

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Ciência Política

Luiz Fernando Prado de Miranda

DESIGUALDADE DE ACESSO AO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR NO SUS

Belo Horizonte
2023

Luiz Fernando Prado de Miranda

DESIGUALDADE DE ACESSO AO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR NO SUS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência Política da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciência Política.

Orientador: José Ângelo Machado

Área de concentração: Estado, Gestão e Políticas Públicas

Belo Horizonte

2023

320 M672d 2023	Miranda, Luiz Fernando Prado de. Desigualdade de acesso ao processo transexualizador no SUS [manuscrito] / Luiz Fernando Prado de Miranda. - 2023. 219 f. Orientador: José Ângelo Machado. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Inclui bibliografia. 1. Ciência política – Teses. 2. Transexualidade – Teses. 3. Sistema Único de Saúde (Brasil) – Teses. 4. Políticas públicas - Teses. 5. Acesso aos serviços de saúde - Teses. I. Machado, José Ângelo. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.
----------------------	---



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA POLÍTICA

ATA 05ª/2023 DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DO ALUNO LUIZ FERNANDO PRADO DE MIRANDA

Realizou-se, no dia 16 de maio de 2023, às 14:00 horas, na sala 3025, da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa da dissertação, intitulada "DESIGUALDADE DE ACESSO AO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR NO SUS", elaborada e apresentada por LUIZ FERNANDO PRADO DE MIRANDA - número de registro 2021660545, graduado no curso de ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA. A defesa é requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em CIÊNCIA POLÍTICA, e foi submetida e analisada pela seguinte Comissão Examinadora: Prof. José Ângelo Machado - Orientador (DCP/UFMG), Profa. Natália Guimarães Duarte Sátyro (DCP/UFMG), Prof. Roberto Rocha Coelho Pires (IPEA) (Videoconferência). A Comissão considerou a dissertação APROVADA. Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada eletronicamente pelos membros da Comissão. Belo Horizonte, 16 de maio de 2023.



Documento assinado eletronicamente por **Jose Angelo Machado, Professor do Magistério Superior**, em 16/05/2023, às 19:15, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Roberto Rocha Coelho Pires, Usuário Externo**, em 02/06/2023, às 16:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Natalia Guimaraes Duarte Satyro, Professora do Magistério Superior**, em 13/06/2023, às 16:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **2273105** e o código CRC **EEFAD2B3**.

*A todos que vivem diversidade, em especial às
pessoas trans e travestis. Viva o SUS!*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que tornaram essa pesquisa possível e, sobretudo, a aqueles e àquelas que contribuíram ativamente para sua construção. Agradeço a cada uma das pessoas que participaram como sujeitos e não objetos desta pesquisa, a partir da vivência singular das suas diferentes identidades de gênero, as quais cito: Adria Ariel de Lima Muller; Adriana Kevillen (Presidente da Asstrav associação de travestis e transexuais de MG); Alex Johan Comodaro; Alice Priestly; Allen S. Ximenes; Amanda Siqueira; Ben Dias; Benjamin (Ben); Caio Oliver Reis; Cibelly França da Silva; Dianna Maya Oliveira; Érico Luiz; Flávia Alessandra; Giovanna Flores; Glen Dinely; Hideki Raphael Gontijo Odaguiri; Jesli Otávio Souza; Joanna Zípora de Freitas Gonçalves; João Gabriel Vargas; Julie Vigano; Kauã Rafael; Lenny Wain Souza de Andrade; Lilian Julia; Lilith Farias; Lorena Maria de Paiva; Luíza Eduarda dos Santos; Maya Alvarenga; Michele Pires Lima; Nichole Oliveira; Noriny Jullyana Pessoa da Rocha; Renato; Suzy Leal; Stefan; Thais Roberta; Thayller Leon; Tulia Melato; Viktor Matts; e Yan Cristian. Aos profissionais de saúde que atuam no Processo Transexualizador no SUS, deixo aqui também meu profundo agradecimento e admiração, dentre os quais cito: Dária Neves; Denison Aguiar; Eduardo Siqueira; Naiana Soares; Rosângela Almeida; e Rosângela Silva. Aos que preferiram não se identificar, os agradeço igualmente.

Em um trabalho que utiliza a análise de redes sociais, seria impossível não citar alguns dos nós mais importantes da minha rede de apoio e afeto, assim agradeço:

À minha mãe Simone, ao meu pai Wellington, à minha irmã Andressa e aos meus avós Adelia e Manoel. A família sempre foi para mim o lugar de acolhida e encorajamento para viver meus sonhos.

Ao Pedro, por ter deixado minha vida mais cheia de amor e por compreender e me apoiar ao longo desta jornada.

Ao professor José Ângelo — na figura de quem agradeço a toda a UFMG e ao DCP — por sua participação edificante e comprometida neste trabalho, bem como na minha formação acadêmica. À Natália Satyro, ao Roberto Pires e à Ana Paula Karruz por se disporem a avaliar e contribuir na construção desta pesquisa.

Aos meus amigos de diversos ciclos: faculdade, escola, trabalho, movimento empresa júnior, igreja etc.. Em especial, agradeço à Layla, por dividir o mesmo lar em que os períodos noturnos foram dedicados aos estudos; ao Thales, pela escuta, sensibilidade e cuidado comigo

em todos os momentos; à Myla, em quem sempre busco inspiração e apoio na jornada acadêmica; ao Ricardo, com quem compartilho as dores e delícias da vida acadêmica (e não acadêmica); às amigas do Alienaldos, que quase fazem mais parte da minha história do que eu mesmo; às amigas do Bonde e aos meninos do WPP, que tornam mais leve as vivências desde quando ingressamos em uma faculdade pública e agora que seguimos juntos na vida profissional .

A todos da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, principalmente dos lugares por onde passei (Gabinete, SUBGR e Coordenação de Ações Reparatórias) representados por minhas chefias, Marina, Vitória e Darlan, e minha equipe, Carla, Clara e Nathália, que reconheceram a importância da minha dedicação ao mestrado para a construção de um SUS mais forte.

Acredito que todos somos fruto de construções e privilégios sociais, portanto agradeço a todos os cidadãos brasileiros que não conheço, mas oportunizaram minha entrada e permanência neste Programa de Pós-Graduação em uma universidade pública de referência.

“A ciência construiu seus diagnósticos sobre nós como subalternos, doentes, coitados e marginais que precisavam ser curados a todo custo. Nossos corpos precisavam ser interditados pelo estado e pelos saberes. Medicados e curados. Normatizados. Não precisamos de cura, carecemos de oportunidades e possibilidades de acolhimento de nossas potencialidades de vida, de projetar horizontes futuros. Reivindicamos que nossa existência seja valorizada e que nossos direitos sejam respeitados.” (BENEVIDES; NOGUEIRA, 2021, p.3)

RESUMO

O Processo Transexualizador é regulamentado no SUS pelo Anexo 1 do Anexo XXI da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2 de 2017 e é composto por um conjunto de procedimentos com vistas a garantir a atenção integral à saúde das pessoas travestis e transexuais. A presente dissertação investiga a desigualdade de acesso a essa política de saúde, buscando identificar e relacionar seus fatores explicativos. Para tanto, são estruturadas três dimensões analíticas: institucional, relacionada ao desenho da política; operativa, ligada à sua implementação; e relacional, associada às redes sociais dos usuários. O objetivo deste trabalho é responder à seguinte pergunta de pesquisa: como a associação dos aspectos relacionais (dos usuários), institucionais (do desenho) e operativos (da implementação) produz desigualdade de acesso ao Processo Transexualizador no SUS? Para respondê-la, foi construída uma metodologia que combinou diversos métodos e técnicas de pesquisa, sendo a principal a análise de redes sociais. Os dados analisados foram coletados por meio de pesquisa bibliográfica e documental, entrevista com onze pessoas, além de aplicação de formulário online e questionário sociométrico com 34 pessoas trans e travestis. A coleta de dados primários foi realizada entre novembro de 2022 e janeiro de 2023 e seguiu as premissas de ética em pesquisa, conforme previamente aprovado pelo Parecer nº 5.723.490 do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG. Os resultados do trabalho validam a hipótese de que o desenho da política constrói barreiras de acesso ao Processo Transexualizador no SUS; validam, ainda, a hipótese de que essas barreiras são reforçadas durante a implementação, contudo com participação menos ativa dos burocratas do nível de rua em relação ao que se esperava; por fim, validam também a hipótese de que determinadas características socioeconômicas e de redes sociais dos usuários os beneficiam no acesso à política, frente às barreiras mapeadas. Nenhuma das sub-hipóteses foi integralmente validada. Conclui-se que há uma forte interação entre as três dimensões analisadas — complexa e com sobreposições — na produção de desigualdade de acesso ao Processo Transexualizador no SUS.

Palavras-chave: Processo Transexualizador. SUS. Política pública. Desigualdade de acesso.

ABSTRACT

The Transsexualizing Process is regulated on SUS by the Attachment 1 of Attachment XXI of Consolidation Ordinance GM/MS n° 2 of 2017 and it is compound by a set of procedures that aim to guarantee integral attention to travesti and transexual people's health. This research investigates the inequality of access to this health policy, seeking to identify and relate its explanatory factors. Therefore, three analytic dimensions are structured: institutional, related to the policy's design; operative, linked to its implementation; and relational, associated to the users' social network. The objective of this project is to answer the following question of research: how does the association of relational aspects (of users), institucional (of design) and operative (of implementation) produce inequality in the access to the Transsexualizing Process? In order to answer the question, it was built a methodology that combined various methods and techniques of reseach, with analysis of social network being the main one. The data analyzed were obtained through bibliographical and documentary research, interview with eleven people, besides the application of an online form and sociometric questionnaire with 34 trans and travesti people. The primary data collection was realized between November of 2022 and January of 2023 and followed the ethical premise in research, as previously approved by Opinion n° 5.723.490 of Ethics Committee in Research of UFMG. The results of this study validate the hypotesis that the design of the policy builds barriers of access to the Transsexualizing Process on SUS; also validate the hypotesis that this barriers are reinforced during the implementation, however with less active participation of street-level bureaucrats, as it was expected; finally, validate too the hypotesis that certain socioeconomic and social network characteristics of users benefit them in accessing the policy, in view of the mapped barriers. None of the sub-hypotesis were fully validated. In conclusion, it is seen that there is a strong interaction among the three analyzed dimensions — complex and with overlapping — in the production of inequality in the access of Transsexualizing Process on SUS.

Keywords: Transsexualizing Process. Public policy. Inequality of access.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 — Modelo de Promoção da Equidade em Saúde.....	27
Figura 2 — Histórico da ACP nº 5081241-40.2016.4.04.7100.....	77
Figura 3 — Distribuição por estado dos estabelecimentos de saúde conforme categorização de oferta do Processo Transexualizador no SUS.....	98
Figura 4 — Fluxo simplificado para acesso aos principais procedimentos do Processo Transexualizador no SUS.....	110
Figura 5 — Grafos da rede social do Tipo 1.....	166
Figura 6 — Grafos da rede social do Tipo 2.....	167
Figura 7 — Grafos da rede social do Tipo 3.....	168
Figura 8 — Diagrama de cruzamento das dimensões analíticas.....	181
Figura 9 — Diagrama de relações entre as barreiras institucional de acesso e gaps de implementação.....	183

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 — Número de respondentes por nível de acesso ao Processo Transexualizador no SUS.....	66
Tabela 2 — Idade de início da transição de gênero e de acesso ao Processo Transexualizador por estado.....	96
Tabela 3 — Motivos pelos quais os respondentes não acessaram o Processo Transexualizador. 122	
Tabela 4 — Distribuição dos respondentes por situação vivenciada após acessar o Processo Transexualizador.....	124
Tabela 5 — Distribuição dos respondentes por procedimentos do Processo Transexualizador acessados pelo SUS por estado.....	130
Tabela 6 — Número de respondentes por município por nível de acesso.....	131
Tabela 7 — Distribuição dos respondentes pela forma como chegou até a unidade em que acessa o Processo Transexualizador na modalidade ambulatorial por estado.....	134
Tabela 8 — Tempo de espera em meses por estado para ter o primeiro acesso a nível ambulatorial do Processo Transexualizador.....	135
Tabela 9 — Distribuição dos respondentes pela forma como ficou sabendo do Processo Transexualizador por estado.....	136
Tabela 10 — Proporção de respondentes por identidade de gênero.....	150
Tabela 11 — Proporção de respondentes por ocupação principal.....	153
Tabela 12 — Proporção de respondentes por nível de acesso segmentado pela escolaridade.....	155
Tabela 13 — Proporção de respondentes por nível de acesso segmentado pelo rendimento individual.....	155
Tabela 14 — Proporção de respondentes por nível de acesso segmentado pelo rendimento domiciliar per capita.....	156
Tabela 15 — Proporção de respondentes por nível de acesso segmentado pela raça/cor.....	157
Tabela 16 — Medidas gerais das redes sociais estudadas.....	158
Tabela 17 — Média das medidas de rede por faixa etária.....	161
Tabela 18 — Média das medidas de rede por cor/raça.....	162
Tabela 19 — Média das medidas de rede por identidade de gênero.....	162
Tabela 20 — Média das medidas de rede por escolaridade.....	163
Tabela 21 — Média das medidas de rede por rendimento individual.....	163
Tabela 22 — Média das medidas de rede por rendimento domiciliar per capita.....	164
Tabela 23 — Média das medidas das redes sociais para cada cluster.....	165
Tabela 24 — Média e mediana do tamanho das redes sociais.....	169
Tabela 25 — Média e mediana da densidade das redes sociais.....	170
Tabela 26 — Média do diâmetro das redes sociais.....	171
Tabela 27 — Média e mediana do número de esferas sociais presentes nas redes sociais.....	172
Tabela 28 — Média da proporção de pessoas trans ou travestis presentes nas redes sociais.	173

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 — Proporção de respondentes de acordo com a rede de saúde que utilizam com maior frequência.....	121
Gráfico 2 — Distribuição dos respondentes pelo principal estabelecimento de saúde que costumam frequentar.....	122
Gráfico 3 — Distribuição dos respondentes por situações vivenciadas para ter o primeiro acesso ao Processo Transexualizador.....	124
Gráfico 4 — Distribuição dos respondentes pela parcela da renda individual que costumam gastar com saúde.....	126
Gráfico 5 — Distribuição dos respondentes pelo principal gasto com saúde.....	126
Gráfico 6 — Proporção de respondentes por procedimentos realizados sem o acompanhamento de um profissional de saúde habilitado.....	127
Gráfico 7 — Distribuição dos respondentes por procedimentos que ainda não acessaram, mas têm interesse de acessar.....	129
Gráfico 8 — Proporção de respondentes por situação vivenciada no sistema de saúde.....	139
Gráfico 9 — Proporção de respondentes por faixa etária.....	149
Gráfico 10 — Proporção de respondentes por escolaridade.....	151
Gráfico 11 — Proporção de respondentes por rendimento individual.....	151
Gráfico 12 — Proporção de respondentes por rendimento domiciliar per capita.....	152
Gráfico 13 — Proporção dos respondentes por organizações que já participou.....	154
Gráfico 14 — Proporção de nós por esfera social.....	159
Gráfico 15 — Proporção tratada de nós na primeira posição de centralidade de grau por esfera social.....	160
Gráfico 16 — Proporção de acesso ao Processo Transexualizador no SUS por cluster.....	166
Gráfico 17 — Proporção de respondentes pelas principais pessoas que os prejudicaram durante a transição de gênero segmentada por nível de Acesso ao Processo Transexualizador no SUS.....	174
Gráfico 18 — Média da proporção de pessoas por esfera social nas redes sociais segmentada pelos níveis de acesso ao Processo Transexualizador no SUS.....	175
Gráfico 19 — Média da proporção de pessoas por esfera social nas redes sociais segmentada pelos estados.....	176
Gráfico 20 — Proporção tratada de nós na primeira posição de centralidade de grau por esfera segmentada por nível de acesso.....	177

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 — Variáveis independentes.....	63
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACP	Ação Civil Pública
ACS	Agente Comunitário de Saúde
Aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AM	Amazonas
ANTRA	Associação Nacional de Travestis e Transexuais
APS	Atenção Primária à Saúde
Assotram	Associação de Travestis, Transexuais e Transgêneros do Estado do Amazonas
ATAM	Associação Transmasculina do Amazonas
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
EUA	Estados Unidos da América
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
GM	Gabinete do Ministro
HEM	Hospital Eduardo de Menezes
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
LGBTQIA	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Queers, Intersexos, Assexuais
MG	Minas Gerais

MPF	Ministério Público Federal
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PAM	Posto de Atendimento Médico
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNADC	Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios Contínua
PPI	Programa de Pactuação Integrada
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição
Protig	Programa Transdisciplinar de Identidade de Gênero
RS	Rio Grande do Sul
SAES	Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SCTIE	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
SES	Secretaria de Estado de Saúde
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD	Tratamento Fora de Domicílio
Trans	Transexual
TRF	Tribunal Regional Federal
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UEA	Universidade do Estado do Amazonas
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
USF	Unidades de Saúde da Família
USTS	United State Transgender Survey
WPATH	World Professional Association for Transgender Health

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	18
1. POLÍTICAS PÚBLICAS.....	25
1.1 Análise de políticas públicas.....	28
1.2 Desenho das políticas e arranjos institucionais.....	33
1.3 Implementação das políticas públicas e práticas interativas.....	36
1.4 Avaliação de políticas públicas e dimensão relacional.....	44
2. ANÁLISE DE REDES SOCIAIS.....	48
2.1 Análise de redes nas ciências sociais.....	48
2.2 Análise de redes em políticas públicas.....	52
3. METODOLOGIA.....	58
3.1 Hipóteses.....	58
3.1.1 Variável dependente.....	61
3.1.2 Variáveis independentes.....	63
3.2 Métodos.....	64
3.2.1 Seleção dos casos.....	64
3.2.2 Coleta de dados.....	66
3.2.3 Tratamento e análise dos dados.....	69
4. DESENHO INSTITUCIONAL DO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR NO SUS 70	70
4.1 Histórico do Processo Transexualizador.....	71
4.2 Portarias do Ministério da Saúde.....	84
4.3 Barreiras institucionais de acesso ao Processo Transexualizador no SUS.....	92
4.3.1 Diagnóstico.....	92
4.3.2 Idade mínima para acesso à política.....	95
4.3.3 Quantitativo e distribuição dos estabelecimentos de saúde.....	96
4.3.4 Habilitação do serviço e financiamento da política.....	100
4.3.5 Linha de cuidado.....	102
4.3.6 Procedimentos em caráter experimental.....	104
4.3.7 Público contemplado.....	104
4.3.8 Procedimentos não ofertados.....	105
5. DIMENSÃO OPERATIVA E A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR NO SUS.....	106
5.1 Descrição do fluxo de acesso ao Processo Transexualizador no SUS.....	106
5.1.1 Amazonas (Manaus).....	111
5.1.2 Minas Gerais (Belo Horizonte).....	113
5.1.3 Rio Grande do Sul (Porto Alegre).....	116
5.2 Gaps de implementação e barreiras de acesso.....	120
5.2.1 Custos.....	125
5.2.2 Oferta de procedimentos.....	127
5.2.3 Localização geográfica.....	130
5.2.4 Dias e horários de funcionamento.....	132

5.2.5	<i>Regulação do serviço</i>	133
5.2.6	<i>Tempo de espera</i>	134
5.2.7	<i>Informação e conhecimento</i>	135
5.2.8	<i>Repercussões sociais do acesso</i>	137
5.3	Práticas adotadas pelos profissionais de saúde	138
5.3.1	<i>Práticas produzem e reproduzem desigualdades de acesso ao Processo Transexualizador no SUS</i>	139
5.3.2	<i>Práticas que promovem a superação de desigualdades de acesso ao Processo Transexualizador no SUS</i>	144
6.	REDES SOCIAIS E ACESSO AO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR NO SUS	147
6.1	Características socioeconômicas dos respondentes	148
6.2	Redes sociais dos respondentes	157
6.3	Redes sociais e acesso ao Processo Transexualizador no SUS	168
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	178
7.1	Cruzamento das dimensões analíticas da pesquisa	180
7.2	Limitações da pesquisa	185
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	188
	APÊNDICE A — Formulário online	198
	APÊNDICE B — Telas de aplicação teste do questionário sociométrico	210
	APÊNDICE C — Comparativo entre as Portarias do Ministério da Saúde que regulamentam ou regulamentaram o Processo Transexualizador no SUS	213
	APÊNDICE D — Distribuição por município dos estabelecimentos de saúde que ofertam procedimentos do Processo Transexualizador	218

INTRODUÇÃO

A presente dissertação tem como proposta investigar os fatores que explicam a desigualdade de acesso ao Processo Transexualizador no SUS. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador é regulamentado pelo Anexo 1 do Anexo XXI da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2 de 2017 e é composto por um conjunto de procedimentos (acolhimento, cirurgias de modificação corporal, hormonioterapia, acompanhamento clínico, entre outros) que garantem a atenção integral à saúde das pessoas travestis e transexuais. Embora essa Portaria tenha papel relevante para oferta do serviço no SUS, ainda há desafios para garantir sua universalidade, equidade e integralidade.

A primeira cirurgia de “mudança de sexo” ocorreu no Brasil em 1971. No campo normativo, a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.482, de 1997, foi a primeira autorização para realização de cirurgias transgenitalizadoras no Brasil, ainda apenas em caráter experimental (ROCON; SODRÉ; RODRIGUES, 2016). Posteriormente, o CFM publicou mais três resoluções acerca do tema, respectivamente nos anos de 2002, 2010 e 2020, as quais representaram importantes evoluções com relação às suas versões anteriores. Até o presente momento, foram editadas mais de dez portarias do Ministério da Saúde (MS) que tratam direta ou indiretamente do Processo Transexualizador. A Portaria GM/MS nº 2.803 de 2013 ampliou os procedimentos cirúrgicos e ambulatoriais, contemplou homens transexuais e travestis¹ (na Portaria anterior estavam contempladas apenas mulheres transexuais) e estipulou novos critérios de acesso aos procedimentos (ROCON; SODRÉ; RODRIGUES, 2016). Apesar de a Portaria de 2013 representar um importante avanço para a política pública, alguns obstáculos no processo de implementação do Processo Transexualizador têm sido apontados. Dentre eles, a Atenção Básica — porta de entrada do SUS — pode ser um primeiro local de estigmatização e violação de direitos da população transexual e travesti no sistema de saúde, o que é um empecilho para o encaminhamento ao serviço especializado (POPADIUK; OLIVEIRA; SIGNORELLI, 2017; PEREIRA; CHAZAN, 2019). Por outro lado, estudos anteriores apontam um caráter seletivo para a produção de diagnósticos necessários para o acesso aos serviços e aos procedimentos especializados, reforçando estereótipos de gênero, a partir de uma lógica heteronormativa,

¹Optou-se pelo uso dos termos transexuais e travestis em conformidade com o público-alvo abrangido pela Portaria do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2017a), contudo é sabido que há outros públicos que podem ser beneficiados pela política, os quais são contemplados por termos mais inclusivos e amplos, que serão descritos ao longo deste trabalho. Neste trabalho “trans” será utilizado, via de regra, como uma abreviação de transexuais, exceto nas situações em que expressamente seja realizada outra descrição para o termo.

binária e patologizante (LIONÇO, 2009; ROCON; SODRÉ; RODRIGUES, 2016). Além disso, há um número altamente reduzido de centros de referência no Processo Transexualizador no país.

Analisando as principais barreiras de acesso² apontadas em estudos anteriores, é possível relacioná-las a duas dimensões analíticas propostas pela literatura de implementação de políticas públicas. A primeira é a dimensão institucional, na qual estão incluídos os arranjos e instrumentos institucionais relativos ao desenho da política (PIRES, 2019). A partir dessa dimensão, as desigualdades podem ser produzidas ou reproduzidas, por meio, por exemplo, da instrumentação seletiva ou dos dispositivos de fixação de sentido, de modo que o próprio desenho promove instrumentos de acesso à política que materializam valores sociais preconcebidos (PIRES, 2019). No caso do Processo Transexualizador no SUS, a idade mínima para acesso à política pode ser considerada uma barreira de acesso dessa dimensão, uma vez que, no campo normativo, restringe o acesso para pessoas acima de uma determinada faixa etária.

A segunda dimensão analítica proposta pela literatura é a dimensão operativa, que é quando a política passa a ser executada (LOTTA, 2019), na qual estão incluídas as “práticas de implementação e interações nas linhas de frente do serviço público” (PIRES, 2019, p. 26) e os *gaps* de implementação. O foco dessa dimensão concentra-se na prestação do serviço público na “ponta”, ou seja, quando ele passa a ser efetivamente operacionalizado. Nesse sentido, é importante reconhecer que a atuação dos burocratas de nível de rua (conceito que será melhor descrito posteriormente) — associada aos *gaps* de implementação — pode produzir ou reproduzir desigualdades, valendo-se de mecanismos como: resistência e divergência com as prescrições formais das políticas públicas; classificação e julgamento no acesso às políticas; e regulação moral nas interações (PIRES, 2019). O não uso do nome social e a redução das demandas de saúde da população trans e travesti às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) na Atenção Primária à Saúde são exemplos disso (POPADIUK; OLIVEIRA; SIGNORELLI, 2017).

Os mecanismos presentes nessas duas perspectivas analíticas produzem efeitos sociais simbólicos e materiais sobre a implementação (PIRES, 2019), os quais podem, portanto, afetar o resultado das políticas públicas. Dessa forma, surge a terceira perspectiva analítica que será objeto desta pesquisa: a relacional. De acordo com Gomes (2019), as duas perspectivas apresentadas são muito importantes e complementares para a formulação de uma

² Entende-se por barreira de acesso qualquer fator que limite, restrinja ou o exclua o acesso à política pública.

agenda de pesquisa em políticas públicas, contudo, para além do olhar micro (operacionalização) e macro (institucional), é relevante que as políticas públicas também sejam investigadas sob a ótica dos seus resultados, para seja possível alterá-las e guiá-las ao atingimento de seus reais objetivos.

O processo de implementação das políticas públicas é considerado essencialmente relacional (PIRES, 2019). Dessa forma, compreender os efeitos gerados pelo processo de implementação no comportamento dos atores nele envolvidos é fundamental para compreensão das políticas públicas (GOMES, 2019), o que inclui, por consequência, a análise de suas relações. Estudo sobre o papel das redes sociais na implementação da política de atenção básica à saúde identificou que as redes sociais dos burocratas de nível de rua (Agentes Comunitários de Saúde) possuem uma importante influência sobre a implementação dessa política (LOTTA, 2010; LOTTA, 2018). Dentre os atores, os usuários possuem papel fundamental na análise das políticas (PIRES, 2019). Como apontam as pesquisas de Felsher *et al.* (2021) e Due (1999), os aspectos relacionais, representados pelas redes sociais dos usuários, possuem relevância no acesso e adesão às políticas públicas de saúde.

A análise de redes sociais é uma abordagem metodológica de pesquisa focada nas relações sociais entre atores (indivíduos ou organizações), na qual o conceito de redes sociais refere-se a um conjunto de atores (representados metaforicamente por nós) e aos laços ou vínculos que eles estabelecem entre si (representados por linhas) (WASSERMAN; FAUST, 1994; HIGGINS; RIBEIRO, 2018). Essa abordagem se propõe a estudar as interações e os padrões de interação existentes nas redes sociais e sua influência sobre as diversas dimensões dos fenômenos sociais (WASSERMAN; FAUST, 1994; HIGGINS; RIBEIRO, 2018). Na Ciência Política, a análise de redes foi incorporada em duas frentes de trabalho distintas: a primeira delas com maior enfoque nas relações do mundo corporativo e sua conexão com o campo político; e a segunda com foco nas políticas públicas (MARQUES, 2006).

No cenário internacional, o uso de análise de redes no estudo de políticas públicas tem ocupado espaço de relevância. Hecló (1978) introduziu o conceito de redes sociais na análise política, em contraposição à ideia de que o clássico triângulo de ferro era um conceito suficiente para explicar a tomada de decisão. Os resultados apresentados, a partir da análise de redes sociais, sobre a adesão à Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) em mulheres que usam drogas injetáveis nos Estados Unidos (FELSHER *et al.*, 2021) são um exemplo de que a temática tem se mantido atual nos estudos sobre políticas públicas. Observando-se que a implementação de políticas públicas é um processo inerentemente interativo (PIRES, 2019), as relações sociais devem ser consideradas um

elemento de investigação fundamental para melhor compreensão desse processo. Assim, nos contextos em que as relações constituem uma unidade de análise principal da pesquisa, a análise de redes pode ser uma ferramenta valiosa (WASSERMAN; FAUST, 1994), como no caso desta pesquisa.

Tem-se por objetivo, portanto, responder à seguinte pergunta de pesquisa: como a associação dos aspectos relacionais (dos usuários), institucionais (do desenho) e operativos (da implementação) produz desigualdade de acesso ao Processo Transexualizador no SUS?

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a iniquidade na saúde tem como principais causas elementos sociais, políticos e econômicos (FREDRIKSEN-GOLDSSEN *et al.*, 2014). Em 2011, o Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América reconheceu que a população LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais) possui condições díspares de saúde e carência no seu atendimento, sinalizando que é necessário esforço para a garantia da atenção integral à saúde de pessoas com diferentes identidades de gênero e orientações sexuais, para que se possa reduzir as desigualdades gerais em saúde. Estudos internacionais com grandes amostras demonstraram maior prevalência de doenças mentais em pessoas transgênero, além de taxas desproporcionais de violências sexuais, encarceramento e saúde geral precária em relação ao restante da população do Estados Unidos (FREDRIKSEN-GOLDSSEN *et al.*, 2014).

A saúde é uma das políticas sociais pioneiras na execução de ações voltadas à população LGBTQIA+³ no Brasil, de modo que a oferta do Processo Transexualizador no SUS é um exemplo do seu protagonismo no atendimento a esse grupo, o que reforça sua relevância enquanto objeto de estudo. Há importantes evidências na literatura que apontam a existência da desigualdade no acesso ao Processo, contudo pouco se discute sobre como essa desigualdade foi e é construída pela via institucional, apoiando-se até mesmo na reconhecida estrutura de funcionamento do SUS e na atuação dos burocratas do nível de rua. A abordagem relacional é ainda mais incipiente no campo das políticas públicas (LOTTA, 2010; LOTTA, 2018), principalmente com foco nas redes de relacionamento de seus usuários. No que se refere à agenda de pesquisa sobre políticas públicas, há um grande desafio em conciliar os resultados e o processo de implementação enquanto partes de um mesmo objetivo de

³Via de regra, optou-se por utilizar a sigla LGBTQIA+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Queers, Intersexos, Assexuais e Outras) em acordo com o decreto federal que institui o Conselho Nacional dos Direitos das Pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Queers, Intersexos, Assexuais e Outras (BRASIL, 2023). A depender da menção neste trabalho, esta sigla poderá estar adaptada ao documento, pesquisa ou ao período histórico ao qual faz referência.

pesquisa, mas estabelecer essa relação é fundamental para que seja possível reformulá-la (GOMES, 2019).

Ao se concentrar no cruzamento das três dimensões analíticas aqui referidas, este trabalho propõe uma interlocução de perspectivas — muitas vezes consideradas distintas, mas aqui tratadas de forma complementar —, proporcionando uma investigação mais completa na explicação das desigualdades de acesso a uma política pública. Desta forma, espera-se que haja uma contribuição inovadora, sobretudo pela análise de redes sociais dos usuários da política (elemento pouco frequente nas pesquisas nacionais sobre políticas públicas), para as diferentes frentes de pesquisa das ciências sociais (políticas públicas e análise de redes), bem como para o aprimoramento do Processo Transexualizador e de outras políticas do SUS.

Em vista disso, este trabalho busca analisar como os elementos institucionais (do desenho), operativos (da implementação) e relacionais (redes dos usuários) do Processo Transexualizador no SUS (variáveis independentes) influenciam na desigualdade de acesso aos procedimentos dessa política pública (variável dependente). Seu objetivo geral é identificar como a relação entre obstáculos nas dimensões institucional e operativa produzem barreiras de acesso ao Processo Transexualizador no SUS e, em especial, quais efeitos são produzidos frente às redes sociais de pessoas transexuais e travestis.

Desta forma, apresentam-se como objetivos específicos:

- a) Identificar e analisar aspectos institucionais relacionados ao desenho do Processo Transexualizador no SUS que provocam desigualdades no acesso aos seus procedimentos e serviços;
- b) Investigar os *gaps* de implementação e o papel dos burocratas do nível de rua (Atenção Básica e, principalmente, Atenção Especializada) na construção de desigualdades no acesso ao Processo Transexualizador no SUS;
- c) Identificar a relação entre as redes sociais de transexuais e travestis e o acesso ao Processo Transexualizador no SUS.

Este trabalho configura-se como uma pesquisa descritiva, que combina métodos e técnicas de natureza quantitativa e qualitativa, cuja principal metodologia utilizada será a análise de redes associada, de forma complementar, a outras técnicas e abordagens de pesquisa de caráter qualitativo, com vistas a tornar o desenho de pesquisa mais robusto e completo, conforme sugerem Higgins e Ribeiro (2018). Dada a natureza dessa pesquisa enquanto uma dissertação de mestrado e o desenho proposto, que inviabiliza grandes generalizações de resultados, o estudo de caso é uma metodologia útil para a produção de inferências (GOMES, 2019), o qual será utilizado de forma complementar.

Quanto à primeira dimensão, foram realizadas pesquisa bibliográfica e documental e entrevistas preliminares (nove entrevistas semi-estruturadas com profissionais de saúde que atuam no Processo Transexualizador no SUS, usuários e lideranças da comunidade transexual e travesti) com objetivo de solidificar quais são e como se desenvolveram os arranjos e instrumentos institucionais que (re)produzem desigualdades no acesso ao Processo Transexualizador no SUS.

Com relação à segunda dimensão, sabe-se que adoção de um olhar *bottom-up* sobre a política pública, permite analisá-la de forma mais interativa, reconhecendo-se o papel dos burocratas de nível de rua, não apenas como reprodutores das regras estabelecidas na formulação da política, mas como agentes de transformação e recriação da política (PIRES, 2019). Dessa forma, por meio pesquisa bibliográfica e da realização de entrevistas preliminares, foram mapeados os *gaps* de implementação e os mecanismos adotados pelos burocratas que (re)produzem desigualdades no acesso ao Processo Transexualizador no SUS. Tais mecanismos foram validados, posteriormente, por meio do questionário sociométrico e formulário online.

Por fim, para análise da dimensão relacional, foi feita coleta de dados primários, por meio da aplicação de questionário sociométrico, de acordo com as diretrizes de Higgins e Ribeiro (2018). Para além das informações sobre as redes sociais, foram coletados, por formulário online, dados sobre o perfil socioeconômico dos respondentes, sobre seu acesso às políticas de saúde e sobre seu acesso ao Processo Transexualizador no SUS. Foram utilizadas 34 respostas ao formulário online e ao questionário sociométrico. Posteriormente, os dados coletados foram tratados e analisados com o objetivo de responder à pergunta de pesquisa, corroborando ou refutando as hipóteses apresentadas.

Esta dissertação está dividida em sete capítulos além desta introdução. No primeiro capítulo serão apresentados conceitos importantes, a partir de uma revisão da literatura sobre políticas públicas. A seção inicia-se com uma revisão da teoria de políticas públicas e, posteriormente, foca em alguns de seus marcos importantes para este trabalho: desenho, implementação e avaliação. A introdução desses conceitos é de fundamental para que seja possível operacionalizá-los na análise do Processo Transexualizador no SUS.

No segundo capítulo, serão feitos aportes teóricos sobre a abordagem de análise de redes sociais, com ênfase em seu uso nos estudos sobre políticas públicas. Será apresentada a evolução da análise de redes e suas diferentes vertentes teóricas. Ademais, serão descritos aspectos importantes sobre a adoção dessa abordagem enquanto metodologia de pesquisa, que foram incorporados no desenho deste trabalho.

O capítulo três aprofunda na condução metodológica desta pesquisa, a partir das contribuições teóricas previamente realizadas. Serão apresentadas as hipóteses que norteiam o trabalho e, em seguida, será feita a descrição de como o trabalho foi conduzido, considerando-se as etapas de coleta, tratamento e análise dos dados das diferentes técnicas de pesquisa adotadas.

A partir do quarto capítulo, inicia-se propriamente a análise do objeto desta pesquisa, de acordo com as perspectivas teóricas apresentadas e os resultados identificados em sua execução. No capítulo quatro, as discussões realizadas concentram-se na dimensão institucional do Processo Transexualizador. Será feita uma descrição sobre a formulação e o desenho do Processo Transexualizador no SUS, com ênfase na Portaria do GM/MS nº 2/2017. Ao final do capítulo, serão identificadas as barreiras de acesso que surgem a partir do desenho dessa política.

O quinto capítulo discorre sobre a dimensão operativa do Processo Transexualizador no SUS, com foco na sua implementação. Primeiro será feita uma descrição sobre o fluxo de acesso ao Processo Transexualizador, a partir dos relatos da literatura e de entrevistados, buscando-se identificar os *gaps* de implementação. Na sequência, os atores envolvidos no processo de implementação são analisados com foco na atuação dos burocratas do nível de rua (neste caso, os profissionais de saúde). Por fim, analisa-se como essa dimensão (re)produz desigualdades no acesso.

O capítulo seis aborda a dimensão relacional do Processo Transexualizador no SUS. São apresentados, principalmente, os resultados coletados por meio do questionário sociométrico e formulário online, analisando os dados socioeconômicos dos respondentes e seu acesso ao Processo Transexualizador. Posteriormente, são apresentadas e interpretadas as redes sociais dos respondentes. Por último, é realizado um cruzamento entre as análises sobre as redes e o acesso dos respondentes à política.

No último capítulo, são retomados alguns achados importantes da pesquisa e busca-se deixar mais evidente o cruzamento dos resultados encontrados nas diferentes perspectivas analíticas estudadas. São apresentadas também limitações identificadas na pesquisa e sugestões de possíveis caminhos acadêmicos e políticos com base em seus resultados.

1. POLÍTICAS PÚBLICAS

Este primeiro capítulo tem como objetivo realizar um breve aporte sobre a literatura de políticas públicas, bem como apresentar conceitos e teorias fundamentais para o desenvolvimento desta pesquisa. Ele está organizado em quatro seções, além de uma breve introdução sobre a interface entre o Processo Transexualizador e a política pública de saúde, trazendo à tona a importância de estudá-lo. A primeira seção faz uma breve revisão dos principais modelos e teorias sobre análise de políticas públicas. As outras seções subsequentes apresentam, respectivamente, conceitos importantes sobre o desenho, a implementação e a avaliação de políticas públicas, associando-os à operacionalização das dimensões analíticas deste trabalho.

O direito à saúde no Brasil origina-se da luta e da articulação do Movimento da Reforma Sanitária, que teve grande protagonismo durante o período de redemocratização do país, de modo que ele passou a ser assegurado a toda a população brasileira na Constituição da República de 1988, por meio da prestação pública dos serviços (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a). A Lei nº 8.080 de 1990 — conhecida como Lei Orgânica do SUS — estabelece os princípios do Sistema Único de Saúde, dentre os quais considera-se como principais: universalidade, o que torna a saúde um direito de todos, cabendo ao Estado garantir o seu acesso a toda a população, independente de quaisquer características pessoais; equidade, que parte da premissa de que as pessoas são distintas e possuem necessidades diferentes, portanto o SUS deve ser capaz de atendê-las em suas desigualdade, com foco na redução de vulnerabilidades; e integralidade, que considera a necessidade de atendimento da saúde das pessoas como um todo, ou seja, de forma integral, articulando diferentes áreas da saúde (assistência, promoção, prevenção etc.) e de diferentes políticas públicas, que possuam repercussão na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

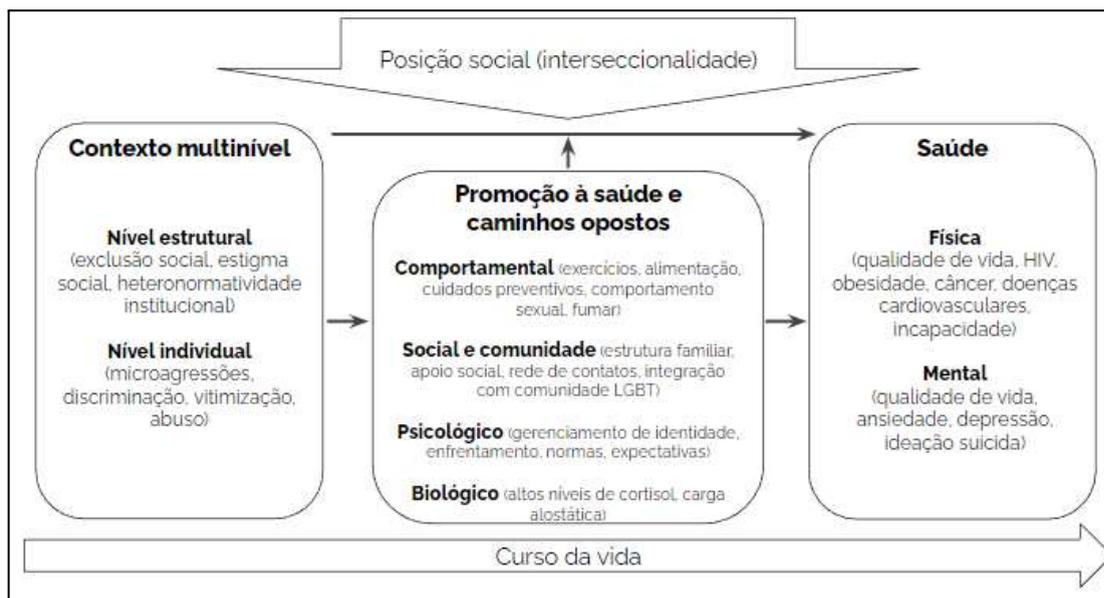
As normativas deixam claro que o SUS possui um papel central na superação de vulnerabilidades e desigualdades sociais, esperado para as políticas públicas (GOMES, 2019). Ao ingressar nesta discussão, surge um conceito fundamental para se compreender o debate acerca da equidade em saúde: os determinantes sociais da saúde (DSS). A partir desse conceito, estrutura-se a premissa “de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 78). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS):

“Os determinantes sociais da saúde (DSS) são os fatores não médicos que influenciam os resultados de saúde. São as condições nas quais as pessoas nascem, crescem, trabalham, vivem e envelhecem, e o conjunto mais amplo de forças e sistemas que moldam as condições da vida cotidiana. Essas forças e sistemas incluem políticas e sistemas econômicos, agendas de desenvolvimento, normas sociais, políticas sociais e sistemas políticos.” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2022a, tradução nossa)

Independente da definição mais ou menos ampla sobre esse conceito, o que se extrai sobre esse tema é a construção do consenso, durante anos de discussão, de que os DSS possuem influência sobre a situação de saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Estudos sugerem que os DSS representam entre 35% e 55% dos resultados em saúde e que as contribuições de setores externos à saúde supera as do setor saúde para os resultados em saúde da população (OMS, 2022a). Os determinantes sociais da saúde possuem, portanto, uma influência fundamental sobre as iniquidades em saúde, sendo elas evitáveis, injustas e desnecessárias (OMS, 2022a; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Partindo dessa discussão, Fredriksen-Goldsen *et al* (2014) propõe um modelo de equidade em saúde direcionado à população LGBT. Os autores argumentam, a partir dos resultados de inúmeras pesquisas realizadas nos Estados Unidos da América (EUA), que a orientação sexual, a identidade de gênero e outros fatores relacionados à sexualidade e ao gênero são determinantes sociais de grande influência para garantia da equidade em saúde, o que é ratificado na Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a). Considera-se, entretanto, que esses fatores não atuam de forma isolada, mas estão associados a outros diversos determinantes sociais, de modo que, à medida que esses DSS se interseccionam, os indivíduos passam a estar mais vulneráveis à iniquidade em saúde. O modelo proposto (Figura 1) leva em conta também que a forma como a exclusão e a resistência das pessoas LGBT manifestam-se tem se modificado ao longo do tempo (FREDRIKSEN-GOLDSSEN *et al.*, 2014).

Figura 1 — Modelo de Promoção da Equidade em Saúde



Fonte: Health Equity Promotion model. FREDRIKSEN-GOLDSSEN et al., 2014, p. 656, tradução nossa.

O modelo apresentado pelos autores fornece um instrumento analítico de grande relevância, mas precisa ser adaptado à realidade brasileira, sobretudo tratando-se da população transexual e travesti. A título de comparação, de acordo com o *United State Transgender Survey (USTS)*, realizado em 2015 com mais de 27.715 pessoas transgênero dos EUA, 43% dos respondentes (transgêneros) com 25 anos ou mais possuem nível superior (graduação ou acima), contra 31% da população geral dos Estados Unidos na mesma faixa etária (JAMES *et al.*, 2016); já pesquisa realizada entre 2019 e 2020 no município de São Paulo com 1.788, identificou que 12% dos respondentes (transgênero) com 18 anos ou mais possuem nível superior completo, contra 27,1% da população geral do município nesta faixa etária, segundo dados da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios Contínua (PNADC) (CEDEC, 2021).

A respeito de praticamente todos os DSS exemplificados pela OMS (2022a) é possível encontrar pesquisas — mesmo considerando a grande insuficiência de dados no Brasil — que apontam demonstram maior vulnerabilidade da população transexual e travesti brasileira. Para além do exemplo da escolaridade, já mencionado, 90% da população trans e travesti utilizam a prostituição como fonte de renda (BENEVIDES; NOGUEIRA, 2020); 47% dos respondentes deixaram de morar com suas famílias por serem expulsos ou por conflitos familiares (CEDEC, 2021); em 2022 foram registradas 84 tentativas de homicídio e 131 assassinatos pessoas trans e travestis, o que posiciona o Brasil como país que mais mata

transexuais e travestis no mundo, dessas mortes 76% foram de pessoas pretas ou pardas e 99,2% travestis e mulheres trans (BENEVIDES, 2023).

Depois de muitos anos de mobilização, sobretudo por parte dos movimentos sociais, a orientação sexual e a identidade de gênero foram incluídas na lista de determinantes sociais da saúde no Brasil, a partir da 13ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2007 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a). Reconhecendo as especificidades e a influência dos DSS em grupos específicos da população, o Ministério da Saúde passou a elaborar políticas nacionais de saúde com objetivo de direcionar as políticas de saúde em prol do atendimento desses segmentos sociais e reduzir vulnerabilidades, dentre elas a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a). A instituição do Processo Transexualizador no SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008a) — que precede à publicação da Política Nacional — criou efetivamente um novo serviço, incluindo novos procedimentos que não eram ofertados no SUS para atendimento específico de transexuais mulheres (em primeiro momento).

Embora a instituição do Processo Transexualizador se some a um conjunto de iniciativas para garantir maior equidade no SUS, desde o seu processo de formulação, surgem inconsistências que dificultam a efetivação dos princípios do SUS, por meio dessa política (LIONÇO, 2009; ROCON; SODRÉ; RODRIGUES, 2016; ROCON *et al.*, 2019). Ainda que seja possível associar as marcas da produção de desigualdade no acesso ao Processo Transexualizador no SUS a determinados processos da política pública, não é possível atribuí-los somente a uma “etapa”. Essa interação entre as diferentes fases da política pública é pouco explorada na literatura, bem como a inserção do usuário como um agente ativo desse processo. Este trabalho, portanto, se insere nessas lacunas da literatura e busca responder, sob três diferentes perspectivas (institucional, operativa e relacional), como essa desigualdade de acesso é produzida. O primeiro passo para isso, é compreender quais são as teorias que fundamentam a análise de políticas públicas, que permitem compreender melhor os diferentes processos de uma política pública e como estudá-los de forma integrada, respeitando suas particularidades.

1.1 Análise de políticas públicas

Esta pesquisa se insere no campo de estudos sobre políticas públicas e acomoda-se a diferentes modelos e perspectivas teóricas nele presentes. A área das políticas públicas ganhou relevância por diversos fatores, dentre eles: a adoção de políticas de restrição de

gastos; redução do papel e da intervenção do Estado, por meio de políticas sociais, em função de uma nova perspectiva de equilíbrio fiscal; dificuldade dos países com democracias menos maduras de desenharem políticas públicas que promovessem o desenvolvimento econômico e a inclusão social (SOUZA, 2006).

A política pública enquanto área de conhecimento acadêmica surgiu nos Estados Unidos da América (EUA), a partir do pressuposto de que, “em democracias estáveis, aquilo que o governo faz ou deixa de fazer é passível de ser (a) formulado cientificamente e (b) analisado por pesquisadores independentes” (SOUZA, 2006, p. 22). Existem quatro autores considerados os fundadores da área de políticas públicas: Lasswell, Simon, Lindblom e Easton. Lasswell, de forma pioneira, na década de 1930, propõe que a produção empírica dos governos era uma forma de geração de conhecimento acadêmico (SOUZA, 2006). Ele também foi um dos primeiros a introduzir uma lógica processual às políticas públicas, como se elas fossem executadas em estágios ou etapas, que ocorrem de forma separada, sucessiva e cronológica, desde a iniciativa, formulação e decisão até a avaliação e término, organizando-se em sete fases previstas (HUPE; HILL, 2006; JENKINS, 1997).

Para Simon, os decisores do governo possuem uma racionalidade limitada (em função de aspectos como assimetria de informação, autointeresse, tempo para tomada de decisão etc.), mas que pode ser maximizada de forma satisfatória, a ponto de promover o alcance de resultados desejados a partir de regras e incentivos (SOUZA, 2006). Lindblom, por sua vez, critica a lógica racional e linear proposta pelos autores anteriores, pois entende que a divisão entre as etapas ou fases é menos visível e clara do que se supunha (HUPE; HILL, 2006). Ademais, ele incorpora outras variáveis e outros autores à perspectiva analítica, realçando as relações de poder e entre as fases do processo decisório. Lindblom também apresenta a ideia de que as políticas públicas surgiriam de um processo incremental, ou seja, não surgiriam do “zero” a partir dos recursos dos governos, mas sim de decisões marginais e incrementais (SOUZA, 2006). Dentre esses quatro autores, Easton descreve as políticas públicas como um sistema no qual há uma interação entre formulação, os resultados e o ambiente da política (SOUZA, 2006). De acordo com o modelo proposto pelo autor, as políticas passariam por um processo, no qual haveria *inputs* de demandas e recursos, que seriam processadas e convertidas, dentro de um sistema político, em entregas e resultados, durante esse processo haveria a influência do ambiente, no qual estão presentes fatores econômicos, políticos, sociais etc. (JENKINS, 1997).

A partir dos autores apresentados, serão descritos outros modelos importantes sobre políticas públicas presentes na literatura. Antes disso, contudo, é necessário definir o que é

política pública. Essa definição, entretanto, não é unânime ou simples de ser feita, dessa forma, serão citadas algumas das principais definições, aqui entendidas como satisfatórias para se compreender a partir de quais conceitos se operacionaliza o objeto deste estudo.

“Mead (1995) a define como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas e Lynn (1980), como um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos. Peters (1986) segue o mesmo veio: política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos. Dye (1984) sintetiza a definição de política pública como “o que o governo escolhe fazer ou não fazer”.³ A definição mais conhecida continua sendo a de Laswell, ou seja, decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz.” (SOUZA, 2006, p. 24)

Para Roberts (1971), a política pública é definida como: “um conjunto de decisões inter-relacionadas tomadas por um ator político ou grupo de atores sobre a seleção de objetivos e os meios para alcançá-los dentro de uma situação específica onde essas decisões devem, em princípio, estar ao alcance desses atores” (*apud* JENKINS, 1997, p. 30, tradução nossa).

Para este trabalho, toma-se por referência a síntese dos principais atributos das políticas públicas feita por Souza (2006). De acordo com a autora, a política pública: estabelece a distinção entre as pretensões do governo em executar algo e sua efetiva execução; envolve diversos atores e níveis de decisão (formais e informais); possui objetivos a serem alcançados; é uma política de longo prazo com impactos a curto prazo; e envolve outros processos posteriores a sua decisão. Ainda em linhas gerais, é possível afirmar que a política pública constitui-se como uma área de conhecimento complexa e com inúmeras dimensões de análise, que articula diferentes saberes, da economia, sociologia e ciência política, por exemplo (SOUZA, 2006).

Dada essa complexidade e multidimensionalidade das políticas públicas, é natural que a academia se esforce para produção de modelos que permitam melhor compreendê-la e operacionalizar pesquisas sobre elas. Alguns desses importantes modelos já foram previamente abordados na introdução dos quatro autores, considerados “pais” das políticas públicas. Há ainda, outros modelos relevantes que contribuem para a análise de políticas públicas. Uma tipologia conhecida é a do ciclo nas políticas públicas, nela a política é entendida a partir de um ciclo deliberativo com fases: “definição de agenda, identificação de alternativas, avaliação das opções, seleção das opções, implementação e avaliação” (SOUZA, 2006, p. 29), que estabelecem um processo dinâmico e de aprendizado (SOUZA, 2006).

Embora muito úteis e recorrentes em estudo, deve-se ter cautela na análise de políticas públicas, a partir desses modelos baseados em etapas ou fases. Apesar de oferecerem uma

estrutura que facilita a operacionalização de pesquisas, bem como torna o entendimento do processo político mais didático, esses modelos podem proporcionar análises rasas ou pouco compatíveis com a realidade (HUPE; HILL, 2006; JENKINS, 1997; GORDON; LEWIS; YOUNG, 1997). Não se pretende descartar a relevância do heurística de fases ou etapas, não obstante Ostrom (2007) apresenta algumas distinções que permitem melhor qualificar as contribuições dessa vertente teórica para as políticas públicas. A autora apresenta três níveis de especificidade de um trabalho teórico: *frameworks* (estruturas), que oferecem uma linguagem metafórica e variáveis, por meio da identificação de elementos importante para análises sistemáticas; teorias, que possibilitam ao pesquisador identificar quais elementos do *framework* são importantes para responder à sua pergunta de pesquisa; e modelos, que fazem inferências sobre um conjunto específico de variáveis. Neste caso, a heurística de fases pode ser mais útil quando adotada enquanto *framework*, do que enquanto teoria ou estrutura (HUPE; HILL, 2006), como será utilizado neste trabalho. A partir desse *framework* serão exploradas teorias que permitem e investigação a partir do modelo proposto pelas três dimensões apresentadas.

Peter Hupe e Michael Hill (2006) propõem que a análise de uma política seja feita a partir de um “mapa geral” que siga os seguintes critérios: abarcar conceitualmente a complexidade múltipla envolvida nos processos de política pública; possibilitar a formação de teoria específica em torno do conjunto de variáveis selecionadas, em contraposição à necessidade de construção de uma teoria geral que abarque todo o processo da política pública; adotar um mapa o mais aberto possível, de modo que a estrutura viabilize a pesquisa empírica sistemática e normativamente aberta, no lugar de visões generalista ou “de cima pra baixo” do processo político. De acordo com os autores, a heurística dos estágios não consegue atender de modo satisfatório o primeiro e o terceiro critério apresentados. Dessa forma, eles apresentam algumas outras alternativas que cumprem melhor esse papel analítico. Os autores apresentam o modelo de “jogos aninhados” de Lynn (1981 *apud* HUPE; HILL, 2006), composto por três níveis: jogo alto, que decide sobre a execução ou não da política; jogo médio, no qual se determina a direção da política; e jogo baixo, que seria o lado prática da formulação da política, incluindo sua implementação. Parsons (1995 *apud* HUPE; HILL, 2006) define três dimensões de análises amplas e sobrepostas: análise meso, que envolve a maneira como são definidos os problemas e a agenda; a análise de decisão, que está focada principalmente no processo de tomada de decisão; e a análise de entrega, sobre como as políticas são efetivamente executadas — gerenciadas, implementadas, avaliadas e encerradas (HUPE; HILL, 2006).

Hill e Hupe propõem uma nova estrutura analítica: a governança múltipla. “O conceito de governança é projetado ‘para incorporar uma compreensão mais completa dos múltiplos níveis de ação e tipos de variáveis que podem influenciar o desempenho’” (O’Toole, 2000, p. 276 apud HUPE; HILL, 2006, p. 21, tradução nossa). A partir dessa perspectiva dos autores, o aninhamento é tão grande que, por mais que se opte por analisar um nível específico de governança, implicitamente estará analisando os níveis anteriores, ou seja, não é possível estabelecer uma relação unidirecional das categorias designadas, mas é possível levantar hipóteses sobre a relação entre os elementos presentes em uma dada situação e testá-la (HUPE; HILL, 2006).

De acordo com os autores, as variáveis dependentes dos estudos sobre políticas públicas são: “mudança de política dentro de um determinado sistema político; adoção de uma política ou conjunto de políticas; variação nos produtos ou resultados da política” (Sabatier, ed., 1999 apud HUPE; HILL, 2006, p. 25, tradução nossa). Já as principais variáveis independentes são: característica da política; formulação da política; administração pública vertical; fatores que afetam as respostas das agências de implementação (subdividindo-se entre características gerais das agências e atuação dos burocratas do nível de rua); relações interorganizacionais horizontais; o impacto das respostas das pessoas afetadas pela política; fatores macro-ambientais mais amplos (HILL; HUPE, 2002).

Não pretende-se aqui apresentar todos os modelos, estruturas analíticas ou mesmo conceitos sobre políticas públicas, mas destacar alguns que são importantes para se compreender a agenda de pesquisa na qual este estudo se insere. Como sugerido por Hupe e Hill (2006), nas próximas seções serão apresentadas teorias que melhor se adequam às variáveis de análise escolhidas para este trabalho. Ao apresentar teorias acerca do desenho, da implementação e dos resultados e efeitos das políticas públicas não se pretende estabelecer um recorte estanque sobre cada dessas etapas, mas extrair conceitos fundamentais sobre cada uma delas que relacionam-se entre si e criam um olhar mais completo e complexo sobre a política pública. Os olhares “de baixo para cima” ou “de cima para baixo” podem ser úteis para diferentes perspectivas analíticas, mas, quando combinados, possibilitam a construção de inferências tanto sobre o desenho da política, quanto sobre seu processo de implementação (GOMES, 2019).

Assim, a escolha de dimensões analíticas distintas para esse trabalho, parte da premissa de que elas se complementam e se sobrepõem, de forma que, por mais que se escolha analisar a atuação dos burocratas do nível de rua ou mesmo a resposta dos usuários aos efeitos de uma política, inevitavelmente também se estará investigando um conjunto de

decisões estruturante anteriores a isso (HUPE; HILL, 2006). Nesse sentido, destaca-se que a escolha das variáveis deste trabalho possui consonância com as variáveis dependentes e independentes apresentadas por Hupe e Hill. A variável dependente — desigualdade de acesso ao Processo Transexualizador no SUS — associa-se à variação nos produtos ou resultados da política (HUPE; HILL, 2006). Já as variáveis independentes relacionam-se, em certa medida, respectivamente: dimensão institucional à “formulação da política” (HILL; HUPE, 2002); dimensão operativa aos fatores que afetam as respostas das agências de implementação (HILL; HUPE, 2002); e perspectiva relaciona ao “impacto das respostas das pessoas afetadas pela política” (HILL; HUPE, 2002).

1.2 Desenho das políticas e arranjos institucionais

A análise do desenho das políticas esteve, por muito tempo, atrelada à perspectiva *top down* dos estudos sobre políticas. Assim, para que não se confunda a proposta deste trabalho com esta última abordagem, serão apresentadas diferentes perspectivas teóricas sobre a análise do desenho de políticas públicas, que permitem consolidar o modelo de análise institucional das políticas no qual esta pesquisa se concentra. As abordagens *top down* e *bottom up* surgiram em momentos distintos da formação do campo das políticas públicas, de modo que esta possui foco mais fortemente no processo de implementação e no papel dos burocratas de rua e aquela direciona-se mais ao processo de construção da política pública e no papel dos tomadores de decisão, responsáveis por sua formulação (GOMES, 2019; PIRES, 2019; SABATIER, 1986). Dentre as críticas ao modelo *top down*, algumas das clássicas são: atores-chave, mas que não participam formalmente do processo de tomada de decisão são negligenciados; são difíceis de serem utilizados quando há uma multiplicidade de normas e atores; subestimam a capacidade dos burocratas do nível de rua em desviar as políticas do seu foco central (SABATIER, 1986). Embora todos esses pontos estejam fortemente apoiados na literatura, compreende-se que, mesmo com suas fragilidades, o olhar sobre o desenho das políticas é de suma importância para que se possa compreender o seu processo de implementação (GOMES, 2019; SPÍNOLA; OLLAIK, 2019). Evidentemente, o olhar sobre o desenho da política e seus instrumentos institucionais não é suficiente para compreendê-la, nem tampouco seus resultados (SPÍNOLA; OLLAIK, 2019), não obstante eles também não podem ser desprezados quando se deseja compreendê-la melhor.

Os instrumentos escolhidos para uma política pública não são neutros, portanto possuem capacidade de influenciar seus resultados (SPÍNOLA; OLLAIK, 2019), o que já é

suficiente para que sua investigação seja também considerada neste estudo. Ademais, quando se busca compreender os resultados e efeitos de uma política, é fundamental conhecer o seu desenho para que se possa comparar os impactos encontrados ao que formalmente se propunha nos seus objetivos (PIRES, 2019), a fim de tornar a construção de inferências mais robusta. O desenho da política merece ser melhor investigado quando duas condições são cumpridas: “quem recebe o quê, quando e como” importa (Lasswell, 1961 *apud* BOBROW, 2006, p. 484, tradução nossa) e quando se reconhece a possibilidade de mais de um estado futuro melhor ou pior, a depender das decisões tomadas (BOBROW, 2006). Para este estudo sobre o Processo Transexualizador, ambas as condições são atendidas e pode-se ainda acrescentar que a regulamentação específica dessa política no SUS concentra-se em poucas normativas vigentes, o que se torna um elemento de reforço para sua análise institucional, a partir da crítica Sabatier (1986) sobre a multiplicidade de normativas.

Feitas as considerações sobre a importância de se estudar o desenho do Processo Transexualizador e seus instrumentos institucionais, torna-se necessário esclarecer a que se referem esses conceitos. Apesar de não serem unânimes na literatura, algumas definições são bastante úteis e precisam ser introduzidas aqui para que se possa operacionalizar as análises propostas. Para Howlett (2011), baseado na perspectiva de Lasswell (1958), a política pública é composta por dois diferentes elementos relacionados entre si: objetivos políticos (que resumem quais são os objetivos ou ambições do governo ao adotar ou não determinada ação) e os meios políticos (que seriam as técnicas ou instrumentos empregados para atingir esses objetivos). Tanto os objetivos quanto os meios possuem diferentes níveis de abstração em cada política pública e podem ser tanto diretrizes absolutamente abertas, quanto definições administrativas extremamente concretas, por exemplo (HOWLETT, 2011). Bobrow (2006) apresenta um conjunto de definições sobre o desenho de política pública bastante interessante e complementar entre elas:

“Os desenhos de políticas são rascunhos de trabalho a serem examinados e modificados, com base em informações ecléticas, consistência interna, completude e as consequências diretas e primárias, bem como indiretas e secundárias de seus programas e projetos constituintes (Tinbergen, 1958: 9-33).

(...)

A visão de design de Herbert Simon como o processo de 'mudar situações existentes em situações preferidas' (Simon, 1972: 55) torna-se compatível quando se invoca sua concepção de satisfação.

(...)

A reconciliação para a inclusão nem mesmo é necessária para concepções como as de Linder e Peters (1988) 'o rearranjo intencional ou dirigido a um objetivo das características manipuláveis de um problema'; May (1981) 'identificação e manipulação de variáveis-chave de projeto para criar alternativas viáveis'; ou de Wildavsky de encontrar soluções para problemas políticos que especificam relações

desejáveis entre 'meios manipuláveis e objetivos atingíveis' (Wildavsky, 1979: 15-16 in Weimer, 1993: 111).” (BOBROW, 2006, p. 80-81, tradução nossa)

Associando as definições apresentadas por Bobrow (2006) e Howlett (2011) pode-se compreender o desenho da política, em síntese, como a escolha dos objetivos e meios para se alcançar um estado desejado. Aqui cabe uma distinção conceitual importante entre o desenho e a formulação da política. Entende-se por formulação o processo mais abrangente que envolve o levantamento e seleção de possíveis soluções para se responder a um problema, já o desenho insere-se nesse processo, porém refere-se especificamente à forma como a política se configura, considerando-se as alternativas que são elegidas para compor a política (HOWLETT, 2011). Buscando simplificar, pode-se dizer que o desenho se insere na formulação, mas não é um sinônimo dela. Para além da diferenciação conceitual apresentada, existem também as abordagens de análise do desenho das políticas. A primeira abordagem é chamada de institucionalista ou institucional, pois possui foco na definição das regras e de mecanismos para execução dessas regras no desenho da política. A outra abordagem é a deliberacionista, a qual concentra-se mais na formação e na qualidade do discurso em que surge uma política pública, do que no que surge em si (BOBROW, 2006). Neste trabalho adota-se aquela primeira abordagem analítica, a institucionalista.

A análise institucional origina-se da premissa de que fatores institucionais “criam incentivos e constrangimentos, e disponibilizam recursos para a ação” (SANDIM; ASSIS, 2019). Esses fatores podem ser expressos como os instrumentos que dão as diretrizes sobre como deverá se dar o processo de implementação e, por consequência, podem afetar a forma como bens e serviços são entregues ao público (HOWLETT, 2011). Logo, a escolha desses instrumentos institucionais, que compõem o desenho da política, deveriam representar uma estabilidade e uma previsibilidade às políticas públicas, que normalmente não são possíveis no processo de implementação (SPÍNOLA; OLLAIK, 2019). Existem diversas definições de instrumento, mas cremos que esta é a que melhor se encaixa nos objetivos deste trabalho:

“Um instrumento é, portanto, a concretização de uma concepção de sociedade, isto é, da relação entre política e sociedade. Ele carrega significações próprias, que se fundamentam em uma ideia de regulação e de sociedade, e estrutura a ação pública de acordo com ela. Em outras palavras, instrumentos estruturam políticas públicas segundo suas próprias lógicas.” (SPÍNOLA; OLLAIK, 2019, p. 336)

A partir dessa definição, Spínola e Ollaik (2019) acreditam que tanto a definição de instrumentos, quanto seu uso inadequado no sentido de atrapalhar os objetivos formais da política pública, representam um risco adicional de produção e reprodução de desigualdades pelas políticas, o que torna de grande relevância a análise dos arranjos institucionais, quando se estuda a desigualdade das políticas públicas. O arranjo institucional refere-se ao conjunto

de regras fornecidas pelo ambiente institucional, que coordenam as relações dos agentes envolvidos na política pública e estabelecem seus objetivos e procedimentos de implementação (SANDIM; ASSIS, 2019). Reconhecendo-se a importância desses arranjos, emergem duas perguntas centrais ao se estudar desigualdade nas políticas públicas: 1) quem participou ou não do arranjo e teve seus interesses representados? 2) quais visões e valores sobre os usuários e seu modo de vida são fixados nos instrumentos criados a partir desses arranjos e como eles impactam no desempenho da política? (PIRES, 2019). Para responder a essas perguntas, Pires (2019) argumenta que é importante estar atento às representações dos atores, desequilíbrios de poder, conexão entre os atores e desenvolvimento de ferramentas de operacionalização da política. A perspectiva analítica institucional deste trabalho está mais focada em responder à segunda pergunta proposta pelo autor, mas, de forma tangencial, também abordará elementos do primeiro questionamento ao abordar o histórico de construção da política. Ademais, Howlett (2011) apresenta 14 tipos de atividades que podem ser impactadas pelo uso dos instrumentos, dentre elas adicionar atores às redes de políticas e influenciar a formação de redes, o que corrobora com o uso da análise de redes nesta pesquisa, o que será melhor desenvolvido no capítulo seguinte.

1.3 Implementação das políticas públicas e práticas interativas

O olhar para a implementação é um dos mais recentes nos estudos sobre políticas públicas (WINTER, 2006), sobretudo no contexto brasileiro (LOTTA, 2019). Essa abordagem, contudo, vem ganhando espaço e tem se tornado uma perspectiva analítica importante para se compreender as políticas públicas, afinal a implementação encontra-se entre os processos de formulação e os resultados de uma política e investigá-la é um passo, em grande parte das vezes, necessário para se estabelecer a conexão entre ambos e, efetivamente, se compreender a política pública como ela é (LOTTA, 2019). Analisar o desenho do Processo Transsexualizador, embora seja uma tarefa importante, definitivamente não é a mais árdua, visto que praticamente toda sua regulamentação está contida em uma única Portaria do Ministério da Saúde (2017a). Evidentemente, esta normativa associa-se a outros fatores que constituem um arranjo institucional, o qual é importante para investigar a desigualdade de acesso a essa política, contudo insuficiente para tal objetivo. A Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017 estabelece de forma bastante objetiva os procedimentos previstos no Processo Transsexualizador no SUS, suas regras de acesso e sua linha de cuidado, entretanto diz muito pouco sobre os objetivos da política e como deve se dar o seu

planejamento e execução. Logo, estudar a implementação é tarefa necessária para se investigar como se dá essa desigualdade de acesso.

Para seguir com a fundamentação teórica desta seção, o primeiro passo é alinhar conceitos, de modo que o primeiro deles deve ser o de implementação. Para Lester e Goggin (1998 *apud* WINTER, 2006), a implementação é “uma série de decisões e ações subnacionais direcionadas para colocar em vigor uma decisão prévia de autoridade federal” (WINTER, 2006, p. 159, tradução nossa). A definição que será utilizada neste estudo é ainda mais simples e clara, a implementação é “momento em que os planos formulados se tornarão realidade” (LOTTA, 2019, p. 13). Essa definição refere-se ao objeto analítico deste trabalho e não apenas ao momento da política pública, assim como sugere Lotta (2019), dessa maneira busca-se investigar a diferença entre o que foi planejado e o que foi efetivamente executado, bem como o papel dos diferentes atores nesse processo.

Para realizar um estudo sobre implementação, existem alguns pressupostos que precisam ser considerados, para superar discussões já amplamente realizadas na literatura: (1) formulação e implementação não são fases distintas, mas processos contínuos que perpassam diferentes atores da cadeia decisória da política pública; (2) os processos decisórios são complexos, podendo ser divididos em duas dimensões: múltiplas-camadas e múltiplos-níveis, sendo que esta refere-se aos níveis hierárquicos da decisão e aquela às diferentes posições político-sociais da tomada de decisão (HUPE; HILL, 2006); (3) “o processo de implementação é altamente interativo” (LOTTA, 2019, p. 19), o que envolve diferentes grupos e atores sociais; (4) existem inúmeros fatores que influenciam a implementação da política pública além de suas regras; (5) o estudo de implementação se propõe a investigar a política como ela efetivamente é, não somente como ela deveria ser ou como está prevista na norma (LOTTA, 2019).

Os estudos de implementação podem ser divididos em, pelo menos, três gerações. A primeira delas, conhecida como *top down* ou de cima para baixo, inicia-se nos anos 1970 com perspectiva normativa acerca das políticas públicas, o objetivo dessa geração era investigar quais as falhas que ocorriam durante o processo de implementação, em desconformidade com as decisões tomadas durante a formulação da política, a fim de corrigi-las, visto que elas influenciariam negativamente nos resultados das políticas públicas (LOTTA, 2019). Os trabalhos dessa geração eram caracterizados por serem, em sua maioria, exploratórios e baseados em estudos de caso indutivos (WINTER, 2006). Em contraposição a essa abordagem, durante as décadas de 1970 e 1980 surge a abordagem de baixo para cima ou *bottom up*, na qual se rompe a lógica normativa de que os implementadores deveriam apenas

seguir o que é proposto pelos tomadores de decisão ou estariam incorrendo em um erro. Essa segunda geração enxerga os implementadores também como tomadores de decisão, pois, para eles, a implementação está permeada pela necessidade da tomada de decisões, o que atribui aos burocratas que participam desse processo o papel chave de construção efetiva da política como ela é (LOTTA, 2019). Para Sabatier (1986), o olhar *top down* seria mais útil em políticas com uma legislação específica, fundos de pesquisa limitados e onde a situação estudada possui uma estrutura moderadamente organizada; já a perspectiva de baixo para cima, seria mais adequada de ser utilizada quando se tem diversas políticas destinadas a resolver um problema e quando se busca investigar a dinâmica de diferentes situações no nível local.

Ambas as gerações tiveram contribuições importantes para a literatura de implementação ao apontarem que tanto a compreensão do topo, quanto da base são importantes nesse processo. Contudo, o conflito gerado entre elas foi pouco proveitoso, pois provocou uma cisão entre os conhecimentos fornecidos por cada abordagem, de modo que cada segmento tendia a ignorar as explicações que eram dadas pelo outro (WINTER, 2006). Para Winter (2006), as duas primeiras gerações levantaram inúmeras variáveis presentes durante o processo de implementação, mas poucas ou nenhuma delas com potencial explicativo. É a partir desta lacuna que se estrutura a terceira geração para este autor, a geração “quantitativa”, a qual se basearia em estudos de caso mais comparativos e projetos de pesquisa de caráter estatístico, com um maior número de observações a serem analisadas. Uma das críticas a essa abordagem é a dificuldade de operacionalizá-la no contexto de implementação de uma política, o que pode tornar uma pesquisa muito cara e, por vezes, inviável.

Para Lotta (2019), a partir das duas primeiras gerações anteriormente mencionadas, surgem outras duas. A terceira surge na década de 1990 com o objetivo de fugir do conflito mencionado entre as duas perspectivas, até então, dominantes e antagônicas. Os estudiosos desse terceiro momento buscaram criar modelos para análise da implementação, que convergiam na investigação dos “processos decisórios contínuos que envolvem as políticas públicas e seus resultados” (LOTTA, 2019, p. 17), sem restringirem tais decisões a momentos ou processos específicos das políticas. Por fim, atualmente, estamos na quarta geração, marcada por uma complexidade e uma multiplicidade maior das análises de implementação, com grandes contribuições de diferentes campos do conhecimento — em especial a sociologia —, maior disseminação ao redor do mundo e a participação dos novos modelos da ação estatal nas discussões.

As diferentes fases dos estudos de implementação já deixam evidentes as inúmeras abordagens possíveis de serem adotadas nesse tipo de pesquisa. Há um amplo conjunto de variáveis e objetos de pesquisa que podem ser explorados quando se está tratando de implementação (LOTTA, 2019). É possível analisá-la sob diferentes perspectivas, por meio dos arranjos institucionais (SANDIM; ASSIS, 2019), dos instrumentos (SPÍNOLA; OLLAIK, 2019) ou dos atores, sendo eles da burocracia (LOTTA, 2010; LOTTA, 2018) ou usuários (FELSHER *et al.*, 2021). Lotta e Pires (2019), por exemplo, apresentam proposta para estudos sobre desigualdades na implementação de políticas públicas a partir de três perspectivas analíticas, divididas nos momentos descritos a seguir: (1) foco nas consequências da implementação (depois); (2) foco na situação anterior à implementação (antes); (3) foco nas interações de implementação (durante). Winter (2006) sugere alguns pontos a serem considerados no desenvolvimento de um estudo de implementação — os quais este trabalho buscou incorporar — , que podem ser considerados um recorte analítico ou uma convergência de recortes sugeridos pelo autor:

“(1) fornecer diversidade teórica; (2) focar em teorias de implementação parciais em vez de gerais; (3) buscar esclarecimento conceitual; (4) focar no resultado da implementação (desempenho dos implementadores) como variável dependente; (5) incluindo estudos de resultados e (6) usando mais desenho de pesquisa comparativa e estatística” (WINTER, 1999 *apud* WINTER, 2006, p. 157)

O conceito da implementação não se restringe à atuação dos burocratas do nível de rua, conforme já apresentado até aqui. Sabe-se que ao analisar a implementação de uma política pública é importante que também sejam analisados os seus *gaps* de implementação (por exemplo: subfinanciamento ou falta de articulação da política pública), que correspondem às lacunas entre o desenho da política e implementação e, por consequência, impedem o alcance dos resultados desejados (PIRES, 2019). Pode-se dizer que os *gaps* são mais simples de serem investigados, pois partem da comparação do que foi alcançado pela política frente ao que ela se propunha, identificando as lacunas entre esses dois “momentos”. Desse modo, será dedicado um pouco mais de atenção para a definição de alguns conceitos sobre a atuação dos profissionais do nível de rua, o que está mais atrelado aos efeitos não esperados da política e, portanto, são bastante desafiadores de serem investigados.

Os efeitos não desejados ou não esperados da política pública, são aqueles que, em geral, são difíceis de serem antecipados ou de serem submetidos a uma intervenção, e que atuam nos objetivos da política pública, mas em seu sentido oposto (PIRES, 2019; VEDUNG, 2006). A análise desses efeitos está intrinsecamente relacionada à implementação, pois, uma vez que não está prevista no desenho da política, ela se dá durante a prática corriqueira da

política (PIRES, 2019). Os efeitos não desejados são, muitas vezes, os principais responsáveis pela produção ou reprodução de desigualdades em uma política pública (PIRES, 2019; LOTTA; PIRES, 2019). A interação dos usuários com o serviço público é um dos importantes mecanismos de superação de vulnerabilidades, por meio do acesso às políticas públicas, não obstante, quando essa interação se dá no sentido contrário, a política pode tornar-se um mecanismo de exclusão e discriminação para grupos já marginalizados (PIRES, 2019).

Por sua vez, analisar esses efeitos pode ser mais complexo do que analisar os resultados ou produtos de uma política pública, pois, além de não estarem prescritos em seu desenho, os efeitos não esperados decorrem das subjetividades presentes nos diferentes momentos da implementação e, principalmente, da relação cotidiana entre os atores envolvidos em pública, na maioria das vezes sendo de difícil mensuração (PIRES, 2019; LOTTA; PIRES, 2019). Enquanto no campo formal, as políticas públicas são concebidas para garantia dos direitos sociais da população, entretanto existem ações de exclusão que são introduzidas diariamente pelos atores envolvidos na implementação, na maioria das vezes de forma velada ou sutil — em um processo imerso em um contexto de desigualdade social e de interação desequilibrada entre os atores (LOTTA; PIRES, 2019) —, logo é fundamental que esses mecanismos sejam submetidos ao debate público, com base em evidências, para que as políticas possam intervir sobre eles e garantam o cumprimento de seus objetivos originais (PIRES, 2019).

Reconhecendo tal importância, esta pesquisa se propõe a investigar em sua dimensão analítica operativa como são produzidas e reproduzidas desigualdades no Processo Transexualizador do SUS, a partir também dos efeitos não esperados dessa política. Considerando-se que esses efeitos se materializam sobretudo na prática cotidiana das políticas, torna-se importante introduzir conceitos que tratam dos elementos envolvidos nessas circunstâncias. O primeiro conceito é o da “burocracia do nível de rua”, entendida como a linha de frente dos serviços públicos, onde as políticas são efetivamente executadas pelos burocratas envolvidos diretamente na sua produção. Caracterizar estes atores representa a definição de outro conceito de suma relevância, pois podem ser definidos como aqueles que atuam diretamente na prestação dos serviços públicos, como professores, policiais e profissionais de saúde. Esses profissionais são, muitas vezes, a representação do Estado para a população e é a partir da interação entre eles e os usuários que as políticas públicas são operacionalizadas (LIPSKY, 2019; LOTTA, 2019). Para além desse papel de execução das políticas públicas, a partir da abordagem “de baixo para cima” esses burocratas passaram a

serem reconhecidos como atores importantes também no processo decisório sobre as políticas (LOTTA, 2019).

Para Lipsky (2019), a atuação dos burocratas do nível de rua é marcada por alto grau de discricionariedade e relativo grau de autonomia por parte da autoridade organizacional. Com relação à autonomia, ela se dá uma vez que, nem sempre, os interesses do baixo escalão da burocracia estão em linha com os do alto escalão, podendo portanto, atuarem em sentidos opostos se os incentivos e sanções não forem suficientes (LIPSKY, 2019). A discricionariedade se refere à liberdade que os burocratas do nível de rua possuem para a tomada de decisão (LIPSKY, 2019; LOTTA, 2019). Há um conflito importante sobre a atuação desses burocratas que pode ser explicado por de duas formas: a primeira delas é que a atuação discricionária dos burocratas pode gerar efeitos positivos ou negativos sobre os resultados das políticas; e a segunda é que, tratando de forma pragmática, sabe-se que a discricionariedade é inerente à implementação de uma política (mesmo que em menor ou maior grau), além de possuir papel adaptativo importante nesse processo às diferentes situações (LOTTA, 2019). Seria inviável pensar na atuação de um médico, por exemplo, mesmo que houvesse inúmeros protocolos clínicos rigorosos, sem sua autonomia e discricionariedade no tratamento de seus pacientes.

O contexto ou condições de trabalho dos burocratas do nível de rua é um fator fundamental para se compreender a atuação desses atores, pois a estruturação do ambiente de trabalho dá origem às práticas adotadas por eles. Via de regra, esses burocratas atuam em ambientes com alto nível de incerteza e forte pressão para tomada de decisão de forma ágil (LIPSKY, 2019). Lipsky (2019) apresenta uma síntese clara e objetiva sobre as condições de trabalho desses profissionais:

“Por definição, os burocratas de nível de rua trabalham em funções caracterizadas por graus relativamente elevados de discricionariedade e por uma interação regular com os cidadãos. Normalmente, eles também experimentam as seguintes condições no seu trabalho:

1. Os recursos são cronicamente insuficientes em relação às tarefas solicitadas aos trabalhadores.
2. A demanda por serviços tende a aumentar para atender à oferta.
3. As expectativas das metas das organizações onde atuam tendem a ser ambíguas, vagas, ou conflitantes.
4. O desempenho orientado para a realização do objetivo tende a ser difícil, se não impossível de medir.
5. Os clientes normalmente não são voluntários: em parte, como resultado, os clientes em sua maioria não servem como grupos burocráticos primários de referência. (LIPSKY, 2019, p. 80)

Nessas condições de trabalho emergem o que Lipsky (2019) chama de “padrões da prática”. Esses padrões seriam um mecanismo de resposta desenvolvido para lidar no contexto de incerteza, de modo que os burocratas direcionam a realização do seu trabalho segundo os

padrões constituídos, com tendência a limitar a demanda (LIPSKY, 2019). A fim de melhor organizar e dar celeridade à execução de uma política, os burocratas desenvolvem seus próprios padrões de simplificação com os recursos que têm disponíveis, mesmo que já haja padrões estabelecidos na instituição da política. Desse modo, nas políticas em que há um acréscimo de decisões nos níveis inferiores, os padrões estabelecidos por essas decisões são o que de fato determina a política dentro dos parâmetros formais estabelecidos. É importante lembrar que, independente do juízo de valor sobre os burocratas no estabelecimento desses padrões, suas decisões são políticas, pois algumas pessoas podem ser beneficiadas e outras prejudicadas pelos padrões presentes nessa tomada de decisão (LIPSKY, 2019), por isso estudá-los é tão relevante. Lipsky (2019) descreve as principais práticas adotadas pelos burocratas, as quais serão retomadas aqui.

O primeiro padrão abordado por Lipsky (2019) é o de racionamento, que se divide em dois efeitos: o de fixar (geralmente para limitar ou reduzir) o serviço e o de gerar diferenças entre os usuários. Introduzindo esse primeiro efeito, um dos mecanismos para limitar o acesso a uma política pública é aumentar os custos (monetário, tempo e informação) que os usuários precisam possuir para tal. Alguns exemplos desse racionamento por meio dos custos são a exigência de que o usuário se desloque e inúmeras vezes ao local de prestação de serviços (custo monetário), o longo tempo de espera para atendimento (custo de tempo) ou o fornecimento de informações confusas ao usuário (custo de informação). Outro custo que pode ser imposto aos usuários é o psicológico, o qual já pode estar implícito nos custos já mencionados. Se, por vezes, os usuários retornam a um serviço simplesmente por terem gostado da forma como são tratados, o inverso também é verdade, deixando de acessá-los por se sentirem desrespeitados ou violados, o que representa um custo psicológico (LIPSKY, 2019). As filas são outro mecanismo importante, embora parecem um meio democrático de acesso a um serviço, a longa espera em uma fila tende a privilegiar aqueles que têm tempo para nela permanecer (dados os custos implícitos a essa espera já mencionados anteriormente). As listas de espera, que podem ser substitutas às filas, também podem ser problemáticas ao aumentar o poder discricionário dos burocratas de chamarem usuários fora da lista (LIPSKY, 2019). Por fim, o autor descreve duas práticas rotineiras dos burocratas atreladas a esse racionamento: a primeira delas é que “os procedimentos definidos destinados a garantir a regularidade, responsabilidade e justiça também protegem os trabalhadores das exigências dos clientes quanto à sua capacidade de resposta” (LIPSKY, 2019, p. 203) e a segunda é que as rotinas dão legitimidade para se atuar de forma inflexível, com a justificativa de uma igualdade de tratamento sobre sentido restrito (LIPSKY, 2019). Ambas parecem

blindar os burocratas do julgamento pelo não atendimento da demanda, mas ao mesmo tempo provocam o efeito do racionamento mencionado.

A segunda ótica do racionamento é sob a ótica do efeito da geração de diferença entre os usuários, por meio da alocação diferenciada entre grupos que demandam o serviço. Triagem é a analogia utilizada pelo autor que melhor traduz a diferenciação burocrática, pois ela “possibilita que os burocratas de nível de rua diferenciem os clientes por razões que têm mais a ver com a resolução de problemas relacionados com o trabalho do que com uma melhor distribuição de recursos” (LIPSKY, 2019, p. 213-214). Nesse sentido, o conceito de *creaming* é apresentado como um mecanismo de seleção de usuários cujas demandas são mais fáceis de serem resolvidas e, conseqüentemente, há a maior previsibilidade de sucesso no seu atendimento. Outro mecanismo adotado é o enviesamento no trabalho, na qual alguns usuários são selecionados em detrimento de outros em função da preferência dos burocratas. Há ao menos três circunstâncias em que isso pode ocorrer: (1) o burocrata simplesmente simpatiza com um determinado usuário; (2) os burocratas determinam, com base em valores sociais e pessoais, os usuários que são “dignos” ou “indignos” de acessarem o serviço; (3) quando os burocratas pressupõe que algum usuário pode responder melhor ao tratamento do que outros. A diferença desta última circunstância para o *creaming* reside na recompensa esperada, pois aqui ela está atrelada a uma gratificação pessoal em ajudar uma pessoa que responde ao tratamento e lá está atrelada à recompensa organizacional pela seleção do caso (LIPSKY, 2019).

Outra prática adotada pelos burocratas, no sentido de poupar recursos, é a de criar condições para tomada de decisão que estejam o mais livre possível de pressões, por exemplo transferir a tomada de decisões, que deveriam ser feitas de forma pública, para espaços privados ou “obscuros” que o usuário não consiga confrontar a decisão tomada para si com as dos demais usuários. Dentro das práticas de administração de recursos destaca-se ainda três mecanismos: rastreamento (*screening*), que consiste na atuação de outros trabalhadores que possuem um caráter de apoio ao burocrata (exemplo recepcionistas e atendentes) e que não deveriam atuar diretamente na tomada de decisão, mas subsidiam os burocratas para tanto ou, por vezes, exercem o poder discricionário, mesmo que não lhes seja garantido por autoridade; rotulagem (*stamping*) é um tipo diferente de rastreamento “usado como base para a tomada de decisão por parte de burocratas de nível de rua que costumam adotar os julgamentos de outros atores como seus próprios” (LIPSKY, 2019, p. 253); referências (*referrals*), que significa encaminhar um usuário para outro serviço, o que, em alguns casos, é de fato necessário, mas em outros consiste apenas em um mecanismo de repassar a demanda para outro serviço,

gerando um alívio de demanda ao burocrata sem gerar o desgaste de uma recusa de atendimento ao usuário (LIPSKY, 2019).

Há, por fim, as práticas que estão relacionadas ao processamento dos clientes. Por um lado, há uma visão de que as atitudes dos burocratas podem ser flexíveis ou não, de acordo com o grau em que elas conseguem ajudá-los a lidar com a pressão do ambiente de trabalho. E, por outro, entende-se que essas atitudes e o comportamento oriundo dela podem ser contestados e impulsionados à mudança. Serão descritos mecanismos utilizados pelos burocratas para lidar com o estresse no trabalho modificando conceitos sobre o trabalho e sobre os usuários. Um dos mecanismos para solucionar a tensão entre as capacidades e os objetivos é o afastamento, podendo ser até mesmo um afastamento psicológico, no qual a pessoa não para efetivamente de trabalhar, mas não assume responsabilidades pelo desempenho da organização. Outro mecanismo está relacionado à definição de objetivos pessoais do burocrata, incorporando-os ao trabalho, no qual ele pode simplificar suas concepções sobre o trabalho e adaptar suas práticas a elas, direcionando esforços para alguns clientes a partir de suas concepções pessoais, por exemplo. Outro mecanismo é a especialização dos serviços, sabe-se que ela é necessária em alguns casos, mas ela também pode operar como meio de redução de esforços, poupando burocratas de desenvolverem competências (concentradas em um serviço especializado) que eles deveriam ter em função (LIPSKY, 2019).

Embora haja críticas quanto aos achados de Lipsky por possibilitarem pouca construção de inferências causais em relação ao comportamento dos burocratas do nível de rua sobre os resultados da política pública (WINTER, 2006), entende-se ser fundamental apresentar tais conceitos pela relevância teórica que eles possuem e pela sua importância para um estudo sobre implementação de políticas públicas. Dentre as hipóteses deste trabalho, está a de que o processo de implementação da Processo Transexualizador no SUS reforça barreiras de acesso impostas pelo desenho da política e também produz, pela atuação dos profissionais de saúde (burocratas do nível de rua), efeitos não desejados que ampliam essas barreiras de acesso e as desigualdades no acesso à política. A fim ainda de suprir em partes a lacuna sobre a teoria de Lipsky apontada por Winter (2006), a dimensão analítica relacional, cujo aporte teórico será feito na seção seguinte, apresentará proposições interessantes nesse sentido.

1.4 Avaliação de políticas públicas e dimensão relacional

Os elementos apresentados nas seções anteriores fornecem subsídios sobre a importância de se incluir os usuários enquanto foco de análise de um estudo sobre desigualdade de acesso às políticas. No próximo capítulo, será tratada de forma mais detalhada como desenvolver esse tipo de estudo por meio da análise de rede, assim como proposto pela dimensão relacional. Antes, contudo, de adentrar na análise de redes sociais, será feito um último aporte teórico breve no campo das políticas públicas, o qual fornece elementos complementares importantes para as discussões apresentadas até aqui e estabelece uma conexão interessante para o capítulo seguinte. Os estudos sobre avaliação foram uns dos primeiros a serem desenvolvidos na área das políticas públicas, na década de 1960, como meio de promover a maior eficiência estatal, uma vez que buscava identificar as diferenças entre os objetivos propostos por uma política e seus resultados alcançados (LOTTA, 2019). A avaliação possui um papel importante sobre a análise de políticas públicas, porque fornece informações confiáveis e válidas sobre o desempenho de uma política pública, permite rever objetivos e metas propostos para a política e contribui para execução de outros estudos sobre políticas públicas, a partir de outras abordagens metodológicas (DUNN, 2017). Pode-se entender a avaliação como:

“(...) mecanismo para monitorar, sistematizar e classificar as intervenções governamentais em andamento ou recém-concluídas (políticas, programas, projetos, atividades, seus efeitos e os processos que precedem esses efeitos, percepções do conteúdo da intervenção incluída) de modo que os funcionários públicos e as partes interessadas em seu trabalho orientado para o futuro sejam capazes de agir da forma mais responsável, criativa, equitativa e econômica possível.”(VEDUNG, 2006, p. 397, tradução nossa)

Para Dunn (2017), a causalidade é um dos elementos que permite distinguir a avaliação de outros tipos de análises de políticas públicas, de modo que a avaliação seja capaz não apenas de verificar o atingimento de resultados de uma política, mas consiga atribuir esse resultado à ação estatal. Embora essa definição não seja um consenso da literatura, haja vista que alguns autores entendem que essa é uma característica obrigatória apenas para alguns tipos de avaliação, como avaliação de impacto (VEDUNG, 2006; LIMA; D’ASCENZI, 2019), ela será utilizada como um reforço de que este trabalho não se trata propriamente de uma avaliação de política pública, porém vale-se de reflexões desta literatura que contribuem para as discussões que serão nele realizadas.

Existem alguns tipos clássicos de avaliação: de processos, que se propõe a identificar fatores que impedem o alcance dos objetivos de uma política durante sua implementação; de resultados, que avalia o quanto a política pública foi capaz de atingir seus resultados; e de impacto, que investiga a relação causal entre os resultados da implementação da política e as

mudanças sociais (LIMA; D'ASCENZI, 2019). Vedung (2006) propõe que existem oito problemas a serem atacados por uma avaliação de política pública: (1) qual é o objetivo da avaliação?; (2) quem exercerá a avaliação e como ela será organizada?; (3) quais critérios serão utilizados para avaliação?; (4) qual o escopo do que será avaliado?; (5) quais os obstáculos da implementação que promovem lacunas entre os objetivos propostos e os resultados?; (6) quais resultados são relevantes?; (7) até que ponto os resultados alcançados podem ser atribuídos à política?; (8) como a avaliação será utilizada?

Definitivamente, esta pesquisa não tem por objetivo responder a todas essas perguntas, mas alguns dos problemas propostos por Vedung (2006) serão abordados aqui. Dentre eles, os problemas sobre a implementação (5), os resultados (6) e os critérios (3). Com relação a este último, o autor divide os possíveis critérios de análise em três grupos: (1) critérios substantivo, mais relacionados diretamente ao escopo da política pública; (2) critérios econômicos, vinculados a custos, eficiência e produtividade da política; (3) critérios de processo, relacionados aos valores democráticos, como legalidade, equidade, representatividade etc. (VEDUNG, 2006). Esses últimos critérios caminham em linha com uma perspectiva mais contemporânea sobre a avaliação de políticas públicas, de que uma avaliação pode e, por vezes, deve extrapolar os objetivos formais previstos para uma política pública (VEDUNG, 2006; DUNN, 2017; LIMA; D'ASCENZI, 2019). Para além de compreender os resultados alcançados por uma política, é importante compreender também o valor (DUNN, 2017) ou a mudança social (LIMA; D'ASCENZI, 2019) gerada por ela. Tanto Dunn (2017), quanto Vedung (2006) e Lima e D'Ascenzi (2019) apresentam a equidade — custos e benefícios da política divididos equitativamente entre os diferentes grupos (DUNN, 2017) — como um critério fundamental para análise de uma política, o que vai ao encontro da importância de estudar a desigualdade de acesso às políticas públicas, dentre elas o Processo Transsexualizador.

Dentre os critérios substantivos, têm-se: os objetivos formalmente estabelecidos pela política; os efeitos colaterais da política, que seria o mesmo que os efeitos não esperados ou desejados; e critérios dos clientes, que se referem às expectativas e desejos do usuário sobre a política (VEDUNG, 2006). Este trabalho investigará esses três critérios de forma combinada. Por meio da análise de redes, o critério dos clientes será incorporado, alocando os usuários no centro desta análise, conforme vem sendo apontada a importância pela literatura. O critério dos objetivos formais da política, será avaliado pelo que propõe a Portaria GM/MS nº 2/2017 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a). Por fim, a análise sobre a desigualdade de acesso à política associa-se ao critério da equidade e dos efeitos colaterais, uma vez que a produção de

desigualdade surge em contraposição aos objetivos da política e também aos valores democráticos que são esperados de qualquer política pública.

A inserção desta breve apresentação sobre a literatura de avaliação justifica-se por este trabalho compartilhar a posição de Lima e D'Ascenzi (2019), de que é possível conciliar uma perspectiva avaliativa e uma perspectiva de implementação sobre as políticas públicas. Apesar deste estudo estar focado nesta última perspectiva, os estudos sobre avaliação fornecem parâmetros ou critérios que tornam a análise sobre implementação mais robusta. As possibilidades de avaliação de uma política aqui apresentadas permitem afirmar que um estudo sobre implementação, ainda que não seja uma avaliação, também pode trazer achados importantes sobre o desempenho de uma política, visto que ele não está restrito apenas aos seus objetivos formais. Os critérios relacionados aos usuários são um importante mecanismo de análise de uma política e, neste trabalho, estão inseridos, não apenas para coletar a percepção dos usuários sobre o Processo Transexualizador no SUS, mas também com o objetivo de identificar os efeitos da produção de desigualdades no desenho e na implementação dessa política. Dentre as abordagens utilizadas para atender a este último objetivo, está a análise de redes que será melhor descrita no capítulo seguinte.

2. ANÁLISE DE REDES SOCIAIS

Os estudos sobre as políticas públicas têm demonstrado frequentemente a importância de se observá-las de forma complexa e multidimensional (JENKINS, 1997, HUPE; HILL, 2006; GOMES, 2019; LOTTA; 2019; PIRES, 2019). O processo de produção de uma política é altamente interativo, sobretudo no que se refere à sua implementação (LOTTA, 2010; LOTTA, 2018; LIPSKY, 2019; LOTTA, 2019; PIRES, 2019; LOTTA; PIRES, 2019). A compreensão da dimensão relacional de uma política permite compreendê-la em sua complexidade (LOTTA, 2018) e ampliar os conhecimentos sobre ela, de forma intermediária, sem que aprofunde excessivamente ou se amplie de modo muito genérico (MARQUES, 2006).

A análise de redes sociais é interessante para pesquisas que tenham em seu objeto de análise as relações sociais (HIGGINS; RIBEIRO, 2018). Essa abordagem tem sido utilizada em diferentes campos de pesquisa (SCOTT, 1988; BORGATTI *et al.*, 2009) e tem deixado contribuições relevantes em estudos sobre as condições de vida e os comportamentos de saúde da população (DUE, 1999). Pesquisas recentes também apontam para as diferenças das redes sociais de pessoas LGBT, em relação ao restante da população, bem como de pessoas transgênero, em relação às pessoas LGB (FREDRIKSEN-GOLDSSEN *et al.*, 2014). Assim, essa abordagem metodológica demonstrou-se útil e adequada aos objetivos desta pesquisa, sobretudo em sua dimensão mais inovadora da análise relacional.

Neste capítulo, serão introduzidos conceitos-chave sobre análise de redes e algumas referências importantes sobre o uso dessa abordagem nos estudos sobre políticas públicas. Não se pretende aqui esgotar o tema, o qual será retomado recorrentemente nos próximos capítulos, associando-se à metodologia utilizada, às hipóteses construídas, aos resultados identificados e as discussões a serem realizadas.

2.1 Análise de redes nas ciências sociais

A análise de redes sociais tem ganhado espaço nas pesquisas acadêmicas, sobretudo nas ciências sociais, chegando a quase triplicar o número de artigos publicados no *Web of Science* na década de 2000 (BORGATTI *et al.*, 2009). Essa relevância assumida pela análise de redes pode ser atribuída por sua capacidade de explicar fenômenos de diferentes naturezas e temáticas (BORGATTI *et al.*, 2009), principalmente os fenômenos sociais (WASSERMAN; FAUST, 1994; BORGATTI *et al.*, 2009; HIGGINS; RIBEIRO, 2018). Embora haja um

movimento crescente do uso dessa abordagem, seu surgimento data da década de 1930 com os estudos pioneiros de Jacob Moreno (SCOTT, 1988; BORGATTI *et al.*, 2009; HIGGINS; RIBEIRO, 2018).

Moreno começou a desenvolver o conceito de sociometria em pequenos grupos (SCOTT, 1988) para explicar uma onda de fugas de meninas em uma “escola de reforma” em Nova Iorque, de modo que o psiquiatra passou a olhar para esse fenômeno atribuindo-o mais às posições que essas meninas ocupam nas redes sociais do que aos seus atributos individuais (BORGATTI *et al.*, 2009). Assim, Moreno estruturou graficamente as redes sociais e “imaginou a sociometria como um tipo de física, completa com seus próprios ‘átomos sociais’ e suas leis de ‘gravitação social’” (BORGATTI *et al.*, 2009, p. 892, tradução nossa). A associação entre as ciências físicas e as ciências sociais, contudo, é ainda anterior a Moreno. Comte, quase um século antes, já havia proposto a construção de uma “física social” e Durkheim, cinquenta anos antes, já havia relacionado as sociedades humanas aos sistemas biológicos (BORGATTI *et al.*, 2009). O conceito de sociometria de Moreno, entretanto, representou uma evolução ao materializar discussões predecessoras (BORGATTI *et al.*, 2009), ainda que de forma rudimentar (SCOTT, 1988).

Nas décadas de 1940 e 1950, os estudos de rede avançaram principalmente no uso da álgebra matricial e da teoria de grafos para estruturar conceitos sociopsicológicos, como grupos e círculos sociais em redes. Ainda nesse período, a análise de redes foi utilizada por sociólogos para explicar a mudança dos tecidos sociais das cidades. Outra evolução importante foi o desenvolvimento de um programa de experimentação laboratorial em rede (BORGATTI *et al.*, 2009). Na década de 1960, houve uma grande expansão do uso de redes na antropologia, a partir de três linhas especialmente: (1) no nível conceitual, que passou a ver a sociedade não como uma entidade, mas como uma rede de relações entre atores, com papéis específicos entre eles; (2) na representação dos sistemas de parentesco, de pequenos grupos, a partir da álgebra relacional; (3) explicação de resultados de pesquisa baseados em redes (BORGATTI *et al.*, 2009). Na década de 1970, a análise de redes recebeu destaque na sociologia. Nesse período, buscou-se utilizar a abordagem algébrica para construir modelos reduzidos de análises de redes, a partir da equivalência estrutural entre os indivíduos, ou seja, valendo-se de conceitos desenvolvidos pela sociologia sobre o papel ocupado pelos atores nas suas redes (BORGATTI *et al.*, 2009).

Scott (1988) defende que as diferentes áreas das ciências sociais (psicologia, antropologia e sociologia) possuíam interesses diferentes sobre os conceitos relativos à análise de redes, mas que a enxergavam como uma forma de complementar as técnicas e os métodos

já existentes no campo da sociologia, por exemplo. Ainda para o autor, a análise de redes forneceu uma nova maneira para olhar para os antigos problemas e foi o interesse pela matemática dessa metodologia que promoveu sua grande expansão entre as décadas de 1960 e 1970 (SCOTT, 1988). Na década de 1980, a análise de redes se concretizou como um campo de conhecimento e, na década de 1990, se espalhou para diversas áreas, inclusive para campos aplicados, como a saúde pública (BORGATTI *et al.*, 2009).

Para além do percurso histórico é importante introduzir conceitos-chave sobre análise de redes. “A rede social consiste em um conjunto finito ou conjuntos de atores e a relação ou relações neles definidas. A presença de informações relacionais é uma característica essencial e definidora de uma rede social.” (WASSERMAN; FAUST, 1994, p. 20, tradução nossa). A partir dessa definição, a análise de redes sociais é apresentada como um campo de estudos focado na relação entre os atores e não em seus atributos individuais; na dimensão relacional e coletiva da vida social; e nos efeitos emergentes e substantivos da estrutura social (HIGGINS; RIBEIRO, 2018).

Existem ainda outros conceitos que precisam ser melhor explorados para que se tenha um entendimento pleno sobre o tema. Os atores são entidades sociais, que podem ser unidades sociais individuais, corporativas ou coletivas, alguns exemplos são: pessoas que compõem um grupo social; instituições; ou países, (WASSERMAN; FAUST, 1994). No caso desta pesquisa, os atores são pessoas que compõem as redes sociais de pessoas transexuais e travestis com diferentes níveis de acesso ao Processo Transexualizador no SUS. Gráficamente, os atores são representados por pontos ou nós (HIGGINS; RIBEIRO, 2018) e, como esses atores fazem parte de um mesmo tipo (pessoas de um determinado ciclo social), a análise de redes deste trabalho configura-se como uma análise *one mode* (WASSERMAN; FAUST, 1994; HIGGINS; RIBEIRO, 2018). Caso se optasse por investigar a relação entre pessoas transexuais e travestis e os equipamentos de saúde por elas acessados, por exemplo, trataria-se de uma análise *two mode*, na qual teríamos a presença de dois tipos distintos de atores na rede a ser investigada (WASSERMAN; FAUST, 1994; HIGGINS; RIBEIRO, 2018). Há ainda as redes multiplexas, nas quais pode ser incluída uma diversidade de atores e de relações presentes no contexto social que se está observando (HIGGINS; RIBEIRO, 2018).

Outro conceito importante é o de laços, que são representados por linhas ou arcos. Os laços relacionais são as relações sociais estabelecidas entre atores. Existem diversos tipos de laços, mas uma de suas características definidoras é que eles estabelecem a relação entre um par de atores. Alguns exemplos de laços são: vínculos de emprego, transferência de recursos, relações hierárquicas etc. (WASSERMAN; FAUST, 1994). Neste trabalho, os laços entre os

atores representam uma conexão mínima entre eles, ou seja, se eles se conhecem. Ainda sobre laços que serão investigadas nesta pesquisa, se tratam de relações dicotômicas (acontecem ou não acontecem), não orientadas (ou seja, não será investigado um direcionamento na relação entre os atores, pois, basicamente, basta que eles se conheçam), não valoradas (não serão definidos laços fracos ou fortes, visto que a resposta será objetiva com relação ao conhecimento mútuo entre os atores, independente do nível de conhecimento ou proximidade entre eles) e com características egocentradas (focadas apenas nos contatos primários dos indivíduos investigados), embora o ego propriamente não seja graficamente inserido nas rede aqui investigadas (HIGGINS; RIBEIRO, 2018). Essas redes não abordarão todos os contatos pessoais ou mesmo os primários dos indivíduos investigados, mas apenas aquelas inseridas no contexto do Processo Transexualizador no SUS, por isso optou-se por caracterizá-las como de redes de comunidades (MARQUES, 2007).

A díada e a tríada também são conceitos relevantes quando se trata de análise de redes. De forma bastante simples, díada é a relação entre um par de atores e tríada é a relação entre um conjunto de três atores (WASSERMAN; FAUST, 1994; HIGGINS; RIBEIRO, 2018). A tríada apresentou uma importante evolução nos estudos de análise de redes, pois acrescenta maior complexidade e se assemelha mais às relações sociais. Em uma tríada, pode haver relacionamentos diretos e indiretos e também um controle daquela relação por parte de uma maioria (HIGGINS; RIBEIRO, 2018).

O conceito de grupo pode ser definido da seguinte forma:

“consiste em um conjunto finito de atores que, por razões conceituais, teóricas ou empíricas, são tratados como um conjunto finito de indivíduos sobre os quais são feitas medições de rede. A restrição a um conjunto finito ou conjuntos de atores é um requisito analítico” (WASSERMAN; FAUST, 1994, p. 20, tradução nossa).

Essa definição de grupo é de suma importância para delimitação do escopo analítico de uma pesquisa. Essa necessidade de limitação justifica, portanto, a restrição imposta pelo questionário sociométrico deste estudo, que será melhor apresentado no capítulo seguinte (capítulo 3). Por fim, a relação é definida como o conjunto de laços de um tipo específico (exemplo: amizade, subordinação etc.) entre os membros de um grupo.

Para além dos conceitos básicos, serão descritos brevemente medidas ou indicadores analíticos de rede que serão importantes para o desenvolvimento desta pesquisa. O primeiro deles é o tamanho, que pode ser definido como o número de atores ou nós presentes em uma rede. A geodésia consiste na distância mais curta entre dois pontos, considerando a quantidade de laços presentes na rede. O diâmetro é a maior distância geodésica do grafo, ou seja, é a distância mais longa entre as distâncias mais curtas (HIGGINS; RIBEIRO, 2018). A

densidade consiste na proporção entre o número de arcos observados em relação ao total de arcos possíveis (SCOTT, 1988; HIGGINS; RIBEIRO, 2018), portanto é um número sempre entre 0 e 1. A centralidade de grau é uma medida relativa à importância de um nó em uma rede, que basicamente pode ser representada pelo número de nós que incidem sobre um ator (HIGGINS; RIBEIRO, 2018). A equivalência estrutural é tida como a capacidade de um ator de ocupar a mesma posição relacional de outro (SCOTT, 1988; HIGGINS; RIBEIRO, 2018). A homogeneidade refere-se à semelhança entre os atores de uma rede ou sua estrutura interna (BORGATTI *et al.*, 2009). Homofilia é a propriedade das redes que dá formato conceitual à evidência empírica de que, por mecanismos diversos, pessoas com atributos comuns têm maior probabilidade de criar e manter vínculos entre si (MARQUES, 2007).

Os conceitos aqui apresentados terão seu uso melhor descrito nos capítulos 3 e 6, quando, respectivamente, forem apresentadas parte da estratégia metodológica e analisados os resultados obtidos a partir da análise de rede. Não se pretende utilizá-los apenas de forma matemática ou fria, mas associá-los a achados e evidências importantes da literatura para se chegar aos resultados deste trabalho. Uma das críticas principais do uso análise de rede nas ciências sociais é que ela promoveria uma simplificação excessiva das relações sociais, reduzindo-as a pontos e linhas (SCOTT, 1988). A fim de evitar tal limitação, esta pesquisa fez uso de outras abordagens e técnicas metodológicas, sobretudo por meio das dimensões analíticas operativa e institucional.

2.2 Análise de redes em políticas públicas

Dentre os campos onde a análise de redes foi se desenvolvendo, está o das políticas públicas, contudo de forma ainda muito incipiente e pouco disseminada, sobretudo na literatura nacional (MARQUES, 2006; LOTTA, 2010; MARQUES, 2012; LOTTA, 2018). De modo geral, boa parte dos estudos que incorporaram o conceito de redes, o trataram de forma metafórica para as relações sociais, sendo poucos aqueles que o utilizaram como um modelo analítico estruturado (MARQUES, 2006). Existem três formas que foram consideradas a vanguarda do uso analítico de redes nas pesquisas sobre políticas públicas: (1) os institucionalistas, que estavam interessados nos resultados do sistema político, sob uma lógica menos rígida e estática de Estado, observando-o a partir dos diversos atores que estão presentes nos seus processos; (2) a governança, que representou um avanço na perspectiva institucionalista, conceituando várias partes do sistema político e possibilitando a melhor compreensão sobre como ocorrem os processos da política em rede; (3) os deliberacionistas,

que se mantiveram focados na deliberação e da formação do discurso nos processos políticos (BOGASON, 2006). O uso da análise de redes nas pesquisas sobre políticas públicas pode ser associado às gerações mais recentes dos estudos de implementação, que passaram a observar esse processo para além da dicotomia *top down* x *bottom up*, considerando a importância de se compreender não apenas a atuação dos burocratas, mas o processo complexo de interação que existe entre eles e outros inúmeros atores envolvidos na política (BOGASON, 2006; LOTTA, 2018). De modo geral, a literatura sobre redes demonstrou-se promissora para o contexto das políticas públicas, por permitir investigar a interação entre as estruturas presentes em uma política pública (indivíduos, instituições, vínculos, trocas etc.) e suas estratégias, ações, constrangimento e valores (SOUZA, 2006).

Para Marques (2006), o desenvolvimento dos estudos sobre o Estado e as políticas públicas no Brasil surgiu em uma perspectiva muito macrossociológica e, posteriormente, direcionou-se para estudos altamente detalhados e fragmentados sobre políticas muito específicas. A análise de redes apresentou-se como uma alternativa analítica aos estudos tradicionais sobre políticas públicas, uma vez que possibilita o estabelecimento de pontes entre os modelos analíticos do Estado e as pesquisas sobre políticas específicas (MARQUES, 2006). As políticas públicas foram um dos campos da ciência política que incorporaram a análise de redes e no qual essa abordagem teve contribuições relevantes. A primeira delas foi a possibilidade de se explorar, não apenas a ligação entre os atores envolvidos na produção de uma política, mas a estrutura dessa relação e os padrões identificados nela, para os quais se torna possível investigar os seus efeitos sobre a ação social. Outra contribuição foi a incorporação das relações informais nos objetos de estudo, que configuram-se como um elemento importante de coesão e permeabilidade estatal. Ademais, a análise de redes ampliou as possibilidades de estudos sobre o poder do Estado, ao indicar a existência de constrangimentos no entorno dos atores que estão presentes nas dinâmicas internas de poder o Estado (MARQUES, 2006).

Apesar de haver ainda um amplo espaço na literatura para o uso da análise de redes nos estudos sobre política públicas, sua disseminação para os diferentes campos de estudo, viabilizou seu uso de formas distintas e interessantes, com aplicações, por exemplo, no bem-estar dos indivíduos (WASSERMAN; FAUST, 1994) e na saúde pública (BORGATTI *et al.*, 2009), que compõe o objeto de estudo deste trabalho. Serão apresentadas brevemente, a seguir, algumas diferentes experiências exitosas da abordagem da análise de redes nas pesquisas científicas sobre políticas públicas. Elas serão retomadas, ao longo deste trabalho,

para explicar sua construção metodológica e a elaboração de suas hipóteses, além de apoiar nas discussões dos resultados aqui identificados.

No caso brasileiro, os estudos de Marques são considerados pioneiros no uso da análise de redes. Os estudos sobre políticas urbanas realizados pelo autor lhe permitiram comparar duas políticas públicas que se desenvolveram de formas diferentes nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo (MARQUES, 2006). No Rio de Janeiro, analisou-se a política de saneamento básico na região metropolitana desta cidade, entre 1975 e 1996, desenvolvida pela Cedae (empresa pública, fundada a partir de outras três empresas que existiam anteriormente). Em São Paulo, o foco foi na política de infraestrutura urbana desenvolvida pela Secretaria de Vias Públicas (órgão da administração direta do município) entre os anos 1975 e 2000, com abrangência municipal. O amplo levantamento primário realizado durante uma sequência temporal considerável permitiu aos estudos explorar analiticamente três dimensões: os atores, as instituições e as redes. Dentre os achados dos estudos, destacam-se: as redes que estruturam internamente o Estado possuem dependência de trajetória atrelada ao contexto no qual estão inseridas; ainda que haja uma tendência de estabilidade, dada essa dependência de trajetória, essas redes são influenciadas pelos atores nela presentes e, portanto, podem sofrer reconstruções; a forma como as relações são estabelecidas depende da estrutura de poder e dos formatos institucionais, de forma que uma rede com uma mesma estrutura pode apresentar resultados distintos, a partir da presença de diferentes atores e desenhos institucionais; as redes do Estado estruturam as relações entre público e privado, o que influencia a permeabilidade estatal (MARQUES, 2006).

É importante citar ainda outro estudo de Marques (2012) — que tem como ponto de partida a tese de doutorado do mesmo autor (MARQUES, 2007) — o qual representou uma referência proeminente para este trabalho e se apresentou como um dos estudos de análise de rede com maior abrangência para população brasileira. O autor explorou a associação entre segregação, rede e acesso a bens e serviços ofertados no mercado. O estudo realizou a coleta primária das redes de 209 pessoas em situação de pobreza, que residiam em sete localidades diferentes da região metropolitana de São Paulo, além da coleta dos dados de 30 pessoas de classe média, para fins de controle. A partir dos dados coletados e analisados, identificou-se que a segregação possui impacto sobre a pobreza, cujos efeitos podem ser mediados pela rede dos indivíduos, com capacidade de potencializar ou reduzir os efeitos gerados pela segregação urbana (MARQUES, 2012). Pode-se dizer que existe uma causalidade biunívoca entre as redes e os processos relacionados à segregação e à pobreza, uma vez que eles se influenciam mutuamente. Em síntese, as redes de pessoas pobres são menores, com maior homofilia e com

menos variedade de sociabilidade (presença de atores de diferentes grupos sociais), quando comparada à das pessoas de classe média. Há que se ressaltar, contudo, que as redes das pessoas pobres distinguem bastante entre si, o que permite construir inferências importantes sobre as diferentes redes encontradas. Após analisar as redes a partir de diferentes atributos dos indivíduos (renda, religião, escolaridade, local onde reside etc.) e das características de suas redes (tamanho, homofilia, densidade, localidade etc.), alguns dos principais achados do estudo foram: “o caso de São Paulo indica que as melhores situações sociais estão associadas ao baixo localismo, à sociabilidade diversificada e às redes construídas em ambientes organizacionais” (MARQUES, 2012, p. 19, tradução nossa); a segregação possui impactos sobre a pobreza, mas estes podem ser “contornados” dependendo da rede dos indivíduos; analisando-se os mais pobres entre os pobres, identificou-se que as redes, a pobreza e a segregação, associadas entre si, podem promover relações circulares que reforçam pobreza e desigualdade (MARQUES, 2012). As variáveis utilizadas por Marques (2012) e Marques (2007) e os resultados identificados serão fundamentais para a construção de hipóteses deste trabalho, além do percurso metodológico construído pelo autor.

Canato e Bichir (2021) também realizaram a comparação entre duas políticas públicas, voltadas para população em situação de rua em São Paulo. O foco das autoras residiu na intersectorialidade das políticas estudadas (Oficina Boracea e De Braços Abertos). Ao comparar as redes dos atores envolvidos no processo decisório de implementação, categorizados pelo seu vínculo institucional e posição hierárquica, percebeu-se, por exemplo, que as secretarias municipais tinham diferentes capacidades de negociação, o que influenciava na interação entre outros setores que interagem ou deveriam interagir com a política (CANATO; BICHIR, 2021).

A análise de redes também pode ser utilizada para se construir inferências, a partir das comparações em uma mesma política pública. Carrol e Gomide (2019) utilizaram a abordagem para investigar o deslocamento para tratamento de pessoas com tumores de trato digestivo no estado do Rio de Janeiro, antes e após as atividades da Central de Regulação, que organizou o referenciamento do serviço ambulatorial de média complexidade a partir de 2015. As autoras construíram os sociogramas que incluíam a relação entre local de residência e local de internação dos pacientes, a partir de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) nos anos de 2013 e 2015, antes e após a implantação da Central de Regulação. A disponibilidade de tratamento próximo ao domicílio possui impactos positivos sobre os resultados da política, pois facilita o acesso dos pacientes e contribui para a adesão ao tratamento (CARROL; GOMIDE, 2019). O estudo identificou uma mudança no

fluxo de pacientes no período estudado, o que representou um melhor aproveitamento da rede de atenção à saúde do estado para este tratamento, sendo um avanço para descentralização e regionalização da assistência oncológica. Outro achado importante é que, mesmo após a implantação da Central de Regulação, identificou-se um número grande de pacientes que não seguem o fluxo preconizado para o tratamento (CARROL; GOMIDE, 2019).

Ainda sobre o uso da análise de redes para os estudos brasileiros sobre as políticas de saúde, é imprescindível citar o estudo de Lotta (2018) — também apoiado na tese de doutorado da autora Lotta (2010) — sobre os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A autora realizou estudo etnográfico com vinte e quatro ACS de três diferentes cidades brasileiras, que possuíam contextos diferentes de implementação da Estratégia de Saúde da Família: Sobral (CE), Taboão da Serra (SP) e São Paulo (SP). Investigou-se como os fatores relacionais e institucionais, o perfil e a afiliação dos ACS influenciaram a implementação da política pelos burocratas do nível de rua por meio das práticas e dos estilos de interação adotados por eles. O estudo identificou que os Agentes possuem contextos relacionais muito específicos e distintos, que levam a diferentes efeitos no processo de implementação da política de saúde. Na média, os ACS possuem redes maiores, com menor conexão fora da comunidade e maior participação de vínculos com atores do trabalho, com relação a outros trabalhos. Os resultados do estudo indicam que existe uma certa similaridade entre as práticas exercidas pelos agentes de uma mesma Unidade Básica de Saúde (UBS), o que permite inferir que as práticas estão mais ligadas ao contexto gerencial e institucional, do que à decisão individual desses burocratas (LOTTA, 2018). Já os estilos de interação, por sua vez, dependem mais de fatores individuais e da discricionariedade atribuída ao ACS do que aos fatores institucionais. Um exemplo de evidência interessante sobre a dimensão relacional é que redes mais diversas ampliam as possibilidades de uso de referências pelos ACS (LOTTA, 2010; LOTTA, 2018). A aplicação da análise de redes em um estudo de implementação, ainda que o foco da dimensão relacional seja nos burocratas do nível de rua, é uma base fundamental para o desenvolvimento desta pesquisa.

Por fim, o estudo de Felsher *et al.* (2021) traz referências importantes sobre a análise de redes direcionada aos usuários das políticas. Os autores investigaram a adesão ao tratamento de Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao HIV por mulheres que usam drogas injetáveis nos Estados Unidos, de acordo com as características de suas redes sociais. Um pressuposto da pesquisa é que o compartilhamento com pessoas da rede social sobre o uso do PrEP aumenta a adesão ao tratamento, considerando-se as evidências da literatura relacionadas ao uso de antirretrovirais e os estigmas associados ao HIV/Aids (Síndrome da

Imunodeficiência Humana). Os resultados da pesquisa apontaram que a função do apoio exercida pelos atores da rede foi fundamental para se divulgar o uso do PrEP, entretanto o papel que os atores possuem na rede foi pouco relevante (FELSHER *et al.*, 2021). Dessa forma, os autores recomendam que estratégias relacionadas à rede das usuárias podem aumentar sua adesão e divulgação sobre o tratamento. É interessante salientar que público-alvo da pesquisa de Felsher *et al.* (2021) e desta possuem similaridades no que se refere à exclusão e estigmatização no acesso às políticas de saúde. Os achados dessa pesquisa, somam-se, portanto, aos demais citados anteriormente e a inúmeros outros, possibilitando a realização recorte sobre suas metodologias, bases teóricas e resultados para construção deste trabalho.

Cumprir destacar que, observando-se os trabalhos citados e outras referências da literatura, há uma importante lacuna acadêmica sobre a relação entre redes e acesso às políticas de saúde, na qual este trabalho se insere e pretende contribuir. Nele pretende-se investigar os fatores que explicam a desigualdade de acesso ao Processo Transexualizador no SUS. Porém parte-se do pressuposto de que, embora sejam dimensões explicativas importantes — a institucional e a operativa — são insuficientes para dar conta das desigualdades no acesso aos serviços. Para investigar o peso destas dimensões e de uma terceira dimensão, a relacional, no próximo capítulo será apresentada a estratégia metodológica que foi empreendida.

3. METODOLOGIA

Por se tratar de um estudo descritivo que combina métodos de pesquisa, de natureza quantitativa e qualitativa, este capítulo tem por objetivo explicar o percurso metodológico adotado pelo pesquisador. Uma das etapas fundamentais deste trabalho foi sua submissão e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG pelo Parecer nº 5.723.490. Os instrumentos de coleta e análise de dados utilizados, portanto, seguiram os preceitos da ética em pesquisa e foram previamente validados por essa instância colegiada, assegurando-se sempre a participação consentida, livre e informada de todos que se dispuseram a contribuir com este trabalho. A metodologia não se encontra exaustivamente descrita neste capítulo, pois está presente em todo o trabalho, todavia está aqui sistematizada de modo que seus resultados possam ser futuramente replicados e testados por outros pesquisadores.

3.1 Hipóteses

Nesta seção serão apresentadas as hipóteses deste trabalho e como elas foram construídas a partir do referencial teórico apresentado nos dois primeiros capítulos. Elas estão relacionadas às dimensões analíticas propostas: institucional, operativa e relacional. Como já alertado, essas dimensões não são excludentes, pois possuem sobreposições e interdependências entre si. Portanto, a associação das hipóteses a cada dimensão tem por objetivo simplificar a operacionalização da investigação proposta.

A primeira hipótese construída está relacionada à dimensão institucional do Processo Transexualizador. A partir dos os estudos desenvolvidos sobre essa política no Sistema Único de Saúde (LIONÇO, 2009; SENA; SOUTO; PASSOS, 2015; ROCON; SODRÉ; RODRIGUES, 2016; POPADIUK; OLIVEIRA; SIGNORELLI, 2017; PEREIRA; CHAZAN, 2019; ROCON *et al.*, 2019), seria insensato desconsiderar o seu desenho enquanto um dos produtores das barreiras que dificultam ou impedem o acesso dos usuários a ela durante o processo de implementação. Isso não se confunde com a afirmação de que todas as barreiras derivam do desenho, visto que as fases de uma política não são estanques e se retroalimentam (HUPE; HILL, 2006).

No caso do Processo Transexualizador, sua formulação — materializada sobretudo pelas Portarias do Ministério da Saúde — e implementação ocorreram de forma simultânea, logo não há o que se falar em cronologia ou ordem hierárquica entre as dimensões analíticas, contudo pode-se interpretar a dimensão institucional como um ponto de partida. Ao se utilizar

o termo “ponto de partida”, o que se pretende dizer é que, enquanto padrão normativo e definidor dos instrumentos institucionais (SPÍNOLA; OLLAIK, 2019), o desenho do Processo Transexualizador é uma base importante para a produção de desigualdade de acesso.

Hipótese 1: O desenho institucional produz desigualdade de acesso ao Processo Transexualizador no SUS.

A segunda hipótese deste trabalho está relacionada à implementação da política. Grande parte das desigualdades produzidas ou reproduzidas em uma política pública estão relacionadas ao seu processo de implementação (LOTTA; PIRES, 2019). Isso se dá, pois esta é a etapa mais dinâmica, interativa e imprevisível de uma política pública (LOTTA, 2019). A implementação é carregada de incertezas e de múltiplos atores dotados de autonomia e discricionariedade (LIPSKY, 2019; LOTTA, 2019). Normalmente, o desenho de uma política estará formalmente direcionado à superação de vulnerabilidades e comprometido em assegurar o direito dos cidadãos (PIRES, 2019), logo os mecanismos de reprodução de desigualdade se valerão das brechas ou lacunas desse desenho para, de forma corriqueira, serem introduzidos na sua implementação a partir de uma relação desigual entre os atores envolvidos (LOTTA; PIRES, 2019). É possível separar as desigualdades presentes na implementação em dois agrupamentos. O primeiro agrupamento é o dos *gaps* de implementação e o segundo é o dos efeitos não esperados (PIRES, 2019).

No Processo Transexualizador no SUS, espera-se que algumas das desigualdades presentes nessa fase surjam enquanto um reforço às barreiras oriundas do desenho da política — relacionadas principalmente aos *gaps* de implementação — enquanto outras sejam criadas durante a implementação, ligadas sobretudo aos efeitos não esperados e à atuação dos burocratas do nível de rua.

Hipótese 2: A implementação reproduz desigualdades criadas pelo desenho da política e produz novas barreiras de acesso ao Processo Transexualizador no SUS, sobretudo por meio da atuação dos profissionais de saúde.

A última hipótese muda um pouco a perspectiva de análise, pois não se concentra na produção de desigualdades, mas em seus potenciais efeitos. Uma vez que este trabalho optou em analisar as redes sociais dos usuários da política pública, não seria muito coerente inserir este fator enquanto uma das barreiras de acesso, visto que significaria atribuir ao usuário a responsabilidade por não conseguir acessar um serviço que ele deseja. A hipótese que se constrói na dimensão relacional é que, a partir das barreiras analisadas nas outras duas dimensões, determinadas formações de rede podem ser mais ou menos bem sucedidas no acesso ao Processo Transexualizador no SUS. Essa hipótese é construída a partir de diversos

estudos sobre políticas públicas que se valeram da análise de redes e antecederam esta pesquisa (BOGASON, 2006; MARQUES, 2006; MARQUES, 2007; BORGATTI *et al.*, 2009; LOTTA, 2010; MARQUES, 2012; LOTTA, 2018; CARROL; GOMIDE, 2019; CANATO; BICHIR, 2021; FELSHER *et al.*, 2021). Nenhum deles se assemelha de forma inequívoca ao que este trabalho se propõe a fazer, desse modo foram extraídos achados e referências importantes de cada um, que permitiram construir essa hipótese e o percurso metodológico para investigá-la.

Dada a importância dos fatores de vulnerabilidade e condições de desigualdade sociais inerentes ao contexto de implementação (LOTTA; PIRES, 2019), espera-se que esse também seja um dos fatores de influência para o acesso à política pública. Essa hipótese não se constitui sob uma perspectiva de causalidade, visto que a formação das redes pode estar relacionada ao acesso dos usuários à política e oposto também é verdade. Por conseguinte, a comprovação ou refutação dessa hipótese não significa necessariamente que as barreiras adotadas criam incentivos ou constrangimentos objetivos de acesso aos usuários, mas sim que determinadas características dos usuários podem ser mais ou menos permeáveis a esses obstáculos.

Hipótese 3: As desigualdades produzidas pelo desenho e pela implementação da política beneficiam o acesso de usuários com determinadas características socioeconômicas e de redes sociais.

Considerando o caráter quantitativo dessa última hipótese, foram desdobradas algumas sub-hipóteses:

1. Usuários que não acessam o Processo Transexualizador no SUS estão, proporcionalmente, em maior situação de vulnerabilidade, de acordo com os indicadores socioeconômicos analisados;
2. A redes sociais dos usuários que acessam o Processo Transexualizador no SUS são, em média, maiores e mais densas;
3. Entre os usuários que acessam o Processo Transexualizado no SUS, há maior homofilia de identidade de gênero nas suas redes sociais;
4. Algumas esferas sociais (família, profissionais de saúde, movimentos sociais e instituições de justiça) são proporcionalmente mais frequentes nas redes sociais de pessoas que acessam o Processo Transexualizador no SUS.

Essas sub-hipóteses foram construídas principalmente a partir dos estudos de Marques (2007) e Marques (2012), bem como outros estudos sobre a população transexual e travesti no Brasil (SIMPSON, 2015; BENEVIDES; NOGUEIRA, 2020; BENEVIDES, 2022; CEDEC,

2021; BENEVIDES, 2023) e nos Estados Unidos da América (JAMES *et al.*, 2016), além daquelas que abordam especificamente as vivências desse grupo no acesso ao Processo Transexualizador no SUS (LIONÇO, 2009; ROCON *et al.*, 2019).

3.1.1 Variável dependente

Não se encontrou na literatura um conceito unificado que defina “acesso a uma política pública”, de modo que, em linhas gerais, considerou-se como acesso a materialização da prestação do serviço para aqueles que são beneficiários, usuários ou estão inscritos em uma política pública. A desigualdade de acesso, por sua vez, poderia se dar de diversas formas. O número de procedimentos acessados ou a frequência com que se acessa os serviços podem representar desigualdades de acesso a uma política pública, por exemplo. Nesta pesquisa, o acesso continuado à política pública foi escolhido como variável dependente, visto que essa se apresentou como a melhor forma de mensurar a desigualdade de acesso, frente aos dados disponíveis. Importante esclarecer que o acesso continuado é diferente de um primeiro acesso, pois há aquelas pessoas que chegam até o serviço e até passam por um acolhimento, mas não conseguem dar sequência no acesso aos procedimentos ofertados por motivos diversos (desinteresse de retorno para atendimentos futuros; falta de encaminhamento regulado; indisponibilidade de se deslocar futuramente; inexistência de pactuação entre municípios etc.). Em síntese essa variável estará representada por aqueles que acessam (usuários) ou não acessam (não usuários, mas que compõem o público-alvo) o Processo Transexualizador no SUS.

Embora pareça uma variável bastante objetiva com duas possibilidades “acesso” ou “não acesso”, na prática a compreensão dos participantes acerca do acesso foi bastante distinta e as experiências vivenciadas não foram facilmente categorizadas. No formulário online, era obrigatório responder à seguinte pergunta: “Você já acessou algum procedimento, serviço, tratamento ou atendimento do PROCESSO TRANSEXUALIZADOR?”. As opções disponíveis eram: *Sim, apenas procedimentos não cirúrgicos; Sim, incluindo procedimentos cirúrgicos; Não. Nunca acessei nenhum procedimento; Prefiro não responder.*

O que se observou, contudo, é que os participantes tinham dificuldade de compreender o que estava envolvido no Processo Transexualizador, apesar de haver uma descrição inicial sobre a política e os principais procedimentos nela previstos, e, por vezes, seu acesso não tinha se dado de forma tão objetiva. Como exemplo, houve respondentes que haviam acessado temporariamente o serviço, mas durante a pesquisa não acessavam mais e que poderiam ser

enquadrados tanto entre aqueles que acessam quanto os que não acessam a política. Dessa forma, durante a aplicação do questionário sociométrico, todos os respondentes foram novamente questionados sobre como se deu o seu acesso ao Processo Transexualizador e quais os procedimentos ele havia acessado pelo SUS. Após a coleta desses dados, percebeu-se que havia três classificações:

- (1) Respondentes que não acessavam o Processo Transexualizador pelo SUS, pois não tinham interesse nos procedimentos (exemplo: transexuais e travestis mais velhas que já haviam feito modificações corporais e não desejavam fazer tratamento hormonal ou acompanhamento clínico, pois estavam satisfeitas com sua atual expressão de gênero) ou não tinham interesse de acessá-los pelo SUS (exemplo: pessoa que conhecia o serviço do SUS, mas preferia acessar procedimentos pelo plano de saúde);
- (2) Respondentes que tinham interesse mas não acessavam o Processo Transexualizador pelo SUS, pois não conseguiam (exemplo: pessoa que não conseguiu ser encaminhada aos estabelecimentos especializados) ou não tinham conhecimento do serviço (exemplo: pessoas que não sabiam quais procedimentos eram ofertados no SUS) e aquelas com acesso interrompido (exemplo: pessoa que procurou o serviço espontaneamente e foi acolhida, mas não conseguiu dar continuidade no acesso aos procedimentos);
- (3) Respondentes que acessavam o Processo Transexualizador no SUS durante a aplicação do questionário ou não acessavam no momento da aplicação, mas haviam acessado os procedimentos de forma continuada (exemplo: pessoa que havia acessado o serviço no SUS por alguns anos, mas mudou de cidade de residência e deu continuidade ao acompanhamento por telemedicina com uma médica conhecida).

Todos os respondentes foram analisados individualmente e agrupados nas classificações descritas. Os respondentes da primeira classificação foram excluídos, porque entende-se que o não acesso à política não se dá principalmente por alguma barreira de acesso, mas pelo não desejo do usuário. Os demais respondentes foram divididos em duas categorias: os respondentes da segunda classificação foram inseridos na categoria “**Não acessa ou teve o acesso interrompido**”; já os respondentes da terceira classificação foram inseridos na categoria “**Acessa ou acessou de forma continuada**”, a qual pode ser

segmentada no acesso que inclua ou não procedimentos cirúrgicos, embora na maior parte da pesquisa eles sejam agregados como uma única categoria.⁴

3.1.2 Variáveis independentes

As variáveis independentes foram constituídas a partir das hipóteses deste trabalho e das referências que as subsidiaram, conforme previamente descrito. O Quadro 1 apresenta uma breve síntese dessas variáveis e como elas foram operacionalizadas. As variáveis independentes e dependentes foram cruzadas, buscando-se, sempre que possível, identificar a relação entre elas. Esse cruzamento de informações e as análises realizadas estão disponíveis nos capítulos subsequentes.

Quadro 1 — Variáveis independentes

Variável independente	Descrição	Operacionalização	Método de coleta de dados
Instrumentos institucionais	Barreiras de acesso relacionadas ao desenho do Processo Transexualizador no SUS.	Análise das normativas que instituem e regulamentam o Processo Transexualizador no SUS.	Levantamento bibliográfico e documental.
Gaps de implementação	Barreiras de acesso que surgem pela dificuldade de se atingir os objetivos propostos, sobretudo enquanto reforço das barreiras institucionais.	Análise da implementação nos três casos estudados, por meio de dados secundários, levantamento do histórico de implementação e coleta das percepções dos profissionais e usuários.	Levantamento documental, entrevistas e formulário online.
Práticas dos burocratas do nível de rua	Práticas adotadas pelos profissionais de saúde, baseadas em sua discricionariedade e autonomia, interpretadas sobretudo como efeitos não esperados.	Coleta e análise de relatos dos profissionais e dos usuários, bem como da percepção destes acerca de suas vivências nos serviços públicos de saúde e no Processo Transexualizado no SUS.	Entrevistas e formulário online.
Condições socioeconômicas	Indicadores que sintetizam as condições socioeconômicas das pessoas trans e travestis.	Coleta e análise dos indicadores: local de residência; faixa etária; cor/raça; identidade de gênero; escolaridade; rendimento individual; rendimento domiciliar <i>per capita</i> ; ocupação	Formulário online.

⁴Ao longo deste trabalho, quando for feita a menção a aqueles que “acessam o serviço” deve-se entender que fazem parte desta segunda categoria; já quando forem mencionados os que “não acessam”, deve-se incluí-los como parte daquela primeira categoria.

Variável independente	Descrição	Operacionalização	Método de coleta de dados
		(principal e secundária); participação em organizações sociais (participa e já participou).	
Redes sociais	Construção e análise das redes sociais das pessoas trans e travestis.	Caracterização das redes sociais, a partir do cálculo das seguintes medidas: tamanho; densidade; diâmetro; diversidade; homofilia; centralidade de grau.	Formulário online e aplicação de questionário sociométrico.

Fonte: Elaboração própria.

3.2 Métodos

Esta seção descreve os métodos de coleta, tratamento e análise de dados para as variáveis estudadas, conforme o Quadro 1. Ela se concentrará exclusivamente nos dados primários coletados, visto que o acesso aos dados secundários foi menos complexo e é tratado nos capítulos seguintes. Será feita uma breve síntese do processamento desses dados, visto que os tratamentos e análises específicos serão introduzidos oportunamente nas seções que analisam os resultados desta pesquisa.

3.2.1 Seleção dos casos

Para garantir variabilidade dos casos estudados e evitar o enviesamento das análises restritas a um único estabelecimento de saúde, sopesando-se as restrições temporais, orçamentárias e de escopo deste trabalho, foram escolhidas três unidades federativas para análise, com foco em alguns de seus estabelecimentos de saúde. Buscou-se contemplar as diferenças regionais de implementação da política a nível nacional, associando-se à facilidade ou proximidade dos pesquisadores aos estabelecimentos estudados. Foram escolhidos os estados do Amazonas, Minas Gerais e do Rio Grande do Sul para serem estudados.

Esses três estados possuem realidades bastantes distintas entre si quanto à oferta do serviço e seu histórico de implementação, melhor descritas nos capítulos 4 e 5. Em algumas dessas unidades federativas há mais de um estabelecimento que oferta o Processo Transexualizador no SUS, contudo os casos estudados concentram-se em quatro deles: Ambulatório de Diversidade Sexual e Gêneros (Manaus, AM); Ambulatório Trans Anyky Lima (Belo Horizonte, MG); Programa Transdisciplinar de Identidade de Gênero (Porto

Alegre, RS); e Centro de Saúde Santa Marta (Porto Alegre, RS). Apesar de os serviços se situarem nas capitais dos respectivos estados, os participantes são oriundos de diferentes municípios, de modo que aqueles que não acessam o serviço poderiam fazê-lo eventualmente em outros estabelecimentos de saúde que não aqueles que são foco deste trabalho.

Para seleção dos profissionais de saúde, estabeleceu-se contato inicial com os coordenadores dos estabelecimentos, que poderia ser expandido ou não a outros profissionais que atuam nos serviços. Para seleção das pessoas trans e travestis, buscou-se conversar, inicialmente, com referências dos movimentos sociais nas localidades estudadas ou pessoas relevantes no histórico dos estabelecimentos analisados. Para construção do perfil socioeconômico e das redes sociais, foram contatadas 178 pessoas por meio de buscas nas redes sociais (*Twitter, Instagram, WhatsApp*) e pelo *site* Skokka, que contém anúncio de acompanhantes e prostituição. Tais buscas foram segmentadas pelas localidades com o uso de palavras-chave (exemplo: trans, travesti, processo transexualizador, hormonioterapia etc.). No primeiro contato era feita uma breve apresentação da pesquisa, ao longo da qual a pessoa manifestava ou não seu interesse em participar. Em caso afirmativo, era enviada nova mensagem com orientações para preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), formulário online e agendamento da aplicação do questionário sociométrico.

Entre todas as pessoas contatadas, 47 responderam o TCLE, 55 responderam o formulário online e 39 preencheram os dois instrumentos e o questionário sociométrico. Os novos contatos foram encerrados após se obter mais de 30 respostas, com relativa distribuição entre os estados e níveis de acesso à política dos respondentes. Dos 39 respondentes que cumpriram o preenchimento dos três instrumentos, cinco foram excluídos conforme o primeiro critério de classificação apresentado na seção 3.3.1., totalizando, portanto, 34 casos estudados, descritos na Tabela 1.

Tabela 1 — Número de respondentes por nível de acesso ao Processo Transexualizador no SUS

Estado de residência	Acessa ou acessou de forma continuada (apenas procedimentos não cirúrgicos)	Acessa ou acessou de forma continuada (incluindo procedimentos cirúrgicos)	Não acessa ou teve o acesso interrompido	Total
Amazonas (AM)	6	0	6	12
Minas Gerais (MG)	5	0	8	13
Rio Grande do Sul (RS)	3	2	4	9
Total	14	2	18	34

Fonte: Elaborada pelo autor.

3.2.2 Coleta de dados

Foram utilizadas três técnicas diferentes de coletas de dados primários: entrevistas semi-estruturadas; formulário online; e questionário sociométrico. Em todas elas, foram aplicados os respectivos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas se configuraram como uma das etapas preliminares de coleta de informações sobre o Processo Transexualizador no SUS nas três localidades. Foram entrevistados profissionais de saúde que atuam nos serviços de referência e pessoas transexuais e travestis, conforme critérios de seleção descritos na subseção anterior. Nos Ambulatórios de Manaus e de Belo Horizonte as entrevistas foram realizadas presencialmente com os profissionais de saúde, com exceção de um dos médicos de Belo Horizonte, que foi entrevistado virtualmente. Já com a coordenadora do Protig, localizado em Porto Alegre, e com as pessoas transexuais e travestis, as entrevistas foram realizadas virtualmente pela plataforma *Microsoft Teams*. Todas as entrevistas foram gravadas e, com exceção de uma das entrevistas com os profissionais de Manaus, todas as demais foram realizadas individualmente.

Foram entrevistadas três mulheres trans, sendo cada uma de um dos estados analisados. Visto que havia outras formas de coleta de informações das pessoas transexuais e travestis, as três entrevistas iniciais foram consideradas suficientes. Entre os profissionais de saúde, foram realizadas cinco entrevistas individuais com: o coordenador e médico ginecologista do Ambulatório de Belo Horizonte; médico do Ambulatório de Belo Horizonte; a coordenadora e médica do Protig (RS); a coordenadora e médica ginecologista do Ambulatório de Manaus; a referência jurídica do Ambulatório de Manaus e professor de direito da Universidade do Estado do Amazonas (UEA). Foi realizada também uma entrevista coletiva com três profissionais de saúde do Ambulatório de Manaus, sendo uma enfermeira, uma assistente social e uma fonoaudióloga. Foram realizadas mais entrevistas em Manaus,

pois, no dia da visita, houve disponibilidade e interesse de outros profissionais em contribuir com a pesquisa. Havia dois roteiros de entrevistas, um para profissionais de saúde e outro para as pessoas transexuais e travestis. O tempo de duração aproximado foi de uma hora e todas foram realizadas no mês de novembro de 2022, com exceção do médico de Belo Horizonte, que foi entrevistado em fevereiro de 2022. Com os profissionais de saúde, o foco era compreender o funcionamento e características do serviço, fluxo de atendimento e suas vivências no estabelecimento de saúde. Com as mulheres trans, o objetivo era compreender o percurso para acessar o serviço e as principais situações vivenciadas. As informações coletadas foram utilizadas como subsídio para a construção do formulário online e do questionário sociométrico.

O formulário *online* (APÊNDICE A) tinha por objetivo coletar os dados socioeconômicos dos participantes, bem como verificar as condições de acesso aos serviços de saúde de modo geral e de acesso ao Processo Transexualizador no SUS, com foco em suas vivências e percepções acerca da política pública. O *Google Forms* foi o aplicativo utilizado para construção e aplicação do formulário online. O preenchimento foi feito diretamente pelo participante em seu celular ou computador, no momento considerado mais oportuno. O formulário estava dividido em três principais seções: 12 perguntas sobre as informações socioeconômicas dos respondentes; 12 perguntas sobre acesso geral aos serviços de saúde; 8 perguntas para os que não acessaram a política, 22 perguntas para os que acessaram apenas na modalidade ambulatorial e 25 perguntas para os que acessaram procedimentos cirúrgicos referentes ao acesso ao Processo Transexualizador no SUS.

A seção socioeconômica foi construída com base em outras pesquisas mais abrangentes realizadas com a população trans e travesti no município de São Paulo (CEDEC, 2021) e nos Estados Unidos (JAMES *et al.*, 2016). As seções sobre acesso aos serviços de saúde e ao Processo Transexualizador no SUS foram construídas a partir de outras pesquisas com objeto similar em estudos internacionais (FREDRIKSEN-GOLDSSEN *et al.*, 2014; JOHNSON, 2019; LERNER; MARTIN; GORSKY, 2021) e nacionais (LIONÇO, 2009; SENA; SOUTO; PASSOS, 2015; ROCON; SODRÉ; RODRIGUES, 2016; POPADIUK; OLIVEIRA; SIGNORELLI, 2017; PEREIRA; CHAZAN, 2019; ROCON *et al.*, 2019). Nem sempre essa segmentação do formulário, com saltos na última seção para os diferentes níveis de acesso, funcionou, pois não havia uma interpretação objetiva e única pelos respondentes do que significava o acesso ao Processo Transexualizador no SUS.

Os dados sobre as redes sociais dos participantes foram coletados por meio da aplicação de um questionário sociométrico utilizando o *software Network Canvas* —

considerado o mais intuitivo, visual e acessível frente às opções analisadas — e do qual foram utilizados dois aplicativos: o *Architect*, para construção do modelo de questionário, que foi importado para o *Interviewer*, no qual era propriamente aplicado. Após preencher o formulário online, o participante entrava em um *link* e agendava o melhor dia e horário para aplicação do questionário. A aplicação era realizada virtualmente, na plataforma *Google Meets*, e conduzida pelo pesquisador responsável, que compartilhava sua tela para que o respondente pudesse acompanhar o preenchimento. Antes do início propriamente da aplicação, eram realizadas algumas perguntas para identificar de forma clara o nível de acesso ao Processo Transexualizador no SUS e como ele tinha se dado. Ao final da aplicação, também era aberto o espaço para que o participante pudesse fazer comentários e contribuições que considerava pertinente sobre a pesquisa. A partir desses dados complementares coletados e do formulário *online*, as informações obtidas de pessoas trans e travestis foram consideradas suficientes, sem a necessidade de realização de novas entrevistas.

A aplicação dos questionários sociométricos foi feita entre os meses de novembro de 2022 e janeiro de 2023. A duração do preenchimento variou entre 10 minutos a 1h30', a depender do tamanho da rede e da interação com o respondente, de modo que a maior parte levou de 15 a 20 minutos para ser concluída. Foram realizadas cinco aplicações de pré-testes, para validação do aplicativo e do formulário, a partir das quais foram realizadas adaptações nos instrumentos de coleta.

A aplicação do questionário pode ser dividida em três principais etapas. A pergunta norteadora para os respondentes era: “Quem foram as pessoas mais importantes para que você tivesse conhecimento e/ou acessasse o Processo Transexualizador no SUS?”. A partir dessa pergunta, os participantes deveriam citar nominalmente as pessoas que consideravam mais importantes. Inicialmente, essa pesquisa pretendia seguir o formato de construção das redes adotada por Marques (2007) e Lotta (2010), contudo após a realização de testes, percebeu-se que seria inviável frente aos recursos disponíveis para sua operacionalização. Dessa forma, optou-se pela construção de redes de comunidades, que “podem ser espacial ou tematicamente constituídas, e são os ambientes relacionais que cercam os indivíduos em um dado contexto, acontecimento ou processo” (MARQUES, 2007), neste caso concentradas no Processo Transexualizador no SUS.

Foi inserida também a expressão “tivesse conhecimento” sobre a política para que fosse viável a construção das redes por aqueles que não conseguiram acessá-la. Antes de inserir os nomes, era feita uma breve apresentação ao respondente sobre o que era o Processo Transexualizador, além de uma rápida contextualização sobre o que se entendia como acesso

à política, para que ele não se restringisse apenas ao primeiro contato com a política de saúde, mas analisasse também seu acesso realizado do modo contínuo. Ao citar o nome, o respondente já informava se aquela era uma pessoa trans e travesti ou não.

Após inserir os nomes, a aplicação avançava para a segunda etapa. O seguinte texto aparecia para o respondente: “Selecione a esfera da sua vida que cada pessoa faz parte. Caso a pessoa faça parte de mais de um grupo, selecione o principal.”. Os indivíduos indicados, portanto, deveriam ser inseridos em um das dez esferas disponíveis⁵. Essas esferas sociais referem-se ao grupo no qual o indivíduo estava inserido no momento da aplicação e não ao contexto de entrada dele na rede do respondente. Após alocar os nós nas esferas, os respondentes deveriam informar a relação entre eles a partir da seguinte orientação: “Sinalize se as pessoas se conhecem mutuamente.”. Por se tratar de uma rede não direcionada o respondente deveria falar se aqueles indivíduos se conheciam entre si. Também não foi estabelecido peso para as conexões, bastava apenas que um conhecesse o outro para que a opção “Sim” fosse ser marcada. Ao final de cada etapa, o respondente era questionado se tinha se esquecido de alguém ou se era possível seguir para a próxima etapa. Frequentemente, era necessário retornar à primeira etapa, inserir um novo nome e dar sequência a partir de onde se havia parado com esta inserção. Ao final, o aplicativo gerava um gráfico com a representação da rede social e marcava, de cores similares, os nós da mesma esfera. Depois da geração do gráfico, o respondente era questionado se estava satisfeito e contemplado pela rede apresentada. Em caso afirmativo, a aplicação era finalizada e os dados eram salvos. Todas as telas contendo uma aplicação teste do questionário sociométrico no *Network Canvas* estão disponíveis no APÊNDICE B.

3.2.3 Tratamento e análise dos dados

Após a coleta dos dados, todos foram tratados e analisados, de acordo com seu respectivo tipo, instrumento de coleta e finalidade. No caso das entrevistas, todas foram gravadas e estão arquivadas na nuvem. Para cada uma delas foi redigido um fichamento com as principais informações fornecidas. Como se tratava de um número pequeno de entrevistas preliminares, todos os fichamentos foram lidos reiteradas vezes e seus achados foram agrupados, a partir das respostas que poderiam fornecer para a pergunta de pesquisa e suas hipóteses.

⁵(1) Família; (2) Amigos; (3) Relacionamento amoroso; (4) Trabalho; (5) Escola / Faculdade; (6) Movimentos sociais; (7) Profissionais de saúde; (8) Instituições de Justiça; (9) Igreja / Religião; (10) Vizinhaça.

Os dados coletados pelo formulário *online* foram automaticamente salvos em um arquivo do *Google Sheets*. Ao encerrar essa coleta de dados, o arquivo foi baixado em uma planilha *Excel* e foi tratado, sobretudo, para os campos abertos que possibilitam a inserção de informações além das alternativas disponíveis. Foram eliminados dados que não compunham os casos deste trabalho pelos motivos já mencionados previamente. O cruzamento dos dados foi realizado com recursos do próprio *Excel*, além das tabelas e gráficos que foram geradas neste *software*. As análises realizadas não partem de modelos estatísticos complexos, mas, em grande parte, foram calculados a partir do cruzamento das distribuições de frequência das respostas para diferentes perguntas.

Com relação ao questionário sociométrico, após finalizar a aplicação, os dados do respondente ficavam salvos diretamente no *software*. Para cada respondente foram exportados três arquivos em formato *csv* e um arquivo gráfico em formato *.graphml*. Os três arquivos em *csv* eram referentes a: informações do ego (respondente) e da aplicação do questionário (data e hora); dados dos atributos dos nós; e relação entre os nós elencados. Os dados referentes aos atributos e relações dos nós eram, automaticamente, transformados em variáveis categóricas, conforme o modelo de questionário construído no aplicativo *Architect* do *Network Canvas*. Esses dados foram importados para o *software RStudio*, onde eram tratados e analisados. O principal pacote utilizado para a análise dos dados foi o *igraph*. O cálculo das medidas das redes e dos nós seguiram as diretrizes dos principais manuais sobre o tema (WASSERMAN; FAUST, 1994; HIGGINS; RIBEIRO, 2018). Foram geradas, ainda, uma planilha em formato *Excel* com os resultados das medidas das redes, uma planilha com os resultados das medidas dos nós e um gráfico visual para cada uma das redes dos respondentes. Na sequência, esses dados foram agrupados em dois arquivos contendo as medidas das redes sociais e dos nós. Foram utilizadas medidas de tendência central (média e mediana), a fim de operacionalizar a análise agregada de alguns dados, a partir de características similares dos respondentes. Em alguns casos (respondentes sem nós ou sem conexão entre os nós, por exemplo), não foi possível calcular algumas medidas das redes ou de seus nós. Nessas situações, foram realizadas ressalvas ao longo do texto ou nas notas de rodapé, para que fossem consideradas nas análises dos dados.

4. DESENHO INSTITUCIONAL DO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR NO SUS

Este capítulo tem por objetivo analisar o desenho do Processo Transexualizador enquanto política pública do SUS e identificar elementos institucionais que atuam como barreiras de acesso a esta política. Sabe-se que esses elementos não atuam de forma

independente e que, por vezes, só se configuram efetivamente enquanto barreiras durante o processo de implementação, entretanto sua simples existência enquanto parte do desenho dessa política, já os tornam instrumentos capazes de afetar seus resultados (SPÍNOLA; OLLAIK, 2019). Embora este capítulo esteja dedicado ao desenho do Processo Transexualizador, a partir de uma lógica institucionalista (BOBROW, 2006), também será abordado o seu processo de formulação. Muitas características da atual normativa dessa política só ganham sentido quando interpretadas sob a perspectiva histórica na qual ela foi constituída. Ademais, para se compreender essa política sob os conceitos de objetivos e meios (HOWLETT, 2011), é necessário, sem dúvida, extrapolar as normativas do Processo Transexualizador para entender o contexto administrativo, judicial, político e social no qual ela foi constituída.

Analisando-se essa política de saúde, é perceptível que, em alguns aspectos, ela possui diretrizes administrativas concretas e, em outros, muito abstratas (HOWLETT, 2011). Não obstante, ambas as configurações geram impactos sobre os seus resultados, a partir dos incentivos e constrangimentos que são criados para sua implementação (SANDIM; ASSIS, 2019). As barreiras mapeadas estabelecem zonas de inclusão e exclusão no acesso aos serviços, por vezes reforçando privilégios historicamente adquiridos (como o local de residência dos pacientes) ou valores sociais e morais sobre os usuários da política pública (PIRES, 2019) (como as características binárias e patologizantes do diagnóstico para acesso procedimentos da política (LIONÇO, 2009; ROCON; SODRÉ; RODRIGUES, 2016)).

Este capítulo possui mais três seções subseqüentes. A primeira delas aborda o histórico do Processo Transexualizador no Brasil, com foco nas resoluções do Conselho Federal de Medicina e na judicialização dessa política pública. A segunda seção se aprofunda nas portarias do Ministério da Saúde sobre o tema e estabelece uma comparação entre elas. Por fim, a última seção descreve as principais barreiras do Processo Transexualizador sob a dimensão institucional, com base nas normativas vigentes, mas sempre à luz do contexto institucional pretérito no qual elas se inserem.

4.1 Histórico do Processo Transexualizador

O percurso normativo do Processo Transexualizador foi construído com base no levantamento documental de normas e regras, sobretudo as oriundas do Conselho Federal de Medicina (CFM) e do Ministério da Saúde (MS), bem como pesquisa bibliográfica. Esta seção abordará, com maiores detalhes, os principais instrumentos normativos que tratam sobre

o Processo Transexualizador, com exceção das portarias do MS que serão tratadas em seção específica a seguir. Antes de adentrar na perspectiva normativa é importante recuperar elementos históricos de desenvolvimento da política de saúde com foco na população transexual e travesti.

O surgimento e desenvolvimento das políticas de saúde para a população LGBTQIA+ possuem uma vinculação forte com a trajetória da atuação dos movimentos sociais deste grupo. O movimento LGBTQIA+ no Brasil inicia-se por volta da década de 60 e 70, mas foi fortemente reprimido pela ditadura militar e retornou na década de 1980, como resposta ao surgimento da epidemia de HIV/Aids que atingiu de forma expressiva este grupo (POPADIUK; OLIVEIRA; SIGNORELLI, 2017). Desde então, pode-se dizer que a pauta da saúde passou a ocupar papel central na atuação dos movimentos sociais de pessoas trans e travestis e foi uma das que apresentou um desenvolvimento institucional mais expressivo para essa população no campo das políticas sociais (SIMPSON, 2015). Parte dos instrumentos normativos que regulamentam o Processo Transexualizador deixa clara a participação de representantes dos movimentos sociais na construção da política (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a; CFM-BRASIL, 2020). Dessa forma, é importante reconhecer que a abertura das instituições à participação dos representantes das pessoas trans e travestis nesse processo de construção abriu um caminho promissor para que suas demandas fossem incorporadas aos instrumentos que regulamentaram essa política (LIONÇO, 2009; SENA; SOUTO; PASSOS, 2015).

Com relação ao histórico do Processo Transexualizador, um primeiro fato marca a introdução de procedimentos relacionados a essa política no Brasil: a primeira cirurgia de “mudança de sexo”, ocorrida no país em 1971. O médico que realizou a cirurgia foi interpelado por crime de lesão corporal. Para alegar sua inocência a defesa afirmou que o procedimento fora realizado de forma terapêutica, a partir do diagnóstico de “transexualismo” (ROCON; SODRÉ; RODRIGUES, 2016).

Esse primeiro fato revela importantes elementos que compõem a trajetória do Processo Transexualizador. Primeiro, a criminalização das vivências trans e travestis é marcante na vida dessas pessoas e no desenvolvimento dessa política de saúde, de modo que as três primeiras resoluções do Conselho Federal de Medicina sobre o tema citam em seus preâmbulos que os procedimentos ali descritos não se constituem “crime de mutilação previsto no artigo 129 do Código Penal, visto que tem o propósito terapêutico específico de adequar a genitália ao sexo psíquico” (CFM-BRASIL, 1997, p.1; CFM-BRASIL, 2002, p.1; CFM-BRASIL, 2010, p.1).

Segundo, o fato de o primeiro procedimento a ser realizado no Brasil ser uma cirurgia de “mudança de sexo” também aponta para outro fator relevante: a centralidade que o Processo Transexualizador teve nos procedimentos cirúrgicos, sobretudo os de redesignação sexual. A primeira resolução do CFM, cita em seu preâmbulo “que a transformação da genitália constitui a etapa mais importante no tratamento de transexualismo” (CFM-BRASIL, 1997, p.1), o que é igualmente mantido nas duas resoluções posteriores. As três primeiras resoluções do CFM sobre o assunto (CFM-BRASIL, 1997; CFM-BRASIL, 2002; CFM-BRASIL, 2010) tratam apenas da autorização para procedimentos cirúrgicos, sem mencionar outros procedimentos de nível ambulatorial, como hormonioterapia, que possui grande importância no processo de redesignação de gênero. A primeira Portaria do Ministério da Saúde que regulamenta o Processo Transexualizador, embora introduza esta política com um olhar mais voltado para a integralidade da atenção à saúde, atrelou todos os seus procedimentos à realização de cirurgias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008b). Tal fato, reduziu as demandas de saúde das pessoas transexuais e travestis aos procedimentos cirúrgicos e reforçou o estereótipo de que essas cirurgias sejam determinantes na construção de um “transgênero de verdade” (LIONÇO, 2009; ROCON *et al.*, 2019).

Terceiro, a argumentação utilizada pela defesa do médico que realizou a primeira cirurgia de redesignação de gênero apontou para uma característica marcante do Processo Transexualizador: a patologização das identidades trans e travestis (ROCON; SODRÉ; RODRIGUES, 2016). Durante 29 anos, vigorou a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - 10 (CID-10), que classificou a transexualidade e a travestilidade nas categorias F064 (Transexualismo), F064.1 (Travestismo Bivalente) e F065.1 (Travestismo Fetichista), prevista no rol de transtornos mentais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996). Aprovada em 2019, a nova Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - 11 (CID-11) criou um capítulo destinado à saúde sexual e alterou a classificação anterior para “incongruência de gênero”, com nova definição (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2022b). A CID-11 entrou em vigor no ano de 2022, mas apenas a Resolução CFM nº 2.265/2019 menciona a incongruência de gênero em seu texto (CFM-BRASIL, 2020). Até 2010, as Resoluções do CFM classificavam a transexualidade e a travestilidade como:

“CONSIDERANDO ser o paciente transexual portador de desvio psicológico permanente de identidade sexual, com rejeição do fenótipo e tendência à automutilação e/ou autoextermínio.

(...)

Art. 3º Que a definição de transexualismo obedecerá, no mínimo, aos critérios abaixo enumerados: 1) Desconforto com o sexo anatômico natural; 2) Desejo expresso de

eliminar os genitais, perder as características primárias e secundárias do próprio sexo e ganhar as do sexo oposto; 3) Permanência desses distúrbios de forma contínua e consistente por, no mínimo, dois anos; 4) Ausência de outros transtornos mentais.” (CFM-BRASIL, 2010, p. 1-2)

A definição adotada pelas resoluções do Conselho Federal de Medicina, embora não seja diretamente citada nas portarias do Ministério da Saúde, está subjacente à necessidade do diagnóstico para acesso ao serviço ou por meio das respectivas referências às resoluções do CFM (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008a; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008b; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013d). Cumpre destacar que esses instrumentos institucionais podem associar-se às práticas de seleção dos burocratas do nível de rua (LIPSKY, 2019).

As resoluções do Conselho Federal Medicina que tratam do assunto possuem papel fundamental para a regulamentação do Processo Transexualizador enquanto política no SUS, uma vez que antecedem as portarias do Ministério da Saúde e são utilizadas enquanto diretrizes para a elaboração destas. A Resolução CFM nº 1.482 de 1997 foi a primeira autorização para realização de “cirurgias transgenitalizadoras” no Brasil, apenas em caráter experimental (ROCON; SODRÉ; RODRIGUES, 2016). O caráter experimental é um fato relevante no histórico de construção e implementação do Processo Transexualizador e sugere uma falta de embasamento científico sobre a segurança e a eficácia de um tratamento em saúde, o que, conseqüentemente, impõe restrições para sua operacionalização. Parte dos obstáculos impostos para que o Processo Transexualizador fosse incorporado ao SUS fundamenta-se nesse argumento (LIONÇO, 2009; BRASIL, 2022).

Ademais, mesmo após ter sido instituído no SUS, as restrições impostas inicialmente à prestação do serviço podem, por conseguinte, limitar os serviços que realizam essa oferta, o que explicaria o número reduzido de unidades que ofertam esse serviço no país, principalmente aquelas habilitadas pelo Ministério da Saúde. Essas restrições foram se flexibilizando ao longo dos anos com a ampliação dos procedimentos autorizados. Porém, as pessoas que desejassem acessar procedimentos de redesignação para o gênero masculino, como homens trans, foram mais prejudicadas durante esse histórico, pois esses foram os procedimentos cirúrgicos que demoraram mais tempo para serem considerados seguros e terem seu caráter experimental retirado (LIONÇO, 2009).

Para realização da cirurgia, o paciente precisaria passar pela avaliação de uma equipe multidisciplinar, que selecionaria os pacientes que cumprissem os seguintes critérios, após dois anos de acompanhamento em conjunto: “- diagnóstico médico de transexualismo; - maior de 21 (vinte e um) anos; - ausência de características físicas inapropriadas para a cirurgia” (CFM-BRASIL, 1997, p. 1-2). Reforça-se aqui a lógica patologizante presente no histórico da

política e em sua operacionalização, principalmente, por meio dos mecanismos de seleção previstos (LIONÇO, 2009; ROCON; SODRÉ; RODRIGUES, 2016; ROCON *et al.*, 2019).

Depois de experiências exitosas nos procedimentos cirúrgicos, em 2002, o CFM publicou a Resolução nº 1.652, que revogou a anterior e retirou o caráter experimental de parte dos procedimentos cirúrgicos (ROCON; SODRÉ; RODRIGUES, 2016). A Resolução CFM nº 1.652/2002 manteve, em grande parte, a redação prevista pela resolução de 1997. Em seu preâmbulo, foram mantidos os textos que traziam os elementos que remetem à criminalização do processo, à lógica experimental e de pesquisa dos procedimentos e à patologização das identidades trans. A Resolução de 2002 manteve a mesma definição de “transexualismo” e estabeleceu os mesmos critérios de seleção dos pacientes, apenas com a inclusão de um endocrinologista na equipe multidisciplinar responsável pela avaliação (CFM-BRASIL, 2002). A cirurgia de neofaloplastia (entendida como cirurgia de redesignação do fenótipo feminino para masculino) permaneceu autorizada apenas em caráter experimental e a de neocolpovulvoplastia (entendida como cirurgia de redesignação do fenótipo masculino para feminino) foi autorizada sem tal restrição. De forma ambígua, os procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários foram mantidos nas redações de dois artigos distintos, o que aprova em caráter experimental e o que não impõe esta restrição. Essa tímida abertura da Resolução de 2002, com relação à resolução de 1997, retardou a expansão da oferta dos procedimentos de redesignação para o gênero masculino. Nela tratou-se apenas dos procedimentos cirúrgicos, sem incluir outras práticas e procedimentos importantes para atenção integral à saúde das pessoas trans e travestis.

No ano de 2010, o Conselho Federal de Medicina revogou a Resolução CFM nº 1.652/2002 e publicou a Resolução CFM nº 1.955/2010. Em linhas gerais, quanto à normatização, as duas resoluções eram muito similares (ROCON; SODRÉ; RODRIGUES, 2016). As únicas alterações foram: a autorização dos procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários, sem a restrição de serem realizadas apenas de forma experimental; e a autorização de qualquer estabelecimento de saúde que pudesse realizar todas as cirurgias, independente do caráter experimental, desde que cumpridos critérios de seleção dos pacientes por equipe multidisciplinar (CFM-BRASIL, 2010). Esta resolução manteve as características de criminalização e de patologização das identidades trans e do Processo Transexualizador, além do foco nos procedimentos cirúrgicos. Mesmo que estas alterações apareçam de forma bastante objetiva na redação, a “Exposição dos motivos da Resolução CFM nº 1.955/2010”, inserida como um anexo da resolução, introduziu um debate de suma relevância quanto à compreensão sobre a saúde de pessoas trans e travestis.

“Esta é a polêmica: se foi reconhecido que o transexual, desde que devidamente classificado e selecionado, merece ser tratado quanto à sua incompatibilidade de conviver com o fenótipo indesejável, por que procedimentos cirúrgicos reconhecidos e usuais recebem o rótulo de experimentais?

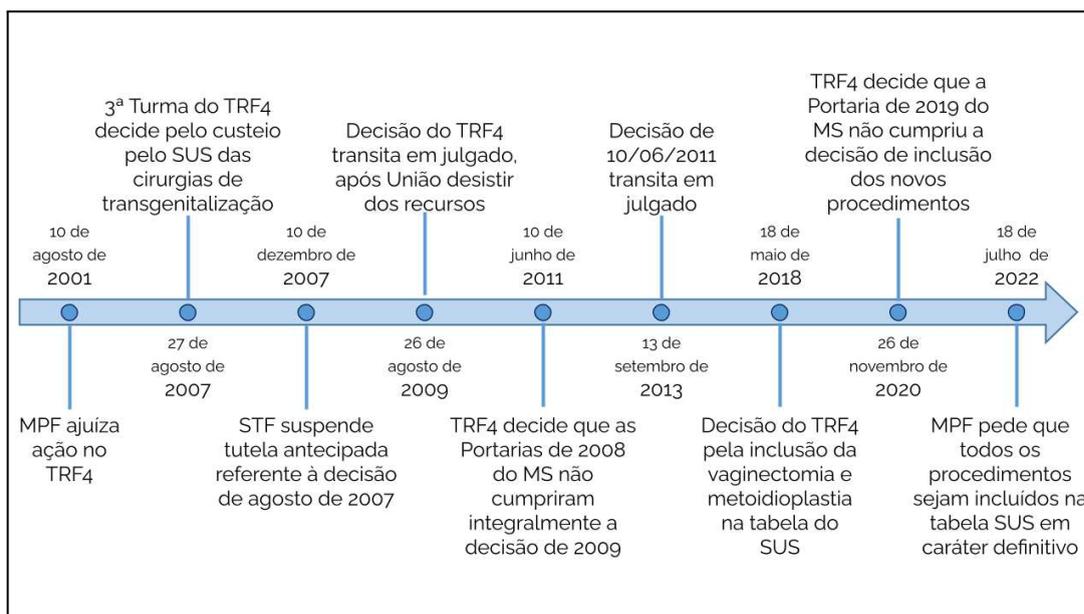
(...)

Se em respeito à autonomia e à autodeterminação reconhecemos o direito de o paciente negar-se a ser submetido a qualquer tipo de tratamento e reconhecemos também o direito de as pessoas serem submetidas a todas as formas cabíveis de mudança corporal (próteses, lipoescultura, remodelações, etc.), por que razão não se dá esse direito ao transexual? Seria porque não concordamos com a existência do transexualismo? Ou seria porque, inconscientemente, discriminamos esse tipo de atitude humana?

Da mesma forma, não há razão para, quando consideramos um procedimento válido, limitarmos o local onde será feito: se em hospital público ou privado, desde que os pré-requisitos para a sua execução sejam respeitados.” (CFM-BRASIL, 2010, p.5)

O trecho revela um olhar para os procedimentos nela previstos enquanto direito das pessoas transexuais, o que não foi observado nas duas resoluções anteriores. Assim, embora o texto do relator mantenha elementos que reforçam a lógica patologizante na seleção e classificação de pessoas trans para o acesso ao procedimento, é fundamental reconhecer que houve uma mudança institucional do Conselho Federal de Medicina quanto à abordagem do tema. Essa mudança está imersa em um contexto de transformações nas políticas de saúde direcionadas às pessoas transexuais e travestis, dentre elas o Processo Transexualizador. Dessa forma, antes de se analisar a última Resolução do CFM que trata do assunto, de 2019, serão explorados outros marcos institucionais importantes do Processo Transexualizador.

Dentre os fatores relevantes do Processo Transexualizador, a judicialização é um deles (LIONÇO, 2009; ROCON; SODRÉ; RODRIGUES, 2016). No ano de 2001, o Ministério Público Federal ajuizou a ação civil pública (ACP) nº 5081241-40.2016.4.04.7100, para que os procedimentos cirúrgicos previstos na Resolução CFM nº 1.482/1997 fossem incorporados à tabela de procedimentos do SUS, a fim de que as pessoas transexuais pudessem acessá-los pelo Sistema Único de Saúde. O processo tramita há mais de vinte anos no Tribunal Regional Federal (TRF) da 4ª Região (Rio Grande do Sul), com manifestações das partes ainda no ano de 2022, cujos principais marcos estão descritos na Figura 2. Esta ACP pode ser considerada um fator de ruptura perante a inação do Poder Executivo Federal em regulamentar o Processo Transexualizador no âmbito das políticas públicas de saúde. Há que se observar que as portarias mais importantes publicadas pelo Ministério da Saúde referentes ao tema foram sempre precedidas por decisões notáveis neste processo judicial, sendo tais decisões diretamente citadas no preâmbulo das portarias mais recentes editadas pelo Ministério (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013d; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019a).

Figura 2 — Histórico da ACP nº 5081241-40.2016.4.04.7100

Fonte: Elaborada pelo autor.

Na ação ajuizada em 2001 pelo Ministério Público Federal (MPF), este reconhece a relevância do judiciário para o acesso das pessoas transexuais à cirurgia de transgenitalização mesmo quando os procedimentos não eram reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina (BRASIL, 2022). O ato motivador para o requerimento apresentado pelo MPF foi a recusa do Ministério da Saúde em ressarcir procedimento cirúrgico realizado pelo Hospital das Clínicas de Porto Alegre. Embora represente um passo importante para a garantia dos direitos de transexuais, essa primeira petição do MPF repisa alguns estereótipos e fatos relevantes presentes na trajetória do Processo Transsexualizador, já mencionados nesta seção, tais como: (1) A patologização da transexualidade (citada em todo o documento como “transexualismo”), sobretudo pela tentativa de se argumentar que este fenômeno se caracterizaria enquanto um distúrbio, para o qual a intervenção clínica e terapêutica se fazia necessária, baseando-se em argumentos científicos; (2) A criminalização dos procedimentos cirúrgicos, visto que o Ministério da Saúde baseava-se neste argumento para justificar a não incorporação do procedimento ao SUS; (3) O caráter experimental dos procedimentos, argumento frequentemente utilizado pelo Ministério da Saúde para não incorporá-los a aqueles realizados pelo SUS, alegando-se uma insegurança técnica na realização desses procedimentos (BRASIL, 2022).

O processo tramitou por mais de seis anos até sua primeira decisão favorável pelo custeio dos procedimentos pelo SUS. Durante esse período, as partes tiveram a oportunidade de se manifestar e pode-se dizer que a Justiça atuou de forma bastante colaborativa,

respeitando prazos solicitados pela União para regulamentação sobre o assunto. Mas até que a decisão fosse tomada pela 4ª Região do TRF, alguns fatos merecem destaque. A publicação, em 2004, da Portaria GM/MS nº 1.397 que instituiu “Grupo de Trabalho para discutir a inclusão da cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia e, ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres secundários na Tabela do Sistema Único de Saúde.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 1). O grupo de trabalho tinha em sua composição a representação de diversos setores do Ministério da Saúde, das instituições de justiça, dos serviços de saúde, conselhos profissionais etc. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Outro marco importante ocorreu no ano de 2006, quando, após reunião do Comitê Técnico Saúde da População GLTB, houve uma discussão sobre a necessidade de se considerar os procedimentos cirúrgicos enquanto parte e não a integralidade do processo transexualizador, também foi superado o entendimento corretivo e medicalizador no atendimento à saúde integral de pessoas transexuais (LIONÇO, 2009).

No ano de 2007, o processo judicial teve sua primeira decisão, de maior relevância, em favor da incorporação das cirurgias de transgenitalização pelo SUS. Em tal decisão, é perceptível seu aspecto progressista em comparação aos posicionamentos jurídicos apresentados até então. O juiz inicia sua relatoria apresentando duas abordagens distintas da transexualidade, para as quais haveria diferentes implicações na concretização dos direitos de pessoas transexuais: a médica e a social. O relator reconhece a lógica da transexualidade enquanto um distúrbio de identidade sexual classificado como doença pela OMS, porém salienta que essa perspectiva não é suficiente para discutir o tema, fazendo-se necessária uma discussão social (BRASIL, 2022). A citação pioneira e a inclusão das travestis enquanto pessoas que fazem jus aos direitos fundamentais resguardados pelo acórdão refletem a proeminência da categoria social para o reconhecimento desses direitos pela decisão judicial.

Feitas as considerações de caráter mais conceitual, o juiz federal passa a debater os argumentos e contra-argumentos apresentados pelas partes, para tanto seu posicionamento é baseado em inúmeras jurisprudências nacionais e internacionais sobre o assunto. Posto isso, a Terceira Turma do Tribunal Regional Federal da 4ª Região decidiu por meio de acórdão, assinado no dia 14 agosto de 2007 e publicado no dia 23 de agosto de 2007, pela condenação da União a:

“(1) a promover, no prazo de 30 dias, todas as medidas apropriadas para possibilitar aos transexuais a realização, pelo Sistema Único de Saúde, de todos os procedimentos médicos necessários para garantir a cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia, neofaloplastia e/ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários, conforme os critérios estabelecidos na Resolução nº 1.652/2002, do Conselho Federal de Medicina;

(2) a editar, no prazo máximo de 30 dias, ato normativo que preveja a inclusão, de modo expresso, na Tabela de Procedimentos remunerados pelo Sistema Único de Saúde (Tabela SIH-SUS), de todos os procedimentos cirúrgicos necessários para a realização da cirurgia nominada no item anterior, bem como remunerar os hospitais pelos procedimentos realizados em conformidade com a citada Resolução.”(BRASIL, 2022, parte 01, p. 860-861)

A União recorreu da decisão da Terceira Turma do TRF4 e, no dia 10 de dezembro do mesmo ano (2007), a Ministra Ellen Gracie do Supremo Tribunal Federal (STF) suspendeu a tutela antecipada e, portanto, a execução do acórdão proferido pelo Tribunal. O processo seguiu tramitando com apreciação dos recursos interpostos pela União nas devidas instâncias até que, em 18 de agosto de 2008, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº 1.707/2008 que “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” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008a, p.1). Já no dia seguinte publicou a Portaria SAS/MS nº 457/2008, que regulamentou a portaria anterior. O conteúdo de ambas as portarias será melhor descrito na seção seguinte. De sua parte, o Ministério Público Federal avaliou que a publicação das portarias representava uma aceitação da União quanto à decisão judicial e solicitou ao juiz que fosse negado o seguimento aos recursos interpostos. A União foi instada a se manifestar e, em 08 de julho de 2009, desistiu de recorrer. Desse modo, em 26 de agosto de 2009, o acórdão proferido em 2007 pela Terceira Turma do Tribunal Regional Federal da 4ª Região transitou em julgado. Cabe um aparte quanto à tramitação judicial do processo durante este período, que foi a publicação da Portaria GM/MS nº 1.820/2009 no dia 13 de agosto de 2009, que dispõe sobre o direito ao uso do nome social dentre os direitos e deveres dos usuários do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Em 22 de setembro de 2009, contudo, o Ministério Público Federal identificou que as portarias publicadas pelo Ministério da Saúde em 2008 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008a; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008b) não atendiam integralmente a decisão proferida em 2007, uma vez que as portarias não mencionavam os procedimentos para adequação de fenótipo feminino para masculino e nem os procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais. Em 10 de junho de 2011, o juiz federal Jurandi Borges Pinheiro deferiu o pedido feito pelo Ministério Público Federal e determinou que a União, no prazo de 30 dias, editasse ato normativo prevendo a inclusão na tabela de procedimentos remunerados do SUS de diversos procedimentos.

Após a decisão, a União foi intimada a se manifestar por duas vezes, ainda em 2011 e em 2012, e foram realizadas duas audiências judiciais, no ano de 2013, quando a União

informou que, até o fim de junho daquele ano (2013), editaria portaria incluindo os procedimentos não contemplados nas portarias anteriores. Em 30 de julho de 2013, o Ministério da Saúde publicou a Portaria SAS/MS nº 859/2013, redefinindo e ampliando o Processo Transexualizador no SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b). Entretanto, no dia seguinte (31 de julho de 2013), o mesmo Ministério publicou a Portaria GM/MS nº 1.579/2013, suspendendo os efeitos da Portaria anterior, até que fossem definidos “os protocolos clínicos e de atendimento no âmbito do processo transexualizador” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013c, p. 1). Com a suspensão da Portaria SAS/MS nº 859/2013, o Ministério Público Federal manifestou-se novamente em juízo sinalizando o descumprimento do acórdão de 2007 pela União, também salientou que a Portaria posteriormente suspensa representava um avanço, mas ainda não atendia integralmente o acórdão de 2007, pois não incluía todos os procedimentos anteriormente descritos (BRASIL, 2022).

Deve-se esclarecer que, entre os anos de 2011 e 2013, o percurso do Processo Transexualizador foi marcado pela dedicação de esforços por parte do Ministério da Saúde para revisão da regulamentação desta política pública, em conjunto com outros atores relevantes. No dia 1º de dezembro de 2011, foi publicada a Portaria GM/MS nº 2.836/2011, que instituiu a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT) no SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a). Em 6 de dezembro de 2011 foi publicada a Resolução da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) nº 02/2011, que institui o Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral LGBT (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b). Ambas foram assinadas durante a 14ª Conferência de Saúde, ocorrida em 2011 (SENA; SOUTO; PASSOS, 2015). O Eixo 1 do Plano Operativo 2012-2015 tinha como uma de suas ações “Ampliação do Processo Transexualizador em mais quatro serviços, em articulação com gestores estaduais e municipais de saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a, p. 31).

Apesar disso, o desenrolar dos fatos, sobretudo com a publicação e suspensão quase que imediata de portaria pelo Ministério da Saúde, levou à nova decisão judicial no dia 13 de setembro de 2013, na qual determinou-se o cumprimento da decisão que obrigava a União a incluir todos os procedimentos previstos nas resoluções do CFM, conforme descrito nos pedidos do Ministério Público Federal. Assim, no dia 19 de novembro de 2013, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº 2.803/2013, qual “redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS)” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013d, p. 1) e cita a decisão de setembro de 2013 da ACP nº 2001.71.00.026279-9/RS em seu preâmbulo.

No transcurso do processo judicial, outro marco relevante para o Processo Transexualizador foi a publicação da Resolução CIT nº 26, de 28 de setembro de 2017, que dispôs sobre II Plano Operativo (2017- 2019) da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Dentre as estratégias deste Plano, estava “qualificar e fortalecer o acesso da população LGBT à atenção especializada, de forma humanizada, livre de preconceito e discriminação, em especial o acesso de travestis, mulheres transexuais e homens trans ao Processo Transexualizador no SUS” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017c, p. 2).

Mesmo com a publicação da terceira Portaria de 2013, o Ministério Público Federal considerou que a União não atendeu integralmente ao acórdão de 2007. Dessa forma, em 18 de maio de 2018, o juiz federal Bruno Brum Ribas acolheu parcialmente o pedido do Ministério Público Federal e decidiu pela inclusão dos procedimentos vaginectomia e metoidioplastia na tabela de procedimentos remunerados do SUS, visto que eram realizados nos hospitais habilitados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2022). Em 21 de junho de 2019, o Ministério da Saúde publicou, em cumprimento à decisão judicial, a Portaria GM/MS nº 1.370/2019 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019a).

Novamente, considerou-se que a decisão judicial não foi cumprida, visto que os dois procedimentos incorporados permaneceram em caráter “experimental” e os demais procedimentos nem foram sequer incorporados, o que ensejou nova decisão judicial para que tal fato fosse sanado (BRASIL, 2022). Embora conste nos autos do processo algumas minutas de portarias com alterações dos procedimentos previstos no Processo Transexualizador no SUS, ainda não foram publicadas novas portarias sobre o tema. Nessas minutas, porém, os procedimentos de neofaloplastia e implante de próteses penianas e testiculares permaneceriam em caráter experimental. Assim, as movimentações recentes no processo têm sido por parte do Ministério Público Federal para que todos os procedimentos sejam incorporados à tabela de procedimentos remunerados do SUS em caráter definitivo, cita-se como exemplo a manifestação do MPF de 18 de julho de 2022 (BRASIL, 2022).

Com a análise do percurso judicial do Processo Transexualizador e de outros marcos importantes dessa política no âmbito do SUS, torna-se possível a interpretação do contexto no qual se insere a regulamentação mais recente do CFM acerca do tema. Dentre os fatores que marcam esse período, a publicação da Resolução do Conselho Federal de Psicologia nº 01/2019, merece destaque, pois além de regulamentar a obrigatoriedade de que as psicólogas e psicólogos não reforçassem estereótipos ou discriminação contra pessoas transexuais e travestis, também vedou a atuação dos profissionais por meio de ações que favoreçam a

patologização dessas pessoas (CFP- BRASIL, 2018). Na mesma linha, a Resolução CFM nº 2.265/2019 rompe de forma significativa com as outras resoluções publicadas pelo Conselho Federal de Medicina, pois apresenta avanços expressivos quanto à regulamentação dos procedimentos do Processo Transexualizador. Por isto, esta resolução foi deslocada para o final desta seção, visto que compreendê-la demanda também uma compreensão do histórico descrito.

A primeira ruptura da Resolução CFM de 2019, publicada em 09 de janeiro de 2020, está posta logo no preâmbulo, pois, pela primeira vez, a transexualidade e a travestilidade são citadas em conformidade com a CID-11: “CONSIDERANDO incongruência de gênero ou transgênero a não paridade entre a identidade de gênero e o sexo ao nascimento” (CFM-BRASIL, 2020, p.1). Pela primeira vez, a resolução também não se restringe apenas aos procedimentos cirúrgicos e cita a importância da “oferta de uma linha de cuidado integral e multiprofissional de acolhimento, acompanhamento, assistência hormonal ou cirúrgica e atenção psicossocial” (CFM-BRASIL, 2020, p.1).

Iniciando-se propriamente a resolução, o Conselho Federal de Medicina passa para uma visão mais inclusiva na definição das pessoas transexuais e travestis, abrangendo também outras expressões identitárias, além das duas mencionadas: “Compreende-se por transgênero ou incongruência de gênero a não paridade entre a identidade de gênero e o sexo ao nascimento” (CFM-BRASIL, 2020, p.2). Outro elemento importante da resolução é a determinação de que a identidade de gênero parte do reconhecimento de cada pessoa sobre seu gênero (CFM-BRASIL, 2020). Ainda no campo inicial da resolução, apresenta-se uma equívoco quanto à definição das travestis, que acaba por reduzir a diferenciação entre as mulheres trans e as travestis à aceitação pela genitália, o que não é um consenso e foge à concepção dos movimento sociais, que entendem as travestis enquanto uma identidade política feminina característica da América Latina, que rompe com a lógica binária entre homem e mulher (SIMPSON, 2015). Uma das principais diferenças entre a Resolução CFM nº 2.265/2019 em relação às demais resoluções é o estabelecimento de um Projeto Terapêutico Singular, em contraponto apenas a um conjunto de procedimentos isolados a serem ofertados às pessoas trans e travestis.

“O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, resultado da discussão coletiva de equipe multiprofissional e interdisciplinar a partir da singularidade dos sujeitos assistidos. Assim, permite promover atenção em saúde integral.

O PTS abrange o sujeito em todas as etapas de seu acompanhamento, dando-lhe condições para que participe ativamente do processo terapêutico, sendo corresponsável por seu cuidado.” (CFM-BRASIL, 2020, p. 5)

A Resolução CFM de 2019 é muito mais descritiva em como deve se dar o acolhimento e acompanhamento terapêutico do que as resoluções anteriores. Um outro marco de extrema relevância desta resolução é a inclusão das crianças e adolescentes enquanto pessoas aptas a receberem os cuidados previstos na atenção integral às pessoas trans e travestis, respeitando-se alguns critérios para determinadas faixas de desenvolvimento (CFM-BRASIL, 2020). A resolução também prevê a idade mínima de 18 anos para realização de procedimentos cirúrgicos e o período mínimo de acompanhamento de um ano, por equipe multiprofissional e interdisciplinar (CFM-BRASIL, 2020), o que difere da Portaria vigente do Ministério da Saúde, que prevê no mínimo dois anos de acompanhamento e 21 anos como idade mínima (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a). Ademais, os vínculos sociais são citados algumas vezes na resolução, enquanto mecanismo importante para a garantia da atenção integral à saúde das pessoas trans e travestis, o que reforça a importância desse elemento enquanto objeto de estudo deste trabalho, bem como o pioneirismo desta normativa frente ao Processo Transexualizador.

“A criação de vínculos com as pessoas assistidas é fundamental para uma atenção humanizada. É importante articular as demandas dos sujeitos e as ações propostas pela equipe multiprofissional e interdisciplinar. O PTS deve também incluir, sempre que necessário, a participação da família e da rede social deste sujeito nos processos de cuidado.” (CFM-BRASIL, 2020, p. 5)

A Resolução possui ainda quatro anexos: Anexo I, que trata do Projeto Terapêutico Singular; Anexo II, que aborda a hormonioterapia nas diferentes faixas de desenvolvimento; Anexo III, que dá orientações sobre o acompanhamento psiquiátrico, também nos diferentes estágios de desenvolvimento; e o Anexo IV, que trata dos protocolos clínicos, com ênfase nos procedimentos cirúrgicos. Dentre todos os procedimentos cirúrgicos, apenas a cirurgia genital de faloplastia do tipo neofaloplastia, é considerada experimental (CFM-BRASIL, 2020).

Ao final, a Resolução CFM nº 2.265/2019 considerou, na sua exposição de motivos: (1) conformidade à 11ª edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-11); (2) dados epidemiológicos sobre a transexualidade, que “sugerem uma prevalência na vida de 1:37.000 para o sexo masculino ao nascimento, e de 1:103.000 para o sexo feminino ao nascimento” (CFM-BRASIL, 2020, p. 10); e (3) processo de vulnerabilidade psíquica e social geral e intenso vivenciado por pessoas transgênero, que demandam uma atenção integral à sua saúde. Participaram da elaboração da resolução representantes do Ministério da Saúde, dos Conselhos Federais de Psicologia e de Serviço Social, diversas instituições representativas das pessoas trans e travestis, bem como pais de crianças e adolescentes transexuais (CFM-BRASIL, 2020), o que reforça a

importância da ampla participação social na construção de regulamentações sobre o tema, com vistas à preservação dos interesses desses grupos.

4.2 Portarias do Ministério da Saúde

As portarias do Ministério da Saúde são atos normativos da maior relevância para o Processo Transexualizador no SUS. Elas instituem e regulamentam esta política pública em todo o território nacional. Desde 2004, foram identificadas seis portarias que tratam exclusivamente da regulamentação do Processo Transexualizador, mais três que possuem interface direta com o tema e uma de consolidação, que incorporou, quase que na íntegra a última Portaria de 2013, sem contar as portarias que habilitam estabelecimentos de saúde. Esta seção aborda o conteúdo destas portarias, em especial aquelas que regulamentam o Processo Transexualizador, com ênfase na Portaria GM/MS nº 2/2017, a mais recente e mais abrangente delas. A elaboração e publicação das portarias sobre o tema estão entremeadas à produção das resoluções do Conselho Federal de Medicina, da Ação Civil Pública nº 5081241-40.2016.4.04.7100 e de outras movimentações ocorridas interna e externamente ao Ministério da Saúde, descritas na seção anterior.

A primeira publicação de ato normativo pelo Ministério da Saúde relacionada ao tema foi a Portaria GM/MG nº 1.397/2004, que instituiu Grupo de Trabalho para discutir a inclusão das cirurgias autorizadas em caráter definitivo pela Resolução CFM nº 1.652/2002 na tabela de procedimentos do SUS, no bojo da referida Ação Civil Pública.

No ano de 2008, foram publicadas as duas primeiras portarias que efetivamente regulamentaram o Processo Transexualizador no SUS. A primeira delas foi a Portaria GM/MS nº 1.707/2008, que basicamente instituiu o Processo Transexualizador e deu algumas diretrizes gerais sobre a política e, no dia seguinte, foi publicada a Portaria SAS/MS nº 457/2008, que normatizou de forma mais detalhada e específica a Portaria anterior. O preâmbulo das portarias reconhecem a orientação sexual e a identidade de gênero como determinantes sociais da saúde (DSS) e adotam termos menos patologizantes sobre as pessoas transexuais em relação à Resolução CFM nº 1.652/2002, embora esta resolução seja citada como referência. Interpreta-se que o público abrangido pelas portarias são apenas as mulheres transexuais (ROCON; SODRÉ; RODRIGUES, 2016), haja vista que as travestis não foram incluídas expressamente pelos textos e a regulamentação destina-se aos procedimentos de transformação do fenótipo masculino para feminino, o que não necessariamente é um desejo das travestis, haja vista que, embora seja uma identidade de gênero feminina, não

necessariamente deseja-se transformar para o fenótipo feminino, mas sim para uma identidade própria que é travesti (LIONÇO, 2009). Ademais, a regulamentação da Portaria SAS/MS nº 457/2008 atrela praticamente todos os procedimentos à cirurgia de transgenitalização, sobretudo do aparelho genital, o que não é um desejo comum a todas as mulheres trans e nem às travestis (LIONÇO, 2009). Ressalta-se que as portarias não vedam o acesso ao Processo Transexualizador por travestis, contudo não abrangem este público ao se analisar os fatores explicitados. A Portaria SAS/MS nº 457/2008 cita frequentemente o “transexualismo”, de acordo com a CID-10, bem como apresenta o Processo Transexualizador como medida terapêutica necessária a essa população (LIONÇO, 2009; ROCON; SODRÉ; RODRIGUES, 2016). Para seleção dos pacientes são estabelecidos os critérios baseados na Resolução CFM nº 1.652/2002, a fim de se realizar o diagnóstico de “transexualismo” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008b).

Embora as portarias citem a importância da atenção integral às pessoas transexuais “não restringindo nem centralizando a meta terapêutica no procedimento cirúrgico de transgenitalização e de demais intervenções somáticas aparentes ou inaparentes” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008a, p. 1; 2008b, p.1), não é estabelecida uma linha de cuidado e todos os procedimentos previstos estão atrelados à cirurgia de transgenitalização. A Portaria cita em seu Anexo III que, não havendo a indicação para cirurgia de readequação genital, “o usuário deve dar continuidade ao tratamento clínico e ter o seu atendimento mantido no respectivo estabelecimento de origem, independentemente do nível de atenção, e que seja o mais próximo do município e estado de residência” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008b, p. 11), entretanto não dá maiores diretrizes sobre como se deve dar o cuidado integral à saúde desses pacientes. As modalidades ambulatorial e hospitalar deveriam ser ofertadas em uma mesma Unidade de Atenção Especializada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008b), o que reitera o foco das portarias nos procedimentos cirúrgicos, visto que não havia a possibilidade de oferta apenas dos serviços de nível ambulatorial. Essas Unidades deveriam ser Hospitais Ensino contratualizados com o SUS, com estrutura de ensino e pesquisa, reforçando-se a lógica experimental que faz parte do histórico do Processo Transexualizador. A Portaria SAS/MS nº 457/2008 previu apenas a cirurgia de redesignação sexual no sexo masculino realizada em dois tempos. No nível ambulatorial, a Portaria previu o acompanhamento do usuário no pré e pós-operatório e o tratamento hormonal com estrógeno e ciproterona, apenas no pré-cirúrgico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008b). A Portaria não cita o tratamento hormonal com testosterona, excluindo-se novamente identidades transmasculinas e, apesar de reconhecer o uso contínuo de hormônios na hormonioterapia de pessoas trans, não dispõe

sobre esse acesso sem estar atrelado ao procedimento cirúrgico. As cirurgias de construção de neofalo e metoidioplastia não foram previstas pela Portaria, contudo são citadas no anexo com caráter experimental, submetidas aos protocolos de pesquisa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008b).

Conforme descrito detalhadamente na seção anterior o trâmite judicial durante o período, no dia 30 de julho de 2013 foi publicada, pela Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, a Portaria SAS/MS nº 859/2013. Embora esta Portaria não tenha surtido efeitos práticos, pois foi suspensa no dia seguinte a sua publicação, ela trouxe avanços importantes na regulamentação do Processo Transexualizador, que foram apenas em parte mantidos pela última Portaria publicada sobre o tema naquele mesmo ano. De todas as portarias do Ministério da Saúde sobre o tema, a Portaria SAS/MS nº 859/2013 foi a que apresentou maior ruptura com os regramentos anteriores e maior abrangência quanto aos procedimentos ofertados, com inovações muito relevantes (ROCON; SODRÉ; RODRIGUES, 2016).

Logo em seu preâmbulo, a Portaria SAS/MS nº 859/2013 cita Redes de Atenção à Saúde e outras políticas de saúde importantes, sinalizando a inserção do Processo Transexualizador como parte dessas redes a partir de uma linha de cuidado específica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b). A inserção do Processo Transexualizador de forma integrada à estrutura de funcionamento do SUS abre possibilidade para um olhar mais integral da saúde, não restringindo-se aos procedimentos ofertados nesta Portaria, mas a todos os serviços públicos de saúde. Esta seção introdutória também faz referência à Política Nacional de Saúde Integral LGBT (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a), reconhecendo-se a relevância da Política Nacional enquanto norteador para a estruturação desta política pública. A Portaria passou a compreender os homens trans, por meio da inclusão de procedimentos de transformação para o fenótipo masculino, e as travestis.

Pela primeira vez uma portaria não citou nenhuma resolução do CFM no preâmbulo e nem ao longo de todo o seu texto. Também não houve citação quanto à CID-10, que classifica transexualidade enquanto transtorno mental (ROCON; SODRÉ; RODRIGUES, 2016). Embora possa se compreender o simples uso da palavra “diagnóstico e tratamento clínico” como termos designados para a identificação e tratamento de doenças, na área da saúde a palavra “diagnóstico” representa, em sentido mais amplo, o processo analítico para se possa indicar um tratamento ao paciente a partir do seu quadro clínico, que não necessariamente será referente a uma doença. Dessa forma, o simples fato de se considerar o uso desses termos como um reforço à lógica patologizante parece uma interpretação simplista, uma vez que o

acesso à maior parte dos tratamentos e serviços de saúde passam por uma avaliação clínica prévia, que pode ser excludente ou inclusiva, por meio da atuação dos burocratas do nível de rua (LIPSKY, 2019; LOTTA, 2019) e dos instrumentos institucionais existentes (SPÍNOLA; OLLAIK, 2019). Assim, embora a portaria seja um desses instrumentos que estabelece uma lógica de seleção para o acesso à política pública (SPÍNOLA; OLLAIK, 2019), uma vez que ela não estabeleça critérios de seleção ou faça referência a outros instrumentos que estabeleçam tais critérios, não parece adequado tratar o processo de seleção como um sinônimo da patologização, ainda que na prática possam se configurar dessa forma, sobretudo com a ampliação da sua discricionariedade de atuação dos burocratas do nível de rua a partir dessa ausência de critérios (LIPSKY, 2019; SANDIM; ASSIS, 2019). O que se pretende discutir, portanto, é que, ainda que a presença do “diagnóstico e tratamento” associada à falta de clareza sobre os critérios referentes a esses termos possa abrir margem para uma atuação patologizante dos profissionais de saúde, deve-se reconhecer que a Portaria representa um avanço expressivo na superação dessa lógica com relação às portarias anteriores (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008a; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008b) e às resoluções do CFM (CFM-BRASIL, 1997; CFM-BRASIL, 2002; CFM-BRASIL, 2010).

A Portaria SAS/MS nº 859/2013 dividiu a linha de cuidado atribuindo responsabilidades distintas à Atenção Básica e Especializada, sendo esta a responsável pela maior parte dos procedimentos previstos e definiu aquela como a porta de entrada do serviço de saúde, portanto responsável pela maior parte do cuidado integral da saúde das pessoas trans e travestis, bem como pelo acolhimento e encaminhamento ao serviço especializado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b). Houve ainda uma divisão entre as modalidades ofertadas (ambulatorial e hospitalar) e possibilidade de oferta delas pelo serviço de saúde de forma separada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b), o que ampliou a perspectiva de oferta, principalmente dos serviços ambulatoriais, por serem menos complexos e menos onerosos. A exigência de que os estabelecimentos prestadores do serviço deveriam ser Hospitais Ensino foi suprimida, devendo o estabelecimento estar adequado aos critérios de habilitação do serviço previstos em seu Anexo I (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b). A Portaria também facilitou a habilitação dos serviços com a redução de documentos em comparação à de 2008 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008b).

Os procedimentos ofertados e os critérios para acessá-los foram alterados substancialmente por esta portaria. Houve a inclusão do tratamento hormonal com testosterona e a separação da hormonioterapia de caráter continuado (testosterona e progesterona) daquela atrelada à cirurgia de redesignação sexual (ciproterona). Foram

mantidos os procedimentos cirúrgicos previstos na Portaria anterior (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008b) e acrescentados novos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b). As cirurgias de construção de neofalo e metoidioplastia não foram citadas na Portaria, nem mesmo em caráter experimental. Foram alteradas as idades mínimas dos procedimentos cirúrgicos, de 21 para 18 anos, e dos ambulatoriais no geral, de 18 para 16 anos. No caso da hormonioterapia, estabeleceu-se que ela seria iniciada aos 18 anos de idade, podendo ser iniciada aos 16 anos, desde que houvesse avaliação e consenso da equipe multiprofissional responsável por acompanhar o paciente e consentimento informado e autorização dos pais ou responsáveis legais. Os procedimentos cirúrgicos seriam realizados a partir dos 20 anos, podendo ser realizados a partir dos 18 desde que houvesse indicação específica e acompanhamento prévio por dois anos da equipe multiprofissional. Foi incluído ainda um acompanhamento do usuário exclusivamente para atendimento clínico, a ser realizado mensalmente por equipe multiprofissional, com a idade mínima de 5 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b). A alteração das idades e, sobretudo, esta última inclusão são uma inovação com relação às normativas anteriores e pioneiras na regulamentação da política para crianças e adolescentes, visto que, até a data de sua publicação, apenas o Parecer CFM nº 08/2013 (CFM-BRASIL, 2013) havia dado diretrizes sobre o tema.

Esses últimos pontos, considerados significativamente inovadores, entretanto, parecem ter sido determinantes para a suspensão da Portaria SAS/MS nº 859/2013 no dia seguinte à sua publicação, por meio de ato normativo expedido pelo Gabinete do Ministro da Saúde: a Portaria GM/MS nº 1.579/2013. Não foram encontrados registros nos documentos oficiais consultados — autos da ACP nº 5081241-40.2016.4.04.7100 ou reportagens da época — que apresentem de forma detalhada as motivações para a suspensão integral da portaria. Porém dada a temporalidade da Portaria SAS/MS nº 859/2013 e o sintético texto da Portaria GM/MS nº 1.579/2013, infere-se que tenha havido um atropelo de informações e fatos internos no Ministério da Saúde:

“Horas antes de divulgar a suspensão da portaria, o ministério chegou a convocar uma coletiva de imprensa para esclarecer as novas normas. Mas a entrevista foi cancelada 30 minutos após o horário marcado. De acordo com a assessoria de imprensa do órgão, o motivo foi um “imprevisto nas agendas”.” (NÉRI, 2013)

Em seu preâmbulo a Portaria GM/MS nº 1.579/2013 cita o Parecer CFM nº 08/2013 (CFM-BRASIL, 2013). Na sequência, em seu primeiro artigo, é estabelecida a suspensão da portaria publicada no dia anterior, até que fosse “definido os protocolos clínicos e de atendimento no âmbito do processo transexualizador.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013c, p.1). A Portaria informa ainda que seriam convidados representantes dos serviços de saúde

que realizassem o processo, nos termos da segunda Portaria de 2008 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008b), e especialistas no tema “para definir os critérios de avaliação do indivíduo, de obtenção da autorização dos pais e responsáveis, no caso de faixa etária específica, e de acompanhamento multidisciplinar ao paciente e aos seus familiares.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013c, p.1).

Importante destacar que a análise comparativa entre a Portaria SAS/MS nº 859/2013 e o Parecer CFM nº 08/2013 não identifica pontos divergentes entre as diretrizes técnicas ou protocolos previstos. Na verdade, o Parecer CFM é mais descritivo, com relação aos protocolos adotados, e mais abrangente nas suas recomendações (CFM-BRASIL, 2013), portanto considerado-se que a Portaria SAS/MS nº 859/2013 era mais restritiva do que o Parecer. Ademais, uma vez que a última Portaria publicada em 2013 desconsiderou a inclusão de crianças e adolescentes em seu público-alvo, não fica claro em que sentido o Parecer do CFM foi uma óbice ou não foi considerado para sua elaboração. Também não foram encontrados registros na literatura ou nos autos do processo sobre discussões entre os atores que seriam convidados, conforme mencionado na Portaria GM/MS nº 1.579/2013.

No mesmo dia em que a Advocacia Geral da União alega ter sido informada sobre a decisão judicial de 13 de setembro de 2013 (19 de novembro de 2013), o Ministério da Saúde encaminhou para publicação a Portaria GM/MS nº 2.803/2013 (BRASIL, 2022), que redefiniu e ampliou o Processo Transsexualizador no SUS. Esta Portaria foi revogada apenas por uma formalidade, por meio de publicação de portaria de consolidação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a), que praticamente não modificou seu texto. Esta última Portaria de 2013 tem um texto muito similar à Portaria SAS/MS nº 859/2013, mas possui algumas alterações de conteúdo extremamente relevantes para a política pública.

Em seu preâmbulo, a Portaria GM/MS nº 2.803/2013 cita a decisão judicial de 13 de setembro de 2013, transitada em julgado e referente à Ação Civil Pública nº 2001.71.00.026279-9/RS. Cita-se também, erroneamente, o Relatório nº 54 (sic) da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013d).⁶ O relatório, que, na verdade é o de número 69, é bastante sintético e, logo em sua apresentação deixava claro que as demandas apresentadas referentes ao Processo

⁶Por meio da Lei de Acesso à Informação (LAI), solicitou-se o acesso ao relatório da CONITEC ao Ministério da Saúde, que respondeu no dia 28 de setembro de 2022 informando que o Relatório nº 54 de 2012 da CONITEC tratava sobre outro tema, o que indica uma falha na referência ao documento pela portaria ministerial. O relatório ao qual a portaria faz referência é, na verdade, o de nº 69, que trata da recomendação da CONITEC para incorporação dos procedimentos relativos ao processo transsexualizador no âmbito do SUS, conforme reunião realizada em 07 de dezembro de 2012. Este relatório foi ratificado pelo Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, que publicou a Portaria SCTIE/MS nº 11, de 15 de maio de 2014 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Transexualizador “envolvem tecnologias de baixo custo e baixo impacto orçamentário para o SUS e estão relacionadas à elaboração ou revisão de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDT)” (CONITEC, 2012, p. 1). A partir dos dados e informações apresentadas, os membros da CONITEC presentes da 11ª reunião ordinária recomendaram a incorporação dos procedimentos na Tabela de Procedimentos, Órteses, Próteses e Materiais do SUS (CONITEC, 2012).

No preâmbulo da Portaria GM/MS nº 2.803/2013 também foi incluída a referência à Resolução CFM nº 1.955/2010, a qual assumia uma lógica patologizante na abordagem das pessoas transexuais, o que pode ser lido como um retrocesso. O diagnóstico, da mesma forma que na Portaria SAS/MS nº 859/2013 — incluindo as ressalvas quanto a essa interpretação —, pode ser lido como patologização das identidades transexuais e travestis, bem como do Processo Transexualizador. A Portaria GM/MS nº 2.803/2013 manteve a mesma abrangência de público (homens e mulheres transexuais e travestis); a lógica de linha de cuidado; a divisão entre as modalidades ambulatorial e hospitalar; e o mesmo processo de habilitação dos estabelecimentos, considerados avanços relevantes da portaria anterior.

Os procedimentos ofertados na Portaria SAS/MS nº 859/2013 foram todos mantidos, com o acréscimo em caráter definitivo da plástica mamária reconstrutiva bilateral (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013d). Os procedimentos de “vaginectomia e neofaloplastia com implante de próteses penianas e testiculares, clitoroplastia e cirurgia de cordas vocais em pacientes em readequação para o fenótipo masculino” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013d, p. 10) foram incluídos em caráter experimental e ainda sem previsão na tabela de procedimentos remunerados do SUS, nos termos da Resolução CFM nº 1.955/2010. Todos os procedimentos cirúrgicos tiveram sua idade mínima alterada para 21 anos e os procedimentos ambulatoriais tiveram a idade alterada para 18 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013d). Deve-se esclarecer que, com a suspensão realizada pela Portaria GM/MS nº 1.579/2013, havia a expectativa de que a edição de uma nova portaria contemplasse os protocolos clínicos para crianças e adolescentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013c), contudo esse público foi apenas excluído desta política pública sem que fosse editada normativa pelo Ministério da Saúde posteriormente. O Quadro C-1 disponível no APÊNDICE C apresenta um comparativo detalhado entre as principais portarias do MS que se dedicam integralmente à regulamentação do Processo Transexualizador no SUS.

Posteriormente à publicação da Portaria GM/MS nº 2.803/2013, foram publicadas outras três portarias sobre o Processo Transexualizador pelo Ministério da Saúde. A primeira foi a Portaria de Consolidação GM/MS nº 02, de 28 de setembro de 2017, que trata em seu

anexo XXI (Anexo 1) sobre o Processo Transexualizador no SUS. A edição de portarias de consolidação foi uma iniciativa administrativa adotada pelo Ministério da Saúde que visou a redução do número de normativas dispersas dos órgãos, compilando-as em um único instrumento. A Portaria nº 02 tratou das políticas nacionais do SUS, revogando a Portaria GM/MS nº 2.803/2013 e incorporando seu conteúdo quase que na íntegra (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a). As alterações mais expressivas foram a exclusão do preâmbulo e alteração do texto que trata sobre a regulação do serviço. Inicialmente, a Portaria de 2013 mencionava que o acesso aos procedimentos cirúrgicos seria realizado por meio da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), “cabendo ao Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC/SAS/MS) adotar as providências cabíveis para sua operacionalização” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013d, p. 3). A Portaria de consolidação absorveu o texto da Portaria GM/MS nº 807/2017, que transferiu a responsabilidade do Ministério da Saúde para os estados (mediante pactuação entre eles) na eventualidade de insuficiência de recursos assistenciais no estado de origem (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a). A alteração descentralizou a responsabilidade do Ministério em promover a regulamentação do acesso à política pública, o que também pode ser considerado um retrocesso haja vista a baixa disponibilidade e alta concentração da oferta deste serviço, além da inexistência de incentivos por parte do Ministério da Saúde para a ampliação da sua oferta ou para a pactuação interestadual.

No ano de 2019, foram publicadas outras duas portarias ministeriais. A primeira delas foi a Portaria GM/MS nº 1.370, que, em cumprimento à decisão judicial de 18 de maio de 2019, incluiu os procedimentos de vaginectomia e metoidioplastia na tabela de procedimentos remunerados do SUS. Os procedimentos foram incluídos como “redesignação sexual no sexo feminino”: “Consiste de vaginectomia e metoidioplastia com vistas à transgenitalização feminino para masculino **impostas por decisão judicial**” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019a, p. 1, grifo nosso). A idade mínima para realização do procedimento permaneceu sendo 21 anos e, apesar de sua inclusão na Tabela SUS, só poderia ser realizado em caráter experimental, tema no qual há um dissenso judicial claro entre as partes envolvidas na ACP.

Por fim, em 18 de dezembro de 2019, foi publicada a Portaria SAES/MS nº 1.415, que incluiu a possibilidade de que médico residente, médico de família e de comunidade, médico da estratégia de saúde da família e médico sanitário fossem incluídos dentre os profissionais que compõem a equipe dos procedimentos ambulatoriais do Processo Transexualizador, sendo estes: acompanhamento nas etapas pré e pós-operatória; tratamento hormonal; e tratamento hormonal para cirurgia de redesignação sexual (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019b). A

Portaria não citou o acompanhamento para atendimento exclusivamente clínico, mas a inclusão desses profissionais pode ser considerada um avanço na ampliação da oferta dos serviços ambulatoriais, uma vez que aumenta o rol de profissionais médicos aptos a realizarem esses procedimentos.

4.3 Barreiras institucionais de acesso ao Processo Transexualizador no SUS

Esta seção aborda as principais barreiras institucionais para acesso ao Processo Transexualizador no SUS. Como apresentado, é perceptível que existem ambiguidades no arranjo institucional dessa política. Enquanto, parte das políticas públicas de saúde, sua principal normatização se dá pelas portarias do Ministério da Saúde. Não obstante, enquanto procedimento de saúde, as resoluções do Conselho Federal de Medicina são parte importante desse arranjo, pois também guiam a atuação dos médicos nos procedimentos ofertados e, em alguns casos, não comungam com as diretrizes do Ministério. Essas ambiguidades são, por vezes, reforçadas na ponta da prestação dos serviços, a partir das escolhas dos médicos em seguirem um regramento ou outro em determinados contextos, o que será melhor explorado no capítulo seguinte. A fim de se facilitar a compreensão, as barreiras foram divididas e organizadas em subseções, ainda que sejam inter-relacionadas entre si e não operem de forma independente na maioria das vezes.

4.3.1 Diagnóstico

A exigência de um diagnóstico para acesso ao Processo Transexualizador é considerada uma das principais barreiras institucionais desta política (LIONÇO, 2009; ROCON; SODRÉ; RODRIGUES, 2016; ROCON *et al.*, 2019) e é uma questão por si só controversa (JOHNSON, 2019). É importante reconhecer que sua lógica patologizante foi se arrefecendo ao longo do tempo e não se apresentava mais de forma tão expressiva nas recentes normativas sobre o Processo Transexualizador. Entretanto, esse é um fato marcante desde o início dessa política pública e esta lógica ainda não está completamente superada. Deve-se considerar também que, uma vez que esse elemento tenha estado fortemente incorporado durante um longo período a essas normativas, talvez apagá-lo não seja suficiente, sendo necessário deixar expressa sua vedação, bem como a orientação aos profissionais de saúde sobre como se dá o processo de seleção dos pacientes que podem acessar ao Processo Transexualizador.

A Resolução CFM nº 2.265/2019 se aproximou desta perspectiva ao considerar que a identidade de gênero é o reconhecimento de cada pessoa sobre seu gênero, sem mencionar critérios para avaliação profissional quanto a isso (CFM-BRASIL, 2020), algo recorrente em todas as resoluções do CFM anteriores (CFM BRASIL, 1997; CFM-BRASIL, 2002; CFM-BRASIL, 2010). Neste sentido, a resolução de 2019 tornou o reconhecimento do paciente sobre sua identidade e suas necessidades o fator preponderante para o acesso aos procedimentos, incluindo-o até mesmo nas primeiras etapas de construção do seu Projeto Terapêutico Singular em conjunto com a equipe multidisciplinar (CFM-BRASIL, 2020).

Não obstante, o Anexo III desta Resolução atribuiu ao psiquiatra a responsabilidade de realização do diagnóstico de incongruência de gênero (CFM-BRASIL, 2020). A Resolução deixou expresso apenas quais são os casos em que o acesso à hormonioterapia e às cirurgias são contraindicados (“transtornos psicóticos graves, transtornos de personalidade graves, retardo mental e transtornos globais do desenvolvimento graves” (CFM-BRASIL, 2020, p. 8), mas não deixou claro como se daria a atuação do psiquiatra quando esses procedimentos são recomendados. A ausência de diretriz sobre essa atuação do psiquiatra, sem explicitar se ele deveria atuar apenas ratificando a identidade de gênero reconhecida pelo paciente ou se haveria alguma ação diagnóstica complementar a ser realizada, abre margem para a discricionariedade desse profissional e reforça a lógica binária e patologizante desses diagnósticos (LIONÇO, 2009; ROCON; SODRÉ; RODRIGUES, 2016).

Deve-se questionar ainda quanto à restrição da prerrogativa do diagnóstico ao psiquiatra, uma vez se tratando de etapa formal necessária para o acesso ao Processo Transexualizador. Por que apenas este profissional de saúde estaria autorizado a ratificar uma informação manifestada por seu paciente? Seria apenas pelas contraindicações, que estão relacionadas a transtornos mentais? Outros profissionais de saúde não conseguiriam realizar uma avaliação prévia e encaminhar ao psiquiatra apenas aqueles para os quais houvesse incerteza ou indícios dessas contraindicações? De acordo com a CID-11, a incongruência de gênero está prevista no capítulo de “Condições relacionadas à saúde sexual” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2022b) e não mais no de transtornos mentais, não estando claro o porquê o psiquiatra seria o único profissional de saúde a poder realizar este diagnóstico. Ainda mais não sendo a psiquiatria não é uma especialidade amplamente disponível no Brasil (SCHEFFER, 2018), o que reforça ainda mais o efeito dessa restrição como barreira de acesso a essas populações, sobretudo em localidades onde haja carência desses profissionais.

No âmbito do SUS, as duas portarias vigentes e que tratam do Processo Transexualizador não se referem à exigência de diagnóstico ou de mecanismos de seleção para acesso aos procedimentos. Embora a Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017 tenha retirado a menção introdutória à Resolução CFM nº 1.955/2010, por meio da exclusão de todo o preâmbulo da Portaria GM/MS nº 2.803/2013, é possível que esta tenha sido apenas uma exclusão formal, pois a Portaria GM/MS nº 1.370/2019, editada posteriormente à portaria de consolidação, ainda mantém a menção à resolução CFM de 2010 em seu preâmbulo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019a). Tanto a portaria de consolidação de 2017, quanto a portaria de 2019, ainda utilizam a CID-10, que classifica o “transexualismo” e o “travestismo” no rol de transtornos mentais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996b). Sabe-se que a inclusão de um procedimento na Tabela SUS exige a identificação de uma CID associada, contudo não se pode descartar que essa classificação reforça a patologização das identidades de gênero dissidentes.

O uso de pronomes e o respeito ao nome social é algo altamente importante para as pessoas trans e travestis, previsto em Portaria específica do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009) e na regulamentação vigente do Processo Transexualizador (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a). Entretanto, esta mesma portaria se refere aos homens trans no feminino em dois procedimentos cirúrgicos “Mastectomia simples bilateral em usuária sob processo transexualizador” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a, p. 185) e “Histerectomia c/ anexectomia bilateral e colpectomia em usuárias sob processo transexualizador” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a, p. 185). Embora pareça algo simples, essa redação desrespeita o direito das pessoas trans de serem tratadas pelo gênero com o qual se identificam, além de reproduzir estereótipos, com foco na medicalização e na realização de cirurgias, de que essas pessoas só se tornam realmente trans após acessarem esses procedimentos.

O texto das portarias então vigentes também não menciona critérios objetivos para o acesso dos pacientes aos procedimentos, nem mesmo estabelece o autorreconhecimento da identidade de gênero como fator suficiente para o acesso à política. O fato de não mencionarem diretamente a exigência de diagnóstico ou critérios binários e heteronormativos de seleção representou um avanço frente aos textos anteriores. Todavia a omissão em se vedar o uso de critérios que reforcem os estereótipos de gênero, por parte dos profissionais da saúde; a insuficiência da identidade de gênero declarada pelo paciente para acesso aos procedimentos; o uso da CID-10; e a vinculação histórica entre as portarias do Ministério da Saúde e as resoluções do CFM dão margem para que burocratas do nível de rua da saúde

mantenham a reprodução dos critérios anteriores ou estabeleçam seus próprios critérios, por vezes, baseados em convicções morais e pessoais (LIPSKY, 2019). Por se considerar este um fator crítico para a reprodução de desigualdades dessa política pública (LIONÇO, 2009; ROCON; SODRÉ; RODRIGUES, 2016; ROCON *et al.*, 2019), entende-se que a superação dessas barreiras exigiria portarias mais taxativas sobre o processo de acolhimento desses pacientes, vedando práticas que restrinjam o acesso aos procedimentos baseadas nas perspectivas de gênero binárias e heteronormativas. Ainda que se identifique falhas na Resolução CFM nº 2.265/2019, ela está adequada à CID-11 e o modelo do Projeto Terapêutico Singular insere o paciente de forma ativa na construção do seu tratamento, preservando-se a atuação dos profissionais de saúde no que lhes compete. Os achados deste estudo corroboram aqueles identificados por Johnson (2019), contudo buscou-se aqui dar menos foco às perspectivas dos atores sobre o diagnóstico e mais atenção às suas implicações para o acesso à política.

4.3.2 Idade mínima para acesso à política

A idade para acesso à política é um fator limitador para os que possuem menos de 18 anos. A Resolução CFM nº 2.265/2019 estabeleceu os procedimentos para atenção integral da saúde de pessoas transgênero ou com incongruência de gênero em todas as faixas etárias, porém essa regulamentação foi parcialmente incorporada pela Portaria SAS/MS nº 859/2013, posteriormente revogada, e não foi incorporada pelas portarias vigentes do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013d; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019a). Logo, os serviços públicos de saúde interessados em ofertar os procedimentos previstos no Processo Transexualizador a crianças e adolescentes deveriam realizá-los com orçamento próprio, sem financiamento ou diretrizes pelo Ministério da Saúde, haja vista que esses procedimentos não estão incluídos na tabela de procedimentos remunerados do SUS. O Conselho Federal de Medicina reconheceu haver uma demanda de crianças e adolescentes que não se identificam com seu gênero atribuído no nascimento (CFM-BRASIL, 2013; CFM-BRASIL, 2020) e que a relação deles com seu gênero pode “levar a sofrimento psíquico intenso e condutas corporais relacionadas a tentativas de esconder os caracteres sexuais biológicos visando reconhecimento e aceitação social que, muitas vezes, provocam agravos à saúde” (CFM-BRASIL, 2020, p. 6). Assim, a não inclusão desse público no Processo Transexualizador no SUS geraria uma restrição de acesso e uma barreira institucional para uma população que, sabidamente, possui demandas de saúde relacionadas à política.

Os dados coletados por esta pesquisa reforçam a existência de uma lacuna entre a idade em que as pessoas iniciam sua transição de gênero e a idade em que começam a acessar o Processo Transexualizador no SUS. A Tabela 2 evidencia essa diferença por estado estudado. A mediana da diferença entre essas idades foi de 1,5 anos, mas a maior diferença identificada entre os respondentes foi de 28 anos. 38,24% dos respondentes indicaram uma idade inferior a 18 anos para o início do seu processo de transição de gênero. Já entre os que acessam o Processo Transexualizador, apenas 12,5% iniciaram o acesso à política antes dos 18 anos de idade. Em todas as medidas estudadas (com exceção da idade mínima no Amazonas) as idades de início da transição de gênero foram inferiores às de acesso ao Processo Transexualizador.

Tabela 2 — Idade de início da transição de gênero e de acesso ao Processo Transexualizador por estado

Estado	Idade que iniciou a transição de gênero ⁷			Idade que iniciou o acesso ao Processo Transexualizador ⁸		
	Mínima	Máxima	Média	Mínima	Máxima	Média
Amazonas (AM)	12	24	18,58	12	44	24,83
Minas Gerais (MG)	12	28	19,46	22	28	24,2
Rio Grande do Sul (RS)	16	40	27,78	25	40	31,20

Fonte: Elaborada pelo autor.

4.3.3 *Quantitativo e distribuição dos estabelecimentos de saúde*

A concentração dos estabelecimentos que ofertam o Processo Transexualizador gera uma desigualdade no acesso a esses procedimentos, privilegiando residentes dos estados e, principalmente, dos municípios que dispõem dessas unidades de saúde (POPADIUK; OLIVEIRA; SIGNORELLI, 2017). Essa é uma característica que também poderia estar relacionada à implementação da política, contudo, por se tratar de uma perspectiva mais macro do Processo Transexualizador em todo o Brasil, referente a sua configuração ou a sua estruturação (o que também pode ser interpretado como parte do desenho da política), ela foi associada à dimensão institucional. Foram identificados, ao todo, 102 estabelecimentos que

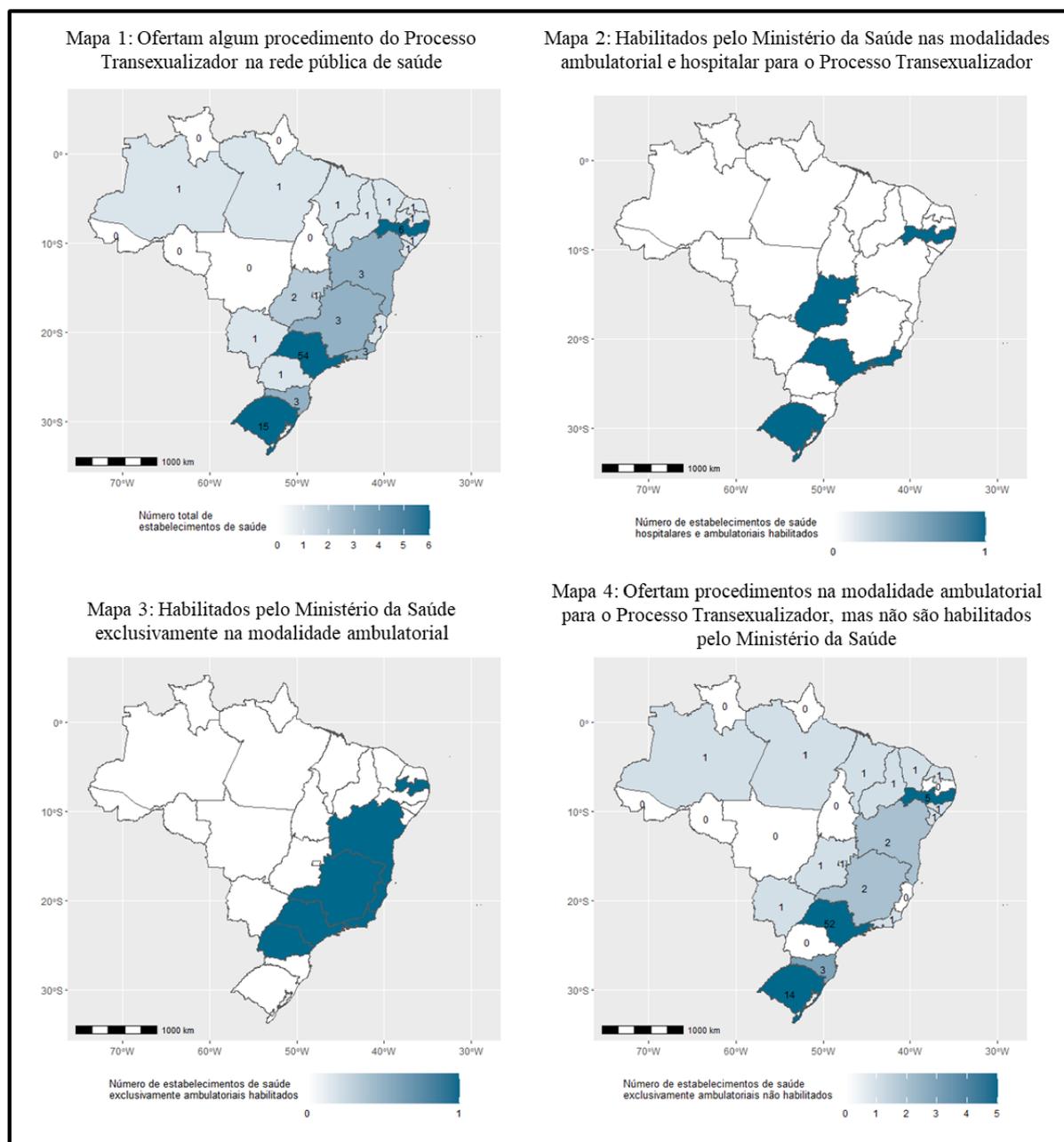
⁷ Dados referentes a todos os respondentes.

⁸ Dados referentes apenas a respondentes que acessem ou tenham acessado de forma continuado o Processo Transexualizador no SUS.

ofertam algum procedimento do Processo Transexualizador na rede pública de saúde, conforme disponível no Mapa 1 da Figura 3 (BENEVIDES, 2020; CIASCA; HERCOWITZ; JUNIOR, 2021; UFJF, 2022; UFAL, 2021; CLEMENTE, 2022; CNES, 2022; PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, 2022b; TRINDADE, 2022). Desses, cinco estão habilitados pelo Ministério da Saúde nas modalidades hospitalar e ambulatorial (Mapa 2 da Figura 3) e sete habilitados apenas na modalidade ambulatorial (Mapa 3 da Figura 3) (CNES, 2022). Os outros 90 estabelecimentos fazem parte das redes de saúde estaduais e municipais, mas não são habilitados pelo Ministério da Saúde (Mapa 4 da Figura 3). Estas unidades ofertam procedimentos ambulatoriais do Processo Transexualizador, mas não necessariamente todos aqueles previstos na Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017, pois estão submetidas às diretrizes técnicas estaduais ou municipais. O mapeamento dos estabelecimentos não habilitados foi feito com o apoio de instituições independentes que reúnem informações sobre o Processo Transexualizador (BENEVIDES, 2020; CIASCA; HERCOWITZ; JUNIOR, 2021) e partir de buscas no Google com palavras-chave (“Processo Transexualizador” e “Ambulatório Trans”) associados ao nome dos estados, uma vez que não há um sistema que unifique os dados desses estabelecimentos. Logo, pode ser que haja ainda outros estabelecimentos não habilitados e que não foram mapeados nesta pesquisa ou estabelecimentos que não estejam mais em funcionamento, dada a fragilidade no registro desta informação.⁹

⁹Nos dias 30, 31 de março e 03 de abril de 2023, foram publicadas pelo Ministério da Saúde três portarias de habilitação de estabelecimentos na modalidade ambulatorial e quatro na modalidade hospitalar (sendo uma delas apenas a atualização da habilitação do Hospital de Clínicas do Rio Grande do Sul, conforme Portaria vigente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a)), de acordo com a listagem fornecida pelo próprio Ministério a partir Lei de Acesso a Informação dos estabelecimentos que estavam com a habilitação aprovada, mas pendente de publicação (com exceção apenas de um estabelecimento de Sergipe, cuja publicação ainda não foi realizada). Como esse fato ocorreu após o encerramento da coleta de dados deste trabalho, essa informação não está contemplada nesta pesquisa.

Figura 3 — Distribuição por estado dos estabelecimentos de saúde conforme categorização de oferta do Processo Transexualizador no SUS



Fonte: Elaborada pelo autor a partir de BENEVIDES, 2020; CIASCA; HERCOWITZ; JUNIOR, 2021; UFJF, 2022; UFAL, 2021; CLEMENTE, 2022; CNES, 2022; PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, 2022b; TRINDADE, 2022.

Seis estados não possuem nenhum estabelecimento que ofereça procedimentos do Processo Transexualizador na rede pública. Destes, cinco estão localizados na Região Norte do país e um na Região Centro-Oeste. A região Norte é a única que também não possui nenhum estabelecimento de saúde habilitado pelo Ministério da Saúde, expressando a profunda desigualdade regional na oferta dos serviços. Dentre os 102 estabelecimentos mapeados, o estado de São Paulo concentra 52,94% deles. Dos 54 estabelecimentos existentes no estado, 51 estão na capital. Excluindo-se os estabelecimentos de São Paulo e do Rio Grande do Sul, há uma média de 1,32 estabelecimentos por estado para as demais unidades da federação. Em todo o Brasil, 38 municípios (20 capitais e 18 municípios do interior) possuem algum estabelecimento que oferta serviços do Processo Transexualizador, distribuídos de acordo com a Tabela D-1 no APÊNDICE D. Dos 21 estados que possuem algum estabelecimento do Processo Transexualizador, 15 possuem estabelecimento apenas na capital. Sergipe é o único estado que possui seu único estabelecimento do Processo Transexualizador fora da capital. Apenas cinco estados possuem mais de um município com unidades dessa política (Minas Gerais, Rio de Janeiro, Pernambuco, Rio Grande do Sul e São Paulo).

Sabe-se que o SUS atua de forma regionalizada e, portanto, seria esperado que os serviços de maior complexidade estivessem mais concentrados em municípios de maior porte, que possuem maior relevância regional (BRASIL, 2011). Contudo, essa oferta tem que ser compatível com a demanda regional por aquele serviço. Dados do Ministério da Saúde apontam para um crescimento de 198% na realização de procedimentos de média e alta complexidade de transformação do fenótipo feminino para masculino entre os anos de 2015 e 2018 nos serviços habilitados (BRASIL, 2022). Segundo dados da Secretaria de Estado de Saúde do Rio Grande do Sul, a fila de espera na especialidade “Saúde Mental-Transsexualidade” mais que dobrou entre os anos de 2016 e 2019, saindo de 80 para 176 solicitações neste status (SES/RS, 2020). Considerando-se a falta de clareza dos dados de regulação dos pacientes que desejem acessar os procedimentos do Processo Transexualizador, sobretudo nos serviços não habilitados, a baixa oferta e a distribuição concentrada dos estabelecimentos é uma barreira de acesso extremamente importante dessa política pública (ROCON *et al.*, 2019).

4.3.4 Habilitação do serviço e financiamento da política

A habilitação do serviço consiste no “ato do Gestor Federal de ratificar o credenciamento realizado pelos Gestores Estaduais e Municipais ou do Distrito Federal” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a, p. 176). Compete à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde realizar a publicação da habilitação em ambas as modalidades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a). Há um compartilhamento de responsabilidades entre os entes do SUS para habilitação dos serviços, contudo o ato final para habilitação é exclusivo do Ministério da Saúde. Os recursos para custeio do Processo Transexualizador nos termos da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017 são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde e o seu repasse está condicionado à habilitação do serviço (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017b). A última habilitação de estabelecimentos de saúde para o Processo Transexualizador no SUS ocorreu em outubro de 2018 (CNES, 2022).

De acordo com as normas que regem o financiamento do Processo Transexualizador no SUS, o repasse de recursos para esta política pública está condicionado à disponibilidade orçamentária e financeira do órgão federal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017b). Esse argumento tem sido utilizado pelo Ministério da Saúde para a não publicação da habilitação de novos serviços. Após ser questionado, por meio da Lei de Acesso à Informação, sobre a publicação da habilitação do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, haja vista notícias do ano de 2021 que informaram que a habilitação do estabelecimento já sido concluída (PREFEITURA DE JUIZ DE FORA, 2021), o Ministério da Saúde informou:

“1) A habilitação de novos serviços de Alta complexidade, bem como, a inclusão de novos procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses do SUS (Tabela SUS), que acarretam aumento dos gastos, dependem de disponibilidade orçamentária e financeira do Ministério da Saúde.

2) Não se pode, com precisão, definir um prazo para a publicação, no entanto, no presente exercício, dentro de suas disponibilidades orçamentárias, este Ministério da Saúde, tem envidado esforços no sentido de promover as habilitações dentro do planejamento da ordem de prioridade das políticas e considerando os indicadores de mortalidade de maior impacto no país, tais como: serviços de Alta Complexidade cardiovascular, tratamento do câncer, Assistência ao portador de Doença Renal Crônica-DRC, Leitos de Terapia Intensiva-UTI , ampliação e renovação de frota do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência-SAMU.”¹⁰

Ainda de acordo com nova informação fornecida pelo Ministério da Saúde por meio de pedido da Lei de Acesso à Informação, em novembro de 2022, havia oito estabelecimentos com habilitação aprovada aguardando publicação pelo MS, dos quais quatro são na

¹⁰Resposta ao pedido de acesso à informação cadastrado na plataforma Fala.BR sob o no 25072.037978/2022-28 (SEI no 0029479790), de 27/09/2022, emitida pela Coordenação-Geral de Gestão Orçamentária e Financeira e pelo Departamento de Regulação Assistencial e Controle em 11 de outubro de 2022.

modalidade hospitalar.¹¹ Estas respostas sugerem haver planejamento, por parte do Ministério da Saúde, para a não habilitação de novos serviços do Processo Transexualizador no SUS e o uso das prerrogativas legais e normativas para não ratificar o ato de credenciamento solicitado pelos gestores municipais e estaduais, ainda que os estabelecimentos de saúde estejam em conformidade com os critérios estabelecidos. Nas situações em que o serviço não esteja habilitado, os entes podem financiar o seu funcionamento com recursos próprios. Contudo, as políticas de saúde via de regra são financiadas com recursos da União, Estados, Distrito Federal e Municípios (BRASIL, 1988) e, portanto, na ausência da contribuição do Ministério da Saúde, há um ônus elevado para os demais que passam a financiar de forma independente o funcionamento do serviço. Por vezes, esses recursos são insuficientes e geram limitações ao número de atendimentos ou aos procedimentos e insumos disponíveis, dado o orçamento do respectivo ente (ROCON *et al*, 2019). Dentre essas limitações, uma das mais críticas que possui reflexos diretos na implementação da política é a não disponibilização de hormônios aos pacientes. Considerando-se os elevados custos da aquisição de hormônios e sua não oferta nos medicamentos convencionais da assistência farmacêutica, muitas vezes os serviços não habilitados realizam apenas a prescrição do hormônio, ficando sob responsabilidade do paciente adquirí-lo.

De acordo com a regulamentação nacional, as secretarias estaduais e municipais de saúde são responsáveis por estabelecer um “planejamento regional hierarquizado para estruturar a atenção integral aos usuários(as) com indicação para a realização do Processo Transexualizador” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a, p. 175 e 177). Contudo, essa mesma portaria de 2017 não estabelece parâmetros para este planejamento, como é comum em outras políticas, por meio de critérios populacionais, por exemplo. O Ministério da Saúde, portanto, se isenta de sua atribuição legal de coordenação a nível nacional nesta política, uma vez que se trata de uma rede integrada de assistência de alta complexidade (BRASIL, 1990) e institui que seja realizada de forma descentralizada, sem, contudo, estabelecer critérios ou incentivos, o que se soma às dificuldades para custeio dos estabelecimentos de saúde, aos próprios critérios impostos para habilitação do serviço e às dificuldades para publicação dessas habilitações, conforme exemplificado com o Hospital Universitário de Juiz de Fora. Conseqüentemente, o que se tem é uma desarticulação da política pública, associada ao seu subfinanciamento e a uma baixa cobertura, em parte provocados pelas restrições do próprio

¹¹Resposta ao pedido de acesso à informação cadastrado na plataforma Fala.BR sob o nº 25072.040689/2022-14 (SEI nº 0030184735), de 18/10/2022, emitida pela Coordenação-Geral de Monitoramento de Indicadores de Serviços na Atenção especializada à Saúde do Ministério da Saúde em 11 de novembro de 2022.

desenho da política pública e em parte pela atuação dos órgãos frente às lacunas presentes nesse desenho durante o processo de implementação (PIRES, 2019).

4.3.5 Linha de cuidado

A linha de cuidado para atenção integral às pessoas transexuais e travestis está dividida entre Atenção Básica e Atenção Especializada. Naturalmente, a Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde funciona como a principal porta de entrada para os serviços de saúde e deve referenciar os pacientes para os serviços de maior complexidade tecnológica (BRASIL, 2011). Este desenho permite ganhos e perdas ao Processo Transexualizador no SUS. Por ser dotada de uma estrutura altamente capilarizada e descentralizada, a Atenção Primária à Saúde (APS) é mais acessível aos pacientes do que a Atenção Especializada, pois todos os municípios brasileiros devem possuir estabelecimentos da APS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a). Entretanto, considerando o nível de abrangência da Atenção Primária à Saúde, qualificar o atendimento para população transexual e travesti nesses serviços, é um desafio maior do que promover essa qualificação em um número mais restrito de estabelecimentos da Atenção Especializada.

Embora a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) proíba a exclusão em função da identidade de gênero e orientação sexual; a Política Nacional de Saúde Integral LGBT oriente a realização de ações de educação permanente dos profissionais de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a); e o II Plano Operativo (2017- 2019) da Política Nacional de Saúde Integral LGBT estabeleça como sua primeira estratégia a qualificação e o fortalecimento do acesso da população LGBT aos serviços da atenção básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017c), na execução diária desta política, há relatos de desrespeitos constantes e explícitos aos direitos das pessoas transexuais e travestis (POPADIUK; OLIVEIRA; SIGNORELLI, 2017; PEREIRA; CHAZAN, 2019; ROCON *et al*, 2019), o que também foi ratificado pelos dados primários coletados neste trabalho. Como consequência, a Atenção Básica também pode se tornar um primeiro lugar de discriminação desse grupo, dificultando seu acesso aos serviços especializados ou mesmo aos demais serviços necessários para atenção integral a sua saúde (POPADIUK; OLIVEIRA; SIGNORELLI, 2017; PEREIRA; CHAZAN, 2019; ROCON *et al*, 2019).

Se há uma ambiguidade neste modelo para a Atenção Básica, ela também se reflete na Atenção Especializada. A exigência de que os procedimentos previstos em portarias ministeriais sejam realizados apenas em unidades habilitadas no Processo Transexualizador

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a) restringe a oferta desse serviço, sobretudo quando associadas às dificuldades no processo de habilitação mencionadas na seção anterior. A alteração pela Portaria SAES/MS nº 1.415/2019 indicou uma mudança de perspectiva por parte do Ministério da Saúde, neste sentido, ao ampliar as especialidades médicas para procedimentos de nível ambulatorial do Processo Transexualizador (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019b) e há, ainda, casos como o do município de São Paulo, que descentralizou parte da linha de cuidado, como acompanhamento de equipe multidisciplinar e hormonioterapia, para a Atenção Básica (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, 2022a). Outro exemplo é do estado do Rio Grande do Sul, que instituiu uma política de incentivo para ambulatórios especializados no Processo Transexualizador, abrangendo também a Atenção Básica (SES/RS, 2021). Em ambos os casos, o que se identificou foi uma ampliação expressiva no número de unidades aptas a realizarem o atendimento da população transexual e travesti no nível ambulatorial. No caso do Rio Grande do Sul, houve também uma dispersão na prestação do serviço, visto que as unidades estão distribuídas em dez municípios (CLEMENTE, 2022), o que torna o estado com o maior número de municípios com estabelecimentos do Processo Transexualizador em todo o país (Tabela D-1).

Não há dados disponíveis para analisar o quanto esse aumento de estabelecimentos de saúde na Atenção Básica impacta no aumento do número de atendimentos, assim como não se pode estabelecer relação entre o número de estabelecimentos e a qualidade da atenção integral à saúde prestada a essa população. Desse modo, ainda que sejam necessários estudos complementares para se avaliar a efetividade dessa descentralização do Processo Transexualizador para outros estabelecimentos de saúde, dentre eles aqueles da APS, o que se pode afirmar é que este modelo apresenta-se como uma alternativa para expansão das unidades de saúde que ofertam procedimentos de menor complexidade do Processo Transexualizador, facilitando seu acesso à população. A oferta de procedimentos na Atenção Primária também encurta o fluxo assistencial do paciente e torna a porta de entrada mais resolutive (CLEMENTE, 2022), o que pode produzir efeitos positivos à política pública. Não obstante, este é um modelo viável apenas para os procedimentos ambulatoriais, visto que aqueles que possuem maior complexidade tecnológica e demandam recursos mais especializados tornam necessária sua manutenção nos estabelecimentos do SUS que ofertam procedimentos de alta complexidade.

4.3.6 Procedimentos em caráter experimental

A partir da Portaria GM/MS nº 1.370/2019, os procedimentos de vaginectomia e metoidioplastia foram incorporados à tabela de procedimentos remunerados do SUS, mas mantidos em caráter experimental. Já os procedimentos de neofaloplastia com implante de próteses penianas e testiculares, clitoroplastia e cirurgia de cordas vocais permanecem em caráter experimental sem previsão na tabela de procedimentos remunerados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a). A manutenção desses procedimentos em caráter experimental cria exigências para sua realização que se tornam barreiras de acesso ao Processo Transexualizador no SUS. Alguns desses dificultadores para acesso a esses procedimentos cirúrgicos são a obrigatoriedade de que sejam realizados em Hospitais Ensino (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019a) e que sejam autorizados enquanto projeto de pesquisa por um Comitê de Ética (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019a). Há ainda a interpretação que, considerada a redação da Portaria de 2019, esses procedimentos só podem ser realizados mediante decisão judicial (SES/RS, 2022). Cumpre salientar que, de acordo com a Resolução CFM nº 2.265/2019, apenas a neofaloplastia é considerada de caráter experimental e deve ser submetida às regras dos Comitês de Ética em Pesquisa (CFM-BRASIL, 2020). Dessa forma, embora estejam previstos nas normativas do Ministério da Saúde, esses procedimentos são praticamente inacessíveis, pois dispõem de inúmeras condicionalidades altamente restritivas para serem ofertados aos pacientes e parte deles não possuem sequer previsão de financiamento pelo Sistema Único de Saúde.

4.3.7 Público contemplado

Embora a Portaria GM/MS nº 2.803/2013 tenha avançado frente aos pacientes abrangidos, ela ainda restringe os usuários dos serviços aos transexuais e às travestis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013d). As experiências de variabilidade de gênero são distintas e não são representadas exclusivamente pelas identidades transexuais e travestis (COLEMAN *et al.*, 2012). Existem, por exemplo, identidades não-binárias (que são aquelas que não se identificam no espectro binário de masculino e feminino) ou indivíduos intersexo (cuja descrição, adotada pela *World Professional Association for Transgender Health (WPATH)* ou Associação Mundial Profissional para a Saúde Transgênero, são aqueles com manifestações físicas congênitas atípicas no sistema reprodutor) que possuem importantes demandas

relacionadas à variabilidade de gênero e que carecem de assistência pelos serviços de saúde (COLEMAN *et al.*, 2022). Na tradução para o português, a WPATH sugere que sejam utilizados os termos pessoas trans “para se referir a pessoas cuja identidade de gênero e/ou expressão de gênero não corresponde às normas sociais e expectativas tradicionalmente associadas ao sexo atribuído à nascença” (COLEMAN *et al.*, 2012, p. 3) e pessoas com variabilidade de gênero, para se referir àquelas pessoas que divergem das normas culturais previstas para um sexo¹² (COLEMAN *et al.*, 2012). Já o Conselho Federal de Medicina utiliza “incongruência de gênero ou transgênero a não paridade entre a identidade de gênero e o sexo ao nascimento” (CFM-BRASIL, 2020). Logo, entende-se que existem outras terminologias mais abrangentes que poderiam ser mais inclusivas para usuários que desejam acessar aos serviços do Processo Transexualizador no SUS para demandas relativas à incongruência de gênero.

4.3.8 Procedimentos não ofertados

Durante as coletas de dados primários, foram identificados procedimentos importantes para a saúde das pessoas trans e travestis que não estão previstos nas normativas sobre o Processo Transexualizador no SUS. A inexistência de um procedimento é uma barreira praticamente intransponível para seu acesso. O primeiro deles é a remoção de silicone industrial, que são frequentemente utilizados por pessoas trans femininas e travesti e apresentam grande risco à saúde dessas pacientes (SIMPSON, 2015; ROCON *et al.*, 2019; COLEMAN *et al.*, 2022), porém não são ofertados pelo Sistema Único de Saúde com regulação prevista pela tabela de procedimentos remunerados no SUS. Outro procedimento é o atendimento com fonoaudiólogo que não está em nenhum procedimento do Processo Transexualizador, nem mesmo dentre as categorias profissionais que podem realizar o acompanhamento clínico. Apesar de este último ser ofertado pela rede pública de saúde, o atendimento às pessoas trans e travestis pode demandar cuidados específicos.

¹² “A não-conformidade de gênero ou variabilidade de gênero refere-se ao grau em que a identidade, o papel ou a expressão de gênero difere das normas culturais prescritas para pessoas de um determinado sexo (Institute of Medicine, 2011). A disforia de gênero refere-se ao desconforto ou mal-estar causado pela discrepância entre a identidade de gênero de uma pessoa e o sexo a ela atribuído no momento do nascimento (e o papel de gênero associado e/ou características sexuais primárias e secundárias) (Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere e Bockting, 2010b). Somente algumas pessoas com variabilidade de gênero experimentam disforia de gênero em algum momento das suas vidas.”(COLEMAN *et al.*, 2012, p. 5)

5. DIMENSÃO OPERATIVA E A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR NO SUS

Este capítulo se propõe a analisar as barreiras de acesso criadas ou reproduzidas durante a implementação do Processo Transexualizador no SUS. É sabido que parte desses obstáculos decorrem do próprio desenho da política, mas podem ser reforçados durante a operacionalização da política. O principal viés de análise da dimensão operativa, nesta parte do trabalho, se dará pelos *gaps* de implementação e pelos efeitos não esperados da política de saúde. Foram mapeados também aspectos interativos dessa política que promovem a superação das barreiras de acesso, sobretudo por meio de práticas adotadas pelos profissionais de saúde, as quais serão pontuadas nas seções seguintes, em especial na última subseção. Este capítulo está dividido em três seções: uma primeira que discorre sobre o fluxo de acesso ao Processo Transexualizador no SUS, com descrição específica para os três estados e principais serviços estudados em cada um deles; a segunda seção aborda as barreiras identificadas durante o processo de implementação de forma agrupada; e a última seção dá ênfase às práticas adotadas pelos profissionais de saúde.

5.1 Descrição do fluxo de acesso ao Processo Transexualizador no SUS

Nesta seção será realizada uma descrição genérica e sintética do fluxo de acesso ao Processo Transexualizador no SUS. A partir de entrevistas realizadas com profissionais de saúde dos principais serviços dos estados selecionados para esta pesquisa e com pessoas transexuais e travestis, bem como da aplicação de questionários para este último grupo, identificou-se que o fluxo de acesso ao serviço possui diferenças expressivas em cada uma das localidades. Dessa forma, será feita inicialmente uma apresentação ampla acerca do caminho percorrido para acessar o serviço, conforme ilustrado na Figura 4, enquanto nas subseções serão discorridas as especificidades de cada uma das localidades estudadas. Nesta primeira apresentação, o fluxo será descrito em um cenário ideal e, nas seções subsequentes, serão apresentadas as barreiras de acesso identificadas.

O primeiro ponto de acesso ao Processo Transexualizador no SUS deve se dar na Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2011; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a), cujos principais estabelecimentos são as Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Unidades de Saúde

da Família (USF)¹³ (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a). Dessa forma, o paciente deve procurar a sua UBS de referência e a equipe de saúde que o acompanha. Esta equipe, após identificar a demanda pelo serviço especializado ou após manifestação de interesse do paciente pelo serviço, irá encaminhá-lo ao estabelecimento de saúde que oferta o Processo Transexualizador no SUS. Dentre as barreiras institucionais apresentadas, o quantitativo e a distribuição dos serviços que ofertam o Processo Transexualizador no Brasil (POPADIUK; OLIVEIRA; SIGNORELLI, 2017) são um elemento importante para a continuidade do percurso a ser seguido pelo paciente.

Normalmente, se o serviço é ofertado no próprio município de residência do paciente, após o encaminhamento pela Atenção Primária, ele deverá aguardar a data agendada para o primeiro atendimento e se direcionar até o serviço na data e horário estabelecidos. Já nos casos em que paciente não reside no local onde o serviço é ofertado, ele poderá solicitar o tratamento fora de domicílio (TFD), no qual o seu município de residência é responsável por realizar o seu transporte até o serviço especializado nas datas e horários estabelecidos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999). Dada a regionalização do Sistema Único de Saúde, os municípios possuem mecanismos de compartilhamento dos serviços por meio, por exemplo, do referenciamento (ou encaminhamento) de pacientes para os serviços de maior complexidade nos municípios de maior porte. Esse encaminhamento, entretanto, está condicionado ao repasse de recursos entre estes municípios, de modo que possam atender os municípios de outros municípios daquela região. Essa alocação regionalizada de recursos tem sido feita, na maior parte dos estados brasileiros, pelo Programa de Pactuação Integrada (PPI) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Assim o referenciamento de um paciente a um serviço em outro município está condicionado ao fluxo regulatório daquela região e também à pactuação prévia entre os municípios. Em alguns casos, portanto, não havendo pactuação prévia entre o município de residência e o município em que o serviço é ofertado, o paciente não poderá ser atendido pelo serviço especializado.

O fluxo de acesso aos procedimentos no Serviço de Atenção Especializada ao Processo Transexualizador no SUS segue caminhos distintos nas modalidades hospitalar e ambulatorial. Começando pela descrição na modalidade ambulatorial, ao acessar o serviço o paciente é acolhido por uma equipe multiprofissional. Primeiramente, o paciente é atendido por um profissional da enfermagem que registra suas informações nos prontuários e, posteriormente, é encaminhado ao psicólogo e ao médico. Ambos os profissionais realizam

¹³ Com vistas à simplificação, neste trabalho será utilizado apenas o termo Unidade Básica de Saúde (UBS) por ser mais popular e antigo no contexto da Política de Atenção Básica à Saúde.

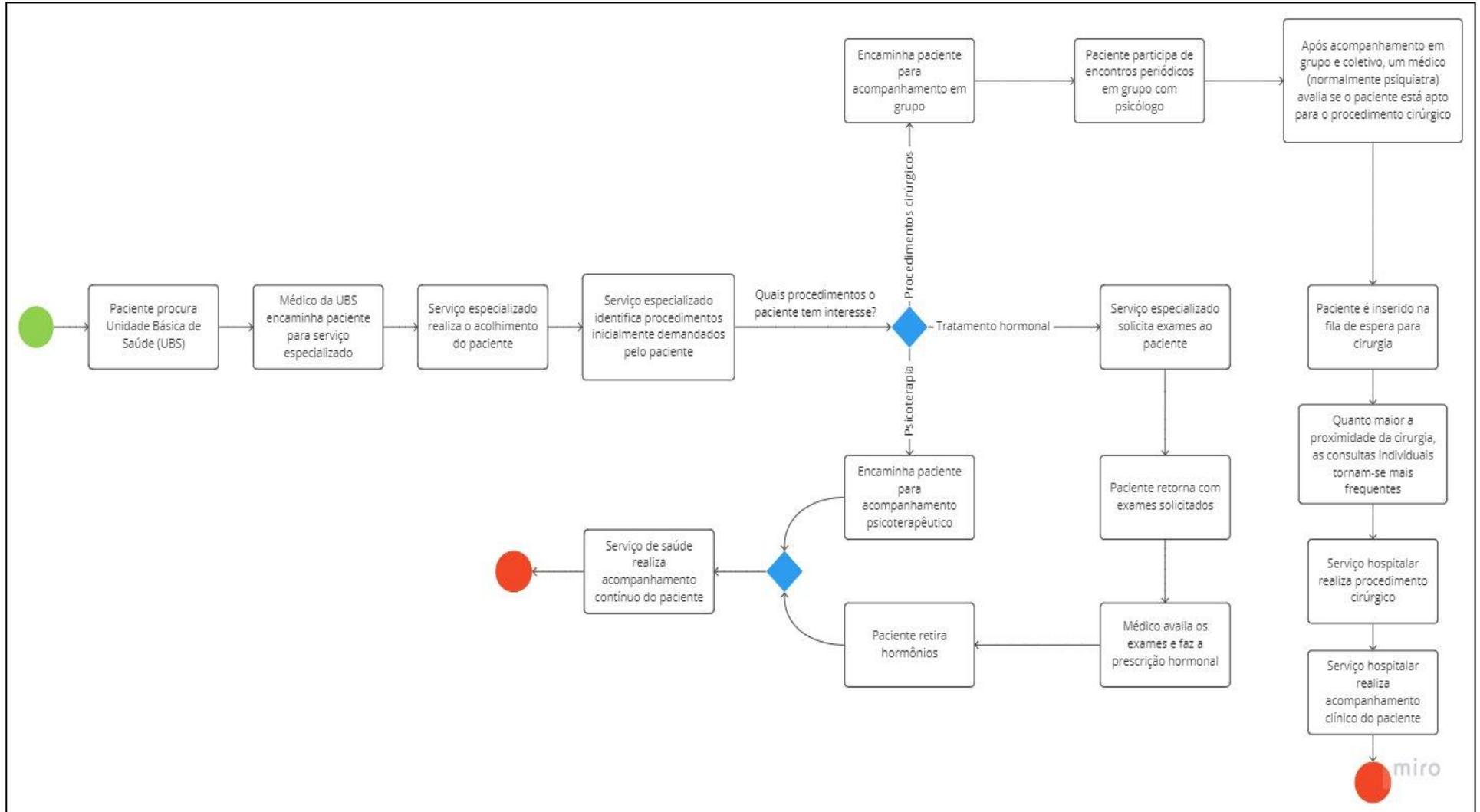
um alinhamento de expectativas com o paciente sobre o serviço a ser ofertado. O psicólogo define a periodicidade das sessões e o paciente realiza o agendamento na frequência estabelecida. Caso o paciente manifeste o desejo em realizar o tratamento hormonal, o médico solicitará alguns exames para avaliar suas condições de saúde e iniciar o tratamento. Se necessário, o paciente também poderá ser encaminhado, de acordo com a disponibilidade, a outras especialidades e serviços ofertados pelo ambulatório, tais como psiquiatria ou serviço social. Embora não estejam previstos na equipe mínima de referência da modalidade ambulatorial pela Portaria do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a), é possível que estejam disponíveis outras especialidades como ginecologia e urologia, e outros serviços como fonoaudiologia. Caso o paciente apresente a demanda por alguma especialidade ou serviço que não seja ofertado naquela unidade, ele poderá ser encaminhado a outro serviço de acordo com os fluxos regulatórios do SUS.

Feitos os primeiros encaminhamentos, o paciente deve realizar os exames — ofertados no SUS — e retornar com os resultados para análise do médico. Ao retornar ao serviço ele será acolhido pelo enfermeiro, que fará o registro no seu prontuário. Após avaliação, o médico fará a prescrição da terapia hormonal adequada ao paciente. Ressalta-se que estão aptos a realizar essa prescrição diversas especialidades médicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019b). Após a prescrição, o paciente faz a retirada dos hormônios em serviços habilitados ou os adquire com recursos próprios. Após iniciar o uso dos hormônios, o acompanhamento médico pode variar entre três e seis meses, de modo que o paciente sempre deve levar os exames solicitados na consulta de retorno para que o médico possa dar continuidade ou adequar a hormonioterapia.

O fluxo de acesso na modalidade hospitalar inclui, em boa parte, a trajetória descrita na modalidade ambulatorial, pois normalmente os procedimentos desta também são ofertados nos estabelecimentos habilitados naquela. Desse modo, este fluxo se restringirá ao acesso aos procedimentos cirúrgicos. O acesso ao serviço na modalidade hospitalar pode se dar a partir do encaminhamento feito pela Atenção Primária à Saúde ou pela Atenção Especializada em que a modalidade hospitalar não seja ofertada. Este acesso também está condicionado aos fluxos regulatórios e pactuações intermunicipais ou até interestaduais, conforme abordado. Salienta-se contudo que, haja vista o menor quantitativo do serviço nesta modalidade no país, o acesso aos procedimentos cirúrgicos fora do município e, sobretudo, do estado de residência são ainda mais restritos. Após ser encaminhado ao serviço, o paciente deverá comparecer ao local na data e hora agendados. Neste primeiro contato, o paciente será igualmente acolhido pelo profissional de enfermagem, que fará o registro do seu prontuário. Diferentemente do

acesso na modalidade ambulatorial, o paciente que deseja acessar procedimentos cirúrgicos é acompanhado por uma gama maior de especialistas e também passa por um acompanhamento em grupo. Para acessar qualquer procedimento cirúrgico, o paciente precisa ter sido acompanhado por, no mínimo, dois anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a). Os grupos costumam ser segmentados entre o de mulheres trans e travestis e o de homens trans, são conduzidos normalmente por um psicólogo, embora também possam contar com a participação de outros profissionais de acordo com a necessidade. A periodicidade dos encontros pode variar entre duas semanas e três meses, a depender do tempo em que o paciente tenha iniciado esta etapa. O acompanhamento médico individualizado também pode variar entre quinze dias e um mês. As especialidades médicas mais frequentes são: psiquiatria, clínica geral e ginecologia ou urologia. Findado o prazo de dois anos, cujo objetivo é alinhar expectativas com o paciente sobre os reais efeitos dos procedimentos cirúrgicos em seu corpo, suas limitações e seu caráter não reversível, o paciente ingressa na fila de espera para realização do procedimento cirúrgico. Na data agendada, o paciente comparece ao hospital e realiza-se a cirurgia. Após a realização da cirurgia, o paciente deve ser acompanhado por até um ano por uma equipe multidisciplinar com foco em sua saúde integral — física e mental. Alguns cuidados são necessários para uma boa recuperação da cirurgia e nem todos os insumos (como pomadas, alargadores e dilatadores) são ofertados pelo SUS, ficando a cargo do paciente adquiri-los. A frequência das consultas no pós-operatório pode variar entre quinze dias a dois meses.

Figura 4 — Fluxo simplificado para acesso aos principais procedimentos do Processo Transexualizador no SUS



Fonte: Elaborada pelo autor.

5.1.1 Amazonas (Manaus)

O Ambulatório de Diversidade Sexual e Gêneros foi criado no ano de 2017, está situado no setor de ginecologia da Policlínica PAM/Codajás, na cidade de Manaus, e possui atuação conjunta com a Universidade do Estado do Amazonas (UEA). Desde sua implantação o Ambulatório realizou 564 atendimentos até o ano de 2022 (AMBULATÓRIO DA DIVERSIDADE SEXUAL E GÊNEROS, 2022). A Policlínica PAM/Codajás é um estabelecimento de saúde de gestão estadual que oferta serviços de atividade ambulatorial, nos níveis de média e alta complexidade (CNES, 2023), está localizada no bairro Cachoeirinha, a cerca de 3km do centro de Manaus. O serviço ambulatorial do Processo Transexualizador na unidade funciona de segunda a sexta-feira, das 07h00 às 17h00. Atualmente a unidade dispõe dos seguintes serviços e especialidades: enfermagem, técnica de enfermagem, psicologia, fonoaudiologia, endocrinologia, psiquiatria e ginecologia. Dentre os procedimentos previstos na Portaria GM/MS nº 2/2017, são ofertados: tratamento hormonal no processo transexualizador; e acompanhamento de usuário(a) no Processo Transexualizador exclusivamente para atendimento clínico. O estabelecimento, atualmente, não está habilitado pelo Ministério da Saúde e não está na lista dos estabelecimentos em análise para habilitação pelo órgão¹⁴, mas estão se organizando internamente para serem habilitados.

Antes de serem apresentados os diferenciais do serviço ofertado pelo Ambulatório de Manaus, cumpre descrever um pouco melhor o seu processo de criação. A atual coordenadora do Ambulatório, antes mesmo de sua criação, já realizava atendimento de pessoas trans e travestis que a procuravam de forma individualizada, na maioria das vezes com interesse na terapia hormonal. A partir disso, algumas dessas pessoas que a conheciam fizeram a provocação, em alguns espaços de participação social e em articulação com órgãos do governo federal, de que ela assumisse a responsabilidade de criar o Ambulatório na cidade, de acordo com a Portaria GM/MS nº 2.803/2013. Na época, a médica sequer conhecia a Portaria e supôs que seria apenas dar continuidade aos atendimentos que já realizava. Junto com outra colega, também médica e que ainda atua no Ambulatório, viajaram para algumas conversas em Brasília e passaram a compreender melhor do que se tratava o Processo Transexualizador. Assim, deram andamento ao projeto em conjunto com a Faculdade de Medicina da UEA, que

¹⁴Resposta ao pedido de acesso à informação cadastrado na plataforma Fala.BR sob o nº 25072.040689/2022-14 (SEI nº 0030184735), de 18/10/2022, emitida pela Coordenação-Geral de Monitoramento de Indicadores de Serviços na Atenção especializada à Saúde do Ministério da Saúde em 11 de novembro de 2022.

já atuava no Ambulatório. Desde então, o serviço está em funcionamento e vem ampliando os serviços ofertados e sua capacidade de atendimento.

Embora os elementos acima descritos pareçam questões secundárias, eles são de grande valia para se compreender o atual processo de implementação da política no território. A localização central do Ambulatório, por exemplo, facilita o acesso dos pacientes do município ao serviço. Já a interação entre a população trans e o Ambulatório também é um elemento central. No mesmo ano da implantação do serviço em Manaus, foi criada a Associação de Travestis, Transexuais e Transgêneros do Estado do Amazonas (Assotram) e, alguns anos depois, a Associação Transmasculina do Amazonas (ATAM). A criação do Ambulatório e o surgimento dos movimentos sociais organizados de pessoas trans e travestis no estado compartilham de um mesmo espaço histórico importante, o que, por consequência, cria uma conexão muito forte entre a oferta do serviço e a atuação desses movimentos em Manaus. Frequentemente, por exemplo, os profissionais de saúde do Ambulatório são convidados a falar em eventos das associações e os movimentos organizados de trans e travesti possuem espaço de fala ativo na implementação do serviço, além de serem importantes divulgadores do serviço para os demais residentes do município. Outro elemento importante é a ligação entre o Ambulatório e a Universidade do Estado do Amazonas, visto que parte dos profissionais que atuam no serviço são alunos e residentes da Universidade. Ademais, a proximidade com a UEA possibilita a parceria com outros setores e departamentos, o que facilita o acesso a exames e especialidades demandados pelos pacientes do Ambulatório.

Tratando-se especificamente do funcionamento do serviço, o Ambulatório da Codajás possui algumas diferenças para o seu acesso em relação ao fluxo geral. Idealmente, os pacientes deveriam ser encaminhados ao Ambulatório pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde, contudo atualmente o serviço é *porta aberta*, que é quando novos pacientes são acolhidos sem a necessidade de agendamento ou de encaminhamento por outro serviço de saúde. Os profissionais relatam que a maior parte dos atendimentos é realizada sem agendamento prévio e sem encaminhamentos. Dessa forma, realiza-se o acolhimento de qualquer paciente que procure o serviço e realiza-se o seu primeiro atendimento com agendamento apenas de retorno ou nos serviços que não estejam disponíveis no dia da primeira visita. De modo geral, os exames solicitados neste primeiro atendimento podem ser realizados na própria Policlínica. Aqueles que não são ofertados na unidade podem ser acessados em outras unidades do SUS e, quando necessário, o Ambulatório também conta

com apoio de outros departamentos da UEA para realização de exames, como os exames de imagem realizados pelo departamento de radiologia.

No atual contexto, os profissionais que trabalham no Ambulatório identificam que seria necessário o aumento da equipe, principalmente para os atendimentos psicológicos, e também que seria interessante agregar a especialidade de urologia. O estabelecimento também realiza ações que não estão previstas nas diretrizes do Ministério da Saúde, mas que são importantes para as demandas dos pacientes e qualificam seu atendimento, como o serviço de fonoaudiologia e o atendimento psicológico em grupo. Outros serviços que costumam ser demandados pelos pacientes e não são ofertados pelo Ambulatório são: dermatologia (principalmente para homens trans), proctologia e urologia. O Ambulatório não possui fila de espera para o primeiro atendimento e consegue administrar relativamente bem a demanda. A psicologia é o serviço no qual, com maior frequência, é necessário espaçar os atendimentos em função da indisponibilidade de agendas para o volume de atendimentos.

Enquanto estabelecimento não habilitado, não há aporte de recursos federais para distribuição de hormônios e também não há repasse estadual ou municipal de recurso para essa finalidade. Entretanto, eventualmente, a coordenadora do Ambulatório consegue algumas doações de hormônios com laboratórios apenas para mulheres trans e travestis, os quais são distribuídos para as pacientes que solicitam, enquanto estiverem disponíveis. Ademais, apesar de os procedimentos cirúrgicos não serem ofertados na unidade e em nenhum outro estabelecimento público do estado, os médicos do Ambulatório emitem laudo de aptidão — quando solicitados pelos pacientes — para realização das cirurgias, que podem ser realizadas pela rede suplementar e privada ou no SUS por meio de tratamento fora de domicílio, embora os pacientes não costumem ter êxito com o TFD.

5.1.2 Minas Gerais (Belo Horizonte)

O Ambulatório Trans Anyky Lima foi criado no ano de 2017 e recebe este nome em homenagem à militante pelos direitos da população trans, Anykya Lima, residente na capital mineira e que faleceu em 2021 aos 65 anos. O Ambulatório está localizado no Hospital Eduardo de Menezes (HEM), que é um dos hospitais da rede da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Apesar de compor a rede hospitalar estadual, a gestão do HEM é municipal, ou seja, a responsabilidade de regulação do serviço é do município de Belo Horizonte (CNES, 2023), com aporte de recursos financeiros pelo estado e pelo município. O Hospital Eduardo de Menezes possui atividades ambulatoriais (média complexidade) e

hospitalares (média e alta complexidade), com atuação especializada em infectologia e dermatologia sanitária (FHEMIG, 2023). O Ambulatório está localizado no bairro Bonsucesso, na regional Barreiro, a cerca de 19km do centro da cidade de Belo Horizonte. O atendimento do Processo Transexualizador na unidade funciona nas quintas-feiras das 7h30 às 17h30. O Ambulatório dispõe dos seguintes serviços e especialidades: enfermagem, serviço social, psicologia, psiquiatria, clínico, endocrinologia e ginecologia. Atualmente oferta todos os procedimentos ambulatoriais previstos na Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017 (com exceção da dispensação de hormônios) e a habilitação do serviço já foi aprovada pelo Ministério da Saúde, porém ainda não foi publicada¹⁵ e, por isso, ainda não recebe aporte de recursos federais. Desde seu surgimento, o Ambulatório Trans já atendeu cerca de 700 usuários e, atualmente, atende por volta de 116 pacientes mensalmente. A criação do serviço em 2017, se deu a partir da identificação de sua necessidade pela equipe do Hospital e também pela sociedade civil. O projeto surgiu como uma iniciativa interna, sem a autorização da rede FHEMIG, e passou a ser autorizado no ano seguinte (2018). O Ambulatório conta com espaços coletivos de participação da sociedade civil organizada, por meio do qual representantes da comunidade trans e travesti podem contribuir com a política pública.

Alguns desses elementos históricos e estruturais do Ambulatório merecem ser melhor analisados, pois possuem influência sobre o acesso ao serviço. Em comparação a outros serviços estudados, a unidade está mais distante geograficamente da região central da cidade e possui um período de funcionamento mais restrito. A inserção do Ambulatório no Hospital Eduardo de Menezes também não deve ser lida como mera coincidência. “No início da epidemia de aids, na década de 1980, o HEM abriu leitos para pacientes portadores do vírus HIV e pouco tempo depois tornou-se referência para aids e outras doenças infectocontagiosas.” (FHEMIG, 2023). A temática do HIV/Aids possui um espaço pioneiro na construção das políticas de saúde voltadas para população LGBTQIA+ por serem considerados, em parte, um grupo vulnerável para a doença (SIMPSON, 2015; POPADIUK; OLIVEIRA; SIGNORELLI, 2017), logo o Hospital Eduardo de Menezes já era um local de interação com esse grupo, o que possivelmente criou um ambiente propício para o surgimento e acolhimento da demanda do Processo Transexualizador. A relação com os movimentos sociais também vale uma análise comparativa. Embora o serviço tenha surgido a partir de uma demanda da população trans e travesti do município, esse grupo já estava melhor organizado

¹⁵Resposta ao pedido de acesso à informação cadastrado na plataforma Fala.BR sob o nº 25072.040689/2022-14 (SEI nº 0030184735), de 18/10/2022, emitida pela Coordenação-Geral de Monitoramento de Indicadores de Serviços na Atenção especializada à Saúde do Ministério da Saúde em 11 de novembro de 2022.

antes do surgimento do Ambulatório. Dessa forma, embora haja uma relação entre a sociedade civil organizada e o Ambulatório, eles estão menos fortemente associados do que em Manaus, por exemplo, em que a história da unidade ambulatorial e das associações de pessoas trans e travestis praticamente se confundem. Evidentemente, a atuação do movimento trans de Belo Horizonte possui importância para o serviço ambulatorial no município, contudo essa conexão apareceu de forma um pouco mais secundária quando comparada a Manaus nas entrevistas com os profissionais de saúde e com pessoas trans e travestis.

Feitas as considerações iniciais, serão abordados os pontos de distinção do fluxo adotado de acesso do Ambulatório Trans Anyky Lima. Por se tratar de um serviço com habilitação já aprovada, seus processos de trabalho e fluxos assistenciais são menos flexíveis do que nos serviços que não passaram pelo processo de habilitação. Quando iniciaram os atendimentos, o serviço era *porta aberta*, todavia, a partir do ano de 2020, o atendimento passou a ser realizado exclusivamente pelo encaminhamento regulado. A demanda pela regulação do serviço veio pelo interesse em serem habilitados e para que os dados de atendimento e demanda reprimida estivessem mais visíveis para os planejadores da política pública. O Ambulatório realiza atendimento de pacientes residentes em outros municípios, desde que eles possuam pactuação do serviço com o município de Belo Horizonte. De acordo com o coordenador do serviço, o tempo de espera para o primeiro atendimento pode variar entre 9 e 12 meses. De acordo com um dos médicos que atua no serviço, esse tempo é um pouco menor para os residentes de Belo Horizonte. Após a primeira consulta, o paciente consegue retornar em 1 ou 2 meses com os exames para que seja possível o primeiro atendimento com a prescrição de hormônios. Após a primeira prescrição, as consultas de retorno costumam variar entre 3 e 4 meses, podendo reduzir a frequência de retornos com o passar dos anos. A fila de espera para o primeiro atendimento possui entre 80 e 90 pessoas e está sempre sendo alimentada. Os exames solicitados são ofertados na rede pública de saúde e, não necessariamente, estão disponíveis no HEM. Quando há a necessidade de atendimento do paciente por alguma especialidade não ofertada no Ambulatório, o paciente segue o fluxo normal de encaminhamento do SUS, sendo referenciado para algum outro serviço que possa atendê-lo.

De acordo com o coordenador do Ambulatório Trans, a maior parte dos usuários são homens trans. Sua hipótese para esse fato se baseia na distinção no uso de hormônios entre as diferentes identidades trans e travesti. Os homens trans necessitam da prescrição médica para aquisição de hormônios, já as mulheres trans e travestis encontram alternativas para a aquisição de hormônios através de anticoncepcionais femininos, que não precisam de receita

para serem comprados e são mais baratos, contudo seu uso apresenta maior risco à saúde, pois são constituídos de hormônios sintéticos. Esta situação relatada pelo coordenador está atrelada à não habilitação do Ambulatório, uma vez que uma das principais consequências no funcionamento do serviço é a não disponibilização de hormônios aos pacientes, o que minimizaria este problema e garantiria maior adesão de mulheres trans e travestis. O estabelecimento não oferece procedimentos cirúrgicos e, na visão do coordenador, isso seria um fator muito importante para aumentar a adesão de pessoas trans e travestis ao serviço. Atualmente, possuem muita dificuldade de fazerem o encaminhamento para o procedimento cirúrgico, pois não é ofertado em Minas Gerais e não há um fluxo nacional. O único serviço que eventualmente acolhe a demanda dos pacientes por procedimentos cirúrgicos é o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP em São Paulo, mas o tempo de espera pode demorar entre 8 e 10 anos. Quando solicitado, os profissionais emitem relatórios de acompanhamento dos pacientes para realização de procedimentos cirúrgicos em planos de saúde e serviços privados. Outros serviços, que não são ofertados na unidade, também demandados frequentemente pelos pacientes, são a fonoaudiologia — encaminhada para a rede SUS quando demandada pelo paciente — e a remoção a laser de pelos, serviço não ofertado pelo SUS.

5.1.3 Rio Grande do Sul (Porto Alegre)

Diferentemente dos municípios de Belo Horizonte e Manaus, Porto Alegre possui quatro estabelecimentos de saúde que ofertam procedimentos do Processo Transexualizador no SUS. Desses estabelecimentos, três não estão habilitados e ofertam serviços na modalidade ambulatorial e um deles está habilitado e oferta procedimentos nas modalidades ambulatorial e hospitalar. Este último será apresentado primeiramente dada sua relevância para esta pesquisa e para o histórico do Processo Transexualizador no SUS.

O Programa Transdisciplinar de Identidade de Gênero (Protig) surgiu em 1998 no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, com o nome de Programa de Transtornos de Identidade de Gênero. O Protig foi inaugurado após a primeira regulamentação pelo CFM do Processo Transexualizador (CFM-BRASIL, 1997), a qual contou com a participação do professor Walter Koff como consultor (LOBATO, 2021). O Programa é ofertado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, que possui atividades ambulatoriais (atenção básica, média complexidade e alta complexidade) e hospitalares (média e alta complexidade) (CNES, 2023). O Hospital é de gestão municipal, mas o aporte de recursos é federal, uma vez que o serviço possui habilitação

pelo Ministério da Saúde, ou seja, recebe recursos pelos procedimentos realizados de acordo com a tabela de procedimentos remunerados do SUS. O Hospital de Clínicas está localizado no bairro Santa Cecília, que fica a cerca de 3km do centro de Porto Alegre. O atendimento do Protig funciona nas segundas-feiras das 8h30 às 11h30 e as cirurgias são realizadas na primeira segunda-feira de cada mês, na parte da manhã e da tarde. Desde sua criação, o Programa já avaliou mais de mil pacientes, tendo realizado cirurgias em mais de trezentos. Atualmente, possui cerca de 200 pacientes de assistência continuada. No ano 2000, após completar dois anos de acompanhamento dos primeiros pacientes, o Protig se deparou com a indisponibilidade do SUS em custear a realização de cirurgias pelo serviço. Neste contexto, o Programa procurou o Ministério Público Federal, pleiteando o financiamento dos procedimentos pelo SUS, numa longa trajetória judicial já descrita no capítulo anterior. Inicialmente, conseguiram um convênio com o estado do Rio Grande do Sul para a realização das cirurgias, mas estavam limitados a 24 cirurgias por ano (12 para homens e 12 para mulheres). Desde as primeiras portarias do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008a; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008b), o estabelecimento foi habilitado para o Processo Transexualizador.

Novamente, antes de adentrar nas particularidades do Hospital de Clínicas quanto ao fluxo assistencial, é importante trazer à tona algumas de singularidades históricas. O Protig é o serviço público pioneiro na oferta do Processo Transexualizador e sua história está entrelaçada ao desenvolvimento dessa política pública no SUS. A mudança do nome do Programa de “Transtorno” para “Transdisciplinar” não é apenas simbólica, pois representa uma mudança de olhar sobre a transexualidade e a travestilidade pelos serviços de saúde. O Processo Transexualizador em Porto Alegre surgiu a partir de uma iniciativa dos profissionais de saúde, em um momento bastante diferente de organização dos movimentos sociais em relação aos outros dois municípios estudados. Boa parte dos profissionais de saúde que estiveram presentes no surgimento do Protig permaneceram no serviço desde a sua fundação por longo período e puderam vivenciar a mudança de paradigmas sobre este tema na área da saúde (LOBATO, 2021). O Protig não é um simples fruto da criação do Processo Transexualizador no SUS, mas é um dos atores que contribuiu ativamente para o seu desenvolvimento, por meio do conhecimento gerado acerca do tema, mesmo antes da sua regulamentação no SUS e, também, pela sua atuação na esfera judicial. Em entrevista, a coordenadora do Programa relatou que o serviço foi ganhando relevância, de modo que não precisasse mais competir com outros serviços do Hospital de Clínicas e passasse a ter seu próprio espaço, tornando-se uma referência na América Latina (LOBATO, 2021).

O contexto de surgimento do Protig também deve ser analisado sob outra perspectiva. Considerando-se seu momento de surgimento histórico, há relatos — coletados em entrevistas — de que os serviços inicialmente reforçavam a lógica binária e patologizante sobre as pessoas trans e travestis, exigindo a reprodução de estereótipos de gênero para que fosse possível acessar os procedimentos ofertados. O surgimento e manutenção do Protig, vinculado ao departamento de psiquiatria do Hospital, pode ser lido como uma questão controversa. Por um lado, a literatura e os movimentos sociais alegam que essa vinculação do Processo Transexualizador à psiquiatria reitera o entendimento que vêm sendo desconstruído da transexualidade e da travestilidade enquanto um transtorno mental (LIONÇO, 2009; ROCON; SODRÉ; RODRIGUES, 2016). Por outro lado, a coordenadora do serviço alega que a psiquiatria é uma das vanguardistas na área da saúde em tratar a transexualidade e que, os avanços vivenciados atualmente na classificação da CID, por exemplo, foram capitaneado internacionalmente por este grupo. Logo, em sua visão, o estigma está mais relacionado a ser considerado um paciente psiquiátrico do que à presença no departamento médico ao qual a transexualidade e a travestilidade estão vinculadas.

Analisando-se também os relatos de profissionais de saúde que atuam no serviço — coletados em entrevistas e em referências bibliográficas (LOBATO, 2021; SILVEIRA, 2021) — é perceptível como o olhar sobre a saúde integral dos usuários do serviço foi evoluindo junto com sua implementação. O tensionamento das relações entre os usuários e os profissionais de saúde, por vezes insatisfeitos com serviço ou na busca por melhorias no seu funcionamento, não pode ser descartado como um dos elementos fundamentais para que houvesse uma mudança de perspectiva. Atualmente, na avaliação dos pacientes participantes da pesquisa, boa parte desses entraves foram superados e não se faz mais uma realidade tão presente. Durante a entrevista com a coordenadora do Protig, surgiram aspectos polêmicos sobre o Processo Transexualizador, como a classificação no CID e a exigência de diagnóstico. De acordo com a médica, ambos são elementos formais para a prestação do serviço e que não geram impactos sobre os procedimentos ofertados aos pacientes, entretanto são fundamentais para que se garanta assistência adequada aos pacientes. Ambos são preconizados pelas normativas nacionais que tratam do tema e garantem maior segurança para a realização de procedimentos que possuem grande impacto sobre a vida dos pacientes e são irreversíveis, segundo a coordenadora.

Os procedimentos cirúrgicos são mais restritos e possuem maior grau de complexidade, o que torna seu acesso igualmente mais complexo quando comparado aos procedimentos de nível ambulatorial. A coordenadora do Protig acredita que, dentre os cinco

hospitais habilitados a nível hospitalar atualmente, apenas o de Porto Alegre e o de São Paulo estão operando ativamente. Por consequência, o serviço estaria frequentemente sobrecarregado e com uma fila de espera grande (cerca de 655 encaminhamentos aguardando primeira consulta¹⁶), de modo a manter pacientes aguardando para realizar cirurgias por três ou quatro anos, após concluírem o acompanhamento obrigatório inicialmente. Dado o contexto, foi necessário limitar o acesso ao serviço, principalmente de pacientes vindos de outros estados. Atualmente, o serviço só atende pacientes da região sul e cogita diminuir o número de novos pacientes para que não se precise aguardar tanto tempo para realização da cirurgia, após já terem passado por todas as etapas necessárias. No Protig se preza pelo estreitamento das relações entre a equipe de saúde e o paciente, devendo o acompanhamento durante os dois anos ser feito pela equipe do Hospital de Clínicas, o que inviabilizaria ou dificultaria o atendimento de pacientes oriundos de regiões mais distantes. Todos os procedimentos previstos no Anexo 1 do Anexo XXI da Portaria de Consolidação GM/MS Nº 2/2017 são ofertados na unidade, com exceção da Neofaloplastia.

Para além do Hospital de Clínicas, o município de Porto Alegre também possui mais três unidades que ofertam o Processo Transexualizador em nível ambulatorial. Um deles localizado no centro histórico da cidade, outro no bairro Restinga (a 22,5km do centro da cidade) e outro no bairro Cristo Redentor (a 9km do centro). Os dois primeiros são serviços municipais custeados com recursos do próprio município e, o último, um serviço ofertado pelo Grupo Hospitalar Conceição - GHC (SES/RS, 2022). Neste trabalho, participaram pacientes apenas do primeiro serviço mencionado que, dessa forma, será apresentado de forma brevemente mais detalhada. Diferentemente de outros locais do estado, o Processo Transexualizador no município de Porto Alegre está vinculado à Atenção Primária e não à Atenção Especializada. O serviço começou a ser ofertado em 2019 no Posto de Saúde Modelo, a cerca de 3km do centro do município (COELHO, 2019). Com o passar do tempo, o serviço foi sendo ampliado e, em 2022, transferido para o Centro de Saúde Santa Marta (CONTE, 2022b). Em agosto de 2022, o Posto Modelo realizava cerca de 80 atendimentos por mês (CONTE, 2022a). Já na nova localização, o serviço ganhou novas salas e passou a realizar atendimentos de segunda a sexta-feira das 13h00 às 19h00 (CONTE, 2022b). Um dos ganhos importantes do serviço foi a dispensação de medicamentos (incluindo hormônios)

¹⁶Informação fornecida por e-mail pela Divisão de Políticas de Promoção da Equidade - Saúde LGBT do Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul em 31 de janeiro de 2023.

diariamente aos pacientes (CONTE, 2022b). O acesso à unidade é exclusivo para pessoas residentes de Porto Alegre (SES/RS, 2022; CONTE, 2022b) A equipe do ambulatório é “composta por três médicos, duas assistentes sociais, enfermeira, técnico de enfermagem e psicólogo. Além disso, haverá suporte de nutricionista e farmacêutico” (CONTE, 2022b). O agendamento para atendimento para consultas pode ser feito por *WhatsApp* ou por demanda espontânea (CONTE, 2022b).

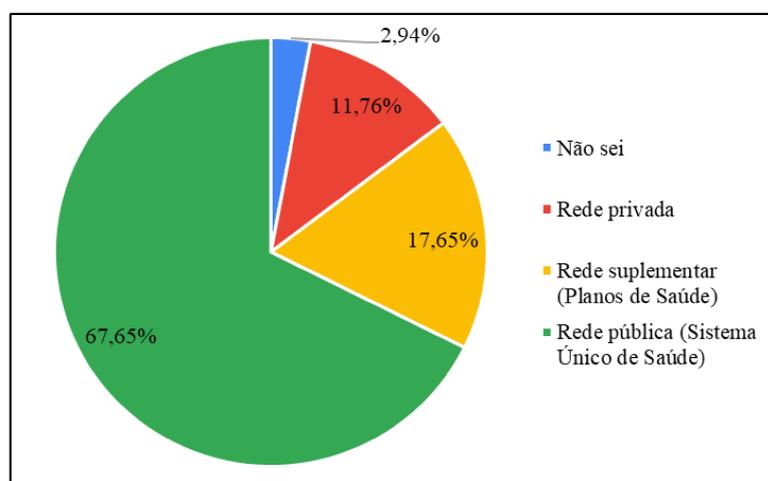
5.2 Gaps de implementação e barreiras de acesso

Esta seção descreve as principais barreiras emergentes durante o processo de implementação do Processo Transexualizador no SUS. Destaca-se que o processo de implementação da política é altamente dinâmico (LOTTA, 2019), portanto os obstáculos aqui identificados interagem constantemente com aqueles identificados nas demais dimensões de análise desta pesquisa, bem como relacionam-se entre si dentro desta mesma dimensão. As barreiras relacionadas à atuação dos profissionais de saúde serão melhor apresentadas na última seção deste capítulo. A fim de introduzir os principais agrupamentos das barreiras operativas, serão apresentados alguns dados e informações gerais sobre o acesso ao serviço de saúde e ao Processo Transexualizador pelos participantes da pesquisa.

Conforme apresentado pela Tabela 1, no total, 34 respostas ao formulário online e ao questionário sociométrico foram utilizadas para estas análises, somadas às entrevistas realizadas. Deste total, 12 são residentes do Amazonas, sendo que seis vinham acessando ou acessaram de forma continuada o Processo Transexualizador e seis não acessaram ou tiveram o acesso interrompido. Todas as pessoas que acessaram o Processo Transexualizador neste estado o fizeram pelo Ambulatório de Diversidade Sexual e Gêneros da Policlínica PAM/Codajás. Em Minas Gerais, 13 respostas foram analisadas, das quais cinco são referentes a pessoas que vinham acessando ou acessaram de forma continuada o Processo Transexualizador no SUS e oito não acessaram ou tiveram o acesso interrompido. Todos os acessos em Minas Gerais se deram pelo Ambulatório Trans Anyky Lima, do Hospital Eduardo de Menezes. Por fim, dentre o total de nove respondentes do Rio Grande do Sul, cinco pessoas vinham acessando ou acessaram de forma continuada o Processo Transexualizador no SUS e quatro tiveram o acesso interrompido. Daqueles que acessaram neste último estado, três o fizeram pelo Protig, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, e dois pelo Posto de Saúde Santa Marta, que anteriormente estava alocado no Posto de Saúde Modelo.

Dentre os respondentes, apenas 29,41% possuem Plano de Saúde e, como aponta o Gráfico 1, para 67,65% dos participantes a rede pública é a que eles utilizam com maior frequência. No que se refere ao Processo Transexualizador, especificamente, o acesso pela rede pública é ainda mais expressivo. Dentre aqueles que acessam ou acessaram de forma continuada, 100% o fizeram majoritariamente pelo SUS e apenas um respondente teve o primeiro acesso pelo plano de saúde.

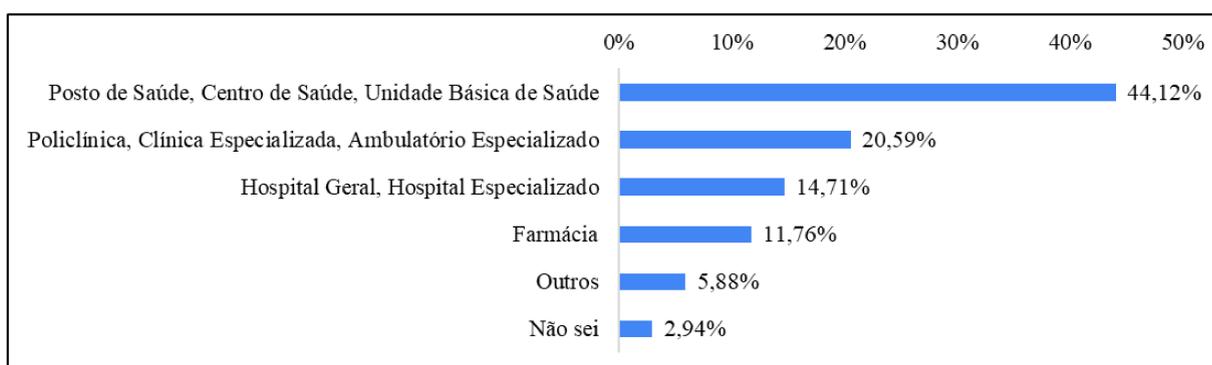
Gráfico 1 — Proporção de respondentes de acordo com a rede de saúde que utilizam com maior frequência



Fonte: Elaborado pelo autor.

Os principais estabelecimentos de saúde frequentados são os da Atenção Primária à Saúde, de acordo com o Gráfico 2, o que reforça a importância desta parte da rede de atenção à saúde enquanto porta de entrada para os demais serviços, dentre ele o Processo Transexualizador, e a principal responsável pela assistência continuada e integral à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a). O principal motivo para acesso ao serviço de saúde é o monitoramento e acompanhamento das condições de saúde (32,35%), o que comumente é feito na Atenção Primária e também justifica o maior acesso dos respondentes a estes estabelecimentos. A maior parte dos respondentes (55,88%) acessa serviços de saúde ao menos uma vez a cada três meses, logo trata-se de uma política pública acessada com razoável frequência e um espaço de socialização importante para o grupo pesquisado.

Gráfico 2 — Distribuição dos respondentes pelo principal estabelecimento de saúde que costumam frequentar



Fonte: Elaborada pelo autor.

A Tabela 3 apresenta os principais motivos pelos quais os respondentes não acessaram o Processo Transexualizador por estado. Importante lembrar que aqueles que não acessaram o Processo Transexualizador por desinteresse pessoal foram excluídos da pesquisa. Os dados desta tabela serão melhor destrinchados nas subseções seguintes, mas a falta de recursos para acessar à política pública merece destaque como o motivo mais citado dentre os respondentes. Houve também uma variação importante entre a frequência dos motivos em cada um dos três estados.

Tabela 3 — Motivos pelos quais os respondentes não acessaram o Processo Transexualizador¹⁷

Motivo	Amazonas (AM)	Minas Gerais (MG)	Rio Grande do Sul (RS)	Total Geral
Não tenho recursos para arcar com os custos dos serviços, procedimentos, tratamentos etc. que gostaria de acessar	66,67%	50,00%	25,00%	45,45%
Tenho receio de sofrer preconceito ou discriminação dos profissionais de saúde ao tentar acessar algum dos serviços, procedimentos, práticas etc. do Processo Transexualizador	33,33%	50,00%	25,00%	36,36%

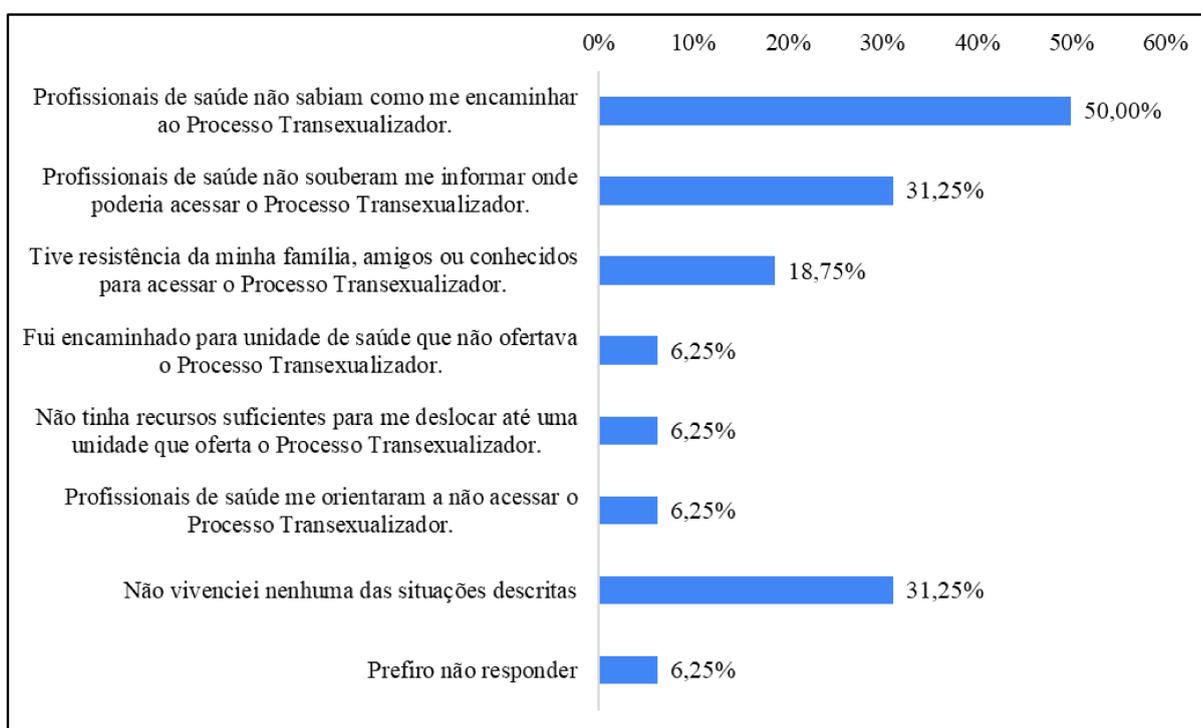
¹⁷Alguns respondentes marcaram que haviam acessado o Processo Transexualizador, contudo durante a entrevista identificou-se que a marcação havia sido equivocada. Exemplo: respondentes que fazem uso de hormônios sem acompanhamento médico marcaram que acessavam o Processo Transexualizador no SUS. Neste caso, durante o tratamento dos dados, esses respondentes foram incluídos no grupo que não acessa o Processo Transexualizador. A pergunta sobre o motivo do não acesso ao Processo Transexualizador, entretanto, era exclusiva para os respondentes que tivessem marcado antes que não acessaram o Processo Transexualizador, por isso o número de respondentes total desta tabela (11) é menor que o número de respondentes do grupo que não acessa ou teve o acesso ao Processo Transexualizador no SUS interrompido (18).

Motivo	Amazonas (AM)	Minas Gerais (MG)	Rio Grande do Sul (RS)	Total Geral
Tempo de espera para acessar os os serviços, procedimentos, práticas etc. do Processo Transexualizador é muito longo	66,67%	50,00%	0,00%	36,36%
Não sei como acessar os serviço, procedimento, prática etc. do Processo Transexualizador	33,33%	50,00%	0,00%	27,27%
Não sei onde são ofertados os os serviços, procedimentos, práticas etc. do Processo Transexualizador	33,33%	50,00%	0,00%	27,27%
Os serviços, procedimentos, práticas etc. do Processo Transexualizador não são ofertados em minha cidade	0,00%	50,00%	25,00%	27,27%
Tenho receio de sofrer preconceito ou discriminação ao passar por algum serviço, procedimento, prática etc. do Processo Transexualizador	0,00%	50,00%	0,00%	18,18%
Não conheço os serviços, procedimentos, práticas etc. ofertados	33,33%	25,00%	0,00%	18,18%
Fui recomendado(a/e) por algum profissional de saúde a não acessar o Processo Transexualizador	0,00%	25,00%	0,00%	9,09%
Outros	66,67%	25,00%	50,00%	45,45%

Fonte: Elaborada pelo autor.

Assim como a Tabela 3, o Gráfico 3 e a Tabela 4 serão tratados de forma mais detalhada nas próximas subseções. O Gráfico 3 aponta para um problema importante de que uma das principais barreiras para o primeiro acesso ao Processo Transexualizador está relacionado à falta de informação dos profissionais de saúde. A Tabela 5, por sua vez, aponta para desafios que podem prejudicar a adesão dos pacientes ao Processo Trasexualizador após o primeiro acesso.

Gráfico 3 — Distribuição dos respondentes por situações vivenciadas para ter o primeiro acesso ao Processo Transexualizador



Fonte: Elaborado pelo autor.

Tabela 4 — Distribuição dos respondentes por situação vivenciada após acessar o Processo Transexualizador

Situações vivenciadas	Proporção de respondentes
Tive que comprar hormônios ou medicamentos do Processo Transexualizador com meus próprios recursos pois não eram ofertados no SUS.	68,80%
Desrespeitaram meu nome social.	50,00%
Sofri preconceito da minha família, amigos ou conhecidos após acessar o Processo Transexualizador.	25,00%
Tive de comprar hormônios ou medicamentos do Processo Transexualizador com meus próprios recursos pois estavam em falta no SUS.	18,80%
Tive que interromper algum tratamento ou procedimento de saúde por falta de profissionais, insumos ou medicamentos adequados ao Processo Transexualizador.	18,80%
Tive de mentir ou omitir alguma informação para acessar algum procedimento do Processo Transexualizador.	12,50%
Tive de orientar o profissional de saúde do Processo Transexualizador sobre meus cuidados de saúde como pessoa trans ou travesti.	12,50%
Tive fingir algum tipo de comportamento que reforça estereótipo de gênero para acessar algum procedimento do Processo Transexualizador.	12,50%
Sofri agressão (física, sexual, verbal ou psicológica etc.) após acessar o Processo Transexualizador.	12,50%
Fui expulso(a/e) de casa após acessar o Processo Transexualizador.	6,30%

Situações vivenciadas	Proporção de respondentes
Fui expulso(a/e) de locais públicos após acessar o Processo Transexualizador.	6,30%
Me negaram algum procedimento de saúde do Processo Transexualizador que eu sabia que era ofertado em outra unidade.	6,30%
Não tinha disponibilidade para acessar a unidade que oferta o Processo Transexualizador no seu horário de funcionamento.	6,30%
Não tive recursos suficientes para me deslocar até uma unidade que oferta o Processo Transexualizador.	6,30%
Perdi meu emprego após acessar o Processo Transexualizador.	6,30%
Outros	6,30%
Não vivenciei nenhuma das situações descritas	6,30%

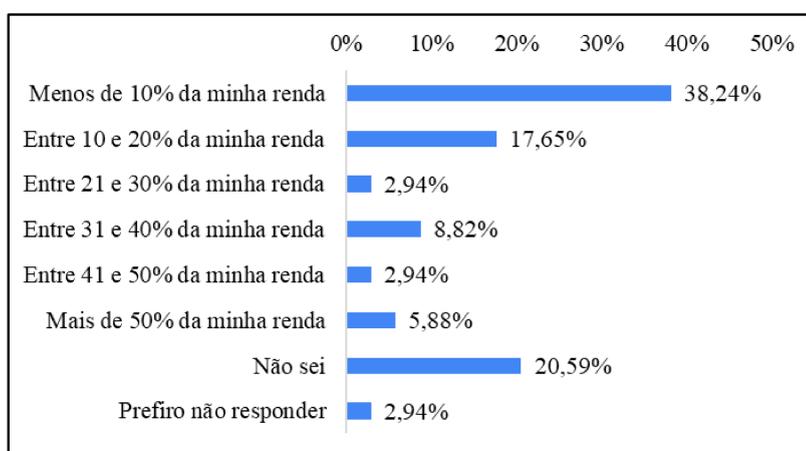
Fonte: Elaborada pelo autor.

5.2.1 Custos

O primeiro agrupamento de barreiras operativas do Processo Transexualizador são os custos financeiros. Embora os serviços estabelecidos por esta política pública, como qualquer serviço do SUS, sejam ofertados gratuitamente, existem custos implícitos (transporte, horas de trabalho, alimentação) para que seja possível acessá-los e custos de procedimentos ou insumos de saúde que não são cobertos pela rede pública. Para 45,45% dos respondentes que não acessam o Processo Transexualizador (Tabela 3), a falta de recursos é um dos motivos do não acesso. 6,25% dos respondentes não tiveram recursos suficientes para, sequer, se deslocar até o estabelecimento de saúde no seu primeiro acesso ao serviço (Gráfico 3) e 6,30% após o primeiro acesso (Tabela 4). Essa disponibilidade de “gastos implícitos” para acesso à política é relevante, visto que, de acordo com os dados coletados, 37,5% dos respondentes frequentam o estabelecimento de referência do Processo Transexualizador bimestralmente ou com frequência maior. Ademais, boa parte dos respondentes não residem em cidades que possuem estabelecimentos que ofertam o Processo Transexualizador (Tabela 6), o que pode tornar os custos de acesso ainda maiores, pois, ainda que consiga o tratamento fora do domicílio, o respondente pode precisar arcar com alimentação, por exemplo.

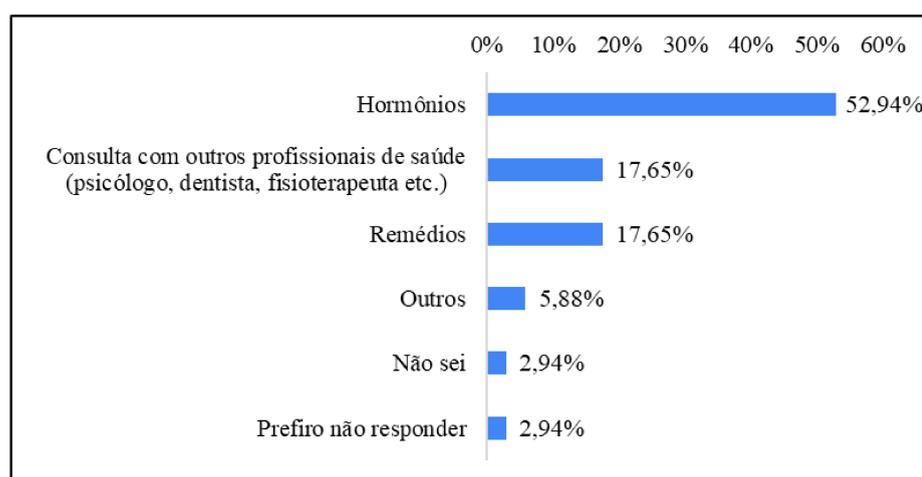
De acordo com os dados coletados (excluídos os que não sabem ou preferiram não responder), metade dos respondentes gasta menos de 10% da renda individual com saúde, contudo a outra metade gasta 10% ou mais da sua renda individual (Gráfico 4). O principal gasto com saúde pelos participantes se dá com a compra de hormônios (Gráfico 5). Quase 70% dos participantes tiveram que comprar hormônios ou insumos com recursos próprios, pois não eram ofertados no SUS, e 18,80% porque estavam em falta (Tabela 4).

Gráfico 4 — Distribuição dos respondentes pela parcela da renda individual que costumam gastar com saúde



Fonte: Elaborado pelo autor.

Gráfico 5 — Distribuição dos respondentes pelo principal gasto com saúde



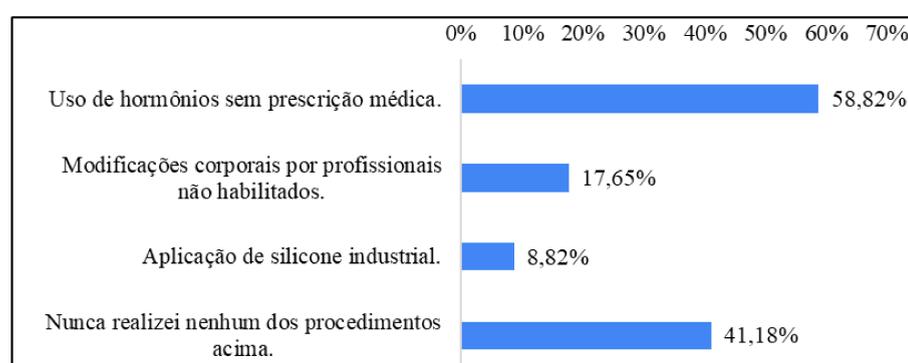
Fonte: Elaborado pelo autor.

Os custos para acessar o serviço associados à indisponibilidade de procedimentos ou insumos pode dificultar a adesão e facilitar o acesso clandestino. De acordo com o coordenador do Ambulatório Trans de BH, o custo mensal de estrogênio pode variar entre R\$ 120,00 a R\$ 150,00, já um anticoncepcional feminino pode custar menos de R\$ 20,00. O custo (financeiro e não monetário) de deslocamento até a unidade para pegar a prescrição médica, somado ao custo de aquisição do hormônio recomendado, supera significativamente o uso do hormônio sintético disponível nos anticoncepcionais, por exemplo, o que torna esta última opção mais viável para parte dos pacientes, ainda que ofereça riscos à saúde.

5.2.2 Oferta de procedimentos

A falta de procedimentos e insumos ofertados no SUS não necessariamente impede que os usuários busquem o acesso aos procedimentos desejados por meios alternativos. 18,80% dos respondentes precisaram interromper algum tratamento ou procedimento do Processo Transexualizador por falta de profissionais, medicamentos ou insumos (Tabela 4). Quase 60% dos respondentes já acessaram algum procedimento sem o acompanhamento de um profissional de saúde habilitado, o que implica riscos à sua saúde (Gráfico 7). O uso de hormônios sem acompanhamento médico pode gerar complicações de saúde como trombozes. Já o uso de silicone industrial pode gerar infecções generalizadas (SIMPSON, 2015; ROCON *et al.*, 2019; COLEMAN *et al.*, 2022). Os meios de acesso alternativo pelos respondentes também não se dão de forma expressiva pela rede suplementar ou privada, visto que quase 70% não acessou nenhum procedimento por essas redes. Além dos custos financeiros que tornam estas redes inacessíveis para boa parte dos usuários, houve relatos frequentes sobre dificuldade de acessar procedimentos do Processo Transexualizador por elas, seja por despreparo dos profissionais de saúde ou por burocracias internas que geram grandes obstáculos. Logo, o principal caminho alternativo de acesso é clandestino e, conseqüentemente, gera-se grandes riscos de ocasionar problemas de saúde pública, visto que, em caso de complicações, o SUS precisará prestar assistência a essas pessoas.

Gráfico 6 — Proporção de respondentes por procedimentos realizados sem o acompanhamento de um profissional de saúde habilitado



Fonte: Elaborado pelo autor.

A partir das entrevistas, é possível inferir que a falta de procedimentos ou insumos ofertados em um estabelecimento de referência do Processo Transexualizador desestimula o

acesso pelos pacientes, considerando-se até mesmo as barreiras impostas pelos custos, apresentada na subseção anterior. Considerando-se a lógica de hierarquização do SUS, é natural que um estabelecimento de saúde não seja capaz de ofertar todos os procedimentos do Processo Transexualizador, sobretudo os cirúrgicos. Contudo a falta de perspectiva sobre como acessá-los na rede pública acaba tornando-o pouco atrativo. A maior parte dos procedimentos que os respondentes desejam acessar são procedimentos cirúrgicos (Gráfico 7). Ao se calcular a mediana do número de procedimentos que os respondentes ainda não acessaram, mas desejam acessar, não houve uma diferença grande pelos diferentes níveis de acesso. Para os respondentes que acessam o Processo Transexualizador no SUS, a mediana foi de 2 procedimentos e, para os que não acessam, a mediana foi de 2,5. Possivelmente, esta diferença de 0,5 é representada por procedimentos de nível ambulatorial que são disponibilizados para a maior parte dos respondentes que acessam a política, como tratamento hormonal (ainda que sem a dispensação de hormônios, conforme previsto na Portaria do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a)), mas que é significativamente demandada por aqueles que ainda não acessam.

Gráfico 7 — Distribuição dos respondentes por procedimentos que ainda não acessaram, mas têm interesse de acessar



Fonte: Elaborado pelo autor.

Mesmo no caso dos que acessam o Processo Transexualizador, é possível identificar falhas nos serviços ofertados, conforme apresentado na Tabela 5. Em nenhum dos estados a proporção de respondentes que acessa acompanhamento clínico ultrapassou 50%. Provavelmente, parte dos respondentes não compreende exatamente o que significa o acompanhamento clínico (embora houvesse descrição de todos os procedimentos no formulário), contudo ao indicarem que não acessam o procedimento é possível que não esteja havendo um acompanhamento clínico para além do tratamento hormonal, como assistência de outros profissionais, como psicólogos, assistentes sociais e especialidades médicas que não estejam envolvidas na hormonioterapia. O acompanhamento clínico é um elemento fundamental para a assistência integral à saúde das pessoas trans e travestis e é o único procedimento remunerado do SUS para equipes multiprofissionais, visto que o atendimento

psicoterapêutico não está previsto de forma individualizada na Portaria do Ministério (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a). Os dados apresentados reiteram a demanda por uma ampliação generalizada da oferta de procedimentos do Processo Transexualizador no SUS.

Tabela 5 — Distribuição dos respondentes por procedimentos do Processo Transexualizador acessados pelo SUS por estado

Procedimento	Amazonas (AM)	Minas Gerais (MG)	Rio Grande do Sul (RS)	Total
Tratamento hormonal	83,33%	80,00%	100,00%	87,50%
Acompanhamento psicoterapêutico	66,67%	40,00%	80,00%	62,50%
Acompanhamento exclusivamente clínico	50,00%	20,00%	40,00%	37,50%
Acompanhamento pré e pós-operatórios	33,33%	0,00%	60,00%	31,25%
Tratamento hormonal preparatório para cirurgia de redesignação sexual	0,00%	0,00%	40,00%	12,50%
Cirurgias complementares de redesignação sexual	0,00%	0,00%	20,00%	6,25%
Histerectomia c/ anexectomia bilateral e colpectomia	0,00%	0,00%	20,00%	6,25%
Redesignação sexual no sexo feminino	0,00%	0,00%	20,00%	6,25%
Redesignação sexual no sexo masculino	0,00%	0,00%	20,00%	6,25%

Fonte: Elaborada pelo autor.

5.2.3 Localização geográfica

No capítulo anterior, a distribuição e o quantitativo de estabelecimentos que ofertam o Processo Transexualizador foram apresentados como uma barreira institucional, relacionada ao desenho da política. Neste caso, há um exemplo nítido de como as barreiras institucionais podem ser reforçadas durante o processo de implementação da política. A Tabela 6 apresenta o número de respondentes por município de residência, de modo que dentre as localidades listadas apenas Manaus, Belo Horizonte, Porto Alegre e Novo Hamburgo ofertam serviços do Processo Transexualizador.

Tabela 6 — Número de respondentes por município por nível de acesso

Município	Acessa ou acessou de forma continuada	Não acessa ou teve o acesso interrompido	Total
Amazonas (AM)	6	6	12
Manaus	6	4	10
Parintins		1	1
Tabatinga		1	1
Minas Gerais (MG)	5	8	13
Antônio Carlos	1		1
Barão de Cocais		2	2
Belo Horizonte	3	1	4
Lagoa Santa		1	1
Patrocínio		1	1
Pouso Alegre	1		1
Santa Luzia		1	1
São João del-Rei		1	1
Visconde do Rio Branco		1	1
Rio Grande do Sul (RS)	5	4	9
Alvorada	1		1
Balneário Pinhal		1	1
Novo Hamburgo	1		1
Porto Alegre	3	3	6
Total	16	18	34

Fonte: Elaborada pelo autor.

Entre os respondentes, somente 38,23% residem em uma cidade que oferta o Processo Transexualizador no SUS. Em todos os estados, a proporção de respondentes que residem em cidades que ofertam o Processo Transexualizador é maior entre os que já acessam a política do que os que não acessam. No Amazonas, 100% dos respondentes acessam o serviço na cidade que residem, já em Minas Gerais e no Rio Grande do Sul essa proporção é de 60%. Reitera-se que, embora a localização do serviço possa ser superada com mecanismos disponíveis no próprio SUS, esses mecanismos estão condicionados às pactuações entre os municípios e estados e nem sempre são facilmente acessadas. De acordo com a Tabela 3, a falta de oferta dos serviços na cidade de residência também foi considerada um fator para o não acesso ao Processo Transexualizador.

Para além da localização entre os municípios, a localização geográfica do serviço no próprio município é um aspecto importante de análise, haja visto seu impacto sobre o acesso dos usuários. Dependendo de onde o serviço está instalado, podem haver “barreiras geográficas” que dificultem ou impeçam seu acesso, por meio de um maior custo (monetário e

não monetário) de circulação (UNGLERT; ROSENBERG; JUNQUEIRA, 1987). A localização do Ambulatório Trans de Belo Horizonte é bastante ilustrativa para essa discussão. Conforme descrito, o Hospital Eduardo de Menezes fica a aproximadamente 19km do centro da cidade e o deslocamento do centro até o estabelecimento leva cerca de 1h no transporte público, tempo este que é ampliado para regiões mais distantes e com menor disponibilidade de transporte público. Durante as entrevistas, profissionais de saúde e usuários relataram a localização como um dificultador para o acesso. Alguns usuários manifestaram insegurança em se deslocar até a unidade, pelo desconhecimento sobre a região e por considerarem um local vulnerável a furtos e roubos. Importante ressaltar que este é o único estabelecimento que oferta o Processo Transexualizador pelo SUS em Belo Horizonte. Dessa mesma forma, Manaus também possui apenas um estabelecimento, mas que está localizado em uma região mais central. Porto Alegre possui estabelecimentos mais capilarizados no município, sendo dois localizados na região central e dois mais afastados.

A experiência do Rio Grande do Sul em descentralizar parte do Processo Transexualizador para os estabelecimentos de saúde da Atenção Primária pode ser considerada exitosa para superar barreiras de acesso relacionadas à localização geográfica, considerando-se a capilaridade dessa rede em comparação à rede da Atenção Especializada. A realização de consultas por telemedicina, conforme iniciativa realizada pontualmente pelo serviço de Manaus, também deve ser vista como uma alternativa importante para superação desta barreira.

5.2.4 Dias e horários de funcionamento

Os dias e horários de funcionamento do serviço também estão relacionados à sua disponibilidade. Em Manaus, o serviço está disponível por 50h semanais (todos os dias úteis de 7h00 às 17h00). No Posto de Saúde Santa Marta de Porto Alegre, o serviço está disponível por 30h semanais (todos os dias úteis das 13h00 às 19h00), já no Protig o atendimento está disponível por 3h semanais (às segundas-feiras das 8h30 às 11h30). Em Belo Horizonte, o serviço está disponível por 10h semanais (às quintas-feiras das 7h30 às 17h30). Em entrevista, os respondentes relataram dificuldade para ter o primeiro acesso aos serviços com menor disponibilidade semanal, o que também pode ser identificado na Tabela 8. Há que se considerar ainda que parte dos procedimentos do Processo Transexualizador, sobretudo os de nível ambulatorial, demandam acesso continuado e que a indisponibilidade do serviço pode dificultar a adesão ao serviço, o que aparece como um dos fatores vivenciados pelos

respondentes na Tabela 4. Para além da disponibilidade de horas totais em uma semana, a restrição de oferta dos serviços a dias da semana ou horários específicos pode ser identificada como uma barreira (HINO, 2017). A oferta dos serviços em dias e horários alternativos, tais como horários noturnos (como é realizado no Posto de Saúde Santa Marta) e aos fins de semana, podem facilitar o acesso aos serviços para grupos específicos.

5.2.5 Regulação do serviço

A regulação do acesso aos serviços de saúde é um importante instrumento para fins de planejamento e organização das políticas de saúde, bem como para garantia da equidade no seu acesso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). A regulação, de certo modo, reduz a possibilidade de adoção das práticas de racionamento pelos burocratas do nível de rua, por meio de filas ou listas de espera que podem produzir desigualdades no acesso (LIPSKY, 2019). Não se pretende aqui desconstruir ou minimizar a importância e os avanços que a regulação assistencial trouxe ao SUS, mas apresentar barreiras que surgem a partir dessa forma de organização da política. A Portaria de Consolidação nº 2/2017 estabelece o acesso regulado ao atendimento especializado do Processo Transexualizador, de forma que o encaminhamento do paciente aos serviços especializados deva se dar por meio dos sistemas de regulação e esteja condicionado às pactuações entre os entes federados. A autonomia dada aos entes federados sem o apoio ou orientação pelo Ministério da Saúde gera prejuízos à oferta regionalizada do Processo Transexualizador, que fica condicionada à vontade do gestor em implantar o serviço localmente ou pactuar a transferência de recursos com seus vizinhos. Na prática, o que se nota é uma desassistência de parte dos usuários que residem em municípios que não ofertam o Processo Transexualizador por diversos fatores, dentre eles a inexistência de pactuação para o encaminhamento a outro município.

Além do aspecto regional da oferta do serviço, existe um aspecto mais burocrático para o acesso de um serviço regulado. A Tabela 7 demonstra que boa parte dos pacientes não chegam até o serviço pelo fluxo estabelecido pela Portaria do Ministério (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a). Em Manaus, por exemplo, todos os usuários que acessaram o Processo Transexualizador chegaram até o serviço procurando diretamente a unidade que o oferta. Ainda que componha o fluxo do SUS, o fato de o paciente ter que procurar um estabelecimento da Atenção Primária para ser encaminhado ao serviço especializado aumenta a sua trajetória no acesso ao Processo Transexualizador e, por consequência, seu tempo de espera para acessá-lo. Importante lembrar também que a Atenção Primária à Saúde, muitas

vezes, não está preparada para o acolhimento de pessoas trans e travestis e torna-se um espaço de violência e preconceito contra esse grupo (POPADIUK; OLIVEIRA; SIGNORELLI, 2017; PEREIRA; CHAZAN, 2019; ROCON *et al.*, 2019), o que também é um fator importante nas barreiras de acesso impostas por esse fluxo de acesso regulado.

Tabela 7 — Distribuição dos respondentes pela forma como chegou até a unidade em que acessa o Processo Transexualizador na modalidade ambulatorial por estado

Como chegou à unidade	Amazonas (AM)	Minas Gerais (MG)	Rio Grande do Sul (RS)	Total
Fui diretamente à unidade.	100,00%	20,00%	60,00%	62,50%
Fui encaminhado por profissional de Posto de Saúde, Centro de Saúde ou Unidade Básica de Saúde.	0,00%	40,00%	40,00%	25,00%
Fui encaminhado por profissional da Atenção de Média ou Alta Complexidade de Saúde.	0,00%	20,00%	0,00%	6,25%
Outros.	0,00%	20,00%	0,00%	6,25%
Total Geral	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fonte: Elaborada pelo autor.

É necessário também ser realista de que, dado o volume de demanda e a disponibilidade do serviço, em alguns casos pode ser impraticável gerenciar o seu acesso sem que haja uma regulação da sua fila de acesso. Entende-se, contudo, que há caminhos para se qualificar essa regulação do acesso, tornando-a mais transparente (parte dos respondentes reclama da falta de previsibilidade sobre quando será possível acessar os procedimentos para os quais foi encaminhado) e mais acessível (o Posto de Saúde Santa Marta, por exemplo, disponibiliza a possibilidade de agendamento por *WhatsApp*, por exemplo).

5.2.6 Tempo de espera

O tempo de espera é um elemento que surge como consequência de outras barreiras já abordadas previamente, sobretudo aquelas já apresentadas sobre a baixa disponibilidade de oferta do Processo Transexualizador, entretanto optou-se por inseri-lo como uma barreira própria, pois seus efeitos extrapolam aqueles já apresentados em suas causas. Por exemplo, para mais de 35% dos respondentes, o tempo de espera muito longo foi um dos motivos para não acessar o Processo Transexualizador (Tabela 3).

A Tabela 8 apresenta o tempo de espera para o primeiro acesso do serviço a nível ambulatorial por estado. É notável que, mesmo havendo uma regulação de parte dos serviços, as experiências individuais para acesso ao Processo Transexualizador variam muito entre si, podendo demorar apenas uma semana ou até dois anos para se conseguir o primeiro acesso na rede pública. Os respondentes do Rio Grande do Sul foram os que esperaram mais tempo para acessar o Processo Transexualizador, o que está muito relacionado à fila de espera do Protig, que possui uma demanda reprimida expressiva em comparação aos demais serviços. Nos locais em que o serviço pode ser acessado diretamente na unidade e é ofertado com maior disponibilidade de dias e horários (Manaus e no Posto Santa Marta de Porto Alegre), o tempo de espera é significativamente menor, o que demonstra a interação dessa barreira com outras já abordadas. Os dois respondentes que já acessaram procedimentos cirúrgicos pelo SUS aguardaram 36 e 152 meses para ter acesso e há duas respondentes que ainda estavam na fila de espera para acesso às cirurgias durante a aplicação dos instrumentos de coleta de dados. O longo tempo de espera gera impactos importantes como a desistência dos usuários em acessarem o serviço ou o acesso aos procedimentos clandestinos em função da urgente necessidade de acesso para parte deles.

Tabela 8 — Tempo de espera em meses¹⁸ por estado para ter o primeiro acesso a nível ambulatorial do Processo Transexualizador

Estado de residência	Máximo	Mínimo	Média	Mediana
Amazonas (AM)	7	0,25	2,55	2
Minas Gerais (MG)	6	2	3,75	3,5
Rio Grande do Sul (RS)	24	1	13,6	9,5
Total	24	0,25	7,18	3

Fonte: Elaborada pelo autor.

5.2.7 Informação e conhecimento

Os dados coletados também apontam para a falta de informação e conhecimento sobre o Processo Transexualizador no SUS como uma importante barreira de acesso. A Tabela 9 demonstra que os meios de informação sobre o Processo Transexualizador são bastante difusos dada a distribuição dos dados dos respondentes. Dentre as opções com maior proporção de respondentes, três envolvem a divulgação de informação entre os vínculos

¹⁸O tempo de espera é autorreferido e pode ser diferente daqueles acompanhados pelos sistemas oficiais de informação do SUS.

sociais (profissionais de saúde, amigos e representantes dos movimentos sociais), o que reforça a importância do estudo das redes sociais enquanto objeto desta pesquisa. O Amazonas foi o único estado em que os respondentes (50%) ficaram sabendo do Processo Transexualizador por representantes dos movimentos sociais, o que reforça a descrição apresentada na seção anterior sobre a relação entre esses grupos e o serviço ofertado na cidade de Manaus.

Tabela 9 — Distribuição dos respondentes pela forma como ficou sabendo do Processo Transexualizador por estado

Modo como ficou sabendo	Amazonas (AM)	Minas Gerais (MG)	Rio Grande do Sul (RS)	Total
Fui orientado(a/e) por um profissional de saúde.	0,00%	40,00%	40,00%	25,00%
Fui orientado(a/e) por um amigo.	16,67%	20,00%	20,00%	18,75%
Fui orientado(a/e) por representantes de movimentos sociais.	50,00%	0,00%	0,00%	18,75%
Li informações na internet.	16,67%	40,00%	0,00%	18,75%
Recebi informações por notícias em veículos de comunicação.	16,67%	0,00%	20,00%	12,50%
Recebi informações por mídias sociais.	0,00%	0,00%	20,00%	6,25%
Total Geral	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fonte: Elaborada pelo autor.

De acordo com a Tabela 3, dentre os motivos pelos quais os respondentes não acessaram o Processo Transexualizador: 27,27% dos respondentes não sabem como acessar o serviço; 27,27% não sabem onde são ofertados; e 18,18% não conhece os serviços e procedimentos ofertados. Já com relação ao primeiro acesso, 50% dos respondentes relatam que vivenciaram situação em que o profissional de saúde não sabia como encaminhá-lo para o Processo Transexualizador e 31,25% tiveram a experiência com profissionais de saúde que não sabiam informá-los sobre onde poderiam acessar o serviço. Esses dados reforçam a importância dos atores sociais na disseminação de informações sobre a política pública (FELSHER *et al.*, 2021), principalmente dos profissionais de saúde, os quais serão abordados com maior profundidade na próxima seção.

5.2.8 Repercussões sociais do acesso

Por fim, uma barreira relevante está associada aos medos e incertezas das repercussões sociais que o acesso ao Processo Transexualizador pode provocar. Embora o acesso ao Processo Transexualizador seja visto pelos usuários como um elemento emancipatório que gera ganhos importantes para sua saúde física e mental, por reforçar o seu autorreconhecimento com o gênero com o qual se identificam, os procedimentos do Processo Transexualizador acarretam mudanças corporais, por exemplo, que podem intensificar os preconceitos e discriminações já vivenciados pelos usuários. Mesmo aqueles que já se reconhecem previamente como pessoas transexuais ou travestis, o acesso a essa política pública pode representar uma chancela social do seu gênero, o que instiga mais a prática de ações preconceituosas e a resistência de alguns grupos.

Durante a coleta de dados, foi perceptível como o início do acesso representa um marco para as famílias, que muitas vezes ainda estão em um processo de negação sobre a identidade de gênero dos seus familiares e se deparam em uma situação que consideram “irreversível” sobre essa identidade. Para 18,18% dos respondentes, que não acessaram o Processo Transexualizador, o receio de sofrer preconceito ou discriminação ao acessarem o serviço é um dos motivos para este não acesso (Tabela 3). 18,75% dos respondentes tiveram resistência da família, amigos ou conhecidos para que tivessem acesso ao Processo Transexualizador (Gráfico 3). A Tabela 4 apresenta diversas situações vividas pelas pessoas trans e travestis após acessarem o Processo Transexualizador que reforçam esse receio sobre possíveis repercussões sociais negativas após o acesso: 50% tiveram seu nome social desrespeitado; 25% sofreram preconceito de família, amigos ou conhecidos; 12,5% sofreram algum tipo de agressão; e 6,30% vivenciaram as seguintes situações: foram expulsos de casa; foram expulsos de locais públicos; e perderam o emprego.

Esta, provavelmente, é uma das barreiras mais difíceis de ser superada, pois envolve uma questão estrutural relacionada ao conservadorismo e patriarcado da sociedade brasileira. Há meios, contudo, para se minimizar os impactos e evitar que o acesso ao Processo Transexualizador seja um motivo de revitimização dos pacientes. Possivelmente, a construção de redes com vínculos sociais fortes pode criar um ambiente de proteção e, em certa medida, blindagem das pessoas trans e travestis aos preconceitos vivenciados, conforme já explorado em outras pesquisas (FELSHER *et al.*, 2021). Ademais, o envolvimento efetivo da família no acesso ao Processo Transexualizador pode ter ganhos importantes na formação de uma rede

de apoio (SILVEIRA, 2021), o que vem sendo realizado pelos serviços nos municípios estudados nesta pesquisa e possui avaliação positiva, contudo ainda ocorre de forma pontual, por iniciativa dos profissionais de saúde e sem uma previsão bem descrita pela Portaria do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a).

5.3 Práticas adotadas pelos profissionais de saúde

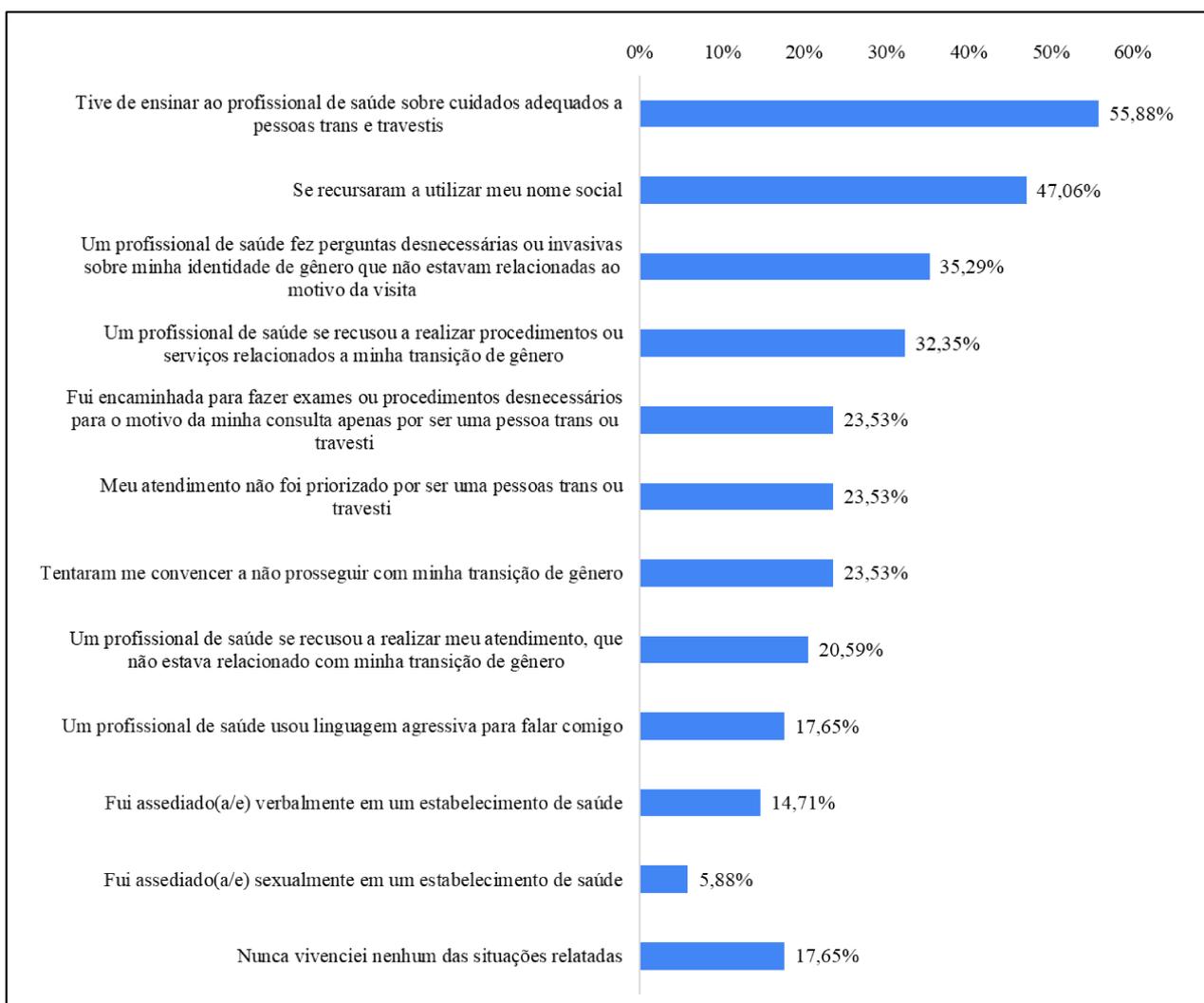
Considerando o caráter interativo da implementação das políticas públicas (LOTTA, 2019), os processos decisórios envolvidos em sua execução cotidiana (HUPE; HILL, 2006) e a autonomia e discricionariedade dos burocratas do nível de rua (LIPSKY, 2019), os profissionais de saúde ganham um papel de fundamental relevância para a produção, reprodução ou superação de barreiras de acesso. Sabe-se que a atuação desses profissionais não é um elemento que produz efeitos isolados sobre a implementação (LOTTA, 2019), mas que está em constante interação com as demais barreiras apresentadas. Entretanto, haja vista a centralidade desses atores, esta seção foi construída com foco específico neles. Pretende-se abordar as principais práticas adotadas pelos profissionais de saúde, a partir dos dados coletados junto aos participantes da pesquisa, principalmente à luz dos conceitos apresentados por Lipsky (2019).

Antes que se proceda com a análise, é pertinente destacar um dos achados deste trabalho frente às suas hipóteses previamente apresentadas. A partir do levantamento bibliográfico realizado por esta pesquisa (LIONÇO, 2009; POPADIUK; OLIVEIRA; SIGNORELLI, 2017; PEREIRA; CHAZAN, 2019; ROCON *et al.*, 2019), esperava-se chegar ao resultado de que a atuação dos profissionais de saúde gerava efeitos não esperados negativos sobre o acesso ao Processo Transexualizador no SUS. Em certa medida, esta hipótese foi validada, contudo os resultados deste estudos também apontam para uma direção distinta, de modo que as práticas adotadas pelos burocratas de rua são de fundamental importância para superação de barreiras de acesso, sobretudo daquelas analisadas na dimensão institucional. Este achado vai ao encontro do papel esperado dos burocratas do nível de rua, que devem atuar com vistas à garantia da superação de vulnerabilidades vivenciadas pelos usuários (PIRES, 2019). Deste modo, optou-se por dividir esta seção em duas partes: a primeira que aborda as práticas produtoras de desigualdade e a segunda sobre as práticas que minimizam essa desigualdade de acesso.

5.3.1 Práticas produzem e reproduzem desigualdades de acesso ao Processo Transexualizador no SUS

O Processo Transexualizador se insere no contexto das demais políticas de saúde, estando imerso nas redes de atenção à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a). Ademais, é sabido também que a forma como as pessoas transexuais e travestis são tratadas nos serviços de saúde pode gerar afastamento e evasão (LERNER; MARTIN; GORSKY, 2021). Assim, torna-se importante um olhar sistêmico sobre o acesso desses usuários ao SUS antes de se adentrar no Processo Transexualizador, com destaque para a Atenção Primária à Saúde, que pode ser uma primeira barreira para se chegar ao serviço especializado (POPADIUK; OLIVEIRA; SIGNORELLI, 2017; PEREIRA; CHAZAN, 2019; ROCON *et al.*, 2019).

Gráfico 8 — Proporção de respondentes por situação vivenciada no sistema de saúde



Fonte: Elaborado pelo autor.

As situações vivenciadas apresentadas nas perguntas que dão origem ao Gráfico 8 foram construídas com base nos relatos da literatura (POPADIUK; OLIVEIRA; SIGNORELLI, 2017; PEREIRA; CHAZAN, 2019; ROCON *et al.*, 2019; LERNER; MARTIN; GORSKY, 2021) e, principalmente, da USTS, que é considerado um censo da população trans dos Estados Unidos (JAMES, 2016). As situações vivenciadas demonstram o absoluto despreparo dos sistemas de saúde para lidar com pessoas transexuais e travestis. Destaca-se aqui as situações vividas por mais de 30% dos respondentes: tiveram que ensinar a um profissional de saúde sobre os cuidados adequados para pessoas trans e travestis; se recusaram a usar o nome social — ainda que haja uma Portaria do Ministério da Saúde que trata especificamente sobre o uso do nome social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009) — ; realização de perguntas desnecessárias ou invasivas, por profissionais de saúde que não estavam relacionadas ao motivo da visita do usuário; recusa dos profissionais a realizarem procedimentos relacionados à transição de gênero (Gráfico 8). De acordo ainda com os dados coletados, 50% dos respondentes já deixaram de acessar algum equipamento de saúde, mesmo precisando, por terem vivenciado alguma das situações relatadas no Gráfico 8. 41,18% não deixaram de acessar; 5,88% talvez deixaram de acessar; e 2,94% não souberam responder. Esses dados, corroboram achados da literatura que já haviam identificado alguns desses fatores como preditores importantes para o não acesso aos serviços de saúde por pessoas transgênero nos Estados Unidos pelo receio antecipado de serem desrespeitadas ou maltratadas (LERNER; MARTIN; GORSKY, 2021), o que também pode ser associado a um aumento do custo psicológico para acesso ao serviço (LIPSKY, 2019).

As práticas relatadas acima pelos respondentes adotadas pelos profissionais de saúde também podem ser analisadas à luz de Lipsky (2019). O encaminhamento para exames ou serviços desnecessários é uma prática de racionamento, por exemplo, que implica maiores custos de acesso ao paciente. Esta atuação também pode ser interpretada como uma prática de referência, na qual o paciente é encaminhado para outro serviço para aliviar a demanda do burocrata, sem que ele precise se recusar a atendê-lo (LIPSKY, 2019). Ainda no que se refere à prática de referência, há relatos de que, algumas vezes, os profissionais encaminham às unidades do Processo Transexualizador demandas que deveriam ser atendidas pelos próprios serviços que encaminharam o paciente e não competem ou não estão previstas nessa regulamentação da política pública de atenção especializada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a), o que gera uma sobrecarga ainda maior aos estabelecimentos que ofertam o Processo Transexualizador. A não priorização do atendimento por ser uma pessoa trans ou travesti também é uma prática de racionamento a partir da diferenciação dos usuários, por meio do

mecanismo de enviesamento do trabalho baseado em valores morais e pessoas (LIPSKY, 2019). A análise de qual prática (fixação ou diferenciação) melhor se enquadraria na situação vivenciada pelos respondentes carece de maior investigação qualitativa, o que não foi contemplado por esta pesquisa.

Os respondentes também foram perguntados sobre a sua percepção quanto aos estabelecimentos dos serviços de saúde onde ocorrem desrespeito às pessoas trans e travestis com maior frequência. Para 44,12% dos participantes, a resposta foi “Unidades da Atenção Básica à Saúde”. Novamente, os resultados encontrados reforçam as evidências da literatura (POPADIUK; OLIVEIRA; SIGNORELLI, 2017; PEREIRA; CHAZAN, 2019; ROCON *et al.*, 2019) de que a Atenção Primária à Saúde (representada na pergunta pelas Unidades Básicas de Saúde) é um ponto crítico relacionado ao despreparo dos serviços de saúde para lidar com este grupo. Importante destacar que a pergunta menciona “frequência” e não o principal local de desrespeito dos direitos da comunidade trans e travesti, logo pode haver um enviesamento da informação, uma vez que os serviços da Atenção Primária à Saúde são acessados com maior frequência pelos respondentes (Gráfico 2).

Serão retomados, em seguida, alguns dados já apresentados em gráficos e tabelas nas subseções anteriores e que se referem à atuação dos profissionais de saúde. A não recomendação por algum profissional de saúde para acesso ao Processo Transexualizador aparece entre os motivos relatados para o não acesso à política (Tabela 3). Dentre as situações vivenciadas para ter o primeiro acesso ao Processo Transexualizador estão: profissionais de saúde não sabiam como me encaminhar (50%); profissionais de saúde não souberam me informar onde acessar (31,25%); fui encaminhado para uma unidade que não oferta o Processo Transexualizador (6,25%); e profissionais de saúde me orientaram a não acessar (6,25%) (Gráfico 3).

Inicialmente, é importante destacar que a orientação de um profissional de saúde para o não acesso ao Processo Transexualizador escancara o preconceito e a discriminação vivenciada pelos usuários, bem como uma atuação irresponsável desses profissionais que, a partir da autonomia e discricionariedade a eles atribuída, se sentem confortáveis a descontrajar seus pacientes a acessarem um serviço de saúde regulamentado pelo Ministério da Saúde e pelo Conselho Federal de Medicina. Além disso, a falta de informações ou fornecimento de informações incorretas fornecidas pelos profissionais de saúde aos usuários pode ser lida como a prática de racionamento por meio da fixação dos serviços que impõe custos informacionais aos usuários (LIPSKY, 2019) e também pode gerar custos monetários e de tempo, por exemplo, o que prejudica seu acesso ao serviço.

Nesse sentido, é importante esclarecer que, de acordo com os profissionais entrevistados, não há um processo de educação continuada ou de capacitação bem estruturado para atuarem nos serviços do Processo Transexualizador. O que diferencia os profissionais de saúde que conhecem e sabem informar sobre essa política pública daqueles que não o fazem é o interesse pessoal de estudarem e se manterem informados sobre o tema, visto que não foi identificada uma estratégia organizada de disseminação desse conhecimento no SUS. Durante a coleta de dados, usuários relataram serem atendidos por profissionais que não tinham conhecimento sobre o Processo Transexualizador e se contentaram com isso, porém também mencionaram experiências exitosas de profissionais que não tinham conhecimento e não haviam trabalhado com esse grupo antes, mas se dispuseram a buscar informações para orientar seus pacientes.

Com relação às situações vivenciadas após o acesso ao Processo Transexualizador (Tabela 4), destacam-se aquelas relacionadas à atuação dos profissionais de saúde: (12,25%) tive de mentir ou omitir alguma informação para acessar algum procedimento do Processo Transexualizador; (12,25%) tive de orientar o profissional de saúde do Processo Transexualizador sobre meus cuidados de saúde como pessoa trans ou travesti; (12,25%) tive de fingir algum tipo de comportamento que reforça estereótipo de gênero para acessar algum procedimento do Processo Transexualizador; (6,3%) me negaram algum procedimento de saúde do Processo Transexualizador que eu sabia que era ofertado em outra unidade.

A omissão de informações, assim como a necessidade de fingir comportamentos, demonstram a adoção de práticas de diferenciação dos profissionais de saúde, que determinam os usuários dignos ou aptos a acessarem algum serviço a partir de seus valores pessoais (LIPSKY, 2019), o que também converge com as evidências de literatura sobre a necessidade de adoção de comportamentos estereotipados que os enquadrem como “transuais de verdade” para acesso ao processo transexualizador (LIONÇO, 2009; ROCON *et al.*, 2019). Durante entrevista, uma paciente relatou que teve acesso aos seus prontuários de atendimento no início do seu acesso ao Processo Transexualizador (ocorrido há alguns anos) e descobriu que haviam registrado que ela possuía uma “aparência bizarra”. Esse relato somado aos dados apresentados demonstram que ainda há que se evoluir, mesmo nos estabelecimentos que ofertam os serviços especializados.

Mesmo que esses dados denotem esse ponto de atenção, é necessário sinalizar que os achados dessa pesquisa se distanciam, em certa medida, dos achados encontrados em outros estudos (LIONÇO, 2009; ROCON *et al.*, 2019). Não se pretende aqui minimizar ou desqualificar as situações vivenciadas, pois, ainda que elas tenham ocorrido uma vez sequer,

são inadmissíveis e representam grave ofensa aos direitos das pessoas trans e travestis. Todavia o que se observou, em maior grau, foi uma satisfação dos usuários com o acolhimento e o tratamento dado nos estabelecimentos que ofertam o Processo Transexualizador. Muitos deles consideram esses estabelecimentos como um dos poucos locais seguros, que efetivamente os respeitam e onde funcionários estão aptos a lidarem com esse público. Há que se considerar que houve uma evolução na forma de lidar com os pacientes, sobretudo nos estabelecimentos mais antigos (SILVEIRA, 2021), portanto essas situações vivenciadas após o acesso ao Processo Transexualizador podem estar mais associada a um contexto histórico menos recente e referente ao início do seu desenvolvimento. Por fim, é necessário comparar também a frequência dessas situações vivenciadas no momento antes (Gráfico 3) e após o acesso ao Processo Transexualizador (Tabela 4), pois a menor frequência da adoção de práticas que reproduzem desigualdades — mesmo que existentes — indicam um maior preparo desses profissionais para lidar com as pessoas trans e travestis.

Algumas barreiras já descritas estão mais propriamente relacionadas ao desenho da política ou seu processo de implementação, sem uma atuação direta dos profissionais de saúde, entretanto, mesmo surgindo em outras esferas, essas barreiras podem ser reforçadas pelos burocratas do nível de rua. Por exemplo, o acesso regulado, por vezes, se torna um fator que resguarda os profissionais de saúde para não corresponderem a contento sobre as efetivas possibilidades de acesso ao serviço, o que é conhecido como uma das práticas do padrão de racionamento, por meio da fixação do serviço, que protege esses burocratas de atenderem às expectativas dos seus usuários, a partir do amparo de fluxos estabelecidos que tornam sua atuação “inflexível” (LIPSKY, 2019).

Esse acesso regulado também gera filas de espera longas em alguns casos que, como previsto por Lipsky (2019), priorizam aqueles que podem aguardar e, eventualmente, acessar o serviço nas redes privada ou suplementar. Contudo, o que se sabe é que aqueles que não possuem possibilidade de acessar essa rede e também sentem urgência em acessar os procedimentos o fazem de forma clandestina. Os profissionais de saúde possuem discricionariedade e autonomia suficiente para avaliar casos que demandem priorização do atendimento em função das disforias de gênero apresentadas, por exemplo. Ainda que a regulação do serviço seja importante, o profissional de saúde deve ser sensível o suficiente para identificar quando sua atuação precisa ser imediata, como nos casos em que os pacientes apresentam ideação suicida em função das disforias vivenciadas. Esse tipo de sensibilidade parece ser mais viável e frequente nos serviços especializados estudados que atendem às

demandas espontâneas, mas é fundamental que isso ocorra em todos os serviços, inclusive naqueles que não são uma referência do Processo Transsexualizador.

Por fim, um último exemplo associado ao desenho da política, mas reforçado pela prática de processamento dos clientes, a partir do mecanismo de especialização do serviço (LIPSKY, 2019), é a alegação de despreparo de profissionais de outros estabelecimentos de saúde que não sejam referência no Processo Transsexualizador para lidar com as demandas de pessoas transexuais e travestis. Uma vez que já existe uma Portaria que autoriza a realização do tratamento hormonal por diversas especialidades médicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019b), esse procedimento poderia ser ofertado em estabelecimentos da Atenção Primária à Saúde, por exemplo. O que comumente se observa é que os profissionais de saúde, sobretudo os médicos — que possuem um papel central nas políticas de saúde no geral —, se valem da especialização do serviço para diminuir os esforços no desenvolvimento de suas competências, evitando exercer funções que poderiam estar sob sua alçada de responsabilidade. É sempre importante frisar que todos os profissionais de saúde deveriam estar preparados para lidar com a atenção à saúde de transexuais e travestis.

5.3.2 Práticas que promovem a superação de desigualdades de acesso ao Processo Transsexualizador no SUS

Há que se considerar contudo, que, apesar desses efeitos não desejados negativos que surgem pela atuação dos profissionais de saúde da ponta, esses burocratas também possuem um papel fundamental como indutores dessa política. Dada a falta de incentivo por parte dos gestores para a efetiva implementação do Processo Transsexualizador, em boa parte das vezes o surgimento desse serviço está condicionado à iniciativa dos profissionais da saúde.

No caso dos principais estabelecimentos de saúde dos três estados estudados, a oferta do serviço só se deu pela proatividade de burocratas que já trabalhavam nesses locais. Ademais, para além do surgimento do serviço, durante sua execução cotidiana, a atuação dos profissionais da ponta se torna um importante mecanismo de superação das desigualdades impostas aos usuários. Como já descrito anteriormente, o uso da discricionariedade e da autonomia dos burocratas de rua nem sempre é um fator negativo, pois possui contribuição relevante para a operacionalização de uma política (LIPSKY, 2019). Neste sentido, o uso de ferramentas alternativas ou do conhecido “jeitinho” pelos médicos, enfermeiros, psicólogos etc. pode ajudar a promover a equidade no acesso à política. Importante destacar que, dentre todas as categorias profissionais previstas na Portaria do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO

DA SAÚDE, 2017a), os médicos possuem importante autonomia e discricionariedade frente aos demais, além de funções exclusivas sobre os procedimentos ofertados.

Reitera-se que, para a maior parte dos participantes, o serviço especializado no Processo Transexualizador é um dos poucos estabelecimentos de saúde que consegue garantir um olhar integral para a saúde das pessoas trans e travestis, o que reforça a importância de descrever em que medida a atuação dos profissionais de saúde contribuem para isto. Obviamente, a análise aqui realizada também extrapola apenas os objetivos formais propostos pela política estudada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a) e possui um olhar mais abrangente, principalmente a partir do princípio de equidade do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

A qualidade do atendimento dispensado aos usuários dos estabelecimentos do Processo Transexualizador indica o preparo dos profissionais de saúde para lidar com esse público. Dentre os trabalhadores da saúde entrevistados, nenhum afirmou ter sido adequadamente formado durante sua trajetória acadêmica ou profissional para lidar com pessoas trans e travestis antes de começar efetivamente a atender este grupo. Os médicos, por exemplo, sinalizaram a quase inexistência das temáticas de diversidade sexual e de gêneros nas grades curriculares de graduação. Dessa forma, a proatividade dos profissionais em estudar e se qualificar para lidar com esse público é um elemento chave para o êxito da política. Embora isso seja mais recorrente nos serviços especializados no Processo Transexualizador, há também relatos de profissionais de outros serviços que se dispõem a buscar conhecimento para realizar um atendimento adequado às pessoas trans e travestis.

Outro exemplo de práticas adotadas para superação das barreiras apresentadas é o uso da telemedicina pelas médicas do Ambulatório de Manaus. O estado do Amazonas possui dimensões geográficas gigantescas e enormes desafios logísticos para locomoção interna, haja vista que boa parte do transporte é feito por vias fluviais. Há municípios em que é impossível chegar de avião e o transporte de barco pode levar dias ou semanas. Considerando-se que o único serviço que oferta o Processo Transexualizador está localizado na capital do estado e as dificuldades logísticas da reunião, a telemedicina se apresentou como ferramenta útil para superação dessas barreiras para o acompanhamento clínico e o tratamento hormonal, por exemplo.

Uma barreira institucional importante para o Processo Transexualizador, é a idade mínima de acesso. Dessa forma, alguns médicos relataram que se valem dos protocolos previstos pela Resolução do CFM (CFM-BRASIL, 2020) — ainda que divergentes das diretrizes do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a; MINISTÉRIO DA

SAÚDE, 2019a) — para atendimento de crianças e adolescentes que procuram o serviço, uma vez que o seu não acesso pode gerar ou intensificar sofrimento aos pacientes. Salienta-se que já existem serviços organizados ou se organizando para o atendimento específico deste grupo. Em 2019, o Protig iniciou o atendimento para bloqueio puberal em caráter de pesquisa, por exemplo. Há ainda outros grupos que foram excluídos dos procedimentos do Processo Transexualizador, dentre eles pessoas não-binárias e intersexo. Igualmente, os profissionais de saúde se valem de outras normativas de suas categorias profissionais (CFM-BRASIL, 2020) ou diretrizes internacionais (COLEMAN et al., 2022) para garantir o acesso desses usuários.

Outra barreira de acesso mapeada são os procedimentos, insumos e medicamentos não ofertados nos estabelecimentos do Processo Transexualizador, o que recai principalmente sobre os serviços não habilitados. Frente a isso, a atuação da coordenadora do Ambulatório de Manaus no sentido de estabelecer parcerias informais com outros departamentos da Faculdade de Medicina da UEA, revela uma prática importante para a superação dessa barreira. Há ainda outra iniciativa considerável adotada por essa profissional que é a dispensação de hormônios femininos às pacientes por meio de parceria com laboratórios. Esta última iniciativa pode gerar efeitos não esperados e reproduzir desigualdades de acordo com a forma como esses hormônios são distribuídos, entretanto, em um primeiro momento, esses efeitos não foram identificados e os ganhos positivos foram mais expressivos para minimizar os efeitos negativos existentes. Ao encontro da iniciativa desenvolvida por Manaus, o Ambulatório de Belo Horizonte também tem buscado contato com atores estratégicos para promover a dispensação de hormônios pela farmácia da rede pública do município, reiterando a importância dessa barreira para o acesso à política.

Por fim, outras práticas interessantes adotadas pelos burocratas dos estabelecimentos do Processo Transexualizador são: a administração “paliativa” inicial de hormônios, logo na primeira consulta, para usuários que chegam ao serviço fazendo uso indiscriminado dessas substâncias ou que não possuem recursos para adquirir os hormônios adequados; a aproximação dos profissionais de saúde aos familiares dos usuários, com vistas a aumentar adesão aos procedimentos, a fortalecer a rede de apoio, a promover o cuidado integral à saúde do paciente e a diminuir dos impactos vividos pelo preconceito e pela discriminação; e a busca por emendas parlamentares e recursos externos para fortalecimento do serviço.

6. REDES SOCIAIS E ACESSO AO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR NO SUS

Este capítulo analisará o acesso ao Processo Transexualizador no SUS sob a ótica relacional, introduzida no capítulo 2. A introdução da dimensão relacional busca abarcar a complexidade dos fenômenos sociais (WASSERMAN; FAUST, 1994; BORGATTI *et al.*, 2009; HIGGINS; RIBEIRO, 2018) e das relações sociais presentes durante a implementação de uma política pública (LOTTA, 2010; LOTTA, 2018). Todos os estudos mencionados no segundo capítulo dessa dissertação (BOGASON, 2006; MARQUES, 2006; BORGATTI *et al.*, 2009; LOTTA, 2010; MARQUES, 2012; LOTTA, 2018; CARROL; GOMIDE, 2019; CANATO; BICHIR, 2021; FELSHER *et al.*, 2021) foram fundamentais para que se pudesse construir o modelo analítico deste capítulo, não obstante as pesquisas de Lotta (2010) e Marques (2007) possuam papel singular. Ambos são estudos acadêmicos robustos que utilizam da análise de redes enquanto um aporte metodológico importante de suas pesquisas, de modo que aquela apoia-se consideravelmente no que foi desenvolvido e encontrado por esta. Há que destacar desde já, contudo que, embora sejam um ponto de partida fundamental, os dois trabalhos possuem objetos, abordagens e desenhos que divergem em aspectos relevantes desta pesquisa. O trabalho de Marques (2007) utiliza uma amostra grande, se desenvolve quase que integralmente a partir da análise de redes e tem foco na população pobre das localidades pesquisadas do estado de São Paulo. A pesquisa de Lotta (2010) tem uma amostra relativamente menor, se vale da análise de redes sociais enquanto um de seus ferramentais analíticos e compara dados de Agentes Comunitários de Saúde de três municípios distintos. Em ambas as pesquisas a forma de coleta de dados para a construção das redes sociais é bastante similar, no qual se busca construir a analisar a rede social completa de um indivíduo, ou seja, todas as relações sociais presentes de modo geral em sua vida. Este ponto é um marcador importante das diferenças entre esses trabalhos e o realizado nesta dissertação.

As redes aqui construídas resultaram de um recorte do contexto social dos indivíduos no Processo Transexualizador no SUS, o que impõe uma limitação inequívoca das comparações passíveis de serem realizadas. Ademais, deve-se considerar que as pessoas transexuais e travestis, sobretudo no Brasil, possuem contextos socioeconômicos bastante distintos do restante da população, ensejando novamente uma restrição entre as comparações (BENEVIDES; NOGUEIRA, 2020; CEDEC, 2021; BENEVIDES, 2022; BENEVIDES, 2023). Estas comparações — sejam elas das redes ou de outras características dos respondentes — não se propõem a descartar ou validar resultados de outros estudos, mas sim

contextualizar o público estudado frente a outros estudos e propor reflexões a partir dos resultados desta pesquisa. As inferências construídas a partir do cruzamento de dados não são causais e nem generalizáveis, pois se restringem aos casos estudados e não pleiteiam significância estatística. Entretanto se apresentam como achados importantes que abrem portas para construção de argumentos a serem testados em estudos futuros.

Este capítulo se divide em três seções. Na primeira serão analisados os dados socioeconômicos dos respondentes coletados por meio de formulário online. Na segunda seção, serão descritas as redes sociais dos respondentes a partir de dados coletados por meio da aplicação do questionário sociométrico, de onde foram escolhidas algumas medidas consideradas relevantes para caracterizar as redes estudadas. As características das redes também foram cruzadas com dados socioeconômicos da primeira seção do capítulo e, ao final, será apresentada uma *clusterização* das redes sociais. Por fim, a última seção apresenta cruzamentos entre as principais medidas e características das redes sociais, por um lado, e o nível de acesso ao Processo Transexualizador no SUS, por outro. Os cruzamentos permitem investigar aquelas características de redes que são mais relevantes para os casos estudados.

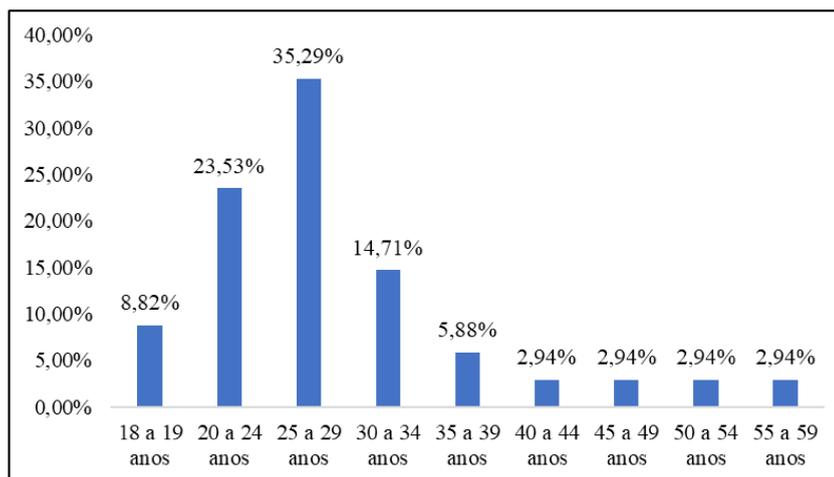
6.1 Características socioeconômicas dos respondentes

Sabe-se que as características sociais, culturais, econômicas dos usuários afetam o seu acesso às políticas públicas e atuam de forma combinada com outros fatores que reproduzem desigualdades no processo de implementação. Esse conceito de interdependência das desigualdades supera o mero conceito de desigualdade social a partir da renda e deixa evidente a necessidade de um olhar multidimensional sobre a desigualdade para se promover a equidade no acesso às políticas (PIRES, 2019). Há que se ressaltar ainda que na área da saúde este tema já é amplamente conhecido e trabalhado a partir da perspectiva dos determinantes sociais da saúde (DSS), que influenciam na situação de saúde da população e nas iniquidades vivenciadas (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a; FREDRIKSEN-GOLDSSEN *et al.*, 2014; OMS, 2022).

Esta seção se destina a apresentar o perfil socioeconômico dos participantes da pesquisa, a fim de se conhecer um pouco melhor o contexto dos respondentes e analisá-los, sobretudo, à luz da dimensão relacional. De acordo com o Gráfico 9, a maior parte dos respondentes se concentrou entre a faixa de 25 a 29 anos, sendo que mais de 65% dos participantes possuíam 29 anos ou menos. A concentração dos respondentes nessa faixa etária converge com outras pesquisas, que também apontam que a população transexual e

travesti no Brasil costuma se adensar nessas faixas mais jovens (CEDEC, 2021), com baixa expectativa de vida (BENEVIDES; NOGUEIRA, 2020; BENEVIDES, 2022; BENEVIDES, 2023). No censo da população trans realizado nos Estados Unidos, 42% dos respondentes possuíam entre 18 e 24 anos (JAMES *et al.*, 2016).

Gráfico 9 — Proporção de respondentes por faixa etária



Fonte: Elaborado pelo autor.

Em relação à raça/cor, a maior parcela dos participantes se declarou branca (52,94%). Os pardos foram 29,41%; pretos, 5,88%; amarelos, 8,82%; 2,94% preferiram não responder. Esse dado diverge um pouco da pesquisa realizada no município de São Paulo, a qual apresentou maior proporção de respondentes pretos e pardos (57%) (CEDEC, 2021). Esta informação, somada a outras que serão apresentados, permite supor que o público desta pesquisa é socialmente menos vulnerável com relação a esta mesma população (pessoas trans e travestis) em outros estudos. Cumpre salientar que, historicamente, pessoas transexuais e travestis negras (pretas e pardas) são as principais vítimas de assassinatos no Brasil (BENEVIDES, 2023).

Com relação à identidade de gênero, os respondentes desta pesquisa se dividiram de forma próxima entre as identidades transfemininas e transmasculinas. A tabela 10 apresenta as identidades de gênero manifestadas pelos respondentes, que, posteriormente, foram agrupadas entre identidades transfemininas (demigirl, mulher trans e travesti), que representam 50% dos respondentes; identidades transmasculinas (demiboy, homem trans e pessoa transmasculina), que representam 44,12%; e identidades não binárias (pessoas não binárias), que totalizam 5,88% dos participantes. Algumas identidades poderiam se encaixar em mais de um agrupamento (uma pessoa demigirl pode ser considerada como não binária e transfeminina ao

mesmo tempo, por exemplo), portanto a divisão adotada possui objetivamente um caráter de aproximação. Não se pretende de modo algum promover o apagamento de identidades ao realizá-lo, mas apenas simplificar a apresentação e análise dos dados. A título de comparação, em São Paulo, as mulheres trans e travestis representaram 71% do público pesquisado no município (CEDEC, 2021).

Tabela 10 — Proporção de respondentes por identidade de gênero

Identidade de gênero	Proporção
Demiboy ¹⁹	2,94%
Demigirl ²⁰	2,94%
Homem trans	38,24%
Mulher trans	38,24%
Pessoa não binária	5,88%
Pessoa transmasculina ²¹	2,94%
Travesti	8,82%
Total Geral	100,00%

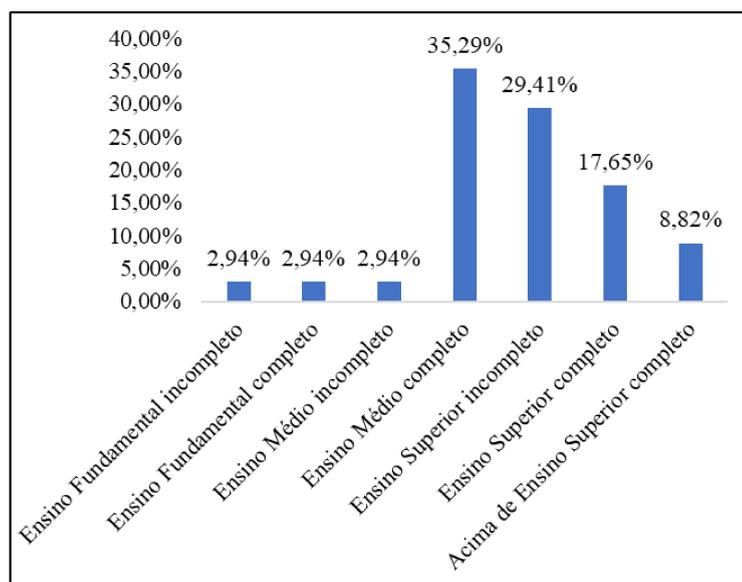
Fonte: Elaborada pelo autor.

O Gráfico 10 apresenta os respondentes distribuídos pelo nível de escolaridade. Mais de 90% possuem ao menos nível médio completo, de modo que a maioria dos respondentes se concentra nessa escolaridade. No mapeamento realizado em São Paulo, 63% dos respondentes possuíam acima de nível médio completo (CEDEC, 2021), o que reforça a possibilidade de que o público deste trabalho seja socialmente menos vulnerável em comparação à totalidade dessa população. O censo realizado nos Estados Unidos aponta para uma maior escolarização da população trans no país em comparação à população no geral (JAMES *et al.*, 2016). A maior parte dos estudos brasileiros, contudo, aponta para um cenário bastante distinto no Brasil, com menor escolaridade das pessoas trans em comparação ao restante da população (BENEVIDES; NOGUEIRA, 2020; CEDEC, 2021; BENEVIDES, 2023).

¹⁹Identidade que do indivíduo que considera seu gênero parcialmente masculino e parcialmente de outro(s) gêneros.

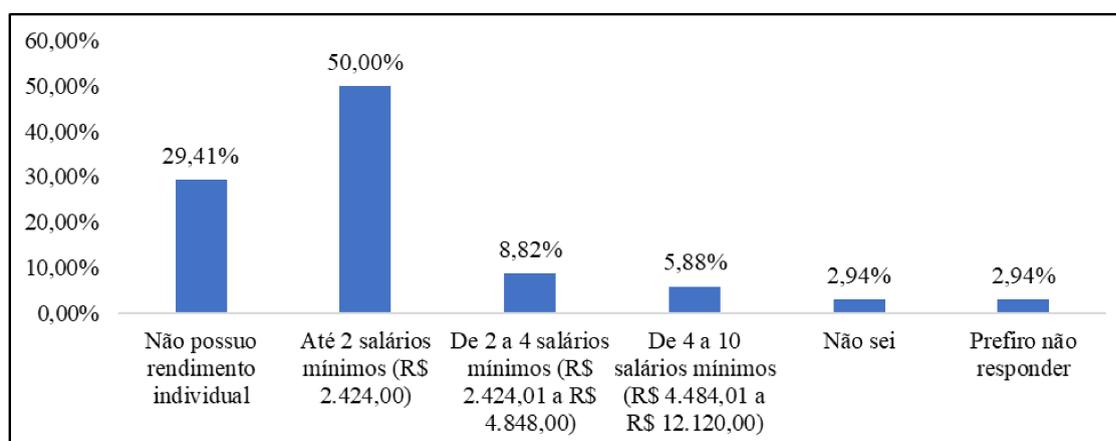
²⁰Identidade que do indivíduo que considera seu gênero parcialmente feminino e parcialmente de outro(s) gêneros.

²¹Identidade do indivíduo transgênero que é do gênero masculino, mas que não necessariamente se considera homem.

Gráfico 10 — Proporção de respondentes por escolaridade

Fonte: Elaborado pelo autor.

Em relação ao rendimento individual (Gráfico 11), boa parte (29,41%) dos respondentes sequer possui algum tipo de rendimento e a metade recebe até dois salários mínimos, sendo este o menor estrato de renda adotado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). De acordo com os dados coletados no município de São Paulo, 89% dos respondentes haviam tido renda igual ou menor a dois salários mínimos no mês anterior (CEDEC, 2021), o que é superior aos dados desta pesquisa, na qual 79,41% dos respondentes se encontram neste grupo.

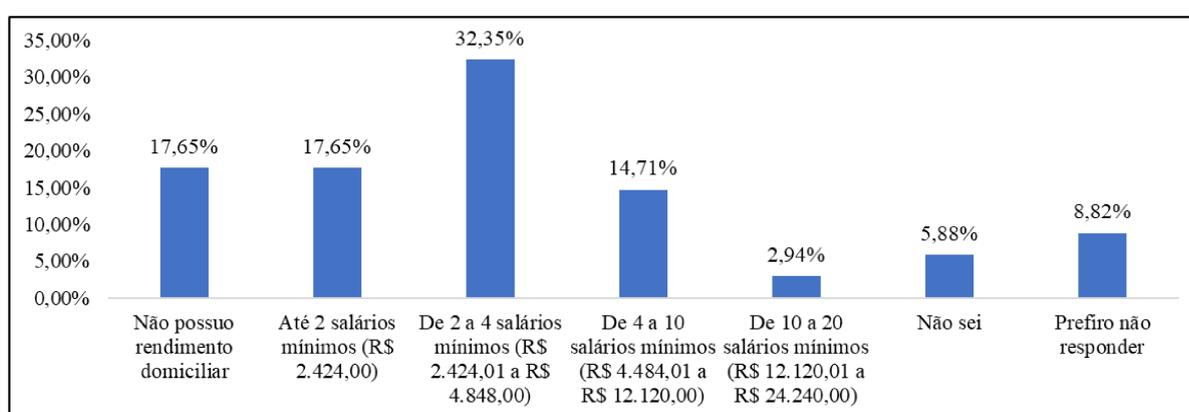
Gráfico 11 — Proporção de respondentes por rendimento individual

Fonte: Elaborado pelo autor.

A situação do rendimento domiciliar *per capita* apresentada no Gráfico 12 é substantivamente melhor comparada ao rendimento individual. Para este indicador, apenas

35,3% estão no estrato de até dois salários mínimos ou sem rendimentos, quando comparados a 79,41% do Gráfico 11, ou seja, menos da metade. A maior parte dos respondentes possui renda domiciliar *per capita* superior à média nacional de 2022, que totalizou R\$ 1.625,00 (IBGE, 2023). Os dados podem indicar a importância das pessoas que dividem a moradia com os participantes para sua manutenção financeira. Nesta pesquisa não foram coletados dados sobre características dos indivíduos com quem os participantes residem. A dependência financeira dos respondentes foi um elemento que esteve presente durante as entrevistas e, em alguns casos, também se apresentou como uma das causas para discriminação ou violação de seus direitos, sobretudo por membros da família.

Gráfico 12 — Proporção de respondentes por rendimento domiciliar *per capita*



Fonte: Elaborado pelo autor.

De acordo com a Tabela 11, 17,65% dos respondentes não possuem ocupação. Apesar de a pergunta desta pesquisa não mencionar o termo “ocupação remunerada”, é interessante comparar com os dados coletados no município de São Paulo, no qual 42% dos respondentes não exerciam atividade remunerada (CEDEC, 2021). Outra comparação interessante é que a ocupação de profissional do sexo costuma estar na primeira posição das ocupações de pessoas transexuais e travestis (BENEVIDES; NOGUEIRA, 2020; CEDEC, 2021; BENEVIDES, 2022; BENEVIDES, 2023), mas sequer aparece como ocupação principal dos respondentes deste trabalho.

De acordo com dados coletados em outra pergunta, 50% dos respondentes possuem uma ocupação secundária. Neste levantamento a ocupação de prostituição aparece duas vezes. A ocupação de estudante apareceu novamente como a mais frequente, assim como na ocupação principal (Tabela 11). Para os dados coletados no município de São Paulo, 21% dos respondentes possuíam outra ocupação remunerada. Novamente, os dados apontam para menor vulnerabilidade do público desta pesquisa, seja por sua ocupação geral ou em relação à

prostituição, tida historicamente como uma profissão vulnerabilizada e com alta incidência dos casos de violência e assassinato da população trans (BENEVIDES; NOGUEIRA, 2020; BENEVIDES, 2022; BENEVIDES, 2023).

Tabela 11 — Proporção de respondentes por ocupação principal

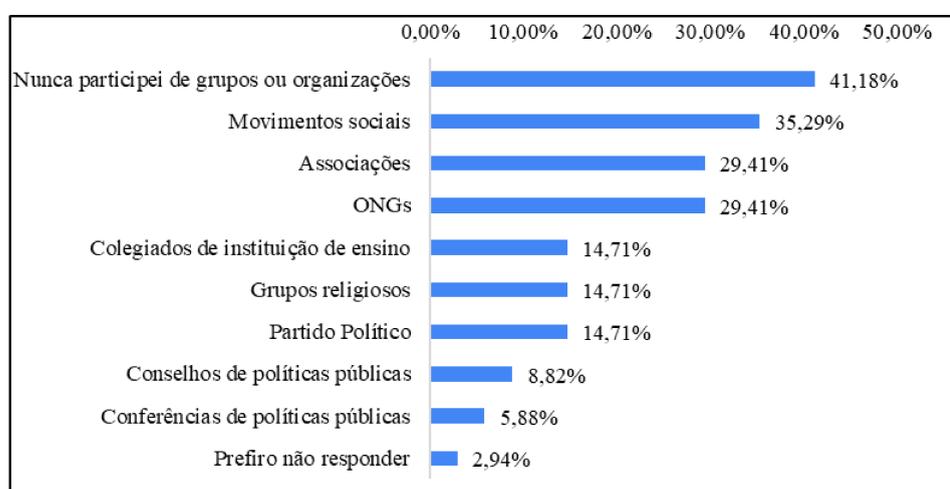
Ocupação principal	Proporção
Agente Censitário Supervisor	2,94%
Agente Comunitário de Saúde	2,94%
Analista de comunicação	2,94%
Atendente de farmácia	2,94%
Auxiliar de escritório	2,94%
Auxiliar de produção	2,94%
Auxiliar de projeto/logística	2,94%
Barbeiro	2,94%
Cabeleireira	2,94%
Cozinheira	2,94%
Designer	5,88%
Economista	2,94%
Educação comunitária	2,94%
Empreendedor	5,88%
Empresário	2,94%
Escritora de ficção e crítica artística	2,94%
Esteticista	2,94%
Estudante	11,76%
Funcionária pública	2,94%
Não possui ocupação	17,65%
Pesquisadora	2,94%
Profissional de educação física	2,94%
Serígrafo	2,94%
Tatuadora	2,94%
Total	100,00%

Fonte: Elaborada pelo autor.

O Gráfico 13 aponta a trajetória dos respondentes frente a organizações e instituições nas quais participaram. Mais de metade dos respondentes já participou de alguma organização, sendo a principal os movimentos sociais. Quase 30% também já participaram de associações e Organizações Não Governamentais (ONGs). 38,23% dos respondentes já participaram de duas ou mais organizações, o que indica um elevado engajamento dos participantes.

Com relação à situação presente, pouco menos da metade dos respondentes ainda participa de algum tipo de organização, sendo as associações o tipo principal. Os movimentos sociais ocupam a segunda posição, seguidos pelas ONGs. A participação presente dos participantes é menor quando comparada ao histórico apresentado pelo Gráfico 13, mas pode-se dizer que ainda há uma participação ativa nessas organizações. Esse tipo de engajamento é um elemento interessante para a análise de redes que será realizada nas seções seguintes, pois este tipo de organização costuma ser uma espaço importante de socialização e formação de vínculos.

Gráfico 13 — Proporção dos respondentes por organizações que já participou



Fonte: Elaborado pelo autor.

Após apresentar o perfil dos respondentes, serão realizadas algumas análises por meio do cruzamento das informações dos indicadores socioeconômicos estudados e o nível de acesso ao Processo Transexualizador no SUS, o que não se confunde com o estabelecimento de vínculo causal entre os dados analisados. Inicialmente, para as diferentes identidades de gênero agrupadas (transfemininas, transmasculinas e não binárias) não foram identificadas diferenças relevantes entre os níveis de acesso para os respondentes. Com relação ao nível de escolaridade, as informações apresentadas pela Tabela 12 indicam que os respondentes que acessam o Processo Transexualizador no SUS são, proporcionalmente, mais escolarizados do que aqueles que não acessam. 62,5% daqueles que acessam o Processo Transexualizador possuem nível superior incompleto ou acima disso, já entre os que não acessam essa proporção foi de 50%.

Tabela 12 — Proporção de respondentes por nível de acesso segmentado pela escolaridade

Escolaridade	Acessa ou acessou de forma continuada	Não acessa ou teve o acesso interrompido	Total
Acima de Ensino Superior completo	12,50%	5,56%	8,82%
Ensino Superior completo	25,00%	11,11%	17,65%
Ensino Superior incompleto	25,00%	33,33%	29,41%
Ensino Médio completo	25,00%	44,44%	35,29%
Ensino Médio incompleto	6,25%	0,00%	2,94%
Ensino Fundamental completo	0,00%	5,56%	2,94%
Ensino Fundamental incompleto	6,25%	0,00%	2,94%
Total	100,00%	100,00%	100,00%

Fonte: Elaborada pelo autor.

Com relação ao rendimento individual (Tabela 13) não foi possível identificar diferenças proporcionais tão significativas. 50% dos respondentes, segmentados pelos dois níveis de acesso, recebem até 2 salários mínimos e uma proporção próxima de 30% não possui rendimento individual. Há uma diferença nas faixas de rendimento mais altas, entretanto não permite uma análise muito robusta, pois a parcela restante de respondentes se concentra em apenas uma delas para cada um dos grupos segmentados.

Tabela 13 — Proporção de respondentes por nível de acesso segmentado pelo rendimento individual

Rendimento individual	Acessa ou acessou de forma continuada	Não acessa ou teve o acesso interrompido	Total
De 4 a 10 salários mínimos (R\$ 4.484,01 a R\$ 12.120,00)	0,00%	11,11%	5,88%
De 2 a 4 salários mínimos (R\$ 2.424,01 a R\$ 4.848,00)	18,75%	0,00%	8,82%
Até 2 salários mínimos (R\$ 2.424,00)	50,00%	50,00%	50,00%
Não possuo rendimento individual	31,25%	27,78%	29,41%
Não sei	0,00%	5,56%	2,94%
Prefiro não responder	0,00%	5,56%	2,94%
Total	100,00%	100,00%	100,00%

Fonte: Elaborada pelo autor.

Já a Tabela 14 apresenta algumas diferenças importantes em comparação à anterior. A proporção de pessoas que não possuem rendimento domiciliar dentre os que não acessam o Processo Transexualizador no SUS é substantivamente maior do que entre aqueles que acessam. Embora as duas faixas de renda mais alta concentrem proporcionalmente mais respondentes entre os que não acessam, essas diferenças são pouco representativas em relação às faixas que possuem as maiores proporções. Com relação à faixa entre 2 e 4 salários mínimos, por exemplo, a proporção daqueles que acessam é quase 10% maior. A informação do rendimento domiciliar é importante para este trabalho, pois permite construir análises convergentes com a formação de redes sociais. Uma pessoa que não possui rendimento domiciliar tipicamente, por exemplo, reside sozinha ou reside com outras pessoas também sem rendimentos. O grupo formado pelas pessoas com quem se reside constitui uma esfera social importante na vida de um indivíduo. Considerando que os custos são uma barreira de acesso, como relatado no capítulo anterior, residir com outras pessoas que possuem maiores rendimentos pode ser um fator de superação dessa barreira. Os dados da Tabela 14 apontam nesse sentido.

Tabela 14 — Proporção de respondentes por nível de acesso segmentado pelo rendimento domiciliar *per capita*

Rendimento domiciliar <i>per capita</i>	Acessa ou acessou de forma continuada	Não acessa ou teve o acesso interrompido	Total
De 10 a 20 salários mínimos (R\$ 12.120,01 a R\$ 24.240,00)	0,00%	5,56%	2,94%
De 4 a 10 salários mínimos (R\$ 4.484,01 a R\$ 12.120,00)	12,50%	16,67%	14,71%
De 2 a 4 salários mínimos (R\$ 2.424,01 a R\$ 4.848,00)	37,50%	27,78%	32,35%
Até 2 salários mínimos (R\$ 2.424,00)	31,25%	5,56%	17,65%
Não possui rendimento domiciliar	6,25%	27,78%	17,65%
Não sei	6,25%	5,56%	5,88%
Prefiro não responder	6,25%	11,11%	8,82%
Total	100,00%	100,00%	100,00%

Fonte: Elaborada pelo autor.

Por fim, a Tabela 15 realiza o recorte por cor/raça. Diferentemente do que se esperava, os respondentes brancos são aqueles que proporcionalmente possuem o menor acesso. Os respondentes negros (pretos e pardos) são os que proporcionalmente possuem o maior acesso.

Essa população costuma estar em maior situação de vulnerabilidade, quando comparado aos brancos, e, por vezes, possui maior dificuldade de acesso aos serviços e bens públicos, contudo essa situação não se reproduziu para os respondentes desta pesquisa.

Tabela 15 — Proporção de respondentes por nível de acesso segmentado pela raça/cor

Raça/cor	Acessa ou acessou de forma continuada	Não acessa ou teve o acesso interrompido	Total
Amarela	33,33%	66,67%	100,00%
Branca	27,78%	72,22%	100,00%
Parda	70,00%	30,00%	100,00%
Preta	100,00%	0,00%	100,00%
Prefiro não responder	100,00%	0,00%	100,00%
Total	47,06%	52,94%	100,00%

Fonte: Elaborada pelo autor.

6.2 Redes sociais dos respondentes

Nesta seção serão apresentadas algumas medidas principais das redes sociais dos respondentes, assim como serão realizados cruzamentos dessas medidas com os indicadores socioeconômicos apresentados na seção anterior. Os conceitos das medidas de rede que serão apresentados foram previamente introduzidos no capítulo 2, seção 2.1.

A Tabela 16, apresenta uma síntese das principais medidas de todas as redes sociais. Dentre os respondentes, três não identificaram nenhum nó em suas redes, portanto os valores mínimos para todas as medidas correspondem a 0. A maior rede estudada possuía 28 nós e algumas redes possuíam conexão entre todos os nós, logo apresentaram a densidade máxima (1). O maior diâmetro encontrado foi 4, portanto o “caminho mais longo a ser percorrido” em uma das redes estudadas correspondeu a 4 nós. Importante salientar que algumas redes possuíam nós sem conexão com outros. O participante que alocou seus nós em um maior número de esferas possuía 8 esferas em sua rede. Por fim, um dos respondentes possuía 100% da sua rede composta por pessoas transexuais ou travestis.

No que se refere às medidas de tendência central, é possível perceber que esse estudo trata de redes pequenas quando comparado a outros estudos que utilizaram a análise de redes sociais (MARQUES, 2007; LOTTA, 2010; MARQUES, 2012; LOTTA, 2018). A densidade das redes pode ser considerada bastante alta se comparada a esses outros estudos, o que provavelmente está relacionado ao seu tamanho pequeno e ao fato de as redes estarem

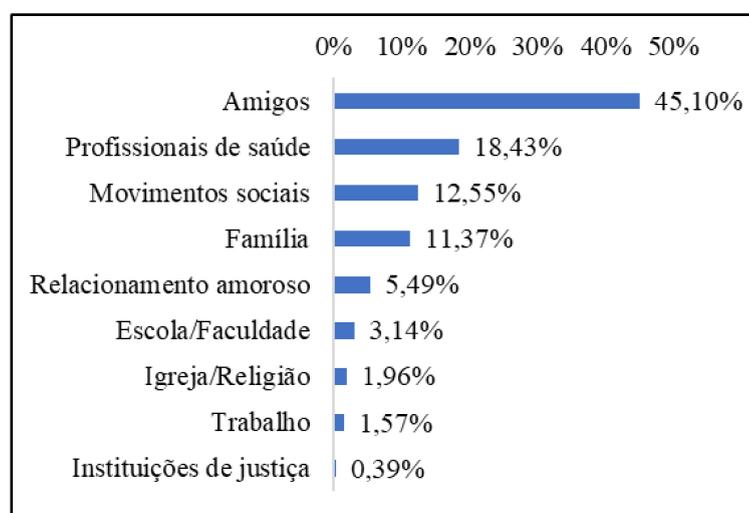
atreladas a um contexto específico. Ainda relacionado ao tamanho menor das redes, percebe-se que o diâmetro médio e mediano também é pequeno. As redes possuem em média nós alocados em três esferas sociais diferentes, o que é próximo do número de esferas encontrado por Marques (2007) entre os indivíduos pobres, ainda que se trate de redes significativamente menores. A média de pessoas trans e travestis na rede é perto de 30% e a mediana próxima a 22,50%, o que representa uma homofilia de identidade de gênero importante das redes estudadas.

Tabela 16 — Medidas gerais das redes sociais estudadas

Medida	Tamanho	Densidade	Diâmetro	Número de esferas	% de pessoas trans e travestis
Mínimo	0	0,00	0,00	0,00	0,00%
Máximo	28	1,00	4,00	8,00	100,00%
Média	7,5	0,50	1,74	3,00	30,77%
Mediana	6	0,53	2,00	3,00	22,50%

Fonte: Elaborada pelo autor.

No total, os respondentes indicaram 255 nós nas suas respectivas redes sociais. O Gráfico 14 apresenta a distribuição desses nós em cada uma das esferas sociais. Na primeira posição, estão os amigos, que concentram 45,10% dos nós. Em segundo lugar estão os profissionais da saúde, o que reforça a importância desse grupo no acesso ao Processo Transexualizador no SUS. Na terceira posição, estão os indivíduos dos movimentos sociais, o que também desperta a relevância desse grupo, sobretudo em localidades específicas, conforme será apresentado na sequência. A família é a quarta a concentrar a maior proporção de indivíduos, o que revela uma posição ambígua dessa esfera para os respondentes, pois a família foi apontada como uma das principais violadoras de direitos das pessoas trans e travestis em outros instrumentos de coletas de dados (entrevistas e formulário online). A distribuição dos respondentes desta pesquisa nas esferas sociais é bastante diferente dos estudos de Marques (2007) e Lotta (2010), guardadas as devidas distinções na coleta deste dado. Neste, a vizinhança ocupou a primeira posição, concentrando o maior número de nós. Naquele, a família concentrou o maior número de nós, seguida da vizinhança. Embora a esfera social “vizinhança” estivesse disponível para os respondentes desta pesquisa, ela foi a única que não teve nenhum nó alocado em si.

Gráfico 14 — Proporção de nós por esfera social

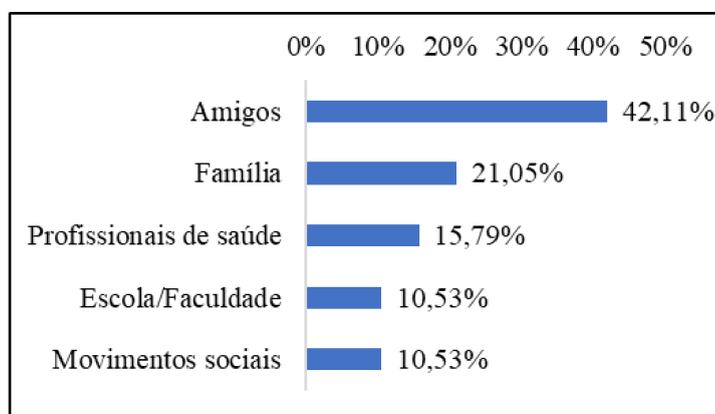
Fonte: Elaborado pelo autor.

A distribuição dos nós nas diferentes esferas sociais permite identificar a diversidade da sociabilidade dos indivíduos estudados. A partir disso, é possível compreender ainda quem são os indivíduos centrais de uma rede. Nesta pesquisa, foram calculadas algumas medidas de centralidade dos nós (centralidade de grau, betweenness, closeness etc.), de modo que a que se mostrou mais adequada e de fácil compreensão, sobretudo dadas as características da rede, foi a centralidade de grau. Neste caso, por se tratarem de redes não direcionadas, a centralidade de grau se refere ao número de nós com o qual se está conectado. Após calcular a centralidade de grau de cada um dos nós, eles foram ranqueados e foram levantados aqueles que ocupavam a primeira posição, ou seja, aqueles que possuíam o maior número de conexões dentro da rede. Algumas redes possuíam mais de um indivíduo nesta posição. Ao todo, 7 respondentes não tiveram ninguém na primeira posição (trata-se de indivíduos sem nós nas suas redes ou sem conexão entre os nós). Na sequência, 13 respondentes tiveram apenas um nó na primeira posição. O máximo de respondentes na primeira posição foi 9 (trata-se de uma rede de nove nós em que todos estavam conectados).

Considerando-se tal peculiaridade, realizou-se, a princípio, duas análises. Em ambas, os respondentes para os quais não foi possível calcular a centralidade de grau foram excluídos. Na primeira análise — a qual chamou-se de bruta —, todos os indivíduos que ocupavam a primeira foram considerados. Nesta análise, os respondentes que possuem mais de um nó na primeira posição possuem maior peso nas proporções finais. Considerando-se essa desproporcionalidade entre os respondentes na análise, foi feito um tratamento dos dados de modo que, para aqueles respondentes que possuíam mais de um nó na primeira posição com

as mesmas características (exemplo: dois nós na primeira posição em que ambos eram da esfera de “amigos”), foi mantido apenas um dos nós que representasse aqueles que ocupam a primeira posição. No caso de respondentes que tivessem mais de um nó com características distintas entre si (exemplo: três nós na primeira posição, de maneira que dois estavam na esfera de “amigos” e um na esfera de “família”), todos os nós foram excluídos. Após realizar este tratamento dos dados, sobraram 19 respondentes em que era possível fazer a análise dos nós que ocupam a primeira posição. Esta análise está contida no Gráfico 15.

Gráfico 15 — Proporção tratada de nós na primeira posição de centralidade de grau por esfera social



Fonte: Elaborado pelo autor.

Os amigos possuem a maior proporção em ambas as análises (bruta e tratada), reforçando sua importância em praticamente todos os cenários. A família aparece em segundo lugar, o que reitera a ambiguidade presente nesta esfera social, visto que, em ambos os cenários (bruto e tratado), ela possui a segunda maior proporção de nós que possuem o maior grau de centralidade. Assim, apesar de a família ser apenas a quarta esfera social com maior número de nós, os dados dão a entender que, quando estão presentes, os membros dessa esfera tendem a ser importantes. A diminuição da proporção dos movimentos sociais entre as análises bruta e tratada (com queda acentuada da proporção nesta última) deve-se ao fato de que alguns indivíduos concentram uma parcela significativa dos nós dessa esfera, os quais, por coincidência, também possuíam mais de um nó na primeira posição da medida analisada. Os profissionais de saúde ocupam a terceira maior proporção, o que demonstra certa relevância, se comparada à sua presença de um modo geral nas redes. Durante a aplicação dos questionários, foi possível perceber que os nós alocados na esfera de profissionais de saúde não costumavam estabelecer conexões com indivíduos que não fossem outros profissionais de saúde ou usuários do serviço.

As análises subsequentes se propõem a cruzar os indicadores socioeconômicos analisados na seção anterior com algumas das principais medidas das redes estudadas. Para alguns indicadores, os respondentes foram agrupados em conjuntos maiores e que não necessariamente possuem simetria entre si, mas garantem uma distribuição mais racional dos respondentes, visto que, ao se realizar a análise desagregada, identificou-se que os agrupamentos que possuíam poucos indivíduos podiam enviesar os resultados devido aos dados discrepantes. Na Tabela 17 tem-se um exemplo desse agrupamento de faixas etárias maior do que o proposto na última seção. De modo geral, os indivíduos entre 25 e 34 anos foram aqueles que apresentaram as maiores redes, mais densas e com o maior número de esferas. Considerando que alguns estudos apontam para uma baixa expectativa de vida das pessoas trans e travestis no Brasil (BENEVIDES; NOGUEIRA, 2020; BENEVIDES, 2022; BENEVIDES, 2023), com uma maior concentração nas faixas mais jovens (CEDEC, 2021), é possível supor que este seja um momento central de sociabilidade na vida desta população, o que daria origem a medidas maiores de suas redes.

Tabela 17 — Média das medidas de rede por faixa etária

Faixa etária	Proporção de respondentes	Tamanho	Densidade	Número de esferas sociais
35 a 59 anos	17,65%	7,67	0,31	2,67
25 a 34 anos	50,00%	9,41	0,54	3,47
18 a 24 anos	32,35%	4,45	0,51	2,45
Total	100,00%	7,5	0,50	3,00

Fonte: Elaborada pelo autor.

Com relação à raça/cor as medidas variaram bastante entre si. Conforme a Tabela 18, as maiores redes e com o maior número de esferas foram de pessoas pardas. Já as pessoas amarelas apresentaram as redes mais densas. As pessoas brancas, embora representem o maior número de respondentes, não apresentaram os maiores resultados médios para nenhuma das medidas. Considerando-se que a população negra (pretos e pardos) vivencia situações de vulnerabilidade com maior frequência no Brasil, esperava-se que suas redes fossem menores, menos densas e com menos esferas, de forma similar aos estudos de Marques (2007), que compararam as redes de pessoas pobres e de classe média de São Paulo. Não foi possível chegar a análises conclusivas acerca desse recorte, haja vista a insuficiência dos dados e a necessidade de análises com maior nível de profundidade sobre a temática, que não é foco desta pesquisa.

Tabela 18 — Média das medidas de rede por cor/raça

Cor/Raça	Proporção de respondentes	Tamanho	Densidade	Número de esferas sociais
Amarela	8,82%	1,67	0,80	1,00
Branca	52,94%	6,72	0,41	3,06
Parda	29,41%	10,50	0,64	3,50
Preta	5,88%	8,00	0,63	3,00
Prefiro não responder	2,94%	8,00	0,29	3,00
Total	100,00%	7,5	0,50	3,00

Fonte: Elaborada pelo autor.

A Tabela 19 apresenta a média das medidas das redes sociais desagregada pelo agrupamento das identidades de gênero dos respondentes. As identidades transfemininas foram as que apresentaram as maiores redes. A partir das entrevistas e de alguns relatos da literatura (SIMPSON, 2015), é possível perceber que a mobilização de mulheres trans e travestis é mais antiga no Brasil, o que levanta a hipótese de que o estabelecimento de vínculos sociais por esse grupo seja, historicamente, um pouco mais consolidado do que das demais identidades. A densidade das redes e o número de esferas não apresentaram uma variação tão grande entre os agrupamentos. Embora as pessoas não binárias tenham concentrado as maiores medidas de densidade e número de esferas, o número de respondentes é muito baixo comparado aos outros dois agrupamentos.

Tabela 19 — Média das medidas de rede por identidade de gênero

Identidade de Gênero	Proporção de respondentes	Tamanho	Densidade	Número de esferas sociais
Identidade transfeminina	50,00%	8,29	0,47	3,12
Identidade transmasculina	44,12%	6,87	0,52	2,80
Pessoa não binária	5,88%	5,50	0,55	3,50
Total	100,00%	7,5	0,50	3,00

Fonte: Elaborada pelo autor.

Com relação à escolaridade, a principal diferença se concentra no tamanho das redes. De acordo com a Tabela 20, os respondentes mais escolarizados possuem redes maiores, mais densas e com mais esferas sociais, ainda que, com relação a essas duas últimas medidas, as diferenças sejam menos expressivas. Esse resultado possui convergência com os achados da pesquisa de Marques (2007), o que reforça a importância da escolaridade na formação das

redes sociais. Cabe ressaltar que a escola é um lugar importante para a construção de vínculos sociais, com maior potencial de aumentar a diversidade das redes (MARQUES, 2007; MARQUES, 2012), não obstante os espaços de educação também podem representar importantes locais de violação de direitos das pessoas trans e travestis.

Tabela 20 — Média das medidas de rede por escolaridade

Escolaridade	Proporção de respondentes	Tamanho	Densidade	Número de esferas sociais
De Ensino Superior incompleto a acima de Ensino Superior completo	55,88%	8,37	0,51	3,37
De Ensino Fundamental incompleto a Ensino médio completo	44,12%	6,40	0,48	2,53
Total	100,00%	7,5	0,50	3,00

Fonte: Elaborada pelo autor.

Os dados relativos ao rendimento individual (Tabela 21) possuem algumas limitações de análise, visto que as duas últimas faixas concentram números pouco expressivos de respondentes. Porém, comparando as duas faixas que ocupam o maior número de respondentes, é possível notar uma diferença importante no tamanho das redes. Os indivíduos que recebem até dois salários mínimos possuem redes mais de duas vezes maiores do que aqueles que não possuem rendimentos. A densidade destes foi ligeiramente maior do que aqueles que recebem até dois salários, os quais, por sua vez, possuem o número de esferas um pouco maior. A distribuição dos indivíduos nas diferentes faixas e as características das redes deste estudo não permitem realizar análises que corroborem ou refutem alguns dos principais achados de Marques (2007) com relação às redes de pessoas pobres e de classe média.

Tabela 21 — Média das medidas de rede por rendimento individual

Rendimento individual	Proporção de respondentes	Tamanho	Densidade	Número de esferas sociais
De 4 a 10 salários mínimos (R\$ 4.484,01 a R\$ 12.120,00)	5,88%	4,00	0,43	2,50
De 2 a 4 salários mínimos (R\$ 2.424,01 a R\$ 4.848,00)	8,82%	8,33	0,84	3,33
Até 2 salários mínimos (R\$ 2.424,00)	50,00%	9,82	0,46	3,29
Não possui rendimento individual	29,41%	4,80	0,51	2,70
Não sei	2,94%	2,00	0,00	2,00
Prefiro não responder	2,94%	5,00	0,60	2,00
Total	100,00%	7,5	0,50	3,00

Fonte: Elaborada pelo autor.

Os dados sobre rendimento domiciliar *per capita* também impõem limitações para análise. Na Tabela 22, os respondentes que não possuem rendimento, novamente, são aqueles que possuem as menores redes, contudo não se percebe uma tendência crescente desse dado. Os indivíduos na terceira faixa de renda, que concentra a maior proporção de respondentes, possuem redes menores em relação aos que recebem até dois salários mínimos. A densidade foi diminuindo ligeiramente à medida que o rendimento foi aumentando (com exceção da última faixa). Não foi possível identificar também um padrão com relação ao número de esferas. De modo geral, os dados sobre renda demonstraram-se insuficientes para que se pudesse realizar análises mais sólidas. Considerando-se a amostra e a robustez metodológica da pesquisa de Marques (2007), os dados coletados neste trabalho foram insuficientes para que pudesse identificar convergência ou divergência com os resultados desse estudo anterior. Assim, embora Marques (2012) aponte a renda como um ponto de partida fundamental para analisar a variabilidade das redes, para este trabalho, a renda não se apresentou como um fator de relevância para a formação da rede dos respondentes quando comparados entre si.

Tabela 22 — Média das medidas de rede por rendimento domiciliar *per capita*

Rendimento domiciliar <i>per capita</i>	Proporção de respondentes	Tamanho	Densidade	Número de esferas sociais
De 10 a 20 salários mínimos (R\$ 12.120,01 a R\$ 24.240,00)	2,94%	5,00	0,50	2,00
De 4 a 10 salários mínimos (R\$ 4.484,01 a R\$ 12.120,00)	14,71%	11,20	0,44	3,60
De 2 a 4 salários mínimos (R\$ 2.424,01 a R\$ 4.848,00)	32,35%	6,00	0,53	3,00
Até 2 salários mínimos (R\$ 2.424,00)	17,65%	11,67	0,55	3,67
Não possui rendimento domiciliar	17,65%	4,67	0,65	2,33
Não sei	5,88%	5,50	0,15	2,50
Prefiro não responder	8,82%	6,33	0,29	2,67
Total	100,00%	7,5	0,50	3,00

Fonte: Elaborada pelo autor.

A partir das principais medidas das redes dos respondentes (tamanho, densidade, diâmetro, número de esferas e proporção de pessoas transexuais e travestis), foi realizada uma análise de *cluster*, a partir do método de *K-means*. Esse método classifica os objetivos em grupos, de modo a minimizar a variação interna dos clusters pela soma da distância quadrática euclidiana. Assim, foram escolhidos três tipos, que representavam “número ótimo” de clusters

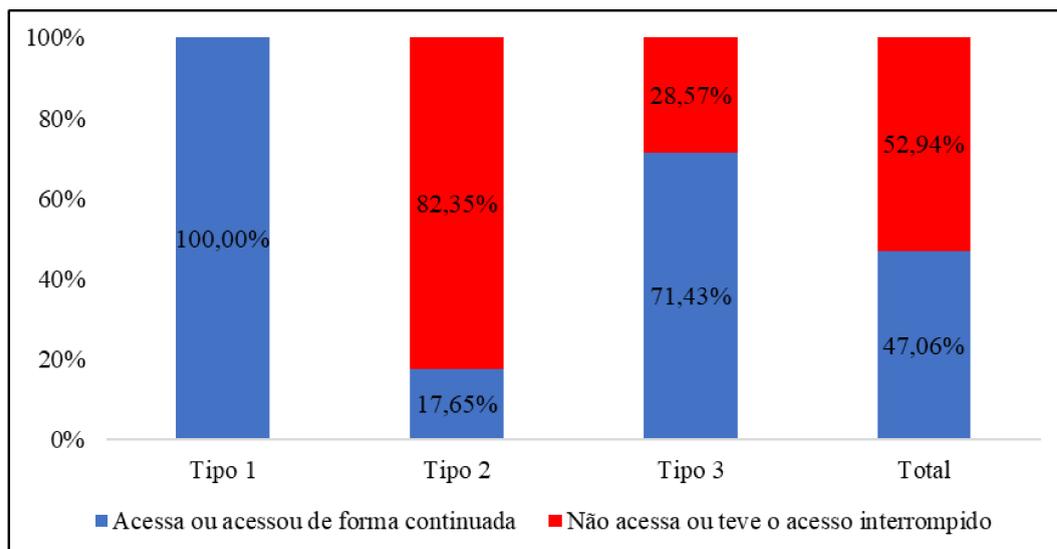
a partir dos dados disponíveis, a partir do cálculo da distância quadrática euclidiana. A Tabela 23 apresenta uma síntese das características desses três clusters, a partir da média das medidas das redes sociais de cada agrupamento. De modo que, o Tipo 2 é o maior cluster (17 respondentes); o Tipo 3 é o segundo maior (14 respondentes); e o Tipo 1 é o menor cluster (3 respondentes).

Tabela 23 — Média das medidas das redes sociais para cada cluster

Medida	Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3	Total
Número de respondentes	3	17	14	34
Média do tamanho	26,33	3,29	8,57	7,50
Média da densidade	0,30	0,53	0,51	0,50
Média do diâmetro	3,00	1,00	2,36	1,74
Média de número de esferas	6,00	1,82	3,79	3,00
Média da % de pessoas trans e travestis	23,65%	29,31%	34,06%	30,77%

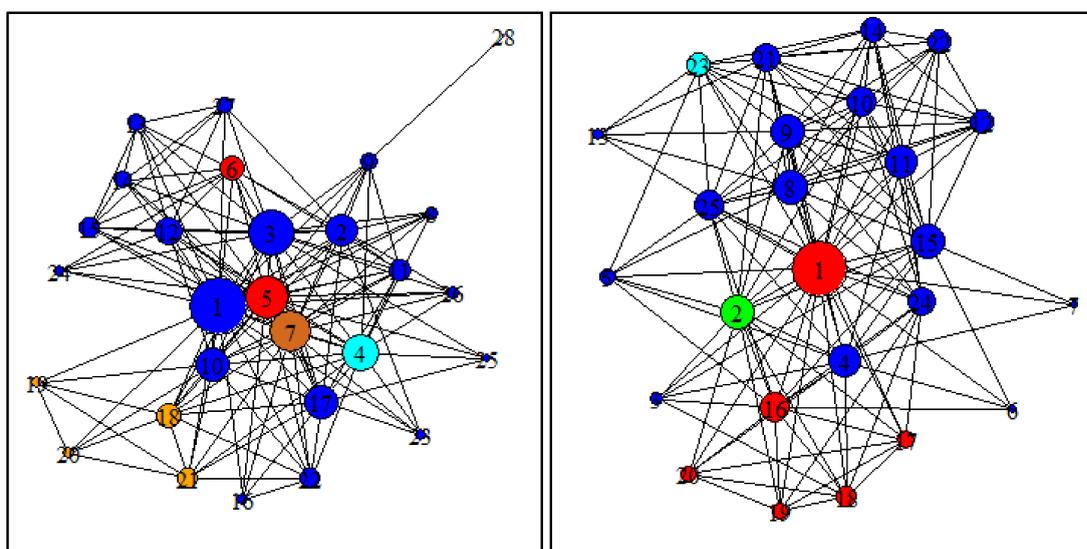
Fonte: Elaborada pelo autor.

Ao cruzar os diferentes clusters com o nível de acesso ao Processo Transexualizador no SUS, tem-se um resultado importante para esta pesquisa. De acordo com as informações apresentadas no Gráfico 16, as redes do Tipo 1 são aquelas cujos respondentes, em sua totalidade, acessam ou acessaram de forma continuada o Processo Transexualizador, contudo é importante ressaltar que este grupo possui um número pequeno de respondentes com características de rede bastantes diferentes dos demais. Comparando-se as redes do Tipo 2 e 3, é perceptível que as redes do Tipo 3 possuem maior proporção de acesso à política pública (71,43%) em comparação às do Tipo 2 (17,65%). Este dado revela um importante achado desta pesquisa que aponta as redes como uma variável importante para se analisar o acesso a essa política de saúde. Esses resultados, somados às análises segmentadas que serão realizadas adiante, convergem com os achados de Marques sobre a importância das redes para o acesso a bens e serviços (MARQUES, 2012) ou a estruturas de oportunidades (MARQUES, 2007), ainda que as pesquisas daquele autor tenham sido focados nesse acesso a elementos providos pelo mercado e este a um serviço público.

Gráfico 16 — Proporção de acesso ao Processo Transexualizador no SUS por cluster

Fonte: Elaborada pelo autor.

A seguir serão apresentadas as representações gráficas²² e um breve resumo de cada um dos clusters.

Figura 5 — Grafos da rede social do Tipo 1

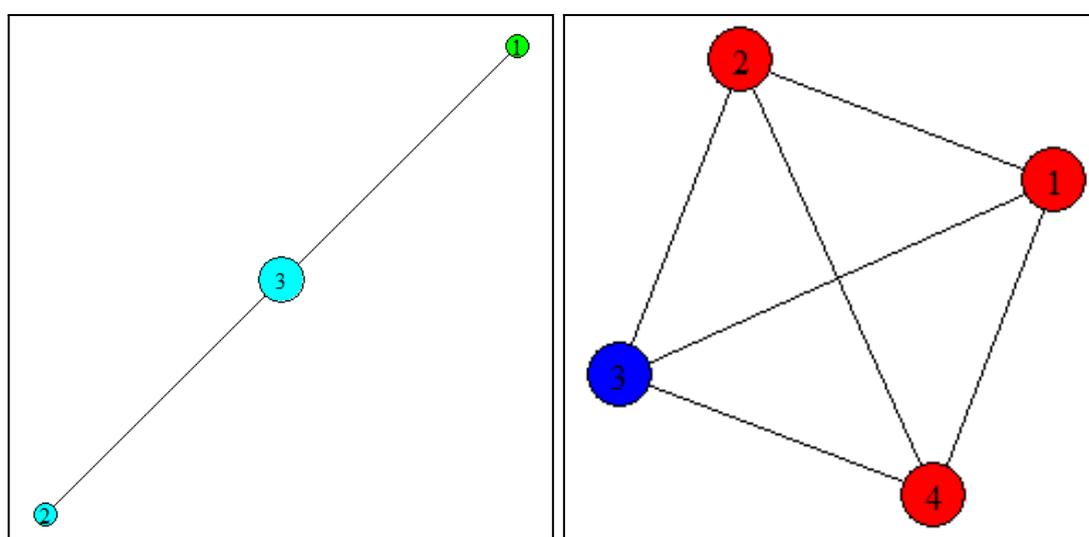
Fonte: Elaborada pelo autor.

As redes sociais clusterizadas no Tipo 1 são as que possuem o menor número de respondentes e as que possuem as características mais distintas de rede. Conforme os exemplos apresentados na Figura 5, elas são caracterizadas como redes grandes (tamanho

²²As cores dos nós representam a esfera social a qual ele faz parte (Família: Vermelho; Amigos: Azul Royal; Relacionamento amoroso: Verde; Trabalho: Marrom; Escola/Faculdade: Roxo; Movimentos sociais: Laranja; Profissionais de Saúde: Azul Ciano; Instituições de justiça: Rosa; Igreja: Cinza; Vizinhança: Amarelo). O tamanho dos nós é proporcional a sua centralidade de grau na rede (quanto maior o número de conexões vizinhas, maior será o tamanho do nó no grafo).

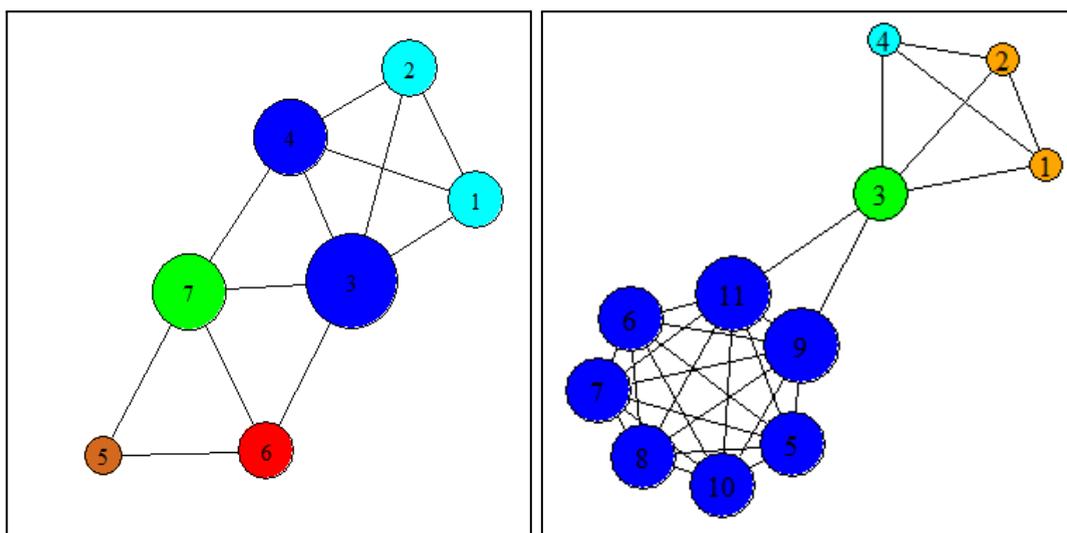
médio: 26,33); pouco densas, quando comparadas às demais (densidade média: 0,30); com diâmetro médio grande (3); alto número de esferas sociais presentes (6); é a de menor homofilia para a identidade de gênero, visto que a proporção de pessoas trans corresponde a 23,65%. Como já apresentado, todos os respondentes desta rede acessam o Processo Transexualizador no SUS, contudo cabe um adendo de que, dentre os três respondentes, uma já acessou procedimentos cirúrgicos e outra já acessa outros procedimentos do Processo Transexualizador pelo Protig e está na fila para as cirurgias.

Figura 6 — Grafos da rede social do Tipo 2



Fonte: Elaborada pelo autor.

As redes sociais do Tipo 2, apresentadas pelos exemplos da Figura 6, são as que possuem a menor proporção de respondentes que acessam o Processo Transexualizador no SUS. Essas redes apresentam o menor tamanho médio (3,29); a maior densidade (0,53), mas que se aproxima bastante da densidade das redes de Tipo 3; o menor diâmetro (1 passo em média de diâmetro); um baixo número médio de esferas sociais presentes (1,82); e uma homofilia intermediária (29,31% dos indivíduos da rede são pessoas transexuais ou travestis). Todas as redes em que o respondente não conseguiu identificar nenhum indivíduo importante para seu conhecimento ou acesso ao Processo Transexualizador no SUS, ou seja, redes sem nenhum nó e de tamanho 0 estão agrupadas no Tipo 2. Ademais, todas as redes que não possuíam nenhuma conexão entre os nós, ou seja, de diâmetro 0 e sem densidade também estão inseridas nas redes do Tipo 2.

Figura 7 — Grafos da rede social do Tipo 3

Fonte: Elaborada pelo autor.

A Figura 7 apresenta dois exemplos de grafo de rede do Tipo 3. Essas redes possuem tamanho intermediário (tamanho médio: 8,57) em comparação aos outros dois tipos, contudo são significativamente maiores do que as redes do Tipo 2, visto que possuem mais de duas vezes o seu tamanho. Possuem todas as demais médias das medidas — com exceção da proporção de pessoas transexuais e travestis — intermediárias em comparação às demais densidade (0,51); diâmetro (2,36); número de esferas (3,79). O fato de estarem em uma posição intermediária não deve mascarar a distinção das medidas em relação às redes de Tipo 2, pois essa posição ocorre, principalmente, em função dos resultados extremos de parte das medidas das redes de Tipo 1, que representam uma parcela pequena de respondentes. O número de esferas e o diâmetro das redes do Tipo 3 também são mais de duas vezes maiores que essas mesmas medidas médias das redes de Tipo 2. Cumpre salientar ainda que mais de 70% dos respondentes das redes deste cluster acessam ou acessaram de forma continuada o Processo Transexualizador no SUS.

6.3 Redes sociais e acesso ao Processo Transexualizador no SUS

Nesta seção serão realizados cruzamentos entre os diferentes níveis de acesso ao Processo Transexualizador no SUS e as medidas e os dados apresentados nas seções iniciais deste capítulo. A partir desse cruzamento se pretende construir um entendimento mais específico sobre as características das redes sociais que foram identificadas como fatores relevantes no acesso à política pública a partir dos casos analisados neste trabalho.

Sublinha-se que, invariavelmente, existe uma relação biunívoca entre as redes e os processos analisados (MARQUES, 2007), ou seja, a formação das redes pode ser influenciada pelo acesso ao Processo Transexualizador e o contrário também pode ser verdade, portanto a análise se restringirá a avaliar a relação entre as variáveis selecionadas sem estabelecimento de causalidade. Os indicadores de forma isolada sempre possuem limitações para as análises, por isso a análise clusterizada que precedeu esta seção é tão importante.

O primeiro cruzamento está relacionado a uma das medidas mais importantes da rede dos respondentes, o tamanho. O tamanho da rede corresponde ao número de nós, neste caso aos indivíduos nela presentes. Redes maiores podem representar maior potencial de troca de bens materiais e imateriais entre os indivíduos nela presentes (MARQUES, 2007). De acordo com a Tabela 24, em todos os casos, as redes de pessoas que estavam acessando ou acessavam de forma continuada o Processo Transexualizador no SUS foram consideravelmente maiores do que as redes daqueles que não acessaram ou tiveram o acesso interrompido. Em Minas Gerais e no Rio Grande do Sul essa diferença foi igual ou superior a duas vezes o tamanho das redes. Assim, o tamanho das redes se apresenta como uma medida importante para se estudar o acesso a essa política. Cabe destacar que o método de coleta dos dados pode gerar o enviesamento desse resultado, uma vez que os nós mencionados faziam referência ao contexto específico do Processo Transexualizador no SUS, portanto é esperado que pessoas que acessam a política tenham mais vínculos sociais nesse contexto do que aqueles que não acessam. Não obstante, a coleta também fazia menção ao conhecimento sobre a política. O que se percebeu nas entrevistas é que, dentre os indivíduos que não acessam, a sua jornada para agregar conhecimento sobre a política pública ou para tentar acessá-la foi muito mais independente e solitária do que em relação aos demais. Além disso, o acesso ao Processo Transexualizador parece gerar vínculos sociais importantes que garantem boa adesão dos usuários aos procedimentos acessados, após o primeiro acesso.

Tabela 24 — Média e mediana do tamanho das redes sociais

Estado	Acessa ou acessou de forma continuada		Não acessa ou teve o acesso interrompido		Total	
	Média	Mediana	Média	Mediana	Média	Mediana
Amazonas (AM)	8,33	9,00	5,67	5,50	7,00	6,50
Minas Gerais (MG)	8,00	8,00	3,63	4,00	5,31	5,00
Rio Grande do Sul (RS)	18,60	25,00	2,25	2,00	11,33	7,00
Total	11,44	9,00	4,00	4,00	7,50	6,00

Fonte: Elaborada pelo autor.

A segunda medida de rede analisada é a densidade, descrita na Tabela 25. Inicialmente, deve-se ressaltar que duas redes de Minas Gerais e uma rede do Rio Grande do Sul não possuíam nós, portanto torna-se impossível aplicar a fórmula de densidade a elas, de modo que seus dados foram excluídos de todas as análises que tratavam desta medida. Em linhas gerais, as redes dos respondentes do Amazonas que acessam o Processo Transexualizador no SUS tiveram as maiores densidades, o que ficou evidente nas entrevistas, pois parte dos respondentes compunham um núcleo social próximo oriundo majoritariamente dos movimentos sociais e do Ambulatório. No Amazonas e no Rio Grande do Sul houve uma diferença importante dessa medida para os diferentes níveis de acesso, com densidade maior nas redes dos respondentes que acessam o Processo Transexualizador. Já em Minas Gerais, essa diferença foi pequena na média e um pouco maior na mediana, sendo maior, em ambos os casos, para os respondentes que não acessam o Processo Transexualizador. Nos resultados gerais, houve uma diferença entre os diferentes níveis de acesso com densidades maiores nas redes dos respondentes que acessam a política, mas essa diferença não é tão expressiva quanto no tamanho. Por se tratarem de redes pequenas e com base nos resultados apresentados, a densidade não se apresentou como uma medida relevante para discutir a relação entre as características da rede e o acesso à política de saúde.

Tabela 25 — Média e mediana da densidade das redes sociais

Estado	Acessa ou acessou de forma continuada		Não acessa ou teve o acesso interrompido		Total	
	Média	Mediana	Média	Mediana	Média	Mediana
Amazonas (AM)	0,72	0,74	0,55	0,54	0,63	0,62
Minas Gerais (MG)	0,44	0,29	0,48	0,44	0,46	0,29
Rio Grande do Sul (RS)	0,44	0,45	0,20	0,00	0,35	0,42
Total	0,54	0,55	0,45	0,50	0,50	0,53

Fonte: Elaborada pelo autor.

A Tabela 26 apresenta a média do diâmetro das redes segmentada por estados e níveis de acesso. Por se tratarem de redes pequenas e de densidades próximas, era esperado que o diâmetro das redes fosse pequeno, como comprovado pelos dados analisados. Novamente, as redes dos respondentes que acessam o Processo Transexualizador tiveram diâmetros maiores em todas as ocasiões em relação aos que não acessam. De modo geral, o diâmetro das redes dos respondentes que acessam a política foi mais que o dobro daqueles que não acessaram,

ainda que ambos sejam diâmetros pequenos se comparados a outras pesquisas (MARQUES, 2007; LOTTA, 2010). Embora esse resultado indique uma proximidade maior entre os indivíduos das redes que não acessam o Processo Transexualizador, o que eventualmente poderia facilitar uma troca de informações entre eles, as informações coletadas nas entrevistas de aplicação do questionário sociométrico indicam que o diâmetro está mais relacionado ao tamanho das redes. Portanto, é possível que haja maior facilidade de troca de informações (ou bens materiais e imateriais) internamente nas redes dos indivíduos que não acessam, pois eles estão a menos passos de distância entre si, entretanto é possível que haja também menos informação disponível para ser trocada, pois se tratam de redes menores.

Tabela 26 — Média do diâmetro das redes sociais

Estado	Acessa ou acessou de forma continuada	Não acessa ou teve o acesso interrompido	Total
Amazonas (AM)	2,00	1,67	1,83
Minas Gerais (MG)	2,60	1,00	1,62
Rio Grande do Sul (RS)	2,80	0,50	1,78
Total	2,44	1,11	1,74

Fonte: Elaborada pelo autor.

Na Tabela 27 estão dispostos os dados sobre o número de esferas sociais presentes nas redes sociais dos diferentes respondentes. No geral, o número de esferas dos respondentes que acessam a política pública foi o dobro (para a mediana) ou próximo disso (para a média) em relação aos que não acessam. Essa diferença também se reproduziu entre os estados. O número de esferas corresponde à diversidade de uma rede social. Quanto maior a diversidade, mais rica tende a ser a sociabilidade dos indivíduos (MARQUES, 2007). Uma rede mais diversa aumenta o repertório de informações disponíveis nela e, para esta pesquisa, aponta na direção de que é uma característica de rede importante para se promover o acesso ao Processo Transexualizador no SUS.

Tabela 27 — Média e mediana do número de esferas sociais presentes nas redes sociais

Estado	Acessa ou acessou de forma continuada		Não acessa ou teve o acesso interrompido		Total	
	Média	Mediana	Média	Mediana	Média	Mediana
Amazonas (AM)	3,00	3,00	2,50	2,00	2,75	2,00
Minas Gerais (MG)	3,80	4,00	2,13	2,50	2,77	3,00
Rio Grande do Sul (RS)	5,40	5,00	1,50	2,00	3,67	4,00
Total	4,00	4,00	2,11	2,00	3,00	3,00

Fonte: Elaborada pelo autor.

A Tabela 28 apresenta dados que nos permitem analisar a homofilia das redes sociais sob a perspectiva da identidade de gênero. De acordo com os dados, as redes de pessoas que não acessam o Processo Transexualizador possuem proporcionalmente, em média, mais pessoas transexuais e travestis do que aquelas que acessam a política. Não necessariamente a homofilia deve ser lida apenas como um elemento negativo em uma rede, pois pode produzir efeitos positivos como capacidade de associação e fortalecimento de vínculos em torno de uma pauta comum ou efeitos negativos, como uma baixa diversidade de uma rede e, por consequência, uma baixa capacidade de troca de recursos materiais e imateriais (LOTTA, 2010), com possíveis reproduções de vulnerabilidades.

No caso dessa pesquisa, os dados coletados em todos os instrumentos utilizados e os cruzamentos realizados são insuficientes para afirmar que redes com maior homofilia são elementos reprodutores de vulnerabilidades. Apesar de os dados sobre a proporção da população trans em relação à população geral terem avançado, ainda são frágeis, distintos entre si e com recortes específicos para diversas localidades (COLEMAN *et al.*, 2022). A partir das poucas pesquisas que se tem disponíveis (COLEMAN *et al.*, 2012; SPIZZIRRI *et al.*, 2021; COLEMAN *et al.*, 2022), pode-se inferir que a rede de pessoas trans e travestis possuem mais pessoas desse mesmo grupo social do que é esperado para o restante da população. Ademais, os casos estudados levam a supor que uma maior homofilia de identidade de gênero gera efeitos negativos ou, no mínimo, não gera efeitos positivos para acesso ao Processo Transexualizador no SUS. Evidentemente são necessárias análises mais robustas para que se possa consolidar essa suposição e quais as suas motivações.

Tabela 28 — Média da proporção de pessoas trans ou travestis presentes nas redes sociais²³

Estado	Acessa ou acessou de forma continuada	Não acessa ou teve o acesso interrompido	Total
Amazonas (AM)	35,44%	43,91%	39,67%
Minas Gerais (MG)	15,82%	53,57%	36,41%
Rio Grande do Sul (RS)	19,91%	23,33%	21,19%
Total	24,45%	43,66%	33,75%

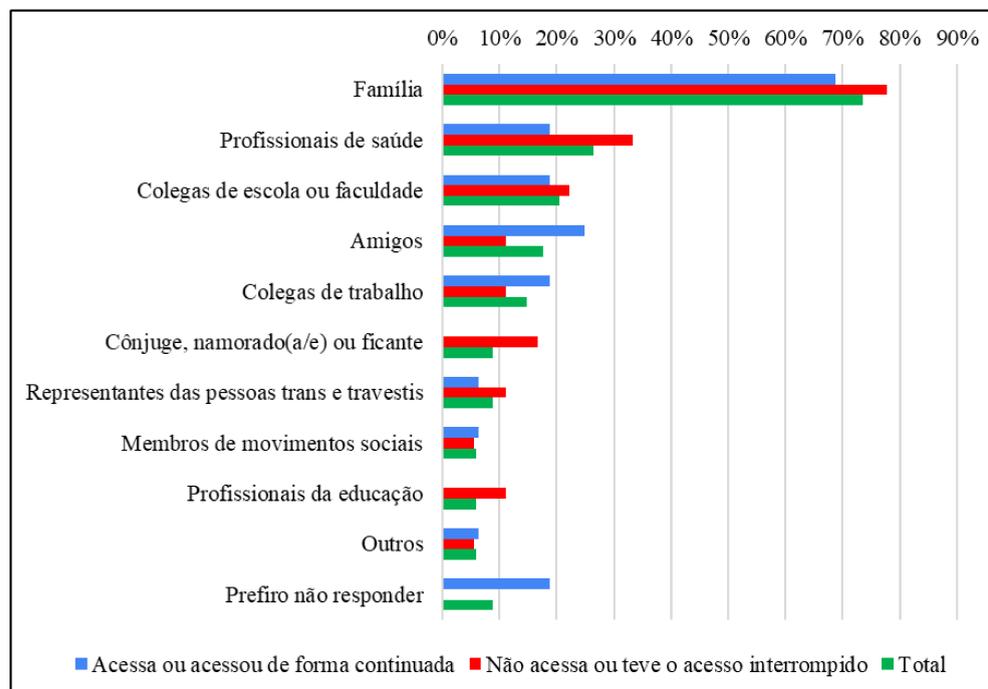
Fonte: Elaborada pelo autor.

Ao serem questionados sobre as principais pessoas que os prejudicaram durante a sua transição de gênero, a família ocupa a primeira posição entre as respostas mais frequentes. Conforme disposto no Gráfico 17, para mais de 70% dos respondentes as pessoas da família estão entre as principais que prejudicaram seu processo de transição. Entre os que não acessaram o Processo Transexualizador essa proporção (77,78%) é quase 10% maior do que entre os que acessaram (68,75%). Para ambos os grupos, esse dado revela que a família é uma das esferas que amplia vulnerabilidades para as pessoas transexuais e travestis, o que é confirmado pelos dados de outras pesquisas (CEDEC, 2021) e também por aqueles coletados durante as entrevistas deste trabalho. Novamente, este dado traz à tona a discussão sobre o papel ambíguo da família no Processo Transexualizador. Ao mesmo tempo que o envolvimento dessa esfera social traz ganhos para o acesso e adesão à política (SILVEIRA, 2021), é desafiador inseri-los durante a implementação da política sem gerar uma revitimização dos usuários.

O segundo agrupamento citado com maior frequência entre os que prejudicaram a transição de gênero foi o dos profissionais de saúde, com uma diferença próxima de 15% entre os que não acessaram (33,33%) e os que acessaram o Processo Transexualizador (18,75%). Pode-se supor que a experiência dos usuários que acessam o serviço dessa política possui retornos positivos quanto à sua contribuição para o seu processo de transição de gênero, em comparação aos que não acessam. Na terceira posição estão os colegas de escola ou faculdade, o que reforça o argumento de que os espaços de educação frequentemente promovem o desrespeito dos direitos de pessoas transexuais e travestis, o que influencia em uma baixa escolaridade dessa população (BENEVIDES; NOGUEIRA, 2020; CEDEC, 2021; BENEVIDES, 2023). Os amigos ocupam a quarta posição, também com diferenças importantes entre aqueles que acessam (25,00%) e os que não acessam (11,11%).

²³ Foram excluídos os respondentes que não possuíam nenhum nó em suas redes.

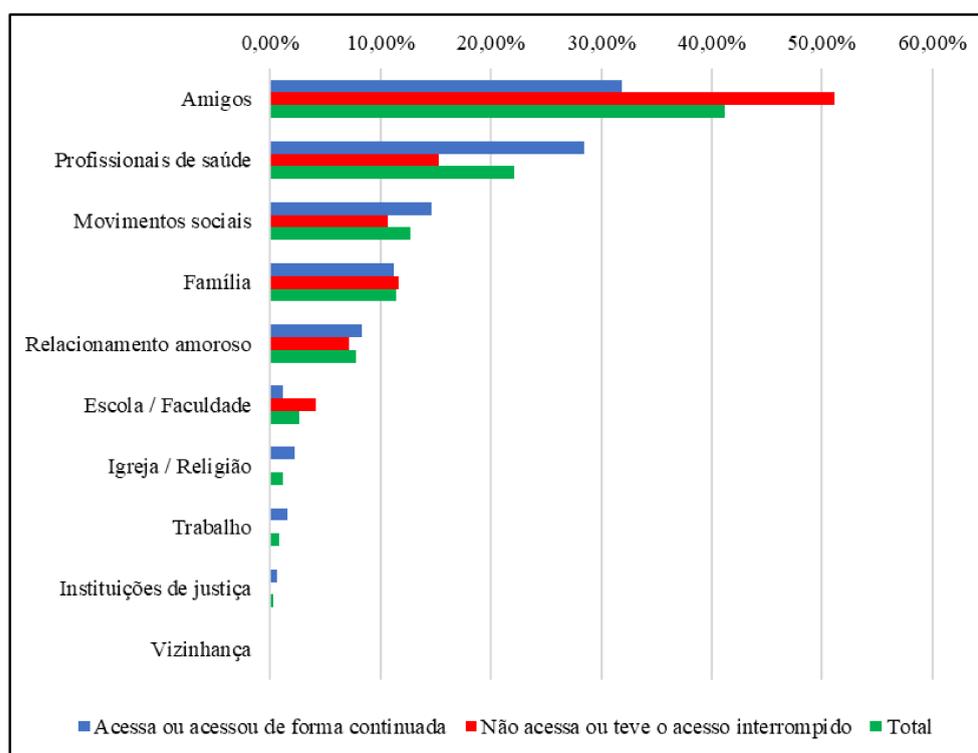
Gráfico 17 — Proporção de respondentes pelas principais pessoas que os prejudicaram durante a transição de gênero segmentada por nível de Acesso ao Processo Transexualizador no SUS



Fonte: Elaborado pelo autor.

O Gráfico 18 apresenta os dados da participação das esferas sociais nas redes dos respondentes, segmentadas por níveis de acesso. O número de nós mais frequentes na rede dos indivíduos faz parte da esfera de amigos, todavia a diferença é bastante significativa entre os níveis de acesso. Para os que acessam o Processo Transexualizador, os nós da esfera de amigos representam em média 31,84% e, para os que não acessam, 51,13%. Um dos fatores para esta diferença é a diversidade das redes dos respondentes de acordo com seu nível de acesso, de modo que, entre aqueles que não acessam, há uma menor diversidade (Tabela 27), com forte concentração na esfera de amigos. Já entre os que acessam, há um maior número de esferas e, por consequência, uma maior distribuição dos nós entre elas. A diferença da presença dos profissionais de saúde se aproxima do dobro entre os diferentes níveis de acesso. Para os que acessaram, a média foi de 28,49% dos nós e, entre os que não acessaram, foi de 15,24%. Na sequência estão os movimentos sociais, com frequência média de 14,60% na rede dos que acessaram e 10,67% nos que não acessaram. Na quarta posição, está a família com diferenças decimais entre os diferentes níveis de acesso. Nenhuma das demais esferas teve proporção média maior de 10%.

Gráfico 18 — Média da proporção de pessoas por esfera social nas redes sociais segmentada pelos níveis de acesso ao Processo Transexualizador no SUS²⁴



Fonte: Elaborado pelo autor.

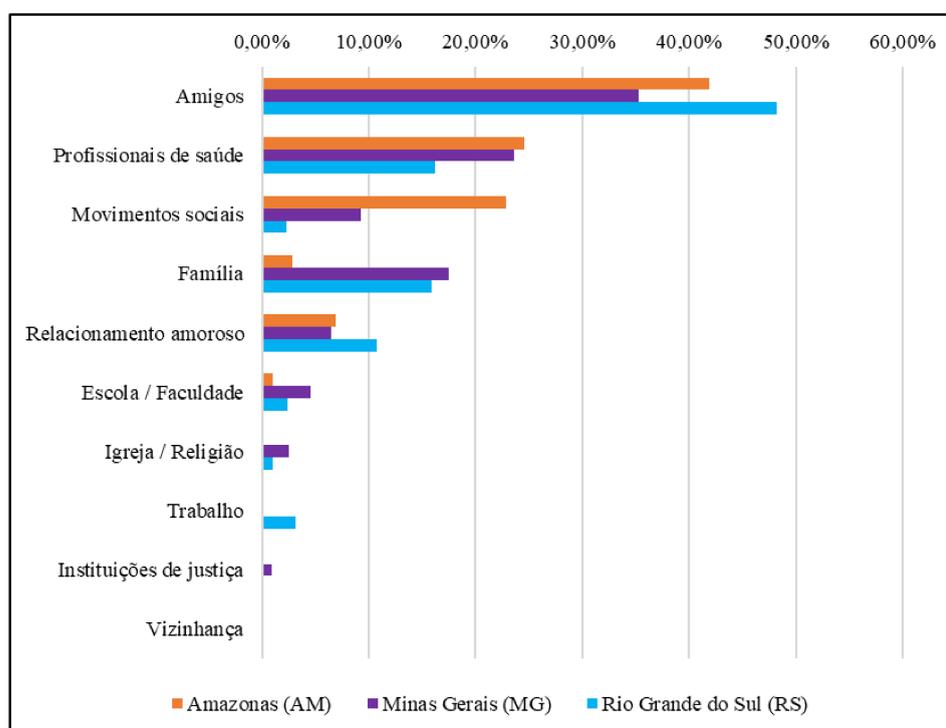
Os mesmos dados do Gráfico 18 foram segmentados por estados no Gráfico 19 e permitem fazer um paralelo interessante com algumas informações e análises realizadas no Capítulo 5. Em todos os três estados, os amigos foram os que concentraram a maior proporção média de nós, com algumas diferenças entre si: AM 41,91%; MG 35,25%; RS 48,22%. Na segunda posição, estão os profissionais de saúde. A proporção de nós nesta esfera para Minas Gerais (23,64%) e Amazonas (24,52%) é bastante próxima. Para os que acessaram o Processo Transexualizador, em Minas essa proporção média chega a 31,65% e no Amazonas é de 36,24%. Dentre os respondentes de Minas Gerais que acessam o Processo Transexualizador no SUS, 80% citaram o coordenador do Ambulatório como um dos nós de sua rede. Já entre os respondentes que acessam no Amazonas, 66,67% têm a coordenadora do Ambulatório entre os nós de sua rede e 50% inseriram uma outra médica deste mesmo estabelecimento em suas redes. Esses dados reforçam a proximidade e a importância dos profissionais dos estabelecimentos especializados para usuários.

Na terceira posição, estão os movimentos sociais, com uma presença expressiva dos nós nas redes do Amazonas (22,81%), seguidos por Minas Gerais (9,25%) e com baixíssima

²⁴ Foram excluídos os respondentes que não possuíam nenhum nó em suas redes.

participação nas redes do Rio Grande do Sul (2,27%). No Amazonas, 50% dos respondentes indicaram a presidente da Assotram em suas redes e essa mesma proporção indicou respectivamente, em seus nós, outras duas pessoas que participam ativamente dos movimentos sociais no estado. Esses dados se adicionam às análises realizadas sobre a importância e a proximidade dos movimentos sociais em Minas Gerais e, principalmente, no Amazonas, para o surgimento dessa política nos estados. Na quarta posição, a família aparece em destaque para Minas Gerais (17,49%) e Rio Grande do Sul (15,93%). Não é possível afirmar uma correlação, pois este não foi um foco de investigação desta pesquisa, mas, durante as entrevistas e levantamento bibliográfico (SILVEIRA, 2021), os serviços estudados de ambos os estados foram os que apresentaram ações mais frequentes de aproximação com as famílias dos usuários. As demais esferas não concentraram mais de 10% dos nós, com exceção de relacionamento amoroso que superou um pouco dessa proporção no Rio Grande do Sul.

Gráfico 19 — Média da proporção de pessoas por esfera social nas redes sociais segmentada pelos estados²⁵



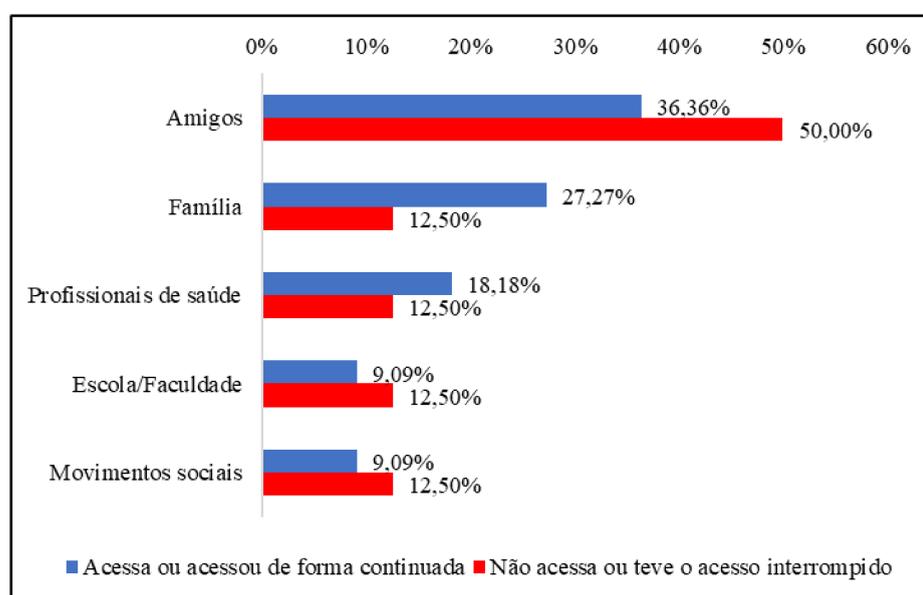
Fonte: Elaborado pelo autor.

No Gráfico 20, os dados tratados sobre os nós na primeira posição de centralidade de grau foram cruzados com o nível de acesso ao Processo Transexualizador no SUS.

²⁵ Foram excluídos os respondentes que não possuíam nenhum nó em suas redes.

Novamente, percebe-se uma concentração maior dos nós nesta posição na esfera de amigos para aqueles que não acessaram à política. Na família, a diferença da proporção entre respondentes pelos níveis de acesso é mais que o dobro. Esse dado reitera a ambiguidade da família na vida das pessoas transexuais e travestis que vem sendo discutida neste trabalho. Em que pese o papel negativo que as pessoas dessa esfera desempenham para boa parte dos respondentes (Gráfico 17), é necessário considerar que os indivíduos dessa mesma esfera possuem papel central para mais de um quarto daqueles que acessaram a política. Logo, ainda que se apresente como um desafio, os dados da pesquisa apontam para o entendimento de Silveira (2021) e do Conselho Federal de Medicina (CFM-BRASIL, 2020) sobre os ganhos positivos que a inserção da família gera para resultados esperados do Processo Transexualizador. Entre os que acessam, a presença dos profissionais de saúde na primeira posição de centralidade de grau também é um pouco maior (5,68%) do que entre os que não acessam. Nas outras duas esferas, a diferença foi menor que 5%, com a maior proporção dos nós na primeira posição entre aqueles que não acessam a política de saúde.

Gráfico 20 — Proporção tratada de nós na primeira posição de centralidade de grau por esfera segmentada por nível de acesso



Fonte: Elaborado pelo autor.

Os resultados apresentados neste capítulo buscaram estabelecer interface com aqueles dos capítulos anteriores. No capítulo seguinte, essa interação entre as dimensões analisadas será melhor abordada e também serão descritas limitações frente às inferências construídas nesta pesquisa.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo retoma brevemente a proposta desta pesquisa apresentada em seus capítulos iniciais e descreve quais os principais resultados frente aos seus objetivos. A primeira seção se destina a, de forma sintética, responder à pergunta de pesquisa. Já a última apresentará as limitações deste trabalho que impõem restrições frente aos resultados encontrados, bem como oportuniza o desenvolvimento de novas pesquisas científicas sobre o tema. Antes de se avançar para essas seções e para a resposta à principal pergunta deste estudo, é interessante descrever em que medida suas hipóteses foram ou não validadas.

Hipótese 1: O desenho institucional produz desigualdade de acesso ao Processo Transexualizador no SUS.

Os resultados encontrados e descritos, principalmente, no capítulo 4 validam a primeira hipótese investigada. O desenho institucional do Processo Transexualizador, embora seja construído em seus objetivos formais a partir dos princípios do SUS (universalidade, integralidade e equidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022)), estabelece barreiras de acesso em seus instrumentos normativos e na forma como a política se estrutura. Essas barreiras, denominadas institucionais, promovem desigualdades no acesso à política, o que vai de encontro a outros estudos sobre o tema (LIONÇO, 2009; SENA; SOUTO; PASSOS, 2015; ROCON; SODRÉ; RODRIGUES, 2016; POPADIUK; OLIVEIRA; SIGNORELLI, 2017; PEREIRA; CHAZAN, 2019; ROCON *et al.*, 2019).

Hipótese 2: A implementação reproduz desigualdades criadas pelo desenho da política e produz novas barreiras de acesso ao Processo Transexualizador no SUS, sobretudo por meio da atuação dos profissionais de saúde.

De acordo com as informações descritas, sobretudo, no capítulo 5, é possível afirmar que a hipótese 2 foi parcialmente validada. De fato, a implementação produz e até acentua desigualdades criadas pelo desenho da política. Entretanto, esse processo se dá muito mais fortemente pelas barreiras operativas surgidas pelos *gaps* de implementação do que pelos profissionais de saúde. A atuação desses burocratas do nível de rua possui efeitos não esperados, porém que, frequentemente, ajudam na superação das barreiras impostas pelo desenho ou pelos *gaps*. A maior parte das barreiras operativas criadas ou reforçadas por esses burocratas se dão por aqueles que atuam fora dos estabelecimentos especializados no Processo Transexualizador no SUS. Dessa forma, entende-se que não se encontrou respaldo, neste trabalho, que elas ocorram “sobretudo por meio da atuação dos profissionais de saúde”, pois a sua atuação pode produzir e reproduzir desigualdades na implementação, mas não é o

principal obstáculo, principalmente nos serviços de referência que foram o foco desta investigação. Pode-se dizer que, guardadas as devidas proporções, atuação dos profissionais de saúde, principalmente nos serviços especializados no Processo Transexualizador, é um dos principais fatores para minimizar desigualdades e garantir equidade no acesso, o que diverge, em partes, do que se esperava a partir do referencial teórico adotado (LIPSKY, 2019; LOTTA, 2019; LOTTA; PIRES, 2019) e casos estudados na literatura (LIONÇO, 2009; LOTTA, 2010; LOTTA, 2018; ROCON *et al.*, 2019).

Hipótese 3: As desigualdades produzidas pelo desenho e pela implementação da política beneficiam o acesso de usuários com determinadas características socioeconômicas e de redes sociais.

A terceira hipótese, analisada de forma isolada e com base nos casos estudados, foi validada, pois determinadas características socioeconômicas e de redes sociais são beneficiadas no acesso ao Processo Transexualizador no SUS, frente às barreiras institucionais e operativas apresentadas. Assim, é possível verificar que há convergência frente a outros estudos sobre essa população (LIONÇO, 2009; SIMPSON, 2015; JAMES *et al.*, 2016; ROCON *et al.*, 2019; BENEVIDES; NOGUEIRA, 2020; BENEVIDES, 2022; CEDEC, 2021; BENEVIDES, 2023) e sobre redes sociais (MARQUES, 2007; MARQUES, 2012; FELSHER *et al.*, 2021). Contudo, ao se analisar as sub-hipóteses elaboradas a partir dela, essa validação não ocorre da mesma forma.

1. Usuários que não acessam o Processo Transexualizador no SUS estão, proporcionalmente, em maior situação de vulnerabilidade, de acordo com os indicadores socioeconômicos analisados;

Essa sub-hipótese é corroborada apenas para os indicadores de escolaridade e rendimento domiciliar *per capita* nos casos estudados. Pessoas que não acessam o Processo Transexualizador são, proporcionalmente, menos escolarizadas (Tabela 12) e possuem menor rendimento domiciliar *per capita* ou sequer o possuem (Tabela 14). Para cor/raça o resultado foi oposto ao que se esperava (Tabela 15), visto que entre a população negra (pretos e pardos) a proporção de acesso era expressivamente maior do que na população branca.

2. A redes sociais dos usuários que acessam o Processo Transexualizador no SUS são, proporcionalmente, maiores e mais densas;

Apenas a medida de tamanho pode ser confirmada nessa sub-hipótese. De acordo com a clusterização realizada (Tabela 23) e as medidas centrais de tamanho (Tabela 24), as redes sociais de pessoas que acessam o Processo Transexualizador são, proporcionalmente, maiores. Em relação à densidade, os dados confirmam a sub-hipótese nos estados do Rio Grande do

Sul e Amazonas (Tabela 25), mas não confirmam em Minas Gerais (Tabela 25) e na clusterização (Tabela 23). Por se tratarem de redes relativamente pequenas, a densidade não se apresentou como uma medida muito sensível às variações das características das redes estudadas.

3. Entre os usuários que acessam o Processo Transexualizado no SUS, há maior homofilia de identidade de gênero nas suas redes sociais;

A sub-hipótese 3 foi refutada. A maior homofilia de identidade de gênero se dá entre os que não acessam o Processo Transexualizador no SUS (Tabela 28). Na clusterização (Tabela 23), essa diferença entre os agrupamentos não foi tão evidente. Esperava-se que a maior presença de pessoas trans e travestis nas redes reforçasse laços identitários e facilitasse a disseminação de informações de interesse dessa população, contudo, os resultados levam a entender que a maior homofilia está atrelada a uma menor diversidade das redes, o que vai de encontro a essa perspectiva. A diversidade das redes analisada a partir das esferas sociais (Tabela 27) demonstra a importância dessa característica no acesso à política. Pessoas que acessam o Processo Transexualizador no SUS possuem rede mais diversas, com mais esferas sociais, o que também é confirmado pela clusterização (Tabela 23).

4. Algumas esferas sociais (família, profissionais de saúde, movimentos sociais e instituições de justiça) são proporcionalmente mais frequentes nas redes sociais de pessoas que acessam o Processo Transexualizador no SUS.

A última sub-hipótese foi confirmada com diferença proporcional importante apenas para a esfera de profissionais de saúde e amigos. Entre os que acessam, a presença dos profissionais de saúde na rede é proporcionalmente muito mais frequente do que entre os que não acessam (Gráfico 18). Há também uma diferença da presença dos movimentos sociais, mas bem menos expressiva do que no caso daquela primeira esfera citada. Para a esfera da família, a diferença é ainda menor, apenas de casas decimais. Já para os amigos, a relação é oposta. As instituições de justiça praticamente não apareceram nas redes. Entre os que não acessam, a frequência da esfera social de amigos nas redes é proporcionalmente muito maior.

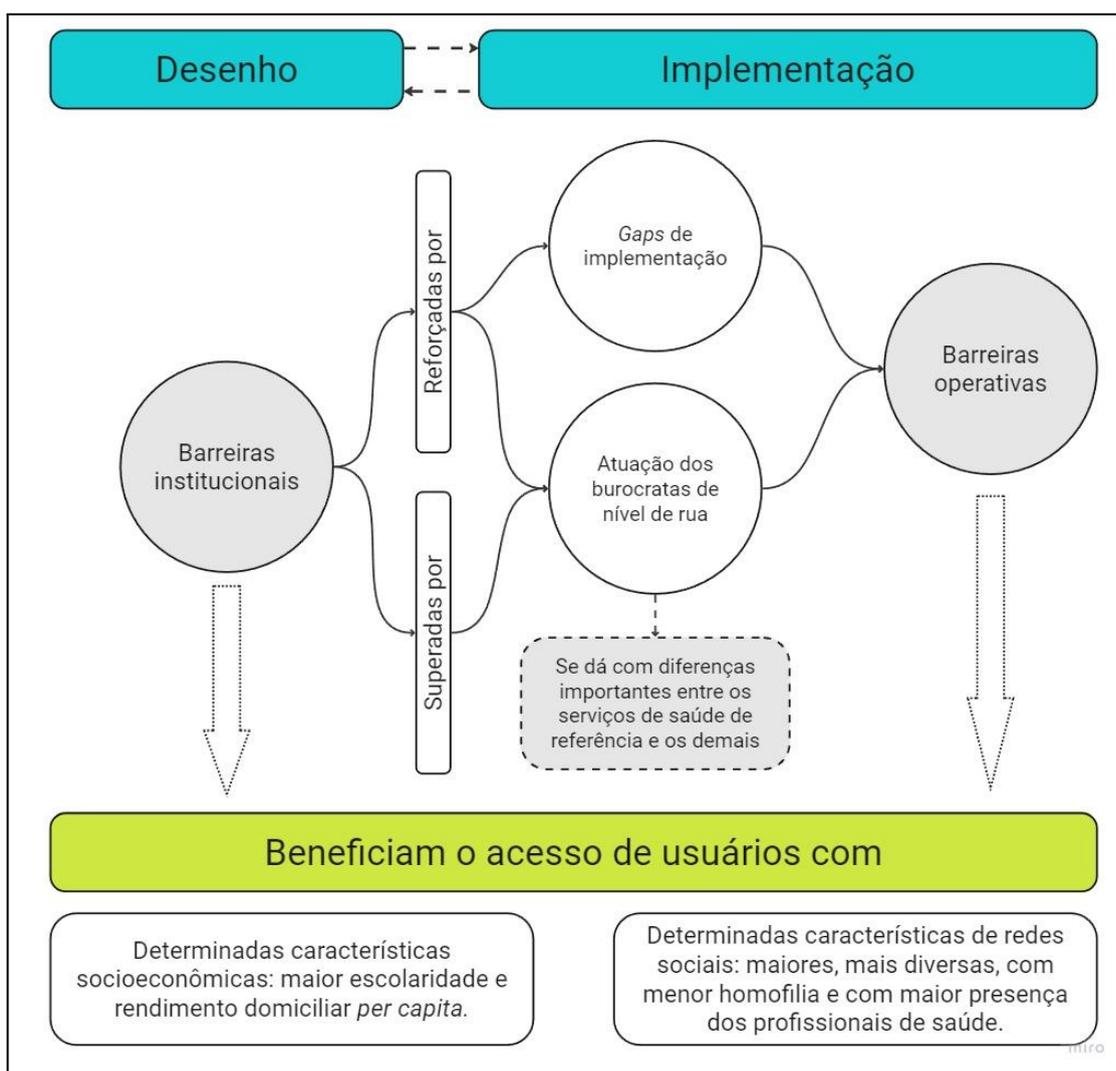
7.1 Cruzamento das dimensões analíticas da pesquisa

O objetivo final deste trabalho se resume a responder: como a associação dos aspectos relacionais (dos usuários), institucionais (do desenho) e operativos (da implementação) produz desigualdade de acesso ao Processo Transexualizador no SUS? Assim, embora as dimensões analíticas tenham sido fragmentadas em capítulos distintos, buscou-se a todo

momento estabelecer as relações existentes entre elas, a fim de que fosse possível responder sua pergunta de pesquisa. Haja vista o desafio inerente à construção dessa interação, esta seção condensa os achados deste estudo que trazem resposta ao seu questionamento central.

A Figura 8 apresenta um resumo visual de como os resultados das três dimensões estão associados. Antes de se avançar na análise desse diagrama, é necessário esclarecer que as setas sinalizadas não indicam uma direção causal ou uma interação unidirecional entre os fatores. Trata-se apenas de um modelo esquemático que facilita a compreensão dos resultados encontrados, buscando-se abarcar as sugestões analíticas de Hupe e Hill (2006) e Ostrom (2007). As dimensões apresentadas se retroalimentam e possuem interações sobrepostas, complexas e múltiplas, logo essa síntese não se refere à totalidade das relações possíveis entre elas.

Figura 8 — Diagrama de cruzamento das dimensões analíticas



Fonte: Elaborada pelo autor.

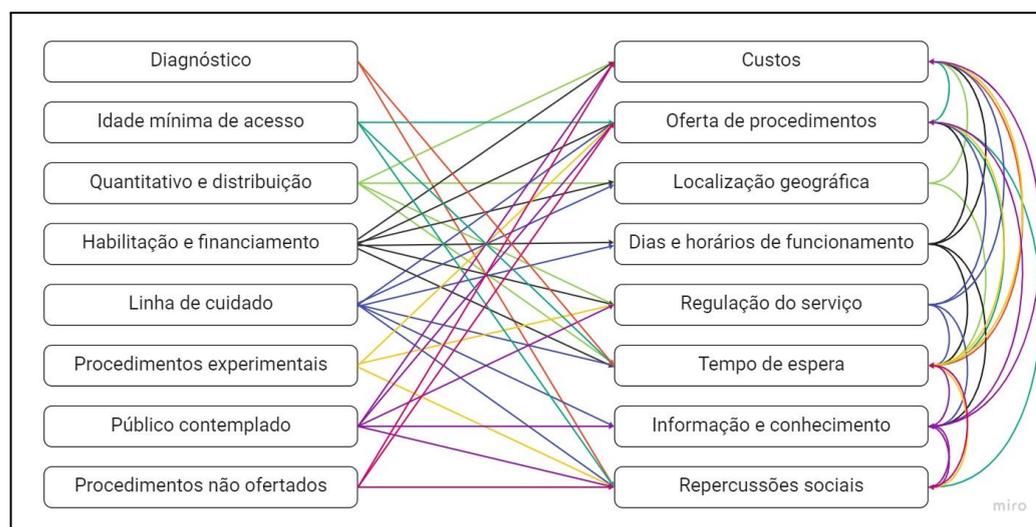
A dimensão analítica institucional está mais fortemente ligada ao desenho da política. Nela as barreiras se encontram em instrumentos e normativas que regulamentam e orientam o funcionamento do Processo Transexualizador. O desenho é o grande norteador da política pública e suas barreiras são difíceis de serem superadas dado seu grau de formalidade. Normalmente, para serem superadas essas barreiras dependem do “jeitinho” do burocrata do nível de rua que esteja disposto a “driblar” aquilo que está normatizado. Ao se deparar com obstáculos como a idade mínima de acesso ou a indisponibilidade de um procedimento do Processo Transexualizador em certo estabelecimento de saúde, dificilmente o usuário conseguirá superá-lo, senão com o apoio e esforço, em grande parte das vezes não regulamentado na política, de algum profissional de saúde ou por meio da judicialização — o que também não se apresentou como uma alternativa muito comum e viável frente aos casos estudados.

A partir dessas barreiras que definem como a política se estrutura e se organiza, há dois caminhos possíveis de serem seguidos durante sua implementação. Elas podem ser superadas ou reproduzidas/reforçadas. Em grande medida, o que está previsto no desenho da política não representa uma falha em si, mas como isso é operacionalizado em sua implementação sim. A regulação dos serviços de saúde, por exemplo, é um importante fator para a garantia de equidade no acesso aos serviços. Todavia, quando associadas a falhas como subfinanciamento ou desarticulação (fatores conhecidos como *gaps* de implementação), se tornam uma barreira de acesso pela falta de pactuação entre municípios ou pelas longas filas de espera.

Os *gaps* de implementação estudados atuam como mecanismo de reforço frente a esses obstáculos do desenho. Os custos para acessar o serviço, por exemplo, associam-se ao baixo número de estabelecimentos que ofertam o serviço, o que amplia desigualdades que já estavam impostas pelo próprio desenho do Processo Transexualizador no SUS. Há também o caso dos procedimentos ofertados (*gap* de implementação) que estão associados ao processo de habilitação e financiamento da política (barreira institucional) e, portanto, tornam-se “barreiras cumulativas”. Nem todos os *gaps*, entretanto, são oriundos das barreiras institucionais. Durante o processo de implementação surgem lacunas que não estavam previstas em seu desenho, mas que partem até mesmo da omissão de uma diretriz específica sobre o tema, tais como os dias e horários de funcionamento dos estabelecimentos e a disseminação de informação e conhecimento sobre o Processo Transexualizador no SUS. A Figura 9 apresenta o quão amplas são essas possíveis relações entre e intra barreiras

institucionais e operativas mapeadas nos *gaps* de implementação. Algumas das barreiras institucionais possuem maiores repercussões na implementação e outras são mais restritas ao desenho.

Figura 9 — Diagrama de relações entre as barreiras institucional de acesso e *gaps* de implementação



Fonte: Elaborada pelo autor.

A atuação dos burocratas do nível de rua caminha em direções ambíguas, podendo superar ou reforçar essas barreiras. Quase todas as barreiras institucionais ou os *gaps* de implementação podem ser superados (ou ao menos minimizados) ou reforçados (ou ao menos mantidos) pela atuação dos profissionais de saúde. Em linhas gerais o que se nota é que, a maior parte das práticas dos burocratas que reproduzem essas barreiras estão fora dos estabelecimentos que ofertam o Processo Transexualizador no SUS, sobretudo na Atenção Primária à Saúde. Um exemplo disso é a falta de orientação para os usuários sobre o acesso a essa política no SUS, que soma-se ao *gap* da informação e conhecimento e também à barreira institucional da linha de cuidado. Por isso, é possível dizer que essas barreiras operam de forma sinérgica e cumulativas entre si.

Por outro lado, a maior parte das ações que promovem a superação das barreiras de acesso estão concentradas nos serviços especializados dessa política. Há que se ressaltar ainda que, além da discricionariedade e autonomia dos burocratas do nível de rua no geral, a autonomia dos médicos é algo que lhes confere especial liberdade — amparado inclusive por seu código de ética — para atuarem em caminhos alternativos às orientações da política pública, desde que amparada em argumentos científicos e diretrizes do seu órgão de classe (CFM), o qual já avançou bastante frente a algumas discussões comparado ao Ministério da

Saúde. Percebe-se um esforço grande por parte dos profissionais de saúde dos serviços estudados, em grande medida instigados e apoiados pelos movimentos sociais, em garantir universalidade (por meio da ampliação de oferta dos serviços), equidade (buscando atender às diferentes realidades de pessoas com diferentes identidades de gênero, incluindo algumas não previstas na Portaria GM/MS nº 2/2017) e integralidade (acolhendo a diversas demandas dos usuários, mesmo aquelas que não estão formalmente previstas na política).

Frente às barreiras apresentadas, usuários com determinadas características socioeconômicas e de redes sociais têm mais êxito no acesso à política nos casos estudados. A associação entre as características socioeconômicas e das redes foi bastante limitada, frente a baixa capacidade comparativa. Desse modo, optou-se por tratar esses dois elementos de forma separada, visto que, nos casos estudados, eles não estavam tão fortemente relacionados. A partir dos indicadores socioeconômicos estudados, os respondentes que acessam o Processo Transexualizador no SUS possuem, proporcionalmente, maior escolaridade e maior rendimento domiciliar *per capita*. Já com relação às redes, as características que se mostraram mais prevalentes para os respondentes que acessam a política quando comparados aos que não acessam foram: redes maiores (tamanho maior), mais diversas (com maior número de esferas sociais), com menor homofilia de identidade de gênero (menor presença proporcional de pessoas trans e travestis) e com maior presença dos profissionais de saúde (maior presença proporcional dos nós na esfera social de profissionais de saúde). Analisando-se as barreiras de forma segmentada, é possível compreender o porquê de usuários com determinadas características serem mais bem sucedidos no acesso. Exemplo: barreiras de custos ou de quantitativo e distribuição dos estabelecimentos de saúde podem ser mais facilmente superadas por usuários com maior renda domiciliar *per capita*; já barreiras de informação e conhecimento podem ser mais facilmente superadas por usuários com redes maiores e mais diversas.

Ao se apresentar essas barreiras de acesso, não se deseja em hipótese alguma descartar os avanços institucionais e a importância de alguns desses regramentos ou práticas para o Processo Transexualizador no SUS. Ao tratar a linha de cuidado como uma barreira institucional, por exemplo, o propósito não é desconstruir essa lógica de funcionamento dos serviços de saúde no SUS. Na verdade, o que se pretende é estabelecer novas reflexões que permitam olhar para esses fatores tanto como marcos e avanços, mas também como entraves ao acesso quando não são bem operacionalizados. Esse caso linha de cuidado carrega consigo um dilema nas soluções possíveis. Por um lado, a oferta do serviço em estabelecimentos especializados parece ser mais efetiva em garantir um acesso qualificado dos usuários ao

Processo Transexualizador. Por outro, a oferta do serviço em estabelecimentos de menor complexidade (como na Atenção Primária à Saúde) amplia a oferta e aproxima a política da universalidade no acesso. Frente aos resultados apresentados, cabe aos gestores e formuladores da política avaliarem caminhos alternativos que sejam capazes de conciliar essas perspectivas. A princípio, as soluções adotadas pelo estado do Rio Grande do Sul e do município de São Paulo em descentralizar o serviço para estabelecimentos específicos da APS parecem interessantes para lidar com a questão. Naturalmente, trata-se de uma análise preliminar que precisaria ser melhor investigada em pesquisas futuras.

7.2 Limitações da pesquisa

Os achados dessa pesquisa são importantes, porém possuem limitações frente ao desenho metodológico, escopo e execução. Essas restrições foram apresentadas durante a pesquisa e serão brevemente retomadas nesta seção, para que fiquem claros os limites da sua conclusão, bem como as oportunidades que se abrem para a construção de novas agendas de pesquisa. A primeira limitação é a impossibilidade de generalização dos seus resultados e a construção de inferências causais a partir deles. Os resultados gerados estão restritos aos casos estudados e as reflexões construídas sobre eles abrem margem para replicação dessas discussões em outras situações, mas não de suas conclusões. Portanto, esta pesquisa não se configura como uma avaliação do Processo Transexualizador no SUS como um todo, tampouco possui uma amostra representativa da população trans e travesti que permita afirmar que as inferências realizadas serão confirmadas em outros contextos. Ademais, as dimensões analisadas são bastante complexas e estão relacionadas em diversas direções, portanto concentrou-se aqui em descrever as associações existentes entre elas, sem o estabelecimento de vínculo causal, visto que esse desenho responde satisfatoriamente à pergunta de pesquisa estabelecida. Futuramente, podem ser construídos modelos estatísticos, por exemplo, que permitam cruzar as variáveis investigadas buscando o estabelecimento de causalidade entre elas.

Outra limitação deste trabalho é sua capacidade de comparação com outros estudos e dados secundários sobre o objeto de análise. No Brasil, diferentemente dos Estados Unidos que realiza periodicamente um censo da sua população trans (JAMES *et al.*, 2016), os dados sobre a população trans e travesti são muito relacionados às violências vividas por essas populações (BENEVIDES; NOGUEIRA, 2020; BENEVIDES, 2022; BENEVIDES, 2023) ou, quando possuem uma abrangência um pouco maior, têm um recorte muito específico

(CEDEC, 2021). Os estudos sobre o tamanho da população trans brasileira demonstram que se trata de uma população pequena, mas não desprezível, cerca de 2%, entretanto, apesar de possuir uma amostra representativa e ter sido realizado por uma instituição de referência no país (SPIZZIRRI, 2021), ainda se trata de um primeiro estudo e existe uma ausência de dados sobre essa população produzidos pelos órgãos públicos que atuam como principais provedores de informações oficiais, tal como o IBGE. Além dos da precariedade quanto aos dados gerais dessa população, praticamente inexistem dados dessa população nos serviços de saúde, assim como informações sobre o Processo Transexualizador no SUS. Os principais sistemas de informação oficiais do SUS sequer possuem a possibilidade de sinalizar a identidade de gênero do paciente. Os dados sobre o Processo Transexualizador se restringem aos estabelecimentos habilitados pelo Ministério da Saúde, que representam uma minoria frente ao cenário nacional. Não há uma padronização entre o registro de informações de atendimento nos estabelecimentos não habilitados e os dados registrados não são facilmente acessíveis, pois precisam ser solicitados ao estabelecimento ou à secretaria de saúde responsável. Logo, os dados disponíveis sobre oferta e demanda pelos procedimentos do Processo Transexualizador estão bastante distantes de serem fiéis à realidade vivenciada pelo SUS.

Algumas das limitações deste trabalho — em certa medida também relacionadas a sua capacidade de comparação — residem sobre a análise de redes. A opção pela análise de rede de comunidade possibilita maior profundidade no contexto do Processo Transexualizador, mas também restringe a comparação com redes em outros contextos. A análise das redes sociais em relação a determinados fenômenos sociais sempre terá uma relação biunívoca, ou seja, influencia e é influenciada por eles, o que pode ser acentuado com a escolha das redes de comunidades.

Não obstante, foram adotados artifícios que minimizaram essa relação (como a inserção da palavra “conhecimento” na pergunta norteadora), além do fato que não se estava buscando a identificação de causa e efeito nas associações entre as variáveis estudadas. Naturalmente, os resultados aqui encontrados podem ser testados a partir da construção de redes pessoais, conforme os estudos de Lotta (2010) e Marques (2007), em pesquisas futuras, o que permitirá a comparação com as redes aqui analisadas e também de outras populações. Outros viesamentos também são quase que inerentes ao processo de construção de redes tais como: a autodeclaração dos nós depende em certa medida da memória dos respondentes, o que também pode ser influenciado pelo seu tempo de acesso à política; além das subjetividades na interpretação das expressões e conceitos utilizados, pois nem sempre o significado de “pessoas mais importantes” ou “pessoas que se conhecem entre si” é o mesmo

para todos os respondentes. Como a aplicação do questionário era realizada em conjunto com o pesquisador, buscou-se reduzir esses vieses sempre esclarecendo aos respondentes a pergunta que estava sendo realizada de forma acessível e didática, além de abrir a possibilidade de revisão dos dados inseridos a qualquer momento e garantir a concordância do respondente quanto ao sociograma gerado ao final da aplicação.

Obviamente, nenhuma das limitações aqui descritas invalidam os resultados encontrados, mas devem ser evidenciadas para que se tenha a devida cautela com relação às análises construídas. Entende-se, assim, que os achados deste trabalho são oportunos para o processo de revisão da política pública, bem como abrem espaço para a construção de uma agenda de pesquisa inovadora sobre seu objeto de análise e os métodos aqui empregados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMBULATÓRIO DA DIVERSIDADE SEXUAL E GÊNEROS. **Relatório do Ambulatório de Diversidade Sexual e Gêneros**. Manaus, 2022.

BENEVIDES, Bruna G.; NOGUEIRA, Sayonara Naider Bonfim (org.). **Dossiê dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2019**. São Paulo: Expressão Popular, ANTRA, IBTE, v. 80, 2020.

BENEVIDES, Bruna. **COMO ACESSAR O SUS PARA QUESTÕES DE TRANSIÇÃO?**. Sítio eletrônico da Associação Nacional de Travestis e Transexuais, sem local, 27 de julho de 2020. Disponível em: <<https://antrabrasil.org/2020/07/27/como-acessar-o-sus-para-questoes-de-transicao/>>. Acesso em 24 de set. de 2021.

BENEVIDES, Bruna G.; NOGUEIRA, Sayonara Naider Bonfim. **Assassinatos e violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2020**. São Paulo: **Expressão Popular, ANTRA, IBTE**, 2021.

BENEVIDES, Bruna G (org.). **Dossiê assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2021**. Brasília: Distrito Drag, ANTRA, 2022.

BENEVIDES, Bruna G (org.). **Dossiê: assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2022** / Bruna G. Benevides. ANTRA (Associação Nacional de Travestis e Transexuais). Brasília, DF: Distrito Drag, ANTRA, 2023.

BOBROW, Davis. Policy design: Ubiquitous, necessary and difficult. **Handbook of public policy**, p. 75-96, 2006.

BOGASON, Peter. Networks and bargaining in policy analysis. **Handbook of public policy**, p. 97-114, 2006.

BORGATTI, Stephen P. et al. Network analysis in the social sciences. **science**, v. 323, n. 5916, p. 892-895, 2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília, 1990.

BRASIL. Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. **Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências**. Brasília, 2011.

BRASIL. Tribunal Regional Federal da 4ª Região. Ação Civil Pública nº 5081241-40.2016.4.04.7100. Tratamento médico-hospitalar, Pública, DIREITO DA SAÚDE. Autor: Ministério Público Federal. Réu: União Federal. Data de autuação: 13 de agosto de 2001. **Portal da Justiça Federal da 4ª Região**. Acesso em 03 de out. de 2022.

BRASIL. Decreto nº 11.471 de 06 de abril de 2023. **Institui o Conselho Nacional dos Direitos das Pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Queers, Intersexos, Assexuais e Outras**. Brasília, 2023.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES). **Relatório Habilitações**. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Habilitacoes.asp?VEstado=00&VTipo=H>. Acesso em: 31 de out. de 2022.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES). **Consulta de estabelecimentos**. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>>. Acesso em: 30 de jan. de 2023.

CANATO, Pamella; BICHIR, Renata. Intersetorialidade e redes sociais: a implementação de projetos para população em situação de rua em São Paulo. **Revista de Administração Pública**, v. 55, p. 995-1006, 2021.

CARROLL, Cibele Barbosa; GOMIDE, Marcia. Análise de redes na regulação do tratamento do câncer do aparelho digestivo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2019.

CEDEC- CENTRO DE ESTUDOS DE CULTURA CONTEMPORÂNEA. **Mapeamento das Pessoas Trans na Cidade de São Paulo: relatório de pesquisa**. São Paulo, 2021.

CIASCA, Saulo Vito; HERCOWITZ, Andrea; JUNIOR, Ademir Lopes. Saúde LGBTQIA+ Práticas de cuidado transdisciplinar. Tamboré-Santa de Parnaíba: **Editora Manole**, 2021.

CLEMENTE, Gabriela. RS inaugura 15º ambulatório LGBTQIA+; veja cidades e endereços. **G1**, sem local, 28 de junho de 2022. Disponível em: <<https://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2022/06/28/rs-inaugura-15o-ambulatorio-lgbtqia-veja-cidades-e-enderecos.ghtml>>. Acesso em: 01 de nov. de 2022.

COELHO, Patrícia. Prefeitura entrega ambulatório trans no Centro de Saúde Modelo. **Sítio eletrônico da Prefeitura Municipal de Porto Alegre**, sem local, 07 de agosto de 2019. Disponível em: <<https://prefeitura.poa.br/smc/noticias/prefeitura-entrega-ambulatorio-trans-no-centro-de-saud-e-modelo>>. Acesso em 30 de jan. de 2023.

COLEMAN, Eli *et al.* **Normas de atenção à saúde das pessoas trans e com variabilidade de gênero, 7ª versão**. Disponível em: <https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_Portuguese.pdf>. Acesso em 14 de fev. de 2023.

COLEMAN, Eli *et al.* Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. **International Journal of Transgender Health**, v. 23, n. sup1, p. S1-S259, 2022.

COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS (CONITEC). Relatório nº 69, referente à reunião ocorrida em 07 de dezembro de 2012-

Incorporação de novos procedimentos relativos ao Processo Transexualizador no âmbito do SUS. Brasília, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM-BRASIL). Resolução CFM nº 1.482/1997 de 19 de setembro de 1997. Brasília, 1997.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM-BRASIL). Resolução CFM nº 1.652/2002 de 02 de dezembro de 2002. **Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.482/97.** Brasília, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM-BRASIL). Resolução CFM nº 1.955/2010 de 03 de setembro de 2010. **Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.652/02.** Brasília, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM-BRASIL). Parecer CFM nº 08/2013 de 22 de fevereiro de 2013. **O adolescente com TIG deve ser assistido em centro especializado, de excelência e multiprofissional. A hormonioterapia, de preferência, iniciada quando dos primeiros sinais de puberdade (bloqueio da puberdade do gênero de nascimento). Aos 16 anos, caso persista o TIG, a hormonioterapia do gênero desejado deve ser iniciada gradativamente.** Brasília, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM-BRASIL). Resolução CFM nº 2.265/2019 de 09 de janeiro de 2020. **Dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero e revoga a Resolução CFM nº 1.955/2010.** Brasília, 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP-BRASIL). Resolução CPF nº 01, de 29 de janeiro de 2018. **Estabelece normas de atuação para as psicólogas e os psicólogos em relação às pessoas transexuais e travestis.** Brasília, 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Resolução CNS nº 196/1996, de 10 de outubro de 1996. **Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Brasília, 1996.

CONTE, Vanessa. Ambulatório Ambulatório Trans do Centro de Saúde Modelo faz 704 atendimentos em três meses. **Sítio Eletrônico da Prefeitura Municipal de Porto Alegre**, sem local, 11 de agosto de 2022a. Disponível em: <<https://prefeitura.poa.br/sms/noticias/ambulatorio-trans-do-centro-de-saude-modelo-faz-704-atendimentos-em-tres-meses>>. Acesso em 30 de jan. de 2023.

CONTE, Vanessa. Ambulatório Trans ampliará atendimento em novo endereço a partir desta quarta-feira. **Sítio Eletrônico da Prefeitura Municipal de Porto Alegre**, sem local, 31 de agosto de 2022b. Disponível em: <<https://prefeitura.poa.br/sms/noticias/ambulatorio-trans-ampliara-atendimento-em-novo-endereco-partir-desta-quarta-feira>>. Acesso em 30 de jan. de 2023.

DUE, Pernille *et al.* Social relations: network, support and relational strain. **Social science & medicine**, v. 48, n. 5, p. 661-673, 1999.

DUNN, William N. Evaluating Policy Performance. In: **Public Policy Analysis**. Routledge, 2017. p. 320-346.

FELSHER, Marisa *et al.* The Influence of PrEP-Related Stigma and Social Support on PrEP-Use Disclosure among Women Who Inject Drugs and Social Network Members. **AIDS and Behavior**, p. 1-11, 2021.

FREDRIKSEN-GOLDSSEN, Karen I. *et al.* The health equity promotion model: Reconceptualization of lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) health disparities. **American Journal of Orthopsychiatry**, v. 84, n. 6, p. 653, 2014.

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS (FHEMIG). Hospital Eduardo de Menezes. **Sítio eletrônico da FHEMIG**, data de publicação indisponível. Disponível em: <<https://www.fhemig.mg.gov.br/atendimento/unidades-assistenciais-de-referencia/hospital-eduardo-de-menezes>>. Acesso em 26 de janeiro de 2023.

GOMES, Sandra. Sobre a viabilidade de uma agenda de pesquisa coletiva integrando implementação de políticas, formulação e resultados. **Teoria e análises sobre implantação de políticas públicas no Brasil**, p. 39-65, 2019.

GORDON, Ian; LEWIS, Janet; YOUNG, Ken. Perspectives on policy analysis. **The policy process: a reader**, v.2, p. 5-9, 1997.

HECLO, H. Issue network and the executive establishment. In: KING, A. (Ed.) **The New American Political System**. Washington, D.C.: American Enterprise Institute for Public Policy Research, 1978.

HIGGINS, Silvio Salej; RIBEIRO, Antonio Carlos Andrade. **Análise de redes em ciências sociais**. Brasília: Enap, 2018.

HILL, Michael; HUPE, Peter. **Implementing public policy: Governance in theory and in practice**. Sage, 2002.

HINO, Paula *et al.* Análise dos cuidados à saúde de caminhoneiros. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 11, p. 4741-4748, 2017.

HUPE, Peter; HILL, Michael. The three action levels of governance: Re-framing the policy process beyond the stages model. **Handbook of public policy**, p. 13-30, 2006.

HOWLETT, Michael. **Designing public policies: Principles and instruments**. Routledge, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). IBGE divulga rendimento domiciliar *per capita* 2022 para Brasil e Unidades da Federação. **Sítio eletrônico da Agência de Notícias IBGE**, sem local, publicado em 24 de fevereiro de 2023. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/36320-ibge-divulga-rendimento-domiciliar-per-capita-2022-para-brasil-e-unidades-da-federacao>>. Acesso em 01 de mar. de 2023.

JAMES, Sandy *et al.* **The report of the 2015 US transgender survey**. 2016.

JENKINS, Bill. Policy analysis: Models and approaches. **The policy process: a reader**, v. 2, p. 30-40, 1997.

JOHNSON, Austin H. Rejecting, reframing, and reintroducing: Trans people's strategic engagement with the medicalisation of gender dysphoria. **Sociology of Health & Illness**, v. 41, n. 3, p. 517-532, 2019.

LERNER, Justin E.; MARTIN, James I.; GORSKY, Gabriella Silva. More than an apple a day: Factors associated with avoidance of doctor visits among transgender, gender nonconforming, and nonbinary people in the USA. **Sexuality Research and Social Policy**, v. 18, n. 2, p. 409-426, 2021.

LIMA, Luciana Leite; D'ASCENZI, Luciano. Implementação e avaliação de políticas públicas: intersecções, limites e continuidades. **Teoria e análises sobre implantação de políticas públicas no Brasil**. Brasília: Enap, p. 127-152, 2019.

LIONÇO, Tatiana. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, p. 43-63, 2009.

LIPSKY, Michael. **Burocracia em nível de rua: dilemas do indivíduo nos serviços públicos**. Tradutor: Arthur Eduardo Moura da Cunha. Brasília: Enap, 2019.

LOBATO, Maria Inês Rodrigues. Apresentação. **Transexualidade: da Assistência Médica à Conquista de Direitos**. Porto Alegre: Sulina, 2021, p. 15-22.

LOTTA, Gabriela Spanghero. **Implementação de políticas públicas: o impacto dos fatores relacionais e organizacionais sobre a atuação dos burocratas de nível de rua no Programa Saúde da Família**. 2010. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

LOTTA, Gabriela. Burocracia, redes sociais e interação: uma análise da implementação de políticas públicas. **Revista de Sociologia e Política**, v. 26, p. 145-173, 2018.

LOTTA, Gabriela. A política pública como ela é: contribuições dos estudos sobre implementação para a análise de políticas públicas. **Teoria e análises sobre implantação de políticas públicas no Brasil**. Brasília: Enap, p. 11-38, 2019.

MARQUES, Eduardo Cesar. Redes sociais e poder no Estado brasileiro: aprendizados a partir de políticas urbanas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 21, p. 15-41, 2006.

MARQUES, Eduardo Cesar. **Redes sociais, segregação e pobreza em São Paulo**. 2007. 176 p. 2007. Tese de Doutorado. Tese de Livre Docência (Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas)–Universidade de São Paulo, São Paulo.

MARQUES, Eduardo Cesar. Social networks, segregation and poverty in São Paulo. **International Journal of Urban and Regional Research**, v. 36, n. 5, p. 958-979, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria SAS/MS nº 55 de, 24 de fevereiro de 1999. **Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde - SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências**. Brasília, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 1.397, de 07 de julho de 2004. **Institui Grupo de Trabalho para discutir a inclusão da cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia e, ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres secundários na Tabela do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.** Brasília, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 1.707, de 18 de agosto de 2008. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.** Brasília, 2008a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria SAS/MS nº 457, de 19 de agosto de 2008. **Aprova a Regulamentação do Processo Transexualizador no âmbito do SUS.** Brasília, 2008b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. **Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde.** Brasília, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 2.836/2011, de 1 de dezembro de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT).** Brasília, 2011a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução CIT nº 02, de 06 de dezembro de 2011. **Estabelece estratégias e ações que orientam o Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília, 2011b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**, 1. ed., 1. reimp. Brasília : Ministério da Saúde, 2013a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria SAS/MS nº 859, de 30 de julho de 2013. **Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde - SUS.** Brasília, 2013b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 1.579, de 31 de julho de 2013. **Suspende os efeitos da Portaria nº 859/SAS/MS de 30 de julho de 2013.** Brasília, 2013c.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. **Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília, 2013d.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria SCTIE/MS nº 11, de 15 de maio de 2014. **Torna pública a decisão de incorporar os procedimentos relativos ao processo transexualizador no Sistema Único de Saúde - SUS: mastectomia simples bilateral; histerectomia com anexectomia bilateral e colpectomia; cirurgias complementares de redesignação sexual; administração hormonal de testosterona e acompanhamento de usuários no processo transexualizador apenas para tratamento clínico.** Brasília, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. **Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde.** Brasília, 2017a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017. **Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.** Brasília, 2017b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução CIT nº 26, de 28 de setembro de 2017. **Dispõe sobre o II Plano Operativo (2017- 2019) da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas,**

Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT) no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017c.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 1.370, de 21 de junho de 2019. **Inclui procedimento na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS.** Brasília, 2019a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria SAES/MS nº 1.415, de 18 de dezembro de 2019. **Altera atributos de procedimento na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS.** Brasília, 2019b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona. **Site do Ministério da Saúde**, atualizado em 15 de maio de 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus-estrutura-principios-e-com-o-funciona>>. Acesso em 24 de maio de 2022.

NÉRI, Felipe. Ministério da Saúde suspende portaria sobre mudança de sexo. **G1**, Brasília, 31 de jul. de 2013. Disponível em: <<https://g1.globo.com/bemestar/noticia/2013/07/ministerio-da-saude-suspende-portaria-sobre-mudanca-de-sexo.html/>>. Acesso em 19 de out. de 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10 Décima revisão.** Tradução do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 3 ed. São Paulo: EDUSP, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Social determinants of health. **Sítio eletrônico da OMS**, data de publicação indisponível. Disponível em: <<https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health>>. Acesso em 24 de maio de 2022a.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-11 Décima primeira revisão.** Geneva, 2022b. Disponível em: <<https://icd.who.int/browse11/l-m/en>>. Acesso em 27 de setembro de 2022b.

OSTROM, Elinor. Institutional rational choice: An assessment of the institutional analysis and development framework. In: **Theories of the policy process.** Westview Press, p. 21-64, 2007.

PEREIRA, Lourenço Barros de Carvalho; CHAZAN, Ana Cláudia Santos. O Acesso das Pessoas Transexuais e Travestis à Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 14, n. 41, p. 1795-1795, 2019.

PIRES, Roberto Rocha C.. Introdução. **Implementando Desigualdades**, p. 13-50, 2019.

PIRES, Roberto Rocha C.; LOTTA, Gabriela. Burocracia de nível de rua e (re)produção de desigualdades sociais: comparando perspectivas de análise. **Implementando Desigualdades**, p. 127-152, 2019.

POPADIUK, Gianna Schreiber; OLIVEIRA, Daniel Canavese; SIGNORELLI, Marcos Claudio. 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. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1509-1520, 2017.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JUIZ DE FORA. Juiz de Fora se torna primeira cidade do interior a contar com processo transexualizador. **Sítio eletrônico da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora**, Juiz de Fora, 28 de junho de 2021. Disponível em: <<https://www.pjf.mg.gov.br/noticias/view.php?modo=link2&idnoticia2=71449>>. Acesso em 01 de nov. de 2022.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Conheça a Rede Sampa Trans. **Sítio eletrônico da Prefeitura Municipal de São Paulo**, sem local, 03 de março de 2022a. Disponível em: <<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/noticias/?p=325757>>. Acesso em: 31 de out. de 2022.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Rede de Atenção à Saúde Integral de Pessoas Travestis e Transexuais – Rede SAMPA Trans. **Sítio eletrônico da Prefeitura Municipal de São Paulo**, sem local, 15 de agosto de 2022b. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=314019>. Acesso em: 31 de out. de 2022.

ROCON, Pablo Cardozo; SODRÉ, Francis; RODRIGUES, Alexsandro. Regulamentação da vida no processo transexualizador brasileiro: uma análise sobre a política pública. **Revista Katálysis**, v. 19, p. 260-269, 2016.

ROCON, Pablo Cardozo *et al.* Desafios enfrentados por pessoas trans para acessar o processo transexualizador do Sistema Único de Saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, 2019.

SABATIER, Paul A. Top-down and bottom-up approaches to implementation research: a critical analysis and suggested synthesis. **Journal of public policy**, v. 6, n. 1, p. 21-48, 1986.

SANDIM, Tatiana Lemos; ASSIS, Marcos Arcanjo de. O arranjo institucional de implementação do PAIF e seus potenciais efeitos no cotidiano de operação do serviço: introduzindo questões para o debate. **Implementando desigualdades: reprodução de desigualdades na implementação de políticas públicas**. Rio de Janeiro: IPEA, p. 201-222, 2019.

SCHEFFER, Mário *et al.* **Demografia Médica no Brasil 2018**. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018.

SCOTT, John. Social network analysis. **Sociology**, v. 22, n. 1, p. 109-127, 1988.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL (SES/RS). **Plano Operativo Bianual 2020-2022 da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, 2020. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/17EBzRMR2KzBhJXrBTX2YZLaUP0ht6fSP/view>>. Acesso em 01 de nov. de 2022.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL (SES/RS). Portaria SES nº 537/2021 de 03 de agosto de 2021. **Regulamenta, no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul, o ASSISTIR - Programa de Incentivos Hospitalares. PROA 21/2000-0079506-0.** Porto Alegre, 2021.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL (SES/RS). SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT: PERGUNTAS MAIS FREQUENTES (FAQ). **Sítio eletrônico da Secretaria de Estado de Saúde do Rio Grande do Sul**, sem local, sem data. Disponível em: <<https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202204/19085137-faq-ouvidoria-lgbt.pdf>>. Acesso em 01 de nov. de 2022.

SENA, Ana Gabriela Nascimento; SOUTO, Kátia Maria Barreto; PASSOS, José Eduardo Fogolin. Marcos legais do Processo Transsexualizador no SUS para a publicação da Portaria nº 2.803/13. BRASIL. Ministério da Saúde. **Transsexualidade e travestilidade na saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, p. 177-185, 2015.

SILVEIRA, Esalba. Família, direitos e entendimentos que transformam as relações. **Transsexualidade: da Assistência Médica à Conquista de Direitos.** Porto Alegre: Sulina, 2021, p. 37-44.

SIMPSON, Keila. Transsexualidade e travestilidade na saúde. BRASIL. Ministério da Saúde. **Transsexualidade e travestilidade na saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, p. 9-16, 2015.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, p. 20-45, 2006.

SPÍNOLA, Paulo Asafe Campos; OLLAIK, Leila Giandoni. Instrumentos governamentais reproduzem desigualdades nos processos de implementação de políticas públicas. **Implementando desigualdades: reprodução de desigualdades na implementação de políticas públicas.** Rio de Janeiro: Ipea, p. 329-348, 2019.

SPIZZIRRI, Giancarlo *et al.* Proportion of people identified as transgender and non-binary gender in Brazil. **Scientific reports**, v. 11, n. 1, p. 2240, 2021.

TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 4ª REGIÃO (TRF4). Des. Federal Roger Raupp Rios. **Portal Unificado da Justiça Federal da 4ª Região**, sem local, sem data. Disponível em: <https://www.trf4.jus.br/trf4/controlador.php?acao=pagina_visualizar&id_pagina=2073>. Acesso em: 12 de out. de 2022.

TRINDADE, Eneida. Ambulatório Trans de Juazeiro retoma atendimentos à população. **Sítio eletrônico da Prefeitura Municipal de Juazeiro**, sem local, 24 de fevereiro de 2022. Disponível em: <<https://www.juazeiro.ba.gov.br/ambulatorio-trans-de-juazeiro-retoma-atendimentos-a-populacao/>>. Acesso em 31 de out. de 2022.

UNGLERT, Carmen Vieira de Sousa; ROSENBERG, Cornélio Pedroso; JUNQUEIRA, Claudette Barriguela. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, v. 21, p. 439-446, 1987.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ALAGOAS (UFAL). Hospital Universitário e UDA da Ufal iniciam linha de cuidados a pessoas trans. **Sítio eletrônico da UFAL**, sem local, 05 de agosto de 2021. Disponível em: <<https://ufal.br/ufal/noticias/2021/8/hospital-universitario-e-uda-da-ufal-iniciam-linha-de-cuidados-a-pessoas-trans>>. Acesso em: 31 de out. de 2022.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA (UFJF). Ambulatório Trans. **Sítio eletrônico da UFJF**, sem local, sem data. Disponível em: <<https://www2.ufjf.br/cpapsicologia/ambulatorio-trans/>>. Acesso em 31 de outubro de 2022.

VEDUNG, Evert. Evaluation Research. **Handbook of public policy**, p. 397-416, 2006.

WASSERMAN, Stanley; FAUST, Katherine. **Social network analysis: Methods and applications**. 1994.

WINTER, Søren C.. Implementation. **Handbook of public policy**, p. 151-166, 2006.

APÊNDICE A — Formulário online

Pesquisa sobre desigualdade de acesso ao Processo Transexualizador no SUS

Prezada, prezado e prezade respondente,

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa de dissertação de mestrado cujo tema é a desigualdade de acesso ao Processo Transexualizador no SUS. Esta pesquisa, conduzida pelo discente Luiz Fernando Prado de Miranda, aluno da pós-graduação em Ciência Política da UFMG, e orientado pelo professor doutor José Ângelo Machado, foi aprovada pelo parecer nº 5.723.490 do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG.

Este questionário destina-se a pessoas transexuais e travestis maiores de 18 anos e consiste em uma primeira etapa de análise de redes de pessoas transexuais e travestis, com o objetivo de identificar como o aspecto relacional dos usuários afeta no acesso ao Processo Transexualizador. No questionário específico deste link, coletaremos algumas informações relacionadas à características e atributos individuais dos respondentes, além de dados sobre seu acesso ao sistema de saúde e ao Processo Transexualizador. Após respondê-lo, você deverá responder uma breve entrevista com informações sobre sua rede de vínculos e contatos, cujo preenchimento será melhor explicado posteriormente.

O questionário é anônimo e a coleta de e-mail e de nome é apenas para controle dos respondentes, cruzamento dos dados e envio posterior dos resultados da pesquisa- este último caso o respondente deseje. Todas as respostas aqui coletadas são confidenciais e, mesmo que o respondente opte por ter seu nome registrado nos agradecimentos, não será possível associar esse nome aos demais dados coletados. Em todas as respostas estará facultado ao respondente marcar a opção "Prefiro não responder." ou escrevê-la nos campos abertos.

Para responder este questionário você levará em média 30 minutos e poderá responder apenas as perguntas que se sentir confortável.

Desde já, agradeço sua participação.

Em caso de dúvida, você poderá entrar em contato com o pesquisador Luiz Fernando Prado de Miranda pelo telefone (31) 98837-8838 ou pelo e-mail luizf0309@gmail.com, bem como com o orientador José Ângelo Machado pelo telefone (31) 99613-1907 ou pelo e-mail jose.angelo@fafich.ufmg.br.

***Obrigatório**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Antes de iniciarmos nossa pesquisa, é necessário que você tenha lido e anuído ao termo disponível no link a seguir: <https://forms.gle/p61vLuUqbW5KkKDh8>

Nesta seção coletaremos algumas de suas informações gerais, socioeconômicas e demográficas.

1. 1.1 NOME. *

Insira abaixo seu nome social completo. (Obs.: Ressaltamos que esse dado será utilizado apenas para controle dos respondentes, cruzamento dos dados e envio posterior dos resultados da pesquisa- este último caso o respondente deseje)

2. 1.2 E-MAIL. *

Insira abaixo seu endereço de e-mail. (Obs.: Ressaltamos que esse dado será utilizado apenas para controle dos respondentes, cruzamento dos dados e envio posterior dos resultados da pesquisa- este último caso o respondente deseje)

3. 1.3 ESTADO de residência. *

Selecione abaixo o unidade federativa em que você reside.

Marcar apenas uma oval.

- Acre (AC)
- Alagoas (AL)
- Amapá (AP)
- Amazonas (AM)
- Bahia (BA)
- Ceará (CE)
- Distrito Federal (DF)
- Espírito Santo (ES)
- Goiás (GO)
- Maranhão (MA)
- Mato Grosso (MT)
- Mato Grosso do Sul (MS)
- Minas Gerais (MG)
- Pará (PA)
- Paraíba (PB)
- Paraná (PR)
- Pernambuco (PE)
- Piauí (PI)
- Rio de Janeiro (RJ)
- Rio Grande do Norte (RN)
- Rio Grande do Sul (RS)
- Rondônia (RO)
- Roraima (RR)
- Santa Catarina (SC)
- São Paulo (SP)
- Sergipe (SE)
- Tocantins (TO)
- Não resido no Brasil.
- Prefiro não responder.

4. 1.4 MUNICÍPIO de residência. *

Insira abaixo o nome do seu município de residência.

5. 1.5 FAIXA ETÁRIA. *

Selecione abaixo em qual faixa etária está sua idade.

Marcar apenas uma oval.

- 18 a 19 anos
- 20 a 24 anos
- 25 a 29 anos
- 30 a 34 anos
- 35 a 39 anos
- 40 a 44 anos
- 45 a 49 anos
- 50 a 54 anos
- 55 a 59 anos
- 60 a 64 anos
- 65 a 69 anos
- 70 a 74 anos
- 75 a 79 anos
- 80 a 84 anos
- 85 a 89 anos
- 90 a 94 anos
- 91 a 99 anos
- Mais de 99 anos
- Prefiro não responder

6. 1.6 COR/RAÇA. *

Selecione abaixo a cor/raça com a qual você se identifica.

Marcar apenas uma oval.

- Amarela
- Branca
- Indígena
- Parda
- Preta
- Prefiro não responder

7. 1.7 IDENTIDADE DE GÊNERO. *

Selecione abaixo o gênero com o qual você se identifica.

Marcar apenas uma oval.

- Sou travesti
- Sou mulher trans
- Sou homem trans
- Sou pessoa não binária
- Prefiro não responder
- Outro: _____

8. 1.8 ORIENTAÇÃO SEXUAL. *

Selecione abaixo sua orientação sexual.

Marcar apenas uma oval.

- Lésbica
- Gay
- Bissexual
- Heterossexual
- Pansexual
- Assexual
- Prefiro não responder
- Outro: _____

9. 1.9 ESCOLARIDADE. *

Selecione abaixo sua escolaridade.

Marcar apenas uma oval.

- Sem instrução
- Ensino Fundamental incompleto
- Ensino Fundamental completo
- Ensino Médio incompleto
- Ensino Médio completo
- Ensino Superior incompleto
- Ensino Superior completo
- Acima de Ensino Superior completo
- Prefiro não responder

10. 1.9 RENDIMENTO INDIVIDUAL. *

Selecione abaixo a faixa do seu rendimento individual mensal (**sem contar de pessoas que moram ou vivem com você**).

Marcar apenas uma oval.

- Não possuo rendimento individual
- Até 2 salários mínimos (R\$ 2.424,00)
- De 2 a 4 salários mínimos (R\$ 2.424,01 a R\$ 4.848,00)
- De 4 a 10 salários mínimos (R\$ 4.848,01 a R\$ 12.120,00)
- De 10 a 20 salários mínimos (R\$ 12.120,01 a R\$ 24.240,00)
- Mais de 20 salários mínimos (R\$ 24.240,01)
- Não sei
- Prefiro não responder

11. 1.10 RENDIMENTO DOMICILIAR PER CAPITA. *

Selecione abaixo a faixa do rendimento domiciliar per capita. O rendimento domiciliar per capita é calculado a partir da **soma dos rendimentos de todas as pessoas que moram com você dividida pelo total de moradores**.

Marcar apenas uma oval.

- Não possuo rendimento domiciliar
- Até 2 salários mínimos (R\$ 2.424,00)
- De 2 a 4 salários mínimos (R\$ 2.424,01 a R\$ 4.848,00)
- De 4 a 10 salários mínimos (R\$ 4.848,01 a R\$ 12.120,00)
- De 10 a 20 salários mínimos (R\$ 12.120,01 a R\$ 24.240,00)
- Mais de 20 salários mínimos (R\$ 24.240,01)
- Não sei
- Prefiro não responder

12. 1.11 OCUPAÇÃO PRINCIPAL. *

Insira abaixo qual é sua principal ocupação atual. Caso não possua ocupação, insira esta informação.

13. 1.12 OCUPAÇÃO SECUNDÁRIA.

Insira abaixo qual é sua ocupação secundária principal, caso possua.

14. 1.13 Organizações que já PARTICIPOU.

Selecione abaixo as organizações e coletivos que você já participou. É possível selecionar mais de uma opção.

Marque todas que se aplicam.

- Nunca participei de grupos ou organizações
- Associações
- ONGs
- Grupos religiosos
- Colegiados de instituição de ensino
- Conselhos de políticas públicas
- Conferências de políticas públicas
- Sindicato
- Partido Político
- Movimentos sociais
- Prefiro não responder
- Outro: _____

15. 1.12 Organizações que PARTICIPA (apenas no presente).

Selecione abaixo as organizações e coletivos que você participa atualmente. É possível selecionar mais de uma opção.

Marque todas que se aplicam.

- Não participo de grupos ou organizações
- Associações
- ONGs
- Grupos religiosos
- Colegiados de instituição de ensino
- Conselhos de políticas públicas
- Conferências de políticas públicas
- Sindicato
- Partido Político
- Movimentos sociais
- Prefiro não responder
- Outro: _____

2. Sistema de saúde

Nesta seção coletaremos algumas informações sobre seu acesso ao sistema de saúde.

16. 2.1 Você possui PLANO DE SAÚDE? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não
- Prefiro não responder

17. 2.2 Por qual das redes abaixo você costuma utilizar serviços de saúde **COM MAIOR FREQUÊNCIA?** *
 Selecione apenas a rede que você utiliza com maior frequência.
Marcar apenas uma oval.
- Rede pública (Sistema Único de Saúde)
- Rede suplementar (Planos de Saúde)
- Rede privada
- Não sei
- Prefiro não responder
18. 2.3 Com qual FREQUÊNCIA você **costuma frequentar** os serviços de saúde? *
Marcar apenas uma oval.
- Menos de uma vez por ano
- Um vez por ano
- Duas vezes ao ano
- Uma vez a cada quatro meses
- Uma vez a cada três meses
- Uma vez a cada dois meses
- Mensalmente
- Semanalmente
- Mais de uma vez por semana
- Não sei
- Prefiro não responder
19. 2.4 Qual o PRINCIPAL ESTABELECIMENTO DE SAÚDE que você **costuma frequentar?** *
 Selecione apenas o principal estabelecimento.
Marcar apenas uma oval.
- Posto de Saúde, Centro de Saúde, Unidade Básica de Saúde
- Policlínica, Clínica Especializada, Ambulatório Especializado
- Pronto Atendimento, Pronto Socorro Geral, Pronto Socorro Especializado
- Hospital Geral, Hospital Especializado
- Farmácia
- Centro de Atenção Psicossocial
- Não sei
- Prefiro não responder
- Outro: _____
20. 2.5 Por qual MOTIVO PRINCIPAL você acessa aos serviços de saúde **com maior frequência?** *
 Selecione **apenas o principal motivo.**
Marcar apenas uma oval.
- Prevenção e monitoramento das minhas condições de saúde
- Acompanhamento psicoterapêutico
- Acompanhamento médico para alguma doença ou condição de saúde
- Acompanhamento médico para algum tratamento de saúde
- Urgências ou emergências de saúde
- Realização de exames clínicos ou laboratoriais
- Acesso a medicamentos e insumos de saúde
- Não sei
- Prefiro não responder
- Outro: _____
21. 2.6 Qual a PARCELA DA SUA RENDA INDIVIDUAL você costuma gastar com **saúde?** *
Marcar apenas uma oval.
- Menos de 10% da minha renda
- Entre 10 e 20% da minha renda
- Entre 21 e 30% da minha renda
- Entre 31 e 40% da minha renda
- Entre 41 e 50% da minha renda
- Mais de 50% da minha renda
- Não sei
- Prefiro não responder
22. 2.7 Quais dos itens abaixo representa o SEU PRINCIPAL GASTO COM SAÚDE? *
 Selecione apenas o que representa o principal gasto.
Marcar apenas uma oval.
- Mensalidade fixa do plano de saúde
- Consulta médica
- Consulta com outros profissionais de saúde (psicólogo, dentista, fisioterapeuta etc.)
- Remédios
- Hormônios
- Exames clínicos e laboratoriais
- Procedimentos cirúrgicos
- Não sei
- Prefiro não responder
- Outro: _____
23. 2.8 Selecione abaixo SITUAÇÕES que você **já vivenciou** no sistema de saúde. *
 É possível selecionar mais de uma opção.
Marque todas que se aplicam.
- Tive de ensinar ao profissional de saúde sobre cuidados adequados a pessoas trans e travestis
- Um profissional de saúde fez perguntas desnecessárias ou invasivas sobre minha identidade de gênero que não estavam relacionadas ao motivo da visita
- Fui encaminhada para fazer exames ou procedimentos desnecessários para o motivo da minha consulta apenas por ser uma pessoa trans ou travesti
- Um profissional de saúde se recusou a realizar procedimentos ou serviços relacionados a minha transição de gênero
- Um profissional de saúde se recusou a realizar meu atendimento, que não estava relacionado com minha transição de gênero
- Fui assediado(a/e) verbalmente em um estabelecimento de saúde
- Um profissional de saúde usou linguagem agressiva para falar comigo
- Fui agredido(a/e) fisicamente por alguém durante uma visita a um estabelecimento de saúde
- Um profissional de saúde me agrediu fisicamente
- Fui assediado(a/e) sexualmente em um estabelecimento de saúde
- Se recusaram a utilizar meu nome social
- Tentaram me convencer a não prosseguir com minha transição de gênero
- Meu atendimento não foi priorizado por ser uma pessoa trans ou travesti
- Nunca vivenciei nenhum das situações relatadas
- Prefiro não responder

24. 2.9 Você JÁ DEIXOU DE ACESAR algum equipamento de saúde, mesmo precisando, por ter vivenciado alguma das situações relatadas na pergunta anterior (2.8)?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Talvez
 Não
 Não sei
 Prefiro não responder

25. 2.10 Em quais estabelecimentos de saúde você acredita que OCORREM DESRESPEITO AOS DIREITOS de pessoas transexuais e travestis **COM MAIOR FREQUÊNCIA?**

Marque apenas a opção que você acredita que ocorre com maior frequência ou que melhor representa sua opinião.

Marcar apenas uma oval.

- Não acredito que haja desrespeito aos direitos de pessoas trans e travestis em estabelecimentos de saúde
 Não acho que haja diferença desrespeito aos direitos de pessoas trans e travestis entre os diferentes estabelecimentos de saúde
 Unidades da Atenção Básica à Saúde
 Ambulatórios e Centros de Especialidades
 Unidades Hospitalares
 Farmácias
 Não sei
 Prefiro não responder

26. 2.11 Como você classifica o seu **atual estado de SAÚDE FÍSICA?** *

Selecione a opção abaixo que melhor classifica seu estado de saúde física.

Marcar apenas uma oval.

- Ótimo
 Bom
 Regular
 Ruim
 Péssimo
 Prefiro não responder

27. 2.12 Como você classifica o seu **atual estado de SAÚDE MENTAL?** *
 Selecione a opção abaixo que melhor classifica seu estado de saúde mental.

Marcar apenas uma oval.

- Ótimo
 Bom
 Regular
 Ruim
 Péssimo
 Prefiro não responder

3. Processo Transexualizador

Nesta seção, coletaremos algumas informações sobre seu acesso ao Processo Transexualizador. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador é regulamentado pela

Portaria de Consolidação GM/MS nº 02 de 2017 e é composto por um conjunto de práticas, procedimentos e serviços (acolhimento, cirurgias de modificação corporal, hormonioterapia, acompanhamento psicoterápico, entre outros) que garantem a atenção integral à saúde das pessoas travestis e transexuais.

28. 3.1 Com qual **IDADE** você iniciou sua **TRANSIÇÃO DE GÊNERO?** *

Informe a idade (em anos) em que você iniciou o seu processo de transição de gênero. **O processo de transição não precisa necessariamente envolver tratamentos ou procedimentos médicos, mas sim como você entende que iniciou sua transição.**

29. 3.2 Quem foram as principais PESSOAS QUE TE APOIARAM nesse processo de transição? *

Selecione abaixo as grupos de pessoas que tenham te apoiado nesse processo. É possível selecionar mais de uma opção.

Marque todas que se aplicam.

- Família
 Amigos
 Cônjuge, namorado(a/e) ou ficante
 Colegas de trabalho
 Colegas de escola ou faculdade
 Profissionais de saúde
 Profissionais da educação
 Membros de movimentos sociais
 Representantes das pessoas trans e travestis
 Prefiro não responder
 Outro: _____

30. 3.3 Quem foram as principais PESSOAS QUE TE PREJUDICARAM nesse processo de transição? *

Selecione abaixo as grupos de pessoas que tiverem prejudicaram nesse processo. É possível selecionar mais de uma opção.

Marque todas que se aplicam.

- Família
 Amigos
 Cônjuge, namorado(a/e) ou ficante
 Colegas de trabalho
 Colegas de escola ou faculdade
 Profissionais de saúde
 Profissionais da educação
 Membros de movimentos sociais
 Representantes das pessoas trans e travestis
 Prefiro não responder
 Outro: _____

31. 3.4 Você já acessou algum procedimento, serviço, tratamento ou atendimento do PROCESSO TRANSEXUALIZADOR? *

O Processo Transexualizador é composto por um conjunto de práticas, procedimentos e serviços (acolhimento, cirurgias de modificação corporal, hormonioterapia, acompanhamento psicoterápico, entre outros) que garantem a atenção integral à saúde das pessoas travestis e transexuais.

Marcar apenas uma oval.

- Sim, apenas procedimentos não cirúrgicos. *Pular para a pergunta 37*
 Sim, incluindo procedimentos cirúrgicos. *Pular para a pergunta 56*
 Não. Nunca acessei nenhum procedimento. *Pular para a pergunta 32*
 Prefiro não responder

3. Processo Transexualizador

Nesta seção, coletaremos algumas informações sobre pessoas que ainda não acessaram o Processo Transexualizador. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador é regulamentado pela

Portaria de Consolidação GM/MS nº 02 de 2017 e é composto por um conjunto de práticas, procedimentos e serviços (acolhimento, cirurgias de modificação corporal, hormonioterapia, acompanhamento psicoterápico, entre outros) que garantem a atenção integral à saúde das pessoas travestis e transexuais.

32. 3.5 Por quais MOTIVOS você **NÃO** acessou o Processo Transexualizador? *
É possível marcar mais de uma opção.

Marque todas que se aplicam.

- Não tenho interesse em nenhum dos serviços, procedimentos, práticas etc. ofertados
- Não tenho recursos para arcar com os custos dos serviços, procedimentos, tratamentos etc. que gostaria de acessar
- Não conheço os serviços, procedimentos, práticas etc. ofertados
- Não sei como acessar os serviços, procedimento, prática etc. do Processo Transexualizador
- Não sei onde são ofertados os serviços, procedimentos, práticas etc. do Processo Transexualizador
- Os serviços, procedimentos, práticas etc. do Processo Transexualizador não são ofertados em minha cidade
- Fui recomendado(a/e) por algum profissional de saúde a não acessar o Processo Transexualizador
- Tenho receio de sofrer preconceito ou discriminação ao passar por algum serviço, procedimento, prática etc. do Processo Transexualizador
- Tenho receio de sofrer preconceito ou discriminação dos profissionais de saúde ao tentar acessar algum dos serviços, procedimentos, práticas etc. do Processo Transexualizador
- Tempo de espera para acessar os serviços, procedimentos, práticas etc. do Processo Transexualizador é muito longo
- Estou na fila para acessar algum serviço, procedimento, prática etc. do Processo Transexualizador, mas ainda não me chamaram
- Prefiro não responder
- Outro: _____

33. 3.6 Selecione os procedimentos do Processo Transexualizador que você tem **INTERESSE DE ACESSAR**. *

É possível marcar mais de uma opção. Leia todas as opções e suas respectivas descrições com atenção

Marque todas que se aplicam.

- Não tenho interesse em nenhum dos serviços, procedimentos, práticas etc. abaixo
- Acompanhamento do usuário(a) no processo transexualizador exclusivo nas etapas do pré e pós-operatório: Consiste no acompanhamento mensal de usuário(a) no Processo Transexualizador, no máximo dois atendimentos mensais, durante no mínimo de 2 (dois) anos no pré-operatório e por até 1 ano no pós-operatório.
- Acompanhamento de usuário(a) no Processo Transexualizador exclusivamente para atendimento clínico: Consiste no acompanhamento de usuário(a) no Processo Transexualizador com atendimento mensal por equipe multiprofissional, diferente do acompanhamento exclusivo das etapas no pré ou pós operatório no processo transexualizador.
- Acompanhamento psicoterapêutico: acompanhamento realizado por psicológico e/ou psiquiatra, a fim de evitar o sofrimento psíquico do paciente, apoiá-lo no cuidado à saúde integral e tratar de doenças mentais.
- Tratamento hormonal no processo transexualizador: Consiste na utilização de terapia medicamentosa hormonal disponibilizada mensalmente para ser iniciada após o diagnóstico no Processo Transexualizador (estrógeno ou testosterona)
- Tratamento hormonal preparatório para cirurgia de redesignação sexual no processo transexualizador: Consiste na terapia medicamentosa hormonal a ser disponibilizada mensalmente no período de 2 anos que antecede a cirurgia de redesignação sexual no Processo Transexualizador (ciproterona)
- Redesignação sexual no sexo masculino: Consiste na orquiectomia bilateral com amputação do pênis e neocoloplastia (construção de neovagina)
- Redesignação sexual no sexo feminino: Consiste de vaginectomia e metoidioplastia com vistas à transgenitalização feminino para masculino.
- Tireoplastia: Consiste na cirurgia de redução do Pomo de Adão com vistas à feminilização da voz e/ou alongamento das cordas vocais no processo transexualizador.
- Mastectomia simples bilateral em usuária sob processo transexualizador: Procedimento cirúrgico que consiste na ressecção de ambas as mamas com reposicionamento do complexo aréolo mamilar.
- Histerectomia c/ anexectomia bilateral e colpectomia em usuárias sob processo transexualizador: Procedimento cirúrgico de ressecção do útero e ovários, com colpectomia.
- Plástica mamária reconstrutiva bilateral incluindo prótese mamária de silicone bilateral no processo transexualizador: Consiste em cirurgia Plástica mamária reconstrutiva bilateral complementar ao processo de redesignação sexual no sexo masculino no processo transexualizador, incluindo implante de prótese mamária de silicone bilateral.
- Cirurgias complementares de redesignação sexual: Consiste em cirurgias complementares tais como: reconstrução da neovagina realizada, meatotomia, meatoplastia, cirurgia estética para correções complementares dos grandes lábios, pequenos lábios e clitóris e tratamento de deiscências e fistulectomia.
- Neofaloplastia com implante de próteses penianas e testiculares.
- Clitoroplastia: redução ou a diminuição da exposição do clitóris.
- Cirurgia de cordas vocais em pacientes em readequação para o fenótipo masculino.
- Prefiro não responder
- Outro: _____

34. 3.7 Você já realizou algum dos procedimentos abaixo SEM O ACOMPANHAMENTO de um profissional de saúde habilitado? *
É possível marcar mais de uma opção.

Marque todas que se aplicam.

- Uso de hormônios sem prescrição médica.
- Aplicação de silicone industrial.
- Modificações corporais por profissionais não habilitados.
- Nunca realizei nenhum dos procedimentos acima.
- Prefiro não responder
- Outro: _____

35. 3.8 Comentários e considerações.

Insira abaixo comentários e considerações que não tenham sido contemplados pelas perguntas anteriores (Resposta opcional).

36. 3.9 Deseja ter seu nome citado nos agradecimentos desta pesquisa? Se sim, escreva como gostaria que seu nome fosse mencionado.

Ao citar o seu nome dos agradecimentos da pesquisa, não será possível estabelecer qualquer vínculo com os dados fornecidos por você e o anonimato da sua participação permanece garantido (Resposta opcional).

3. Processo Transexualizador

Nesta seção, coletaremos algumas informações sobre seu acesso ao Processo Transexualizador. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador é regulamentado pela

Portaria de Consolidação GM/MS nº 02 de 2017 e é composto por um conjunto de práticas, procedimentos e serviços (acolhimento, cirurgias de modificação corporal, hormonioterapia, acompanhamento psicoterápico, entre outros) que garantem a atenção integral à saúde das pessoas travestis e transsexuais.

37. 3.5 Com qual IDADE você iniciou seu acesso ao **PROCESSO TRANSEXUALIZADOR**? *

Insira abaixo a idade (em anos) que você iniciou seu acesso ao Processo Transexualizador.

38. 3.6 O seu **PRIMEIRO ACESSO** ao Processo Transexualizador se deu por qual *
REDE de saúde?

Selecione apenas a rede do seu primeiro acesso.

Marcar apenas uma oval.

- Rede pública (Sistema Único de Saúde)
 Rede suplementar (Planos de Saúde)
 Rede privada
 Não sei
 Prefiro não responder

39. 3.7 A MAIOR PARTE DO SEU ACESSO ao Processo Transexualizador se deu por qual REDE de saúde? *

Selecione apenas a rede pela qual você mais acessou os procedimentos do Processo Transexualizador.

Marcar apenas uma oval.

- Rede pública (Sistema Único de Saúde)
 Rede suplementar (Planos de Saúde)
 Rede privada
 Não sei
 Prefiro não responder

40. 3.8 Por quanto TEMPO (em meses) você esperou para ter o seu **PRIMEIRO ACESSO** ao Processo Transexualizador? *

Insira abaixo o período aproximado em meses que você aguardou para ter seu primeiro acesso ao Processo Transexualizador.

41. 3.9 Você já realizou algum dos procedimentos abaixo SEM O ACOMPANHAMENTO de um profissional de saúde habilitado? *

É possível marcar mais de uma opção.

Marque todas que se aplicam.

- Uso de hormônios sem prescrição médica.
 Aplicação de silicone industrial.
 Modificações corporais por profissionais não habilitados.
 Nunca realizei nenhum dos procedimentos acima.
 Prefiro não responder
 Outro: _____

42. 3.10 Selecione os procedimentos do Processo Transexualizador que você **JÁ ACESSOU PELO SUS**.

É possível marcar mais de uma opção. **Selecione apenas os procedimentos que acessou pela rede pública (SUS).**

Marque todas que se aplicam.

- Não acessei nenhum dos serviços, procedimentos, práticas etc. abaixo
 Acompanhamento do usuário(a) no processo transexualizador exclusivo nas etapas do pré e pós-operatório: Consiste no acompanhamento mensal de usuário(a) no Processo Transexualizador, no máximo dois atendimentos mensais, durante no mínimo de 2 (dois) anos no pré-operatório e por até 1 ano no pós-operatório.
 Acompanhamento de usuário(a) no Processo Transexualizador exclusivamente para atendimento clínico: Consiste no acompanhamento de usuário(a) no Processo Transexualizador com atendimento mensal por equipe multiprofissional, diferente do acompanhamento exclusivo das etapas no pré ou pós operatório no processo transexualizador.
 Acompanhamento psicoterapêutico: Acompanhamento realizado por psicológico e/ou psiquiatra, a fim de evitar o sofrimento psíquico do paciente, apoiá-lo no cuidado à saúde integral e tratar de doenças mentais.
 Tratamento hormonal no processo transexualizador: Consiste na utilização de terapia medicamentosa hormonal disponibilizada mensalmente para ser iniciada após o diagnóstico no Processo Transexualizador (estrógeno ou testosterona)
 Tratamento hormonal preparatório para cirurgia de redesignação sexual no processo transexualizador: Consiste na terapia medicamentosa hormonal a ser disponibilizada mensalmente no período de 2 anos que antecede a cirurgia de redesignação sexual no Processo Transexualizador (ciproterona)
 Prefiro não responder
 Outro: _____

43. 3.11 Selecione os procedimentos do Processo Transexualizador que você **JÁ ACESSOU POR PLANO DE SAÚDE OU REDE PRIVADA**.

É possível marcar mais de uma opção. **Selecione apenas os procedimentos que acessou pela rede suplementar (plano de saúde) ou rede privada.**

Marque todas que se aplicam.

- Não acessei nenhum dos serviços, procedimentos, práticas etc. abaixo
 Acompanhamento do usuário(a) no processo transexualizador exclusivo nas etapas do pré e pós-operatório: Consiste no acompanhamento mensal de usuário(a) no Processo Transexualizador, no máximo dois atendimentos mensais, durante no mínimo de 2 (dois) anos no pré-operatório e por até 1 ano no pós-operatório.
 Acompanhamento de usuário(a) no Processo Transexualizador exclusivamente para atendimento clínico: Consiste no acompanhamento de usuário(a) no Processo Transexualizador com atendimento mensal por equipe multiprofissional, diferente do acompanhamento exclusivo das etapas no pré ou pós operatório no processo transexualizador.
 Acompanhamento psicoterapêutico: Acompanhamento realizado por psicológico e/ou psiquiatra, a fim de evitar o sofrimento psíquico do paciente, apoiá-lo no cuidado à saúde integral e tratar de doenças mentais.
 Tratamento hormonal no processo transexualizador: Consiste na utilização de terapia medicamentosa hormonal disponibilizada mensalmente para ser iniciada após o diagnóstico no Processo Transexualizador (estrógeno ou testosterona)
 Tratamento hormonal preparatório para cirurgia de redesignação sexual no processo transexualizador: Consiste na terapia medicamentosa hormonal a ser disponibilizada mensalmente no período de 2 anos que antecede a cirurgia de redesignação sexual no Processo Transexualizador (ciproterona)
 Prefiro não responder
 Outro: _____

44. 3.12 Selecione os procedimentos do Processo Transexualizador que você **AINDA NÃO ACESSOU, MAS TEM INTERESSE DE ACESSAR**.

É possível marcar mais de uma opção. **Selecione apenas os procedimentos que você ainda não acessou, mas tem interesse de acessar.**

Marque todas que se aplicam.

- Não tenho interesse em nenhum dos serviços, procedimentos, práticas etc. abaixo
 Acompanhamento do usuário(a) no processo transexualizador exclusivo nas etapas do pré e pós-operatório: Consiste no acompanhamento mensal de usuário(a) no Processo Transexualizador, no máximo dois atendimentos mensais, durante no mínimo de 2 (dois) anos no pré-operatório e por até 1 ano no pós-operatório.
 Acompanhamento de usuário(a) no Processo Transexualizador exclusivamente para atendimento clínico: Consiste no acompanhamento de usuário(a) no Processo Transexualizador com atendimento mensal por equipe multiprofissional, diferente do acompanhamento exclusivo das etapas no pré ou pós operatório no processo transexualizador.
 Acompanhamento psicoterapêutico: Acompanhamento realizado por psicológico e/ou psiquiatra, a fim de evitar o sofrimento psíquico do paciente, apoiá-lo no cuidado à saúde integral e tratar de doenças mentais.
 Tratamento hormonal no processo transexualizador: Consiste na utilização de terapia medicamentosa hormonal disponibilizada mensalmente para ser iniciada após o diagnóstico no Processo Transexualizador (estrógeno ou testosterona)
 Tratamento hormonal preparatório para cirurgia de redesignação sexual no processo transexualizador: Consiste na terapia medicamentosa hormonal a ser disponibilizada mensalmente no período de 2 anos que antecede a cirurgia de redesignação sexual no Processo Transexualizador (ciproterona)
 Redesignação sexual no sexo masculino: Consiste na orquiectomia bilateral com amputação do pênis e neocoloplastia (construção de neovagina)
 Redesignação sexual no sexo feminino: Consiste de vaginectomia e metoidioplastia com vistas à transgenitalização feminino para masculino.
 Tireoplastia: Consiste na cirurgia de redução do Pomo de Adão com vistas à feminilização da voz e/ou alongamento das cordas vocais no processo transexualizador.
 Mastectomia simples bilateral em usuária sob processo transexualizador: Procedimento cirúrgico que consiste na ressecção de ambas as mamas com reposicionamento do complexo aréolo mamilar.
 Histerectomia c/ anexectomia bilateral e colpectomia em usuárias sob processo transexualizador: Procedimento cirúrgico de ressecção do útero e ovários, com colpectomia.
 Plástica mamária reconstrutiva bilateral incluindo prótese mamária de silicone bilateral no processo transexualizador: Consiste em cirurgia Plástica mamária reconstrutiva bilateral complementar ao processo de redesignação sexual no sexo masculino no processo transexualizador, incluindo implante de prótese mamária de silicone bilateral.
 Cirurgias complementares de redesignação sexual: Consiste em cirurgias complementares tais como: reconstrução da neovagina realizada, meatotomia, meatoplastia, cirurgia estética para correções complementares dos grandes lábios, pequenos lábios e clitoris e tratamento de deiscências e fistulectomia.
 Neofaloplastia com implante de próteses penianas e testiculares.
 Clitoroplastia: redução ou diminuição da exposição do clitoris.
 Cirurgia de cordas vocais em pacientes em readequação para o fenótipo masculino.
 Prefiro não responder
 Outro: _____

45. 3.13 Em qual UNIDADE DE SAÚDE (ambulatorial ou hospitalar) você **costuma acessar** o Processo Transexualizador? *

Insira o nome da Unidade de Saúde que você costuma acessar o Processo Transexualizador abaixo.

46. 3.14 Com FREQUÊNCIA você **costuma acessar** essa unidade de saúde (ambulatorial ou hospitalar) para acessar o Processo Transexualizador? *

Selecione abaixo a frequência com que você costuma acessar a unidade de saúde.

Marcar apenas uma oval.

- Menos de uma vez ao ano
 Anual
 Semestral
 Quadrimestral
 Trimestral
 Bimestral
 Mensal
 Quinzenal
 Semanal
 Mais de uma vez por semana
 Não sei
 Prefiro não responder

47. 3.15 Como você FICOU SABENDO do Processo Transexualizador? *

Selecione abaixo a opção que melhor representa como você ficou sabendo do Processo Transexualizador.

Marcar apenas uma oval.

- Fui orientado(a/e) por um amigo.
 Fui orientado(a/e) por um familiar.
 Fui orientado(a/e) por um profissional de saúde.
 Fui orientado(a/e) por representantes de movimentos sociais.
 Li informações na internet.
 Recebi informações por notícias em veículos de comunicação.
 Recebi informações por mídias sociais.
 Prefiro não responder
 Outro: _____

48. 3.16 COMO VOCÊ CHEGOU à unidade de saúde (ambulatorial ou hospitalar) * em que você acessa o Processo Transexualizador?

Selecione abaixo a opção que melhor representa como você chegou à unidade de saúde em que você acessa o Processo Transexualizador.

Marcar apenas uma oval.

- Fui diretamente à unidade.
 Fui encaminhado por profissional de Posto de Saúde, Centro de Saúde ou Unidade Básica de Saúde.
 Fui encaminhado por profissional da Atenção de Média ou Alta Complexidade de Saúde.
 Fui encaminhado pela Secretaria Municipal de Saúde.
 Fui encaminhado pela Secretaria Estadual de Saúde.
 Fui encaminhado por algum projeto social do qual participo.
 Acessei por algum conhecido que tem contatos ou trabalha na unidade.
 Prefiro não responder
 Outro: _____

49. 3.17 Você acessa os procedimentos do Processo Transexualizador **NA CIDADE EM QUE VOCÊ RESIDE?** *

Marcar apenas uma oval.

- Acesso integralmente todos os procedimentos na cidade em que resido.
 Acesso parcialmente os procedimentos na cidade em que resido.
 Não acesso a nenhum procedimento na cidade em que resido.
 Prefiro não responder

50. 3.18 Você VIVENCIOU alguma das situações abaixo para ter o **PRIMEIRO ACESSO** ao Processo Transexualizador? *

É possível assinalar mais de uma opção.

Marque todas que se aplicam.

- Profissionais de saúde não souberam me informar onde poderia acessar o Processo Transexualizador.
 Profissionais de saúde se negaram a me encaminhar para o Processo Transexualizador.
 Profissionais de saúde não sabiam como me encaminhar ao Processo Transexualizador.
 Profissionais de saúde me orientaram a não acessar o Processo Transexualizador.
 Fui encaminhado para unidade de saúde que não ofertava o Processo Transexualizador.
 Fui constrangido por um profissional de saúde quando falei que desejava acessar o Processo Transexualizador.
 Tive resistência da minha família, amigos ou conhecidos para acessar o Processo Transexualizador.
 Não tinha recursos suficientes para me deslocar até uma unidade que oferta o Processo Transexualizador.
 Não tinha disponibilidade para acessar a unidade que oferta o Processo Transexualizador no seu horário de funcionamento.
 Não vivenciei nenhuma das situações descritas
 Prefiro não responder
 Outro: _____

51. 3.19 Você VIVENCIOU alguma das situações abaixo **APÓS INICIAR O SEU ACESSO** ao Processo Transexualizador? *

É possível assinalar mais de uma opção.

Marque todas que se aplicam.

- Tive de orientar o profissional de saúde do Processo Transexualizador sobre meus cuidados de saúde como pessoa trans ou travesti.
 Desrespeitaram meu nome social.
 Não tive recursos suficientes para me deslocar até uma unidade que oferta o Processo Transexualizador.
 Não tinha disponibilidade para acessar a unidade que oferta o Processo Transexualizador no seu horário de funcionamento.
 Me negaram algum procedimento de saúde do Processo Transexualizador, mesmo estando disponível naquela unidade de saúde.
 Me negaram algum procedimento de saúde do Processo Transexualizador que eu sabia que era ofertado em outra unidade.
 Tive que interromper algum tratamento ou procedimento de saúde por falta de profissionais, insumos ou medicamentos adequados ao Processo Transexualizador.
 Tive meu atendimento despriorizado por ser uma pessoa trans ou travesti.
 Tive fingir algum tipo de comportamento que reforça estereótipo de gênero para acessar algum procedimento do Processo Transexualizador.
 Tive de mentir ou omitir alguma informação para acessar algum procedimento do Processo Transexualizador.
 Tive algum problema de saúde por erro médico durante meu acesso a procedimentos do Processo Transexualizador.
 Tive que comprar hormônios ou medicamentos do Processo Transexualizador com meus próprios recursos pois não eram ofertados no SUS.
 Tive de comprar hormônios ou medicamentos do Processo Transexualizador com meus próprios recursos pois estavam em falta no SUS.
 Sofri preconceito da minha família, amigos ou conhecidos após acessar o Processo Transexualizador.
 Perdi meu emprego após acessar o Processo Transexualizador.
 Fui expulso(a/e) de casa após acessar o Processo Transexualizador.
 Fui expulso(a/e) de locais públicos após acessar o Processo Transexualizador.
 Sofri agressão (física, sexual, verbal ou psicológica etc.) após acessar o Processo Transexualizador.
 Não vivenciei nenhuma das situações descritas
 Prefiro não responder
 Outro: _____

52. 3.20 Você já ENTROU NA JUSTIÇA para acessar algum procedimento do Processo Transexualizador? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não
 Prefiro não responder

53. 3.21 Caso tenha marcado "Sim" na pergunta anterior (3.20), descreva como se deu esse processo.

Descreva como chegou até a justiça, como foi seu atendimento, se obteve êxito e como se deu ou não o acesso ao procedimento Processo Transexualizador.

54. 3.22 Comentários e considerações.

Insira abaixo comentários e considerações que não tenham sido contemplados pelas perguntas anteriores (Resposta opcional).

55. 3.23 Deseja ter seu nome citado nos agradecimentos desta pesquisa? Se sim, escreva como gostaria que seu nome fosse mencionado.

Ao citar o seu nome dos agradecimentos da pesquisa, não será possível estabelecer qualquer vínculo com os dados fornecidos por você e o anonimato da sua participação permanece garantido (Resposta opcional).

3. Processo Transexualizador

Nesta seção, coletaremos algumas informações sobre seu acesso ao Processo Transexualizador. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador é regulamentado pela

Portaria de Consolidação GM/MS nº 02 de 2017 e é composto por um conjunto de práticas, procedimentos e serviços (acolhimento, cirurgias de modificação corporal, hormonioterapia, acompanhamento psicoterápico, entre outros) que garantem a atenção integral à saúde das pessoas travestis e transsexuais.

56. 3.5 Com qual IDADE você iniciou seu acesso ao **PROCESSO TRANSEXUALIZADOR?** *

Insira abaixo a idade (em anos) que você iniciou seu acesso ao Processo Transexualizador.

57. 3.6 O seu **PRIMEIRO ACESSO** ao Processo Transexualizador se deu por qual **REDE** de saúde? *

Selecione apenas a rede do seu primeiro acesso.

Marcar apenas uma oval.

- Rede pública (Sistema Único de Saúde)
- Rede suplementar (Planos de Saúde)
- Rede privada
- Não sei
- Prefiro não responder

58. 3.7 **A MAIOR PARTE DO SEU ACESSO** ao Processo Transexualizador se deu por qual **REDE** de saúde? *

Selecione apenas a rede pela qual você mais acessou os procedimentos do Processo Transexualizador.

Marcar apenas uma oval.

- Rede pública (Sistema Único de Saúde)
- Rede suplementar (Planos de Saúde)
- Rede privada
- Não sei
- Prefiro não responder

59. 3.8 Por quanto **TEMPO** (em meses) você esperou para ter o **PRIMEIRO ACESSO AOS PROCEDIMENTOS NÃO CIRÚRGICOS (hormonioterapia, acompanhamento psicoterapêutico etc.)** do Processo Transexualizador? *

Insira abaixo o período aproximado em meses que você aguardou para ter seu primeiro acesso aos procedimentos não cirúrgicos (hormonioterapia, acompanhamento psicoterapêutico etc.) do Processo Transexualizador.

60. 3.9 Por quanto **TEMPO** (em meses) você esperou para ter o **PRIMEIRO ACESSO AOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS (mastectomia, redesignação sexual etc.)** do Processo Transexualizador? *

Insira abaixo o período aproximado em meses que você aguardou para ter seu primeiro acesso aos procedimentos não cirúrgicos (hormonioterapia, acompanhamento psicoterapêutico etc.) do Processo Transexualizador.

61. 3.10 Você já realizou algum dos procedimentos abaixo SEM O ACOMPANHAMENTO de um profissional de saúde habilitado? É possível marcar mais de uma opção. *

Marque todas que se aplicam.

- Uso de hormônios sem prescrição médica.
- Aplicação de silicone industrial.
- Modificações corporais por profissionais não habilitados.
- Nunca realizei nenhum dos procedimentos acima.
- Prefiro não responder
- Outro: _____

62. 3.11 Selecione os procedimentos do Processo Transsexualizador que você **JÁ *****ACESSOU PELO SUS.**

É possível marcar mais de uma opção. Selecione apenas os procedimentos que acessou pela rede pública (SUS).

Marque todas que se aplicam.

- Não acessei nenhum dos serviços, procedimentos, práticas etc. abaixo
- Acompanhamento do usuário(a) no processo transsexualizador exclusivo nas etapas do pré e pós-operatório: Consiste no acompanhamento mensal de usuário(a) no Processo Transsexualizador, no máximo dois atendimentos mensais, durante no mínimo de 2 (dois) anos no pré-operatório e por até 1 ano no pós-operatório.
- Acompanhamento de usuário(a) no Processo Transsexualizador exclusivamente para atendimento clínico: Consiste no acompanhamento de usuário(a) no Processo Transsexualizador com atendimento mensal por equipe multiprofissional, diferente do acompanhamento exclusivo das etapas no pré ou pós operatório no processo transsexualizador.
- Acompanhamento psicoterapêutico: Acompanhamento realizado por psicológico e/ou psiquiatra, a fim de evitar o sofrimento psíquico do paciente, apoiá-lo no cuidado à saúde integral e tratar de doenças mentais.
- Tratamento hormonal no processo transsexualizador: Consiste na utilização de terapia medicamentosa hormonal disponibilizada mensalmente para ser iniciada após o diagnóstico no Processo Transsexualizador (estrógeno ou testosterona)
- Tratamento hormonal preparatório para cirurgia de redesignação sexual no processo transsexualizador: Consiste na terapia medicamentosa hormonal a ser disponibilizada mensalmente no período de 2 anos que antecede a cirurgia de redesignação sexual no Processo Transsexualizador (ciproterona)
- Redesignação sexual no sexo masculino: Consiste na orquiectomia bilateral com amputação do pênis e neocolpoplastia (construção de neovagina)
- Redesignação sexual no sexo feminino: Consiste de vaginectomia e metoidioplastia com vistas à transgenitalização feminino para masculino.
- Tireoplastia: Consiste na cirurgia de redução do Pomo de Adão com vistas à feminilização da voz e/ou alongamento das cordas vocais no processo transsexualizador.
- Mastectomia simples bilateral em usuária sob processo transsexualizador: Procedimento cirúrgico que consiste na ressecção de ambas as mamas com reposicionamento do complexo aréolo mamilar.
- Histerectomia c/ anexectomia bilateral e colpectomia em usuárias sob processo transsexualizador: Procedimento cirúrgico de ressecção do útero e ovários, com colpectomia.
- Plástica mamária reconstrutiva bilateral incluindo prótese mamária de silicone bilateral no processo transsexualizador: Consiste em cirurgia Plástica mamária reconstrutiva bilateral complementar ao processo de redesignação sexual no sexo masculino no processo transsexualizador, incluindo implante de prótese mamária de silicone bilateral.
- Cirurgias complementares de redesignação sexual: Consiste em cirurgias complementares tais como: reconstrução da neovagina realizada, meatotomia, meatoplastia, cirurgia estética para correções complementares dos grandes lábios, pequenos lábios e clitoris e tratamento de deiscências e fistulectomia.
- Neofaloplastia com implante de próteses penianas e testiculares.
- Clitoroplastia: redução ou a diminuição da exposição do clitoris.
- Cirurgia de cordas vocais em pacientes em readequação para o fenótipo masculino.
- Prefiro não responder
- Outro: _____

63. 3.12 Selecione os procedimentos do Processo Transsexualizador que você **JÁ *****ACESSOU POR PLANO DE SAÚDE OU REDE PRIVADA.**

É possível marcar mais de uma opção. Selecione apenas os procedimentos que acessou pela rede suplementar (plano de saúde) ou rede privada.

Marque todas que se aplicam.

- Não acessei nenhum dos serviços, procedimentos, práticas etc. abaixo
- Acompanhamento do usuário(a) no processo transsexualizador exclusivo nas etapas do pré e pós-operatório: Consiste no acompanhamento mensal de usuário(a) no Processo Transsexualizador, no máximo dois atendimentos mensais, durante no mínimo de 2 (dois) anos no pré-operatório e por até 1 ano no pós-operatório.
- Acompanhamento de usuário(a) no Processo Transsexualizador exclusivamente para atendimento clínico: Consiste no acompanhamento de usuário(a) no Processo Transsexualizador com atendimento mensal por equipe multiprofissional, diferente do acompanhamento exclusivo das etapas no pré ou pós operatório no processo transsexualizador.
- Acompanhamento psicoterapêutico: Acompanhamento realizado por psicológico e/ou psiquiatra, a fim de evitar o sofrimento psíquico do paciente, apoiá-lo no cuidado à saúde integral e tratar de doenças mentais.
- Tratamento hormonal no processo transsexualizador: Consiste na utilização de terapia medicamentosa hormonal disponibilizada mensalmente para ser iniciada após o diagnóstico no Processo Transsexualizador (estrógeno ou testosterona)
- Tratamento hormonal preparatório para cirurgia de redesignação sexual no processo transsexualizador: Consiste na terapia medicamentosa hormonal a ser disponibilizada mensalmente no período de 2 anos que antecede a cirurgia de redesignação sexual no Processo Transsexualizador (ciproterona)
- Redesignação sexual no sexo masculino: Consiste na orquiectomia bilateral com amputação do pênis e neocolpoplastia (construção de neovagina)
- Redesignação sexual no sexo feminino: Consiste de vaginectomia e metoidioplastia com vistas à transgenitalização feminino para masculino.
- Tireoplastia: Consiste na cirurgia de redução do Pomo de Adão com vistas à feminilização da voz e/ou alongamento das cordas vocais no processo transsexualizador.
- Mastectomia simples bilateral em usuária sob processo transsexualizador: Procedimento cirúrgico que consiste na ressecção de ambas as mamas com reposicionamento do complexo aréolo mamilar.
- Histerectomia c/ anexectomia bilateral e colpectomia em usuárias sob processo transsexualizador: Procedimento cirúrgico de ressecção do útero e ovários, com colpectomia.
- Plástica mamária reconstrutiva bilateral incluindo prótese mamária de silicone bilateral no processo transsexualizador: Consiste em cirurgia Plástica mamária reconstrutiva bilateral complementar ao processo de redesignação sexual no sexo masculino no processo transsexualizador, incluindo implante de prótese mamária de silicone bilateral.
- Cirurgias complementares de redesignação sexual: Consiste em cirurgias complementares tais como: reconstrução da neovagina realizada, meatotomia, meatoplastia, cirurgia estética para correções complementares dos grandes lábios, pequenos lábios e clitoris e tratamento de deiscências e fistulectomia.
- Neofaloplastia com implante de próteses penianas e testiculares.
- Clitoroplastia: redução ou a diminuição da exposição do clitoris.
- Cirurgia de cordas vocais em pacientes em readequação para o fenótipo masculino.
- Prefiro não responder
- Outro: _____

64. 3.13 Selecione os procedimentos do Processo Transsexualizador que você *** AINDA NÃO ACESSOU, MAS TEM INTERESSE DE ACESSAR.**

É possível marcar mais de uma opção. Selecione apenas os procedimentos que você ainda não acessou, mas tem interesse de acessar.

Marque todas que se aplicam.

- Não tenho interesse em nenhum dos serviços, procedimentos, práticas etc. abaixo
- Acompanhamento do usuário(a) no processo transsexualizador exclusivo nas etapas do pré e pós-operatório: Consiste no acompanhamento mensal de usuário(a) no Processo Transsexualizador, no máximo dois atendimentos mensais, durante no mínimo de 2 (dois) anos no pré-operatório e por até 1 ano no pós-operatório.
- Acompanhamento de usuário(a) no Processo Transsexualizador exclusivamente para atendimento clínico: Consiste no acompanhamento de usuário(a) no Processo Transsexualizador com atendimento mensal por equipe multiprofissional, diferente do acompanhamento exclusivo das etapas no pré ou pós operatório no processo transsexualizador.
- Acompanhamento psicoterapêutico: Acompanhamento realizado por psicológico e/ou psiquiatra, a fim de evitar o sofrimento psíquico do paciente, apoiá-lo no cuidado à saúde integral e tratar de doenças mentais.
- Tratamento hormonal no processo transsexualizador: Consiste na utilização de terapia medicamentosa hormonal disponibilizada mensalmente para ser iniciada após o diagnóstico no Processo Transsexualizador (estrógeno ou testosterona)
- Tratamento hormonal preparatório para cirurgia de redesignação sexual no processo transsexualizador: Consiste na terapia medicamentosa hormonal a ser disponibilizada mensalmente no período de 2 anos que antecede a cirurgia de redesignação sexual no Processo Transsexualizador (ciproterona)
- Redesignação sexual no sexo masculino: Consiste na orquiectomia bilateral com amputação do pênis e neocolpoplastia (construção de neovagina)
- Redesignação sexual no sexo feminino: Consiste de vaginectomia e metoidioplastia com vistas à transgenitalização feminino para masculino.
- Tireoplastia: Consiste na cirurgia de redução do Pomo de Adão com vistas à feminilização da voz e/ou alongamento das cordas vocais no processo transsexualizador.
- Mastectomia simples bilateral em usuária sob processo transsexualizador: Procedimento cirúrgico que consiste na ressecção de ambas as mamas com reposicionamento do complexo aréolo mamilar.
- Histerectomia c/ anexectomia bilateral e colpectomia em usuárias sob processo transsexualizador: Procedimento cirúrgico de ressecção do útero e ovários, com colpectomia.
- Plástica mamária reconstrutiva bilateral incluindo prótese mamária de silicone bilateral no processo transsexualizador: Consiste em cirurgia Plástica mamária reconstrutiva bilateral complementar ao processo de redesignação sexual no sexo masculino no processo transsexualizador, incluindo implante de prótese mamária de silicone bilateral.
- Cirurgias complementares de redesignação sexual: Consiste em cirurgias complementares tais como: reconstrução da neovagina realizada, meatotomia, meatoplastia, cirurgia estética para correções complementares dos grandes lábios, pequenos lábios e clitoris e tratamento de deiscências e fistulectomia.
- Neofaloplastia com implante de próteses penianas e testiculares.
- Clitoroplastia: redução ou a diminuição da exposição do clitoris.
- Cirurgia de cordas vocais em pacientes em readequação para o fenótipo masculino.
- Prefiro não responder
- Outro: _____

65. 3.14 Você acessou os procedimentos cirúrgicos e ambulatoriais (não cirúrgicos) **NA MESMA UNIDADE DE SAÚDE?** *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não
 Não sei
 Prefiro não responder

66. 3.15 Em qual UNIDADE DE SAÚDE (ambulatorial ou hospitalar) você **costuma acessar** o Processo Transexualizador para **PROCEDIMENTOS NÃO CIRÚRGICOS?** *

Insira o nome da Unidade de Saúde que você costuma acessar o Processo Transexualizador **para procedimentos não cirúrgicos** abaixo.

67. 3.16 Com **FREQUÊNCIA** você **costuma acessar** essa unidade de saúde (ambulatorial ou hospitalar) para acessar os **PROCEDIMENTOS NÃO CIRÚRGICOS** do Processo Transexualizador? *

Selecione abaixo a frequência com que você costuma acessar a unidade de saúde para **procedimentos não cirúrgicos**.

Marcar apenas uma oval.

- Menos de uma vez ao ano
 Anual
 Semestral
 Quadrimestral
 Trimestral
 Bimestral
 Mensal
 Quinzenal
 Semanal
 Mais de uma vez por semana
 Não sei
 Prefiro não responder

68. 3.17 COMO VOCÊ CHEGOU à unidade de saúde **AMBULATORIAL (onde não são realizados procedimentos cirúrgicos)** em que você acessa o Processo Transexualizador? *

Selecione abaixo a opção que melhor representa como você chegou à **unidade de saúde ambulatorial (onde não são realizados procedimentos cirúrgicos)** em que você acessa o Processo Transexualizador.

Marcar apenas uma oval.

- Fui diretamente à unidade.
 Fui encaminhado por profissional de Posto de Saúde, Centro de Saúde ou Unidade Básica de Saúde.
 Fui encaminhado por profissional da Atenção de Média ou Alta Complexidade de Saúde.
 Fui encaminhado pela Secretaria Municipal de Saúde.
 Fui encaminhado pela Secretaria Estadual de Saúde.
 Fui encaminhado por algum projeto social do qual participo.
 Acessei por algum conhecido que tem contatos ou trabalha na unidade.
 Prefiro não responder
 Outro: _____

69. 3.18 Em qual UNIDADE DE SAÚDE (hospitalar) você **costuma acessar** o Processo Transexualizador para **PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS?** *

Insira o nome da Unidade de Saúde que você costuma acessar o Processo Transexualizador **para procedimentos cirúrgicos** abaixo.

70. 3.19 COMO VOCÊ CHEGOU à unidade de saúde **HOSPITALAR (onde são realizados procedimentos cirúrgicos)** em que você acessa o Processo Transexualizador? *

Selecione abaixo a opção que melhor representa como você chegou à **unidade de saúde hospitalar (onde são realizados procedimentos cirúrgicos)** em que você acessa o Processo Transexualizador.

Marcar apenas uma oval.

- Fui diretamente à unidade.
 Fui encaminhado por profissional de Posto de Saúde, Centro de Saúde ou Unidade Básica de Saúde.
 Fui encaminhado por profissional da Atenção de Média ou Alta Complexidade de Saúde.
 Fui encaminhado pela Secretaria Municipal de Saúde.
 Fui encaminhado pela Secretaria Estadual de Saúde.
 Fui encaminhado por algum projeto social do qual participo.
 Acessei por algum conhecido que tem contatos ou trabalha na unidade.
 Prefiro não responder
 Outro: _____

71. 3.20 Como você **FICOU SABENDO** do Processo Transexualizador? *

Selecione abaixo a opção que melhor representa como você ficou sabendo do Processo Transexualizador.

Marcar apenas uma oval.

- Fui orientado(a/e) por um amigo.
 Fui orientado(a/e) por um familiar.
 Fui orientado(a/e) por um profissional de saúde.
 Fui orientado(a/e) por representantes de movimentos sociais.
 Li informações na internet.
 Recebi informações por notícias em veículos de comunicação.
 Recebi informações por mídias sociais.
 Prefiro não responder
 Outro: _____

72. 3.21 Você acessa os procedimentos do Processo Transexualizador NA CIDADE EM QUE VOCÊ RESIDE? *

Marcar apenas uma oval.

- Acesso integralmente todos os procedimentos na cidade em que residio.
- Acesso parcialmente os procedimentos na cidade em que residio.
- Não acesso a nenhum procedimento na cidade em que residio.
- Prefiro não responder

73. 3.21 Você VIVENCIOU alguma das situações abaixo para ter o **PRIMEIRO ACESSO** ao Processo Transexualizador? *

É possível assinalar mais de uma opção.

Marque todas que se aplicam.

- Profissionais de saúde não souberam me informar onde poderia acessar o Processo Transexualizador.
- Profissionais de saúde se negaram a me encaminhar para o Processo Transexualizador.
- Profissionais de saúde não sabiam como me encaminhar ao Processo Transexualizador.
- Profissionais de saúde me orientaram a não acessar o Processo Transexualizador.
- Fui encaminhado para unidade de saúde que não ofertava o Processo Transexualizador.
- Fui constrangido por um profissional de saúde quando falei que desejava acessar o Processo Transexualizador.
- Tive resistência da minha família, amigos ou conhecidos para acessar o Processo Transexualizador.
- Não tinha recursos suficientes para me deslocar até uma unidade que oferta o Processo Transexualizador.
- Não tinha disponibilidade para acessar a unidade que oferta o Processo Transexualizador no seu horário de funcionamento.
- Não vivenciei nenhuma das situações descritas
- Prefiro não responder
- Outro: _____

74. 3.22 Você VIVENCIOU alguma das situações abaixo **APÓS INICIAR O SEU ACESSO** ao Processo Transexualizador? *

É possível assinalar mais de uma opção.

Marque todas que se aplicam.

- Tive de orientar o profissional de saúde do Processo Transexualizador sobre meus cuidados de saúde como pessoa trans ou travesti.
- Desrespeitaram meu nome social.
- Não tive recursos suficientes para me deslocar até uma unidade que oferta o Processo Transexualizador.
- Não tinha disponibilidade para acessar a unidade que oferta o Processo Transexualizador no seu horário de funcionamento.
- Me negaram algum procedimento de saúde do Processo Transexualizador, mesmo estando disponível naquela unidade de saúde.
- Me negaram algum procedimento de saúde do Processo Transexualizador que eu sabia que era ofertado em outra unidade.
- Tive que interromper algum tratamento ou procedimento de saúde por falta de profissionais, insumos ou medicamentos adequados ao Processo Transexualizador.
- Tive meu atendimento despriorizado por ser uma pessoa trans ou travesti.
- Tive fingir algum tipo de comportamento que reforça estereótipo de gênero para acessar algum procedimento do Processo Transexualizador.
- Tive de mentir ou omitir alguma informação para acessar algum procedimento do Processo Transexualizador.
- Tive algum problema de saúde por erro médico durante meu acesso a procedimentos do Processo Transexualizador.
- Tive que comprar hormônios ou medicamentos do Processo Transexualizador com meus próprios recursos pois não eram ofertados no SUS.
- Tive de comprar hormônios ou medicamentos do Processo Transexualizador com meus próprios recursos pois estavam em falta no SUS.
- Sofri preconceito da minha família, amigos ou conhecidos após acessar o Processo Transexualizador.
- Perdi meu emprego após acessar o Processo Transexualizador.
- Fui expulso(a/e) de casa após acessar o Processo Transexualizador.
- Fui expulso(a/e) de locais públicos após acessar o Processo Transexualizador.
- Sofri agressão (física, sexual, verbal ou psicológica etc.) após acessar o Processo Transexualizador.
- Não vivenciei nenhuma das situações descritas
- Prefiro não responder
- Outro: _____

76. 3.24 Caso tenha marcado "Sim" na pergunta anterior (3.23), descreva como se deu esse processo.

Descreva como chegou até a justiça, como foi seu atendimento, se obteve êxito e como se deu ou não o acesso ao procedimento Processo Transexualizador.

77. 3.25 Comentários e considerações.

Insira abaixo comentários e considerações que não tenham sido contemplados pelas perguntas anteriores (Resposta opcional).

78. 3.26 Deseja ter seu nome citado nos agradecimentos desta pesquisa? Se sim, escreva como gostaria que seu nome fosse mencionado.

Ao citar o seu nome dos agradecimentos da pesquisa, não será possível estabelecer qualquer vínculo com os dados fornecidos por você e o anonimato da sua participação permanece garantido (Resposta opcional).

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

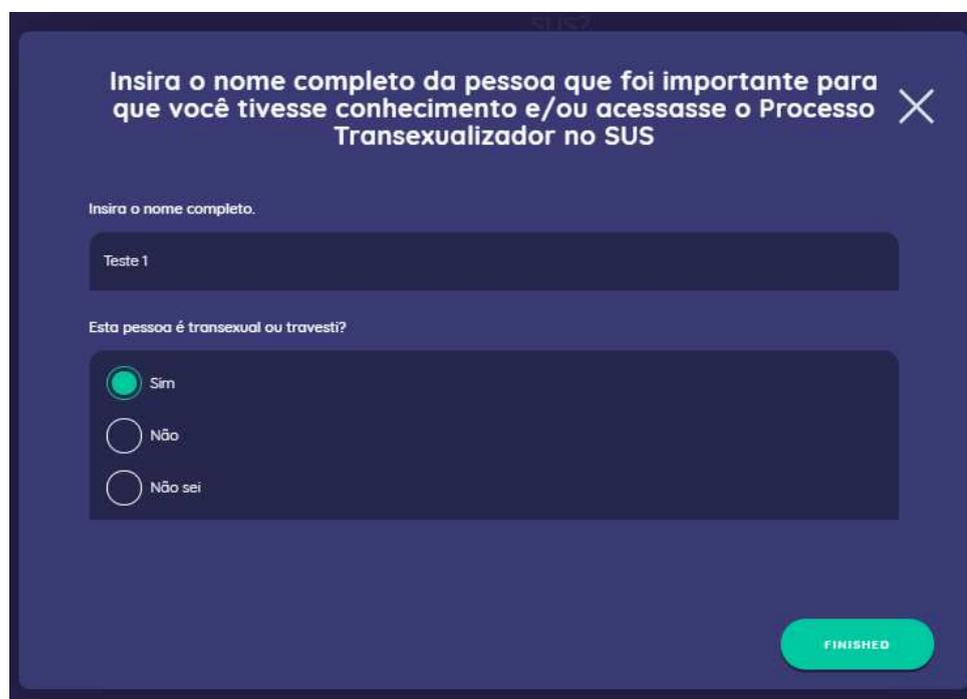
75. 3.23 Você já ENTROU NA JUSTIÇA para acessar algum procedimento do Processo Transexualizador? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não
- Prefiro não responder

APÊNDICE B — Telas de aplicação teste do questionário sociométrico

Figura B-1: Primeira etapa de aplicação (inserção dos nomes)



Insira o nome completo da pessoa que foi importante para que você tivesse conhecimento e/ou acessasse o Processo Transexualizador no SUS

Insira o nome completo.

Teste 1

Esta pessoa é transexual ou travesti?

Sim

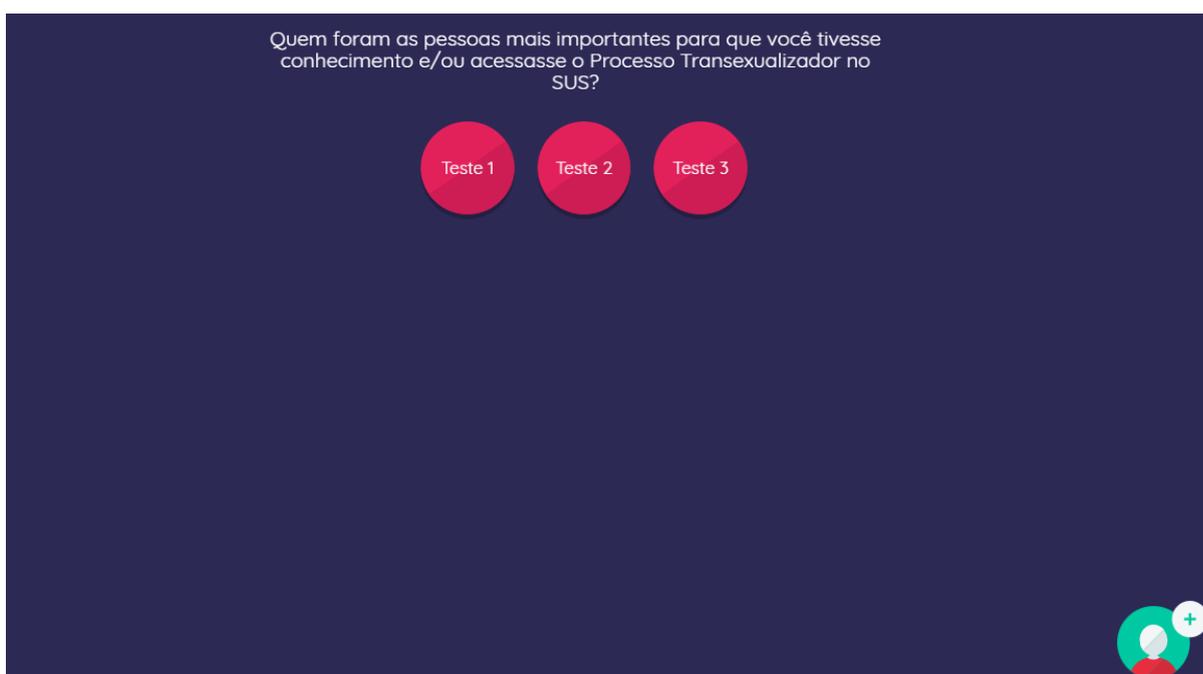
Não

Não sei

FINISHED

Fonte: Extraída do questionário aplicado nesta pesquisa pelo aplicativo *Interviewer* do *Network Canvas*.

Figura B-2: Primeira etapa de aplicação (nomes inseridos)



Quem foram as pessoas mais importantes para que você tivesse conhecimento e/ou acessasse o Processo Transexualizador no SUS?

Teste 1 Teste 2 Teste 3

+

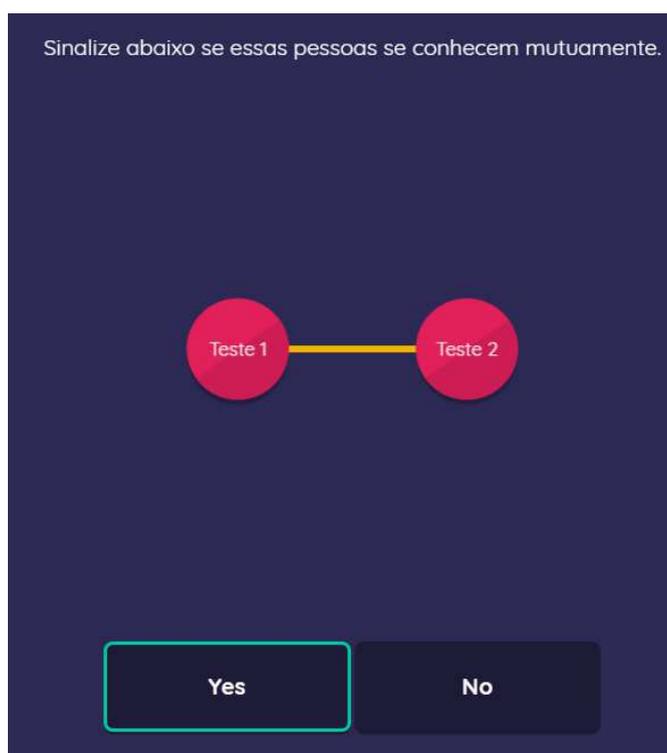
Fonte: Extraída do questionário aplicado nesta pesquisa pelo aplicativo *Interviewer* do *Network Canvas*.

Figura B-3: Segunda etapa de aplicação (vinculação dos nomes às esferas sociais)



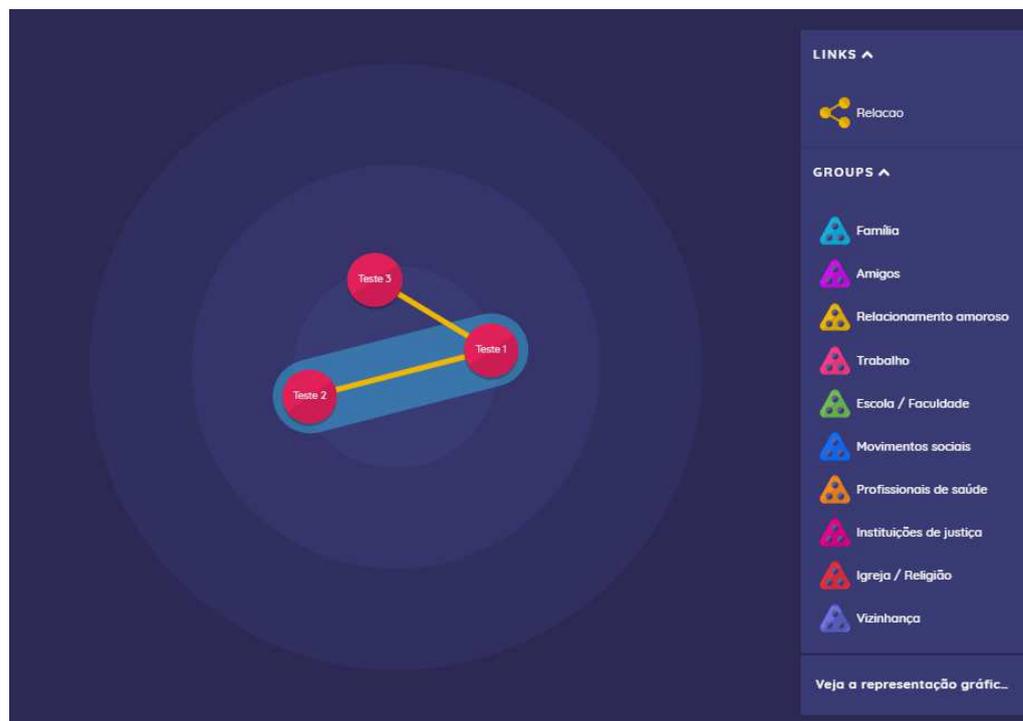
Fonte: Extraída do questionário aplicado nesta pesquisa pelo aplicativo *Interviewer* do *Network Canvas*.

Figura B-4: Terceira etapa de aplicação (estabelecimento de relação entre os nós)



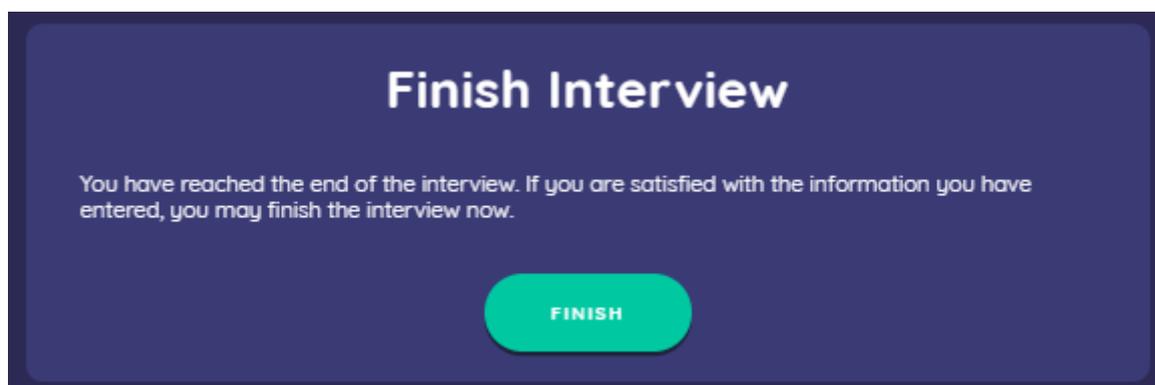
Fonte: Extraída do questionário aplicado nesta pesquisa pelo aplicativo *Interviewer* do *Network Canvas*.

Figura B-5: Quarta etapa de aplicação (construção visual do sociograma pelo *software*)



Fonte: Extraída do questionário aplicado nesta pesquisa pelo aplicativo *Interviewer* do *Network Canvas*.

Figura B-6: Fim da aplicação



Fonte: Extraída do questionário aplicado nesta pesquisa pelo aplicativo *Interviewer* do *Network Canvas*.

APÊNDICE C — Comparativo entre as Portarias do Ministério da Saúde que regulamentam ou regulamentaram o Processo Transexualizador no SUS

Quadro C-1: Comparativo entre as Portarias do Ministério da Saúde que regulamentam ou regulamentaram o Processo Transexualizador no SUS

ITEM	PORTARIA GM/MS Nº 1.707/2008 PORTARIA SAS/MS Nº 457/2008	PORTARIA SAS/MS Nº 859/2013	PORTARIA GM/MS Nº 2.803/2013 PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO GM/MS Nº 2/2017- Anexo 1 do Anexo XXI
Situação	Revogada	Revogada	Portaria GM/MS nº 2.803/2013 revogada por consolidação na Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017, contudo praticamente não há alteração entre os textos dessas portarias, pois trata-se de uma revogação formal para consolidação de normativas. Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017 vigente.
Preâmbulo	Introduzido de forma mais descritiva na Portaria GM/MS nº 1.707/2008. Nela, a orientação sexual e a identidade de gênero são reconhecidas como determinantes sociais da saúde (DSS); Adota lógica um pouco menos patologizante sobre as pessoas trans, com relação à resolução do CFM; e Restringe a motivação da construção da Portaria à regulamentação dos procedimentos do Processo Transexualizador.	Insere o Processo Transexualizador enquanto parte da linha de cuidado dentro das Redes de Atenção à Saúde já constituídas; Cita a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (2011); Adota lógica menos patologizante das pessoas trans.	Mantém parte significativa do preâmbulo da Portaria SAS/MS nº 859/2013; Cita Ação Civil Pública nº 2001.71.00.026279-9/RS; Insere o Processo Transexualizador enquanto parte da linha de cuidado dentro das Redes de Atenção à Saúde já constituídas; Cita a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (2011); Adota lógica menos patologizante das pessoas trans; Direciona a necessidade de aprimoramento da política aos homens trans. *Preâmbulo suprimido pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017.
Resolução CFM de referência	Resolução CFM nº 1.652/2002	Não cita	Resolução CFM nº 1.955/2010

ITEM	PORTARIA GM/MS Nº 1.707/2008 PORTARIA SAS/MS Nº 457/2008	PORTARIA SAS/MS Nº 859/2013	PORTARIA GM/MS Nº 2.803/2013 PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO GM/MS Nº 2/2017- Anexo 1 do Anexo XXI
			*Com a supressão do preâmbulo pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017, a menção à Resolução ficou restrita aos procedimentos de caráter experimental.
Usuários contemplados	Mulheres transexuais.	Mulheres e homens transexuais e travestis.	Mulheres e homens transexuais e travestis.
Diagnóstico	Diagnóstico de "transexualismo", exigido nos moldes da Resolução CFM de referência.	Menciona a necessidade para o tratamento hormonal e cita o termo ao longo da portaria, mas não dá diretrizes ou faz referência sobre como se dá o diagnóstico.	Menciona a necessidade para o tratamento hormonal e cita o termo ao longo da portaria, mas não dá diretrizes ou faz referência sobre como se dá o diagnóstico.
Linha de cuidado	Não estabelece.	Dividida entre Atenção Básica e Especializada. Sendo a Atenção Básica responsável pelo cuidado integral das pessoas trans e travestis e por encaminhar à Atenção Especializada para acesso aos procedimentos do Processo Transexualizador.	Dividida entre Atenção Básica e Especializada. Sendo a Atenção Básica responsável pelo cuidado integral das pessoas trans e travestis e por encaminhar à Atenção Especializada para acesso aos procedimentos do Processo Transexualizador.
Modalidades de oferta	Ambulatorial e hospitalar, sendo ofertados em uma mesma Unidade de Atenção Especializada. Essas Unidades estariam restritas aos Hospitais Ensino.	Ambulatorial e hospitalar, podendo ser ofertados em uma mesma unidade ou não.	Ambulatorial e hospitalar, podendo ser ofertados em uma mesma unidade ou não.

ITEM	PORTARIA GM/MS Nº 1.707/2008 PORTARIA SAS/MS Nº 457/2008	PORTARIA SAS/MS Nº 859/2013	PORTARIA GM/MS Nº 2.803/2013 PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO GM/MS Nº 2/2017- Anexo 1 do Anexo XXI
Documentos exigidos para habilitação	Formulário de vistoria preenchido pelo gestor; Relatório de Vistoria do Gestor; Documentação comprobatória do cumprimento das exigências do Anexo I; Declaração que conste a quantidade de exames que será disponibilizado pela unidade por ano; Declaração do impacto financeiro; Manifestação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB).	Documento que comprove aprovação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ; Formulário de Vistoria.	Documento que comprove aprovação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ; Formulário de Vistoria.
Regulação dos procedimentos cirúrgicos	Sob responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde.	Sob responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde, observando-se a Portaria que regulamenta a Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC).	Alterado pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017. De modo que na “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.”

ITEM	PORTARIA GM/MS Nº 1.707/2008 PORTARIA SAS/MS Nº 457/2008	PORTARIA SAS/MS Nº 859/2013	PORTARIA GM/MS Nº 2.803/2013 PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO GM/MS Nº 2/2017- Anexo 1 do Anexo XXI
Equipe mínima	Médico cirurgião: médico com título de especialista em cirurgia urológica; Anestesiologista; Enfermeiro; Psiquiatra; Endocrinologista; Psicólogo; e Assistente Social.	Ambulatorial: Responsável técnico, de qualquer área da saúde, com nível superior e experiência comprovada na área do Processo Transexualizador; Psiquiatra ou Psicólogo; Assistente social; Endocrinologista ou Clínico geral; e Enfermeiro. Hospitalar: Responsável técnico pelo serviço de cirurgia, médico com título de especialista em uma das seguintes especialidades: Urologia ou Ginecologia ou Cirurgia Plástica; Médico urologista ou Ginecologista ou Cirurgião plástico Enfermeiro; Técnico de enfermagem; Psiquiatra ou Psicólogo; Endocrinologista; Assistente social.	Ambulatorial: Responsável técnico, de qualquer área da saúde, com nível superior e experiência comprovada na área do Processo Transexualizador; Psiquiatra ou Psicólogo; Assistente social; Endocrinologista ou Clínico geral; e Enfermeiro. Hospitalar: Responsável técnico pelo serviço de cirurgia, médico com título de especialista em uma das seguintes especialidades: Urologia ou Ginecologia ou Cirurgia Plástica; Médico urologista ou Ginecologista ou Cirurgião plástico Enfermeiro; Técnico de enfermagem; Psiquiatra ou Psicólogo; Endocrinologista; Assistente social.
Acompanhamento do usuário no pré e pós-operatório	Ofertado. Idade mínima: 21 anos.	Ofertado. Idade mínima: 16 anos.	Ofertado. Idade mínima: 18 anos.
Tratamento hormonal (estrógeno ou testosterona)	Ofertado estrógeno ou ciproterona, apenas no pré-cirúrgico. Idade mínima: 21 anos.	Ofertado. Idade mínima: 16 anos.	Ofertado. Idade mínima: 18 anos.
Redesignação sexual no sexo masculino (orquiectomia bilateral, com amputação do pênis e construção de neovagina)	Ofertado. Idade mínima: 21 anos.	Ofertado. Idade mínima: 18 anos.	Ofertado. Idade mínima: 21 anos.
Tireoplastia (redução do Pomo de Ação e alongamento das cordas vocais)	Ofertado. Idade mínima: 21 anos.	Ofertado. Idade mínima: 18 anos.	Ofertado. Idade mínima: 21 anos.
Tratamento hormonal (ciproterona)	Ofertado estrógeno ou ciproterona, apenas no pré-cirúrgico. Idade mínima: 21 anos.	Ofertado. Idade mínima: 16 anos.	Ofertado. Idade mínima: 18 anos.

ITEM	PORTARIA GM/MS Nº 1.707/2008 PORTARIA SAS/MS Nº 457/2008	PORTARIA SAS/MS Nº 859/2013	PORTARIA GM/MS Nº 2.803/2013 PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO GM/MS Nº 2/2017- Anexo 1 do Anexo XXI
Mastectomia simples bilateral (ressecção de ambas as mamas com reposição do aréolo mamilar)	Não ofertado.	Ofertado. Idade mínima: 18 anos.	Ofertado. Idade mínima: 21 anos.
Histerectomia com anexectomia bilateral e colpectomia (ressecção do útero e ovários, com colpectomia)	Não ofertado.	Ofertado. Idade mínima: 18 anos.	Ofertado. Idade mínima: 21 anos.
Cirurgias complementares (como: reconstrução da neovagina realizada, meatotomia, meatoplastia, cirurgia estética para correções complementares dos grandes lábios, pequenos lábios e clitóris e tratamento de deiscências e fistulectomia)	Não ofertado.	Ofertado. Idade mínima: 18 anos.	Ofertado. Idade mínima: 21 anos.
Acompanhamento do usuário exclusivamente para atendimento clínico	Não ofertado.	Ofertado. Idade mínima: 5 anos.	Ofertado. Idade mínima: 18 anos.
Plástica mamária reconstrutiva bilateral incluindo prótese mamária de silicone bilateral	Não ofertado.	Não ofertado.	Ofertado. Idade mínima: 21 anos.
Vaginectomia e neofaloplastia com implante de próteses penianas e testiculares, clitoroplastia e cirurgia de cordas vocais em pacientes em readequação para o fenótipo masculino	Não ofertado. As cirurgias de construção de neofalo e metoidioplastia são citadas no anexo com caráter experimental, submetidas aos protocolos de pesquisa e não abrangidas pela Portaria.	Não ofertado.	Ofertado em caráter experimental sem inclusão na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. *Os procedimentos de vaginectomia e metoidioplastia foram incluídos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, por meio da Portaria GM/MS nº 1.370/2019, mas mantidos em caráter experimental. A idade mínima de acordo com esta Portaria é de 21 anos.

Fonte: Elaborado pelo autor.

APÊNDICE D — Distribuição por município dos estabelecimentos de saúde que ofertam procedimentos do Processo Transexualizador

Tabela D-1: Distribuição por município dos estabelecimentos de saúde que ofertam procedimentos do Processo Transexualizador

Unidade Federativa	Município	Número de estabelecimentos ambulatorial não habilitados	Número de estabelecimentos ambulatorial habilitados	Número de estabelecimentos ambulatorial e hospitalar habilitados	Total de estabelecimentos
Alagoas (AL)	Maceió	1	0	0	1
Amazonas (AM)	Manaus	1	0	0	1
Bahia (BA)	Salvador	2	1	0	3
Ceará (CE)	Fortaleza	1	0	0	1
Distrito Federal (DF)	Brasília	1	0	0	1
Espírito Santo (ES)	Vitória	0	1	0	1
Goiás (GO)	Goiânia	1	0	1	2
Maranhão (MA)	São Luís	1	0	0	1
Mato Grosso do Sul (MS)	Campo Grande	1	0	0	1
Minas Gerais (MG)	Belo Horizonte	1	0	0	1
Minas Gerais (MG)	Juiz de Fora	1	0	0	1
Minas Gerais (MG)	Uberlândia	0	1	0	1
Pará (PA)	Belém	1	0	0	1
Paraíba (PB)	João Pessoa	0	1	0	1
Paraná (PR)	Curitiba	0	1	0	1
Pernambuco (PE)	Camaragibe	1	0	0	1
Pernambuco (PE)	Petrolina	1	0	0	1
Pernambuco (PE)	Recife	3	0	1	4
Piauí (PI)	Teresina	1	0	0	1
Rio de Janeiro (RJ)	Niterói	1	0	0	1
Rio de Janeiro (RJ)	Rio de Janeiro	0	1	1	2
Rio Grande do Norte (RN)	Natal	1	0	0	1
Rio Grande do Sul (RS)	Canoas	1	0	0	1

Unidade Federativa	Município	Número de estabelecimentos ambulatorial não habilitados	Número de estabelecimentos ambulatorial habilitados	Número de estabelecimentos ambulatorial e hospitalar habilitados	Total de estabelecimentos
Rio Grande do Sul (RS)	Esteio	1	0	0	1
Rio Grande do Sul (RS)	Novo Hamburgo	1	0	0	1
Rio Grande do Sul (RS)	Passo Fundo	1	0	0	1
Rio Grande do Sul (RS)	Pelotas	1	0	0	1
Rio Grande do Sul (RS)	Porto Alegre	3	0	1	4
Rio Grande do Sul (RS)	Rio Grande	2	0	0	2
Rio Grande do Sul (RS)	Santa Cruz do Sul	1	0	0	1
Rio Grande do Sul (RS)	Santa Maria	2	0	0	2
Rio Grande do Sul (RS)	São Borja	1	0	0	1
Santa Catarina (SC)	Florianópolis	3	0	0	3
São Paulo (SP)	Santos	1	0	0	1
São Paulo (SP)	São José do Rio Preto	1	0	0	1
São Paulo (SP)	São Paulo	49	1	1	51
São Paulo (SP)	Ribeirão Preto	1	0	0	1
Sergipe (SE)	Lagarto	1	0	0	1
TOTAL	TOTAL	90	7	5	102

Fonte: Elaborada pelo autor a partir de UFJF, 2022; TRINDADE, 2022; PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, 2022b; CNES, 2022; CLEMENTE, 2022; UFAL, 2021; CIASCA; HERCOWITZ; JUNIOR, 2021; BENEVIDES, 2020.