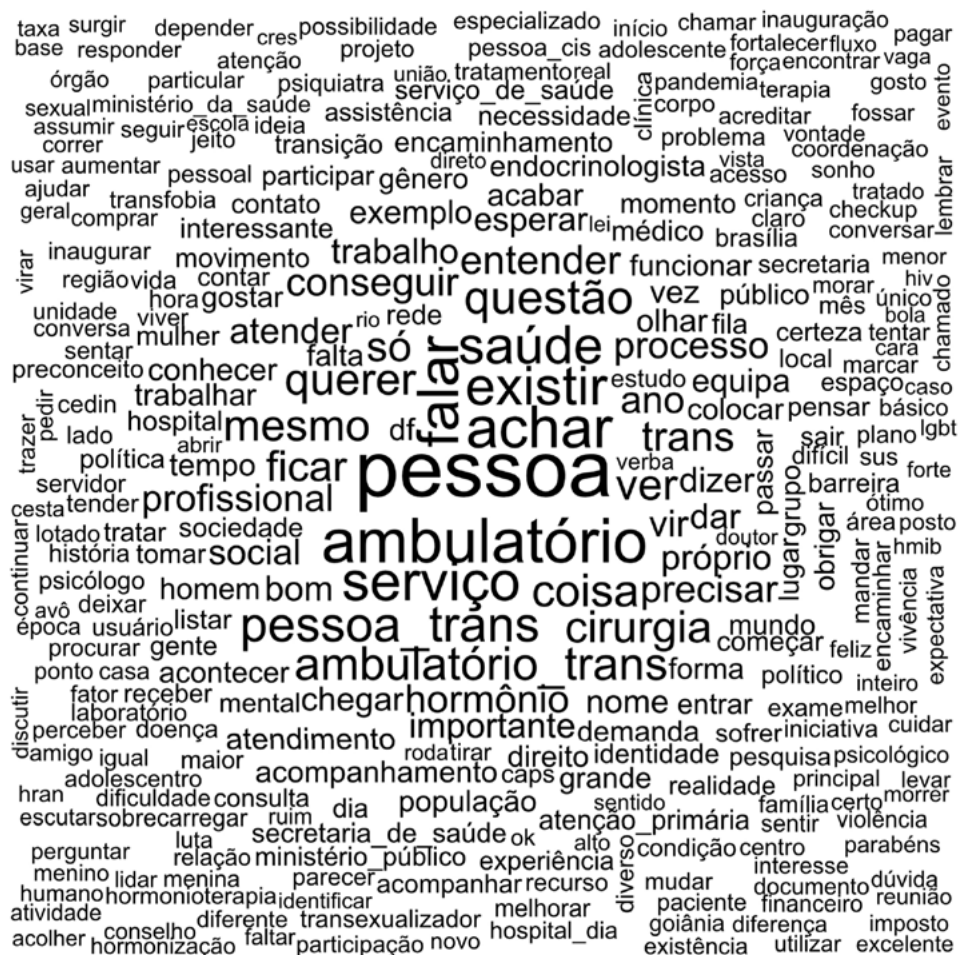
Os resultados e a discussão são apresentados em três eixos temáticos que revelam os conteúdos mais significativos dos dados empíricos

coletados e das concepções emanadas das narrativas sobre a experiência da transgeneridade e suas experiências nos serviços de saúde, sendo eles violência estrutural, acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) e o último eixo remete a assistência integral à saúde.

A nuvem de palavras com 600 ocorrências principais, apresentada na *figura 1*, avalia os termos mais utilizados nas entrevistas com

frequência maior ou igual a três. Ela representa os principais termos nas falas dos participantes, sendo as dez palavras mais citadas: ‘pessoa’, ‘ambulatório’, ‘achar’, ‘falar’, ‘serviço’, ‘existir’, ‘saúde’, ‘pessoa trans’, ‘questão’ e ‘ambulatório trans’. No grafo de similitude, essas palavras surgem como eixos centrais nos discursos dos participantes, estabelecendo conexões entre si.

Figura 1. Nuvem de palavras do corpus com as 600 ocorrências principais



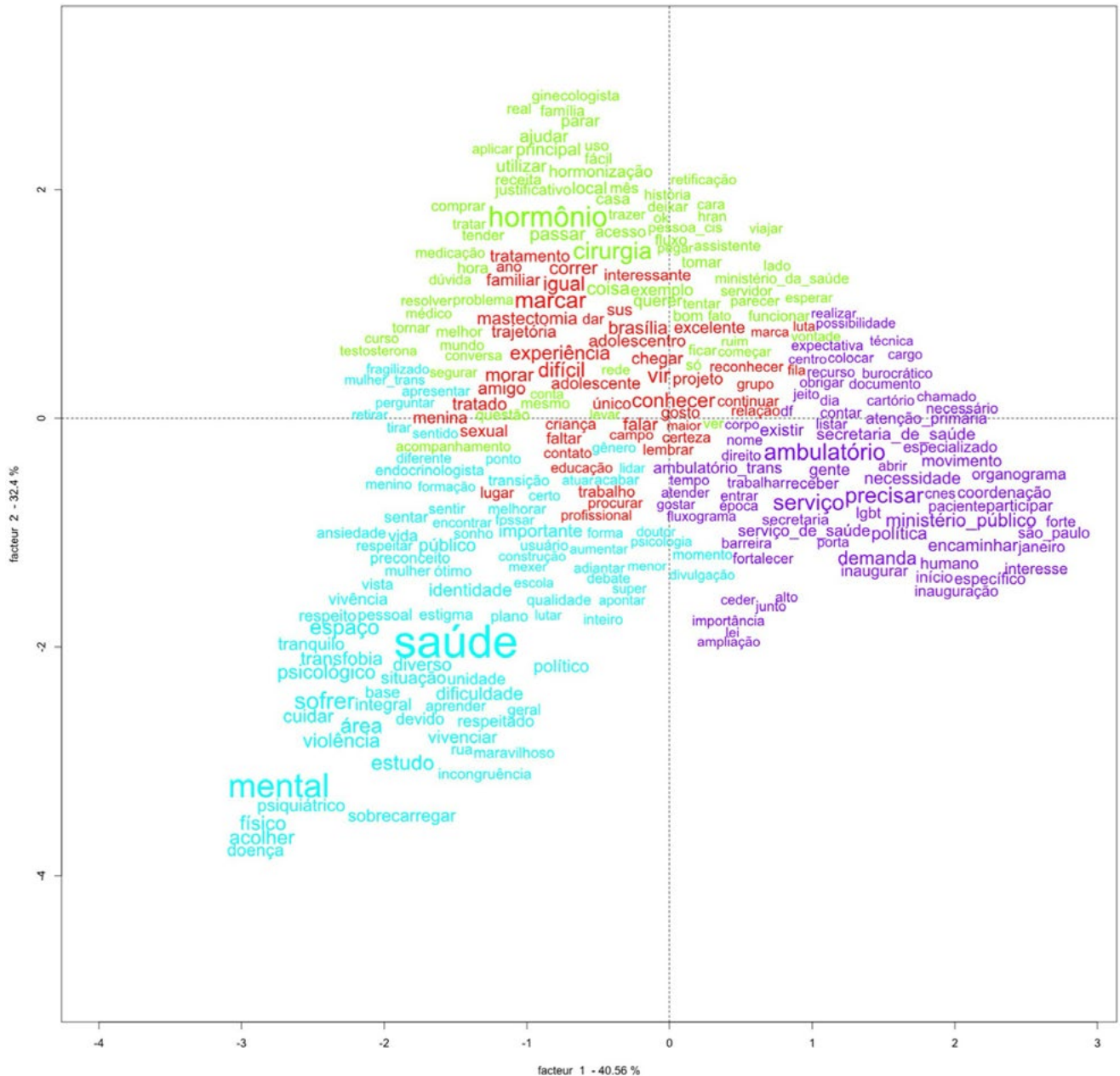
A análise fatorial de correspondência das formas reduzidas das variáveis de contexto e das classes, sinalizada na *figura 2*, são então contrapostas para auxílio à interpretação da realidade,

ou seja, análise do contexto de uso das palavras, já que, a ocorrência regular de formas linguísticas em Seguimento de Texto (ST) remetem a representações, noções ou conceitos comuns.

No caso, existe um isolamento da classe quatro, em sua maioria no quadrante Q4, das classes dois e um no Q2, e da classe três no Q3.

As classes um e dois se aglutinam no gráfico e se aproximam da origem, mostrando que os temas dessas classes se integram.

Figura 2. Análise fatorial de correspondência das formas ativas do corpus



O dado apresentado na *figura 2* torna-se ainda mais interessante quando associado às variáveis do grupo pertencente às entrevistas e o tempo que frequentam o ambulatório. A classe quatro é composta pelos participantes dos grupos de profissionais da saúde e gestores. Na análise, observa-se o quanto a narrativa desses dois grupos se aproxima, atribuindo importante convergência entre os discursos desses participantes.

As classes um, dois e três são compostas pelas narrativas de homens e mulheres trans assistidas no ambulatório, sendo a classe três formada pelas pessoas trans que frequentam o ambulatório e estão inseridas no processo transexualizador há um tempo maior. As classes um e dois são compostas pelas pessoas trans que estão ingressando no serviço, que no processo de análise do *corpus* das narrativas apresentavam anseios diferentes em relação ao cuidado à saúde quando comparadas às pessoas trans que frequentavam o serviço à um período maior. Pelo conteúdo, torna-se possível perceber que as vivências, experiências e expectativas dessas pessoas se moldam com o passar dos anos e que, apesar de serem grupos que apresentam a mesma identidade de gênero, existem importantes divergências e nuances nos discursos sobre suas experiências e formas de concepção. Neste contexto, torna-se possível identificar que dentro do processo de transição acontece um processo de amadurecimento relacionado à percepção do cuidado ideal de saúde, que migra de um padrão centrado nas tecnologias médicas do processo transexualizador para um cuidado integral à saúde – principalmente relacionado à saúde mental e outros aspectos da saúde física.

Nas classes um e dois aparecem com frequência as seguintes palavras: hormônio, hormonioterapia, cirurgia, mastectomia, conhecer e difícil. Na classe três, observa-se com maior frequência saúde, mental, acolher, sofrer, estudo e espaço. A expectativa de saúde das pessoas que chegam ao serviço está ligada às tecnologias médicas. Já aquelas que estão no processo há mais tempo enfatizam uma perspectiva de saúde integral, abordando saúde mental, acolhimento e enfrentamento da violência.

As narrativas em destaque proporcionam compreender os núcleos temáticos dos agrupamentos da análise fatorial de correspondência:

A assistência vai muito além disso (hormônios e cirurgia), envolve a saúde física, a saúde mental, o contexto social da pessoa, os sonhos porque querendo ou não todo mundo tem sonho. (Participante 006 – homem trans classe 3).

O hormônio eu tenho que me virar, a receita está fácil para mim, agora, se eu quiser tomar hormônio, eu preciso comprar. (Participante 003 – homem trans classe 2).

Precisamos de mais espaços como esse, mais locais onde as pessoas podem ser atendidas da mesma forma, mais profissionais nessa área, realmente seria muito importante no que tange à saúde integral das pessoas trans. (Participante 001 – homem trans classe 3).

Uma lista de espera muito grande e também eu acho que uma coisa que podia melhorar era realmente ver essas questões assim de hormonização, do governo poder dar hormônio em todos os estados possíveis. (Participante 007 – mulher trans classe 2).

Porque eu vou dizer que o processo de transição ele não é só cirurgia, ele não é só hormônio, sabe? Ele é o todo, então eu preciso também que a rede esteja compactuada, sabe? (Participante 002 – homem trans classe 1).

A fila de espera para mastectomia no SUS é gigantesca, aí eu nunca chego onde eu quero. (Participante 001 – profissional da saúde classe 4).

Eixo 1 – ‘Tiro ao alvo’: discutindo a violência estrutural e outras violências contra pessoas trans

Supõe-se que os diferentes mecanismos derivados da violência estrutural¹¹ afetam o corpo+, a saúde, a doença e interferem no cuidado

das pessoas trans, cristalizando vulnerabilidades específicas. Consequentemente, são as estruturas socioeconômicas e políticas que produzem e organizam os riscos, os danos e o sofrimento, uma vez que estes são determinados pela posição que a pessoa ocupa na ordem hierárquica da sociedade dominante; e é esta posição que define as opções de vida¹² onde operam diferentes formas de opressão interseccional, de forma conjugada: classe, raça/etnia, gênero e sexualidade.

A violência estrutural afeta coercivamente a vida das pessoas, gerando sofrimento social por meio das rupturas violentas das forças sociais. Esse sofrimento é resultado do poder político, econômico e institucional dominante, que molda as respostas individuais aos problemas sociais. Assim, o sofrimento se torna uma questão política, um fruto amargo da desigualdade entre o sujeito e a ordem social, manifestando-se nas experiências individuais e em paradigmas corporais¹³. Nessa perspectiva, o sofrimento é visto como um evento simbólico da existência humana, em que o sujeito reconstrói seu ser no mundo, moldando-o dentro de seus contextos históricos, relacionais e culturais¹⁴. Essa experiência se inscreve nos corpos, se manifesta nas relações estabelecidas e se traduz nos significados e práticas do cotidiano.

Os processos de naturalização da pessoa trans como patológica/vulnerável fazem parte da violência simbólica contra esse grupo, produzindo efeitos nocivos na sua saúde. A vulnerabilidade estrutural permite-nos assim compreender por que é que as desigualdades descritas, e certa violência, permanecem frequentemente intrínsecas, inquestionáveis e incontestadas, tanto pelos profissionais de saúde como por vastos setores da sociedade em geral.

Assim, a trajetória de pessoas trans é marcada por situações de violência, sofrimento e marginalização social. Os dados da ANTRA¹⁵ apresentam claramente a forma como isso se reflete nas condições de vida e existência dessa comunidade, inclusive no que tange ao acesso à saúde. Neste estudo, foi possível identificar nas narrativas dos participantes a forma como

a violência atravessa a vida dessa população, retirando delas o direito à existência e a participação social, como no depoimento a seguir: *“Então, assim, eu estou com 37 anos, mas, assim, eu tenho uma história, eu tenho muito trauma, eu não tive infância, eu não tive adolescência”* (Participante 019 – homem trans).

Além das questões relacionadas à violência social, a literatura destaca as situações de violência e desrespeito aos direitos experimentadas por pessoas trans nos serviços de saúde. Essas transgressões não se limitam à discriminação e à violência, mas também incluem restrições ao acesso aos serviços de saúde impostas pelo próprio Estado¹⁶⁻²⁰.

Ao analisar os conceitos de vulnerabilidade de Ayres et al.²¹, fica claro que a população trans enfrenta vulnerabilidades sociais e programáticas no acesso à saúde. As vulnerabilidades sociais decorrem de condições de vida, renda e trabalho precárias, afetando a capacidade de adquirir hormônios. Já as programáticas surgem da omissão do Estado, que falha em fornecer recursos essenciais, aumentando o risco de adoecimento e a privação do direito à saúde.

Na literatura, constata-se que a violência contra corpos e identidades trans nos serviços de saúde é uma realidade, apesar da existência de documentos normativos que buscam garantir uma assistência livre de discriminação, como a carta dos usuários do SUS e a política de saúde integral da população LGBT. Estudos conduzidos por Rocon et al.²², Ferreira et al.¹⁹ e Souza et al.²⁰ descrevem as vivências e experiências dessa comunidade no contexto da assistência à saúde, revelando violações que vão desde a garantia do uso do nome social até o livre exercício de sua identidade e o respeito à autonomia das pessoas trans em relação a seus corpos.

Nesse sentido, as narrativas das pessoas trans neste estudo acerca de suas experiências em outros serviços de saúde refletem os achados de estudos anteriores conduzidos por Rocon et al.²², Ferreira et al.¹⁹ e Souza et al.²⁰. Os participantes relataram várias situações em

que seus direitos foram violados e enfrentaram episódios de transfobia, como mostra-se a seguir:

Assim dentro de um lugar que era para cuidar da minha saúde mental, eu sofri transfobia, foi o primeiro contato com a transfobia que eu tive. (Participante 009 - homem trans).

Inclusive, aqui no ambulatório eles não atendem emergência, né? Aí teve um dia que eu tive uma emergência e eu fui pro hospital XX, eu acho. Lá, assim, além de tudo, além do atendimento ter sido muito, muito demorado pela falta de médicos, eu sofri uma transfobia. (Participante 014 - mulher trans).

No Hospital YY, que eu sou atendido porque eu tenho diabetes. Eu sou atendido pelo endocrinologista de lá e é meio difícil você chegar lá e ser chamado pelo nome morto. (Participante 016 - homem trans).

Por outro lado, os participantes destacam o serviço especializado no processo transexualizador como um ambiente seguro, onde eles têm a liberdade para expressar sua identidade. Eles afirmam que os profissionais da equipe de saúde têm uma boa qualificação em questões relacionadas à transgeneridade, como relata o participante 019:

*Eu dou nota 10 pela forma do tratamento. É igual eu falei pro doutor, eu gosto de vim aqui pelo tratamento, porque eu sou tratado como *nome social do participante*.*

Eixo 2 - 'Por que eu ainda não cheguei até onde eu queria?': compreendendo as dificuldades encontradas no acesso a política do processo transexualizador do SUS e os seus desdobramentos.

Ao analisar a trajetória das políticas públicas de saúde para a população trans, é perceptível

que estamos lidando com marcos normativos e políticos recentes⁷. Um exemplo disso é a política do processo transexualizador no SUS, regulamentada pela Portaria nº 2803/2013²³, que completou sua primeira década em 2023.

Discutir políticas de saúde eficazes exige considerar o aspecto interseccional das necessidades das pessoas transexuais. No entanto, barreiras nos serviços de saúde e nas políticas públicas ainda dificultam o pleno acesso ao direito à saúde dessa população. Apesar de ser garantido por lei, essa comunidade enfrenta obstáculos significativos e luta continuamente para assegurar esse direito²⁴.

A concentração dos serviços é uma problemática, pois a comunidade muitas vezes enfrenta dificuldades para acessar seus direitos devido à distância, custos de transporte e inflexibilidade dos empregos que impedem a participação em consultas. Unglert²⁵ discutiu questões relacionadas à territorialização em saúde e à distribuição geográfica de serviços, destacando como isso impacta significativamente o acesso aos recursos de saúde.

Conforme destacado no estudo de Kruger³, essa é uma característica dos serviços especializados no processo transexualizador, os quais estão concentrados nos grandes centros urbanos, oferecendo condições restritas de acesso e entrando em conflito com os princípios fundamentais da saúde pública, como a universalidade e a equidade no acesso aos serviços de saúde.

Cumprido destacar que, segundo informações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde, atualmente existem 22 estabelecimentos de saúde habilitados para prestar a atenção especializada no processo transexualizador. Destes, 12 são habilitados para a modalidade ambulatorial, dois são habilitados na modalidade hospitalar e oito são habilitados tanto na modalidade hospitalar quanto na modalidade ambulatorial.

Das 27 unidades federativas brasileiras, apenas 13 contam com serviços habilitados no processo transexualizador, sendo elas Bahia, Paraíba, Pernambuco, Sergipe, Pará, Goiás, Espírito Santo,

Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Paraná.

Apesar da existência da Portaria GM/MS nº 2.803/2013²³, que informa que os serviços ambulatoriais do processo transexualizador têm a capacidade de fornecer hormonioterapia aos usuários, não há obrigatoriedade de dispensação. Além disso, não há previsão na normativa atual para a compra centralizada de testosterona pela União, estados ou municípios, nem sua distribuição aos serviços habilitados no processo transexualizador do SUS.

Torna-se importante ressaltar que, apesar da ausência de inclusão na Relação Nacional de Medicamentos (Rename), alguns serviços do processo transexualizador dispensam esses medicamentos por meio de arranjos locais, emendas parlamentares ou iniciativas das secretarias de saúde estaduais e municipais. Isso evidencia a fragilidade e a inconsistência do acesso às tecnologias médicas no sistema público de saúde brasileiro.

A portaria do processo transexualizador do SUS descreve as práticas e tecnologias médicas envolvidas. Este estudo identificou lacunas significativas na regulamentação do uso de hormônios e cirurgias para pessoas trans. A falta de um protocolo clínico claro sobre a indicação terapêutica atua como uma barreira político-programática que impede a disponibilização dessas medicações na rede pública de saúde.

O hormônio eu tenho que me virar. A receita está fácil para mim. Agora, se eu quiser tomar hormônio, eu tenho que me virar para comprar. Eu tenho que me virar, sempre tenho que guardar um dinheirinho pra sempre eu comprar meus hormônios. Eu não posso ficar sem tomar de jeito nenhum, eu não posso. (Participante 001 - homem trans).

A partir das histórias compartilhadas, é evidente a importância dessas tecnologias para algumas pessoas trans. Na literatura, a falta de disponibilidade e acesso a elas pode agravar o sofrimento e o adoecimento dessa população^{8,26,27}.

As cirurgias no processo transexualizador também se destacam como uma brecha significativa na assistência. Muitas pessoas trans expressam o desejo por essas cirurgias e acabam buscando acesso aos cuidados de saúde por meio da judicialização, clínicas clandestinas ou recorrendo a cidades próximas que oferecem essas cirurgias pelo SUS. É possível identificar por meio das narrativas dos participantes a frustração em relação a limitação na disponibilização de procedimentos cirúrgicos por meio dos serviços de saúde pública, como apresenta o participante 019:

Comecei a frequentar aqui em 2017. Bota 5 anos já, né? Aí eu fico pensando, caramba, já tem 5 anos que estou na casa, por que que eu não, não cheguei até onde que eu queria? Não cheguei até onde eu quero, que é a cirurgia?

Os pesquisadores Thomazi, Avila e Teixeira²⁸ conduziram um estudo que revelou que, entre a amostra de homens trans analisada, 76,9% ainda não tinham realizado a mastectomia, embora desejassem submeter-se à cirurgia. Quanto ao grupo de mulheres trans, 53,8% expressaram o desejo de realizar a cirurgia de redesignação sexual.

No estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro, os autores Carrara et al.²⁹ destacaram dados significativos sobre os caminhos percorridos por essa população em busca de tratamento. Os resultados revelaram que mais de 40% das mulheres trans precisaram buscar atendimento na rede de saúde privada para realizar suas cirurgias. Além disso, um dado ainda mais alarmante é que 58,1% das participantes recorreram a clínicas clandestinas para realizar esses procedimentos.

É evidente que garantir o acesso aos hormônios e às cirurgias do processo transexualizador é uma questão crucial para a saúde pública brasileira. As condições desumanas e arriscadas que essa população enfrenta para acessar essas tecnologias aumentam ainda mais sua vulnerabilidade.

O hormônio que é utilizado pelos meninos trans e pelos homens trans, a testosterona, ele passou de 50 reais para 200 em um mês, um mês. Qual é a justificativa? Alguém pode me dizer por que que um hormônio que é, claro não é só pessoas trans que utilizam a testosterona, né, mas por que que aumentou 4 vezes? Quer dizer, se antes já havia uma exclusão pela questão financeira. Agora é muito maior. (Participante 002 – grupo de gestores).

Na figura 2 produzida pelo software IRaMuTeQ que apresentou as formas lexicais, observa-se o quanto a palavra hormônio e hormonização foram utilizadas dentro dos contextos narrativos dos participantes, apresentando a pertinência e constância com que essa temática foi trazida ao *corpus*.

Eixo 3 – ‘Fazendo a diferença’: a construção de uma assistência integral e equitativa

Lutar pela disponibilização de tecnologias médicas não significa torná-las obrigatórias para todos. A literatura discute a desconstrução da ideia de que hormonização e cirurgias são necessárias para que os corpos trans sejam ‘passáveis’ dentro das normas binárias de gênero, que reforçam estereótipos. É essencial promover a autonomia das pessoas trans, permitindo que elas decidam sobre seus corpos e as tecnologias que consideram pertinentes^{3,30,31}.

Neste estudo, estiveram presentes narrativas que se alinharam com essa vertente teórica de valorização das características fluidas pertencentes às identidades trans e que a assistência à saúde não deve ser reduzida apenas à utilização de hormônios e cirurgias. Torna-se emergente a discussão de uma saúde integral que transcenda esses aspectos.

Muitos de nós não querem nem mesmo parecer com uma pessoa cis. Eu não quero me parecer com uma pessoa cis. Eu tenho orgulho de ser uma pessoa trans [...] A assistência vai muito além disso (hormônios e cirurgia), envolve a saúde física,

a saúde mental, o contexto social da pessoa, os sonhos porque querendo ou não todo mundo tem sonho. (Participante 006 – homem trans).

Tagliamento³² coloca em destaque a discussão sobre saúde integral e transgeneridade no centro do debate acadêmico no início da última década. Ela reforça que as necessidades dessa comunidade vão além da limitada e violenta ideia de que corpos trans necessitam unicamente de tecnologias médicas relacionadas ao processo de transição de gênero.

A autora enfatiza outrossim que as concepções cisheterocentradas sobre gênero e sexualidade permeiam todos os contextos, inclusive os de saúde. Essas concepções precisam ser amplamente discutidas e, mais importante ainda, desnaturalizadas, a fim de que possamos reconhecer e incluir a vasta gama de existências de corpos e identidades que transcendem a compreensão restrita do masculino e feminino³².

Em consonância com a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT³³, é necessário que os profissionais envolvidos no processo transexualizador estejam alinhados com as diretrizes, visando assegurar um ambiente verdadeiramente livre de discriminação e que valorize o que a bioética define como empatia terapêutica. A preocupação em assegurar um serviço humanizado e acolhedor esteve presente no *corpus* do estudo, como identificado a seguir:

A população que mais sofre, né. Que tem a menor média de vida. Então, fazer a diferença para elas é uma coisa que todo mundo está tentando fazer aqui no serviço. (Participante 003 – profissionais da saúde).

Observa-se que a qualificação profissional e a preparação dos serviços são fundamentais para criar ambientes de saúde mais humanizados e livres de discriminação como retratam Rocon et al.²², Ferreira et al.¹⁹ e Souza et al.²⁰, os quais identificaram um aspecto comum entre os seus estudos:

a violência institucional enfrentada por pessoas trans no sistema de saúde. Esses estudos revelam que pessoas trans e travestis relatam experiências de discriminação e violência durante a assistência à saúde, o que, por sua vez, dificulta seu acesso a um cuidado equânime e livre de discriminação.

O ativismo pela despatologização da identidade trans tem sido uma marca distintiva das lutas dos movimentos trans e travestis nas últimas décadas. Esse marco é significativo porque a patologização foi reconhecida como um fator primordial na perpetuação da violência contra corpos e identidades trans nos serviços de saúde, conforme apontado por Rocon et al.²². Mesmo com a modificação da categoria relacionada à transexualidade na 11ª versão da Classificação Internacional de Doenças (CID)³⁴, é evidente que essa comunidade ainda enfrenta as consequências dessa categorização patológica imposta à sua identidade.

Ao longo desse percurso histórico, observa-se que os serviços de saúde estabeleceram a transexualidade como uma condição de saúde que necessita ser tratada e assistida dentro desses espaços. Essa conduta constitui reflexo do binarismo de gênero que concebeu aos gêneros masculino e feminino os seus possíveis signos, relegando os corpos que não se enquadram nessa convenção a uma posição abjeta e sujeitos a receber intervenções médicas centradas na readequação, como destacado por diversos autores³⁵⁻³⁸.

A atribuição do diagnóstico de identidade trans pelos serviços de saúde é reconhecida como uma barreira significativa, pois questiona a autonomia das pessoas trans sobre seus próprios corpos e identidades. Isso porque esses indivíduos são privados do direito de afirmar quem são, enquanto os profissionais de saúde assumem a responsabilidade de atribuir algum sentido de gênero a esses corpos com base em suas próprias perspectivas³⁹. Em muitos casos, as pessoas trans discordam da natureza patológica atribuída às suas identidades, mas acabam aceitando essa situação para

poderem acessar os serviços relacionados ao processo transexualizador no SUS⁴⁰.

A política brasileira sobre o processo transexualizador é baseada em fundamentos biomédicos, ignorando aspectos psicossociais e culturais da identidade de gênero, focada em tecnologias médicas para adequação dos corpos trans. Surge a necessidade de revisar esses princípios para incluir as demandas e experiências integrais das pessoas trans, em contraposição a colocar esses corpos em conformidade com a normatividade cisgênera e binária^{38,39,41,42}.

Pesquisas indicam que os desafios das pessoas trans no acesso à saúde podem ser mitigados por uma formação mais qualificada dos profissionais. A educação continuada em temas específicos pode criar ambientes mais acolhedores, humanizados e livres de discriminação^{35,43,44}.

É fundamental destacar as definições de vulnerabilidade de Ayres et al.²¹, que são relevantes para a discussão sobre transgeneridade e saúde, marcadas pelas vulnerabilidades social e programática. A vulnerabilidade social refere-se a como os aspectos sociais, culturais e econômicos afetam o acesso a direitos e serviços, enquanto a vulnerabilidade programática refere-se à falha democrática no acesso a direitos e recursos institucionais, especialmente na produção de políticas públicas para enfrentar desigualdades.

Nesse contexto, observa-se uma significativa vulnerabilidade programática das pessoas trans em relação ao direito à saúde, com diversas barreiras que dificultam o acesso a serviços. Essas barreiras agravam a vulnerabilidade social, evidenciada por dados que revelam desigualdades em condições de vida, trabalho, renda, escolaridade e violência enfrentadas por essa população ao longo da vida.

Conclusões

Esta pesquisa analisou a atenção à saúde de pessoas trans, uma questão emergente de

saúde pública que demanda políticas de reparação social devido à violência estrutural que essa comunidade enfrenta. A ausência de hormônios e cirurgias no SUS é uma barreira significativa ao acesso à saúde, levando muitos a buscar tratamento em outras cidades ou, até mesmo, judicializar o acesso. A democracia sanitária deve ser uma prioridade, reconhecendo as pessoas trans como protagonistas no processo de cuidado.

Reconhecer a vulnerabilidade social e programática é essencial para entender as dificuldades de acesso à serviços especializados e tecnologias médicas, caracterizado pela precariedade econômica e discriminação, resultando em adoecimento e sofrimento mental.

A capacitação de profissionais de saúde é fundamental para melhorar a assistência à saúde dessa população, tornando a educação na saúde um passo vital para a equidade, assim como o investimento para ampliar o número de serviços especializados no âmbito do processo transexualizador.

Colaboradores

Vieira VF (0000-0002-4173-0216)*, Bermúdez XPCD (0000-0002-3771-7684)* e Goldberg A (0000-0002-6329-4865)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

- Martin P. A “hard question”: Gender affirming care and gender distress in a social world. *Feminist Anthropol.* 2023;5(2):293-310. DOI: <https://doi.org/10.1002/fea2.12133>
- Gomes R, Facchini R, Meneghel SN. Gênero, direitos sexuais e suas implicações na saúde. *Ciênc saúde coletiva.* 2018;23(6):1997-2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04872018>
- Krüger A, Sperandei S, Bermudez XPCD, et al. Characteristics of hormone use by travestis and transgender women of the Brazilian Federal District. *Rev bras epidemiol.* 2019;22(1):e190004. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190004.supl.1>
- Bento B. Sexualidade e experiências trans: do hospital à alcova. *Ciênc saúde coletiva.* 2012;17(10):2655-64. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000015>
- Butler J. *Corpos que importam: Os limites discursivos do “sexo”.* Buenos Aires: Paidós; 2005. 400 p.
- Bento B. Política da diferença: feminismos e transexualidades. In: Colling C, organizadores. *Stonewall 40 + o que no Brasil?* Salvador: EDUFBA; 2011. p. 79-110.
- Popadiuk GS, Oliveira DC, Signorelli MC. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao processo transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. *Ciênc saúde coletiva.* 2017;22(5):1509-20. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.32782016>
- Almeida G, Murta D. Reflexões sobre a possibilidade da despatologização da transexualidade e a necessidade da assistência integral à saúde de transexuais no Brasil. *Rev Latinoamericana Sexualidad, Salud y Sociedad.* 2013;14(10):380-407. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1984-64872013000200017>
- Rocon PC, Sodré F, Zamboni J, et al. O que esperam pessoas trans do Sistema Único de Saúde? *Interface.* 2017;22(64):43-53. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0712>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

10. Rocon PC, Wandekoken KD, Barros MEBD, et al. Acesso à saúde pela população trans no Brasil: nas entrelinhas da revisão integrativa. *Trab educ saúde*. 2019;18(1):e0023469. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00234>
11. Farmer P. An Anthropology of Structural Violence. *Current Anthropology*. 2004;45(3):305-25. DOI: <https://doi.org/10.1086/382250>
12. Holmes SM. Structural vulnerability and hierarchies of ethnicity and citizenship on the farm. *Medical Anthropology: Cross Cultural Studies in Health and Illness*. 2011;30(4):425-49. DOI: <https://doi.org/10.1080/01459740.2011.576728>
13. Quaranta I. *Corpo, potere, malattia. Antropologia e AIDS nei Grassfields del Camerun*. Roma: Meltemi Editore; 2006. 311 p.
14. Csordas T. *Embodiment and Experience: The Existential Ground of Culture and Self*. Cambridge: Cambridge University Press; 1995. 308 p.
15. Bruna G. *Dossiê: assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2022*. Brasília, DF: Distrito Drag ANTRA; 2023.
16. Lionço T. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. *Saúde Soc*. 2008;17(2):11-21. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000200003>
17. Romano VF. As travestis no Programa Saúde da Família da Lapa. *Saúde Soc*. 2008;17(2):211-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000200019>
18. Freire EC, Araújo FCAD, Souza ACD, et al. A clínica em movimento na saúde de TTTS: caminho para materialização do SUS entre travestis, transexuais e transgêneros. *Saúde debate*. 2013;37(98):477-84.
19. Ferreira BDO, Nascimento EFD, Pedrosa JIDS, et al. Vivências de travestis no acesso ao SUS. *Physis: Rev de saúde coletiva*. 2017;27(4):1.023-38. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400009>
20. Souza MHTD, Malvasi P, Signorelli MC, et al. Violência e sofrimento social no itinerário de travestis de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(4):767-76. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00077514>
21. Ayres J, Calazans GJ, Saletti Filho HC, et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos G, Minayo MCS, Akerman M, et al., organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Editora Fiocruz; 2006. 880 p.
22. Rocon PC, Rodrigues A, Zamboni J, et al. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2016;21(8):2.517-26. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.14362015>
23. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.803 de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o processo transsexualizador no SUS. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2013 nov 20; Seção 1.
24. Mello L, Gonçalves E. Diferença e interseccionalidade: notas para pensar práticas em saúde. *Rev Cronos*. 2010;11(2):1-11.
25. Unglert CVS. Territorialização em sistemas de saúde. In: Mendes EV, organizador. *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Editora Hucitec; 1995. 310 p.
26. Mello L, Perilo M, Braz CAD, et al. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Sex Salud Soc*. 2011;9(9):7-28. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1984-64872011000400002>
27. Rocon PC, Zamboni J, Sodr e F, et al. (Trans)formações corporais: reflexões sobre saúde e beleza. *Saúde soc*. 2017;26(2):521-32. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017171907>
28. Thomazi GL, Avila S, Teixeira LB. Ambulatório T da Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre: política pública de inclusão e garantia de direito à saúde de pessoas trans. *Sex Salud Soc*. 2022;38(3):e22302. DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2022.38.e22302.a>

29. Carrara S, Hernandez JDG, Uziel AP, et al. Body construction and health itineraries: a survey among travestis and trans people in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(4):e00110618. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00110618>
30. Trindade CO, Fontes CAP, Costa EMF, et al. Medicina diagnóstica inclusiva: cuidando de pacientes transgênero - Posicionamento Conjunto. Rio de Janeiro: SBPC; SBEM; CBR; 2019.
31. Silva NF. O Conceito de Gênero em Scott, Butler e Preciado, Aproximações, Distanciamentos e a Contribuição para o Ofício do Historiador. *Rev Hominum*. 2016;19(1):153-71.
32. Tagliamento G. Visibilidades caleidoscópicas: a perspectiva das mulheres trans sobre o seu acesso à saúde integral [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2012.
33. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
34. World Health Organization. ICD-11 for mortality and morbidity statistics. Version: 2019. Geneva: WHO; 2019.
35. Sampaio LLP, Coelho MTAD. Transexualidade: aspectos psicológicos e novas demandas ao setor saúde. *Interface (Botucatu)*. 2012;16(42):637-49. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012000300005>
36. Arán M, Murta D, Lionço T. Transexualidade e saúde pública no Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2009;14(4):1141-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400020>
37. Bento B. Sexualidade e experiências trans: do hospital à alcova. *Ciênc saúde coletiva*. 2012;17(10):2.655-64. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000015>
38. Vieira VF, Goldberg A, Bermudez, XPCD. Transexualidade e assistência à saúde no Brasil: uma discussão teórico-conceitual sobre a influência do binarismo de gênero. *Ciênc saúde coletiva*. 2025;30(4):1-10. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232025304.08942023>
39. Rocon PC, Sodré F, Rodrigues A. Regulamentação da vida no processo transexualizador brasileiro: uma análise sobre a política pública. *Katálysis*. 2016;19(2):260-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-49802016.00200011>
40. Janini JP, Santos RS, Vargens OMC, et al. A medicalização e patologização na perspectiva das mulheres transexuais: acessibilidade ou exclusão social. *Rev de Enfermagem UERJ*. 2017;25(20):1-6. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.29009>
41. Lionço T. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. *Physis*. 2009;19(1):43-63. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000100004>
42. Borba R. Sobre os obstáculos discursivos para a atenção integral e humanizada à saúde de pessoas transexuais. *Sex Salud Sociedad*. 2014;17(17):66-97. DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2014.17.06.a>
43. Arán M, Murta D. Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde. *Physis*. 2009;19(1):15-41. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000100003>
44. Souza MHT, Pereira PPG. Cuidado com saúde: as travestis de Santa Maria, Rio Grande do Sul. *Texto Context Enferm*. 2015;24(1):146-53. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015001920013>

Recebido em 19/11/2024

Aprovado em 21/03/2025

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Raquel Abrantes Pego