UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA

LUIZA GOMES MAGALHÃES

BARREIRAS DE ACESSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE À
TRAVESTIS E TRANSEXUAIS NA REGIÃO CENTRAL DE SÃO
PAULO

SÃO PAULO
2018

LUIZA GOMES MAGALHÃES

**BARREIRAS DE ACESSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE À
TRAVESTIS E TRANSEXUAIS NA REGIÃO CENTRAL DE SÃO
PAULO**

Versão Corrigida da
Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de São Paulo, do
Programa de Pós-Graduação Mestrado
Profissional em Atenção Primária à Saúde no
Sistema Único de Saúde para obtenção de título
de mestra.

Área de concentração: Cuidado em Atenção
Primária em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Anna Maria Chiesa

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Comunicação e Artes da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

SÃO PAULO

2018

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Magalhães, Luiza Gomes

Barreiras de acesso na atenção primária à saúde à travestis e transexuais na região central de São Paulo / Luiza Gomes Magalhães. São Paulo, 2018.

134 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Anna Maria Chiesa

Área de concentração: Cuidado em Atenção Primária em Saúde

1. Transexualidade. 2. Travestis. 3. Acesso aos serviços de saúde. 4. Atenção primária à saúde. 5. Enfermagem.
I. Título.

Ficha catalográfica elaborada por Fabiana Gulin Longhi Palacio (CRB-8: 7257)

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Luiza Gomes Magalhães

Título: BARREIRAS DE ACESSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE À TRAVESTIS E TRANSEXUAIS NA REGIÃO CENTRAL DE SÃO PAULO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção da qualificação.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Suzana e Bernardo, que me ensinaram a transformar o mundo através do amor e da esperança.

À minha filha Leila, motor da minha alma, a quem ensino a ver o mundo com lentes de amor e esperança.

À Rihanna, Vitória, Daniel, Marcelo, Bruna, Bruno, Fran, Raica, Alessandro, Denniel, Karla, Melissa, Carolina Thabhatha, Ty Feh, Ed Paolo, Junior, Guilherme, Paloma e Marciele que me ensinam coragem de ser.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, apoiadora incondicional de meus projetos.

Ao meu pai, fonte intensa de energia, força e construção.

À minha filha, luz que me guia.

Aos meus irmãos, Lucas, Nelo, Manoel e Cosme.

À minha equipe de trabalho que me apoiou: Carol, Dani, Nayara, Clélia, Laura, Aldiralice, Marcelo, Aline, Cleber, Álvaro, Lucas, Hélio e Odonel.

À Salete, parceira na luta pelos direitos da população trans na rede.

À Roseane, exemplo de doação, acolhimento e força.

À Patrícia, que esteve ao meu lado nos momentos mais difíceis na produção deste trabalho, pela persistência e coragem. Pelos renascimentos.

À Ariane que tanto me incentivou e que me acompanha, sempre.

À minha prima Tatiana, pelo carinho e apoio.

Aos amigos Fernanda e Adão

A todos os colegas do Mestrado Profissional, em especial, à Karina, parceira que me ensina delicadeza.

À Karina, revisora e apoiadora no árduo processo da escrita.

Ao Maurício parceiro na luta.

À Prof.^a Dr.^a Anna Maria Chiesa, pela dedicação.

À Daniela, amor...

Aos usuários do SUS que me desafiam a reinventar a prática do cuidado em saúde e me ensinam o trabalho vivo em ato.

Magalhães L. Barreiras de acesso na Atenção Primária à Saúde à travestis e transexuais na região central de São Paulo [Dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2018.

RESUMO

Historicamente, no Brasil e no mundo, o setor saúde tem se relacionado de forma ambivalente com travestis e transexuais (TT) promovendo acesso ao processo transexualizador, por um lado, mas condicionando-o ao diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero (TIG), patologizando assim a experiência da diversidade de gênero. As medidas preventivas adotadas na década de 80 com a epidemia do HIV, também acentuaram o estigma sofrido por este grupo, segregando o acesso aos serviços de saúde especializados. Pesquisas revelam, no entanto, necessidades de saúde relacionadas, não apenas ao acesso às tecnologias mais especializadas, mas de forma integral, associadas às marcas de opressão sofridas por essa população, à necessidade de vínculo aos serviços de saúde e à possibilidade de desenvolver autonomia. No que diz respeito, especificamente, aos dados epidemiológicos, essa população apresenta altos índices de transtornos mentais, uso de substâncias, violência e uso indiscriminado de hormônio. Apontam, ainda, a invisibilidade no que se refere à Atenção Primária à Saúde (APS) e a população TT. A Política Nacional de Atenção à Saúde Integral da População Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBTT) vem como resposta a estas necessidades de cuidado integral, indo além do estigma patologização. Em consonância com esta política, o presente estudo teve como **objetivo geral**: elaborar um manual de acolhimento à população travesti e transexual para a APS e **objetivos específicos**: caracterizar o perfil da população TT; identificar os motivos pelos quais o usuário usa ou deixa de usar a APS; identificar barreiras que dificultam o acesso da população à APS; propor estratégias de superação das barreiras de acesso da população TT à APS. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMSSP), bem como à gestão do Centro de Cidadania LGBT (CCLGBT) Luiz Carlos Ruas. **Método**: trata-se de um estudo qualitativo exploratório que realizou

entrevistas semiestruturadas na Unidade Básica de Saúde-Sé (UBS-Sé) e no CCLGBT-Luiz Carlos Ruas, ambos na região central de São Paulo. O conteúdo das entrevistas foi registrado e, posteriormente submetido à diversas leituras para análise temática de conteúdo segundo a proposta de Bardin (2006). **Análise dos dados:** foram identificadas categorias empíricas a partir do referencial teórico relativo ao acesso “enquanto dispositivo transformador” da realidade, segundo Abreu de Jesus (2006) e às barreiras no acesso aos serviços de saúde à população LGBTTT (Albuquerque et. al, 2016). Com relação aos dados quantitativos estes foram organizados em uma planilha para a análise dos dados. **Resultados:** Foram entrevistadas vinte pessoas trans, entre elas, treze se identificaram como mulheres trans, uma como travesti e seis como homens trans. Com idade média de 33 anos, em sua maioria solteiros (80%), com baixo grau de escolaridade (40% da amostra, referiram ter ensino médio incompleto ou menor grau de escolaridade) e apenas 30% inseridos no mercado de trabalho formal, evidenciando o panorama de vulnerabilidades da população trans. Com relação às barreiras no acesso à APS foram identificadas barreiras tecnoassistenciais relacionadas: 1) ao paradigma heteronormativo e de gênero como equivalência de sexo na APS; 2) pouca oferta do cartão do SUS com nome social e não uso do nome social; 3) falta de uma escuta qualificada; além de barreiras relacionadas às: 4) implicações da transfobia no acesso do serviço de saúde; 5) educação permanente: desconhecimento dos fluxos e conceitos da rede da pessoa trans; e 6) Transfobia nos serviços da APS.

A partir das barreiras identificadas foram elaboradas proposições de superação das mesmas que integraram o “Manual de acolhimento de Transexuais e Travestis à Atenção Primária à Saúde”. Dentre as propostas de superação com relação às barreiras tecnoassistencias: estratégias de uso correto do nome social, a superação de paradigmas biologizantes e a valorização da dimensão relacional do trabalho em saúde, como o uso de uma comunicação responsiva e do acolhimento. Com relação às barreiras associadas à educação permanente, destaca-se a necessidade de ampliar o conhecimento dos trabalhadores com relação às informações a respeito das características da população TT, tais como: conceitos básicos envolvidos na temática, suas principais demandas e fluxos de apoio na rede. Investindo em metodologias ativas de ensino que se pautem em um modelo de saúde ampliado, evidenciando a visão política transformadora do trabalho no SUS. A superação da transfobia nos serviços de saúde está relacionada à promoção de educação permanente neste

contexto. Outros estudos poderão avaliar a compreensão e utilização do Manual pelos profissionais da APS e a satisfação das necessidades da população TT.

Palavras-chave: Transexuais. Travestis. Barreiras de acesso. Atenção Primária à Saúde. APS.

Magalhães L. Access barriers in Primary Health Care to transvestites and transsexuals in the central region of São Paulo [Dissertation]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2018.

ABSTRACT

Historically, in Brazil and in the world, health has related itself in an ambivalent way with transsexuals and transvestites (TT). Understood as pathology and not as diversity and freedom of gender by international disease manuals, this diagnosis allows access to medical procedures for changes in sexual characteristics. In Brazil, health places attention on the TT population beginning at the HIV / AIDS epidemic in the 80's, increasing this group's stigma and segregation, limiting access to specialized services, marking the ambivalence of the health system. Research describe, however, health care needs that go beyond HIV and physical transformations desired by trans people: high rates of mental disorders, substance use, violence, and indiscriminate use of hormones. Research also point out the invisibility in relation to Primary Health Care (PHC). The National Policy for Attention to Comprehensive Health Care for the Lesbian, Gay, Bi-sexual, Transvestite, and Transsexual (LGBTT) Population comes as a response to these needs for comprehensive care, going beyond the stigma and pathologization of gender identity. In line with this policy, the present study had as general objective: develop a manual for embracing the transvestite and transsexual population in the PHC; and specific objectives: characterize the TT population's profile, identify the reasons why users use or not the PHC, identify barriers that hinder the population's access to the PHC, and propose strategies for overcoming the TT population's access barriers to the PHC. **Method:** this is a qualitative and exploratory study in which 20 semi-structured interviews were carried out in Sé's Basic Health Unit - (BHU) and in Center for LGBT Citizenship (CLGBTC), both in the downtown area of Sao Paulo. The empirical material was analyzed through thematic analysis. **Results:** Twenty trans people were interviewed, among them thirteen identified themselves as trans women, one as transvestite and six as trans men. With a mean age of 33 years, mostly unmarried (80%), with a low level of schooling (40% of the sample, reported having incomplete high school or lower education) and only 30% inserted in the formal job market, evidencing the panorama of vulnerabilities of the trans population.

Technical-care barriers were identified related to: 1) the paradigm of hetero-normative and gender as sex equivalence in the PHC; 2) offer little of the SUS (Brazilian Public Health Care System) card with social name social printed and the non-use of the social name; 3) lack of qualified listening. In addition to the related barriers: 4) implications of transphobia in access to the health service; 5) permanent education: lack of knowledge of flows and concepts of the trans person's network; 6) Transphobia in the PHC services. Based on the barriers identified, proposals were made to overcome them, which integrated the "Handbook on the reception of Transsexuals and Transvestites for Primary Health Care". Among the proposals for overcoming in relation to the tecnicoassitencias barriers: strategies of correct use of the social name, the overcoming of biologizing paradigms and the valorization of the relational dimension of health work, such as the use of a responsive and welcoming communication. Regarding the barriers associated with lifelong education, the need to broaden workers' knowledge regarding information about the characteristics of the TT population, such as: basic concepts involved in the theme, its main demands and support flows in the public health system. Investing in active teaching methodologies that are based on an expanded health model, evidencing the transformative political vision of the SUS work. The overcoming of transphobia in the health services is related to the promotion of permanent education in this context. Other studies may assess the understanding and use of the Manual by PHC professionals and the satisfaction of the needs of the TT population.

From the identified barriers, propositions for improvement of these were built, as well as the "Embracing Transvestites and Transsexuals (TT) in Primary Health Care (PHC) Manual".

Keywords: Transsexuals. Transvestites. Access barriers. Primary Health Care. PHC.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização dos TT que participaram da pesquisa, São Paulo, 2017.....	56
Quadro 2 – Motivos referidos pelos entrevistados para usarem ou não a APS, São Paulo, 2017.....	67
Quadro 3 – Categorias empíricas levantadas a partir dos motivos referidos pelos entrevistados para não usarem a APS, São Paulo, 2017.....	71

LISTA DE SIGLAS

ANTRA – Articulação Nacional de Travestis, Transexuais e Transgêneros
APS – Atenção Primária à Saúde
ASTRAL – Associação das Travestis e Liberados do Rio de Janeiro
CCLGBTT – Centro de Cidadania LGBTTT
CFM – Conselho Federal de Medicina
CFP – Conselho Federal de Psicologia
CID – Classificação Internacional de Doenças
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CRM – Conselho Regional de Medicina
CROPH – Coordenação Regional das Obras de Promoção Humana
CRP – Conselho Regional de Psicologia
CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento
CRT – Centro de Referência de Testagem
DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DST- Doenças Sexualmente Transmissíveis
EPS – Educação Permanente em Saúde
ESF – Estratégia Saúde da Família
GAPA – Grupo de Apoio de Prevenção à AIDS
GT – Grupo de Trabalho
HBIGDA – Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association
HIV – Human Immunodeficiency Virus
IST- Infecção Sexualmente Transmissíveis
LGBTT – Lésbicas, Gays, Bissexuais Transexuais e Travestis
MESMAC – Men who have Sex with Men – Action in the Community'
MTC – Movimento de Transexuais de Campinas
NA – Normas de Atenção
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PTS – Projeto Terapêutico Singular
PL – Projeto de Lei
PNDH – Programa Nacional de Humanização
RG – Registro Geral
SAE – Serviço de Assistência Especializado

SEDH – Secretaria de Direitos Humanos

SIGA – Sistema Integrado de Gestão de Atendimento

SOC – Stands of Care

SOS – Sex Orientation Scale

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TGEU – Transgender Europe

TT – Transexuais e Travestis

TIG – Transtorno de Identidade de Gênero

WPATH – World Professional Association for Transgender Health

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	15
1. INTRODUÇÃO.....	18
1.1 TRANSEXUALIDADE, TRAVESTILIDADE E SAÚDE.....	18
1.2 TRANSEXUALIDADE, TRAVESTILIDADE E SUS	23
1.3 APS E SAÚDE DA POPULAÇÃO TRANS.....	30
1.3.1 Necessidades de saúde da pessoa Trans.....	33
1.3.2 Saúde da população TT: ambivalências.....	37
1.3.3 Despatologização.....	39
2. OBJETIVO.....	42
2.1 OBJETIVO GERAL.....	42
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	42
3. MARCO TEÓRICO.....	43
3.1 ACESSO E EQUIDADE EM SAÚDE.....	43
3.2 BARREIRAS DE ACESSO DA POPULAÇÃO TT.....	45
4. PROCEDIMENTO METODOLÓGICO.....	48
4.1 PESQUISA QUALITATIVA.....	48
4.1.1 Entrevista semiestruturada.....	49
4.2 LOCAL DE ESTUDO.....	50
4.3 COLETA DE DADOS.....	52
4.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	52
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	53
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	55
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA.....	55
5.2 MOTIVOS PELOS QUAIS A POPULAÇÃO TT USA OU DEIXA DE USAR A APS.....	67
5.3 BARREIRAS DE ACESSO DA POPULAÇÃO TT À APS.....	70

5.3.1 Implicações da transfobia no acesso do serviço de saúde da pessoa Trans.....	72
5.3.2 Paradigma heteronormativo e de gênero como equivalência de sexo atribuído ao nascer (cisgênero), na APS.....	73
5.3.3 Pouca oferta do cartão do SUS com nome social e não uso do nome social.....	76
5.3.4 Falta de uma escuta qualificada/comunicação não responsiva.....	80
5.3.5. Desconhecimento dos fluxos e conceitos da rede da pessoa trans	85
5.3.6 Transfobia nos serviços da APS.....	91
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	95
REFERÊNCIAS.....	97
APÊNDICES.....	106
ANEXOS.....	123

APRESENTAÇÃO

Minha trajetória profissional de 17 anos como psicóloga na linha de frente do cuidado em saúde mental, no Sistema Único de Saúde (SUS), é fundamental para compreender quem sou e como aqui cheguei. Este processo me compõe, não apenas como profissional, mas dá sentido às minhas ações cotidianas como sujeito ativo das transformações sociais em que acredito.

Os primeiros anos de profissão foram de trabalho árduo no confinamento de uma enfermaria psiquiátrica, o que me aproximou dos transtornos mentais graves e persistentes, das crises psicóticas e do paradigma da epidemiologia tradicional, baseada na lógica queixa/conduita. Neste contexto hospitalar, as variáveis são controladas, o distanciamento e isolamento garantem um resultado claro e objetivo: a remissão dos sintomas disfuncionais que justificaram a internação. O mundo se mostrava simples, pragmático e um terno sentimento de competência e dever cumprido pairavam no ar. Depois da neutralidade e assepsia da internação, ganhei a liberdade e o desafio profundo do trabalho nada asséptico da Atenção Primária à Saúde (APS), na comunidade. O que era doce se acabou.

Neste novo contexto de trabalho, a complexidade, de fato, se revelou. O território vivo, dinâmico, produtor e reprodutor de potências e fragilidades da realidade me jogou de encontro à minha impotência. Foi necessário ceder à temporalidade própria do trabalho longitudinal, rever o conceito de “cura”, expandir a compreensão de saúde mental e aprender saúde integral.

A potência, no entanto, nunca me abandonou. Curiosamente, um motor habita meu corpo, que trabalha compulsivamente para promover mudanças. Incansável. O que me move é justamente acreditar que posso fazer diferente. Que a transformação está, sim, em minhas mãos, por mais que muitas vezes não esteja.

Acredito no trabalho vivo, em ato criativo, potente e libertador na saúde, porque sinto que é o que dá sentido à minha prática diária. O que me alimenta.

A intensidade do trabalho me desperta algumas questões: não apenas da clínica, mas da instituição de saúde, sua organização e sua cultura. A rigidez, a impermeabilidade, as barreiras que comprometem o acesso e produzem iniquidade. Procuro entender a Unidade de Saúde como espaço potente de transformação, não apenas das doenças, mas instrumento político de reparação social, de expressão da

liberdade e quebra de paradigmas, mudança de cultura e não reprodução da lógica de exclusão e preconceito. E, claro, de garantia de direitos.

Essa persistência quase obsessiva em alargar e tornar mais permeável os muros da instituição, promovendo o acesso, principalmente às populações mais vulneráveis, aproximou-me, ao longo dos anos, de um trabalho essencialmente voltado às populações invisíveis à APS: usuários de substâncias, vítimas de violência e a população de lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e travestis (LGBTT).

Envolvida pelas questões institucionais de quebra de barreiras e estigmas, há cerca de 3 anos coordeno um grupo com profissionais e usuários do serviço, que tem como objetivo implementar a Política Nacional de Saúde Integral da população LGBTT, de 2013. A “Comissão de cuidados à saúde da população LGBTT” – UBS-Sé, procura, através de uma gestão participativa, aprimorar o acesso da população LGBTT à APS. Para isso, organiza rodas de conversa em reuniões técnicas, reunião geral e sensibilização dos profissionais de saúde. Faz sessões do “Cine arco-íris”, voltadas para a temática LGBTT. Além disso, a Comissão está diretamente envolvida com o acolhimento da população transexual e organização do fluxo da hormonioterapia na APS.

A experiência tem apresentado resultados interessantes, não apenas para a saúde integral da população transexual e travesti (TT), mas para a unidade de saúde que tem tido o privilégio de lidar com a diversidade.

Sendo assim, este trabalho se propõe a dar voz à diversidade de gênero.

Identidade

Preciso ser um outro
para ser eu mesmo

Sou grão de rocha
Sou o vento que a desgasta

Sou pólen sem inseto

Sou areia sustentando
o sexo das árvores

Existo onde me desconheço
aguardando pelo meu passado
ansiando a esperança do futuro

No mundo que combato
morro
no mundo por que luto
nasço

(Mia Couto, 1983, p. 13)

1. INTRODUÇÃO

1.1 TRANSEXUALIDADE, TRAVESTILIDADE E SAÚDE

Este trabalho tem como objetivo analisar as barreiras no acesso de transexuais e travestis (TT) à Atenção Primária à Saúde (APS).

Dito isso, é importante destacar que a transexualidade é descrita enquanto fenômeno desde o Império Romano, através dos denominados “eunucos”, homens afeminados que se travestiam e muitas vezes retiravam o pênis com desejo de serem mulher (Green, 1999 apud Saadeh, 2003).

Nero (37 – 68 d.C.), imperador romano, casou-se com um escravo após ordenar que este fosse castrado e se vestisse de mulher, passando a assumir o papel de esposa da relação. Heliogábalo (cerca de 203 – 222 d. c.) se casou também com um escravo, assumindo o papel de mulher na relação, adotando vestimentas femininas e maquiagem (Green, 1999 apud Saadeh, 2003).

Na mitologia Grega, Tirésias é transformado em mulher como punição por matar a cobra do sexo feminino, ao presenciar a cópula entre os repteis, no alto do monte Citerão. Hermafrodito, deus grego da união sexual e filho de Afrodite e Hermes, tinha mamas e pênis (Green, 1999 apud Saadeh, 2003).

Na arte, história e antropologia, o transexual (doravante “trans”) aparece como figura carregada de significados espirituais e xamânicos, apresentando-se como uma espécie de curandeiro, por vivenciar em si os dois gêneros.

No entanto, o surgimento do fenômeno transexual, como descrito pela medicina, só foi possível devido a um contexto histórico de avanços tecnológicos na área da saúde. Estudos de endocrinologistas que identificaram hormônios responsáveis pelas características sexuais eram utilizados como argumento para a designação orgânica e fixa das identidades sexuais binária: homem/mulher (Murta, 2012). Em 1920, a Bioquímica, através de estudos, identifica a presença de hormônios masculinos e femininos em ambos os sexos, contestando a ideia, até então concebida, de que a origem da diferença sexual seria fisiológica, localizada nas gônadas (Oudshoorn, 1994, p. 23; Sinding, 2003 apud Murta, 2012).

Esta importante descoberta possibilitou entender homens e mulheres como seres potencialmente iguais quimicamente, sendo possível conceber anatomias

masculinas com características femininas e vice-versa – colocando em questão a divisão rígida entre masculino e feminino na natureza (Murta, 2012).

Há registros de mudanças de características sexuais datadas de 1920-1930, na Alemanha (Meyerowitz, 2002). Em 1930, registros do primeiro médico a prescrever hormônio como terapêutica de mudança de características sexuais secundárias, nos Estados Unidos.

Historicamente recebida com resistência pela comunidade médica, em proporcionar tratamento, a transexualidade era tratada como aberração e digna de revistas sensacionalistas norte-americanas. As cirurgias eram negadas à população transexual e ofertadas apenas a intersexuais¹ (Meyerowitz, 2002).

É da década de 20 o primeiro relato de uma cirurgia de mudança de sexo, realizada no artista plástico dinamarquês Einar Wegener, que retirou o pênis e os testículos, aos 40 anos e se tornou Lili Elbejá, chamando atenção de outros transexuais que passaram a buscar ajuda médica.

Foi então em 1952, também na Dinamarca, que o primeiro procedimento cirúrgico transexualizador ganhou reconhecimento público, realizada num jovem norte americano de 28 anos chamado George Jorgensen, A intervenção só foi possível graças ao Ato Dinamarquês da Esterilização de 1935, que permitia castração quando a sexualidade do paciente o induzia a cometer crimes ou estava relacionada à transtornos mentais graves. Conduzida pelo endocrinologista dinamarquês Christian Hamburger, o procedimento se deu em duas fases, inicialmente sendo retirados os testículos e posteriormente o pênis. Não se pensavam ainda na construção de uma vagina (Saadeh, 2003). Jorgensen teve um final trágico, virou capa de jornais sensacionalistas norte-americanos quando regressou ao seu país de origem, foi perseguida por organizações conservadoras religiosas e políticas da época, muito só, fazia uso frequente de álcool. (Bullough, 1998; Denny, 1998 apud Saadeh, 2003) Morreu em 1989 e transformou-se num marco histórico (Arán, 2009; Murta, 2011).

Esse feito abriu espaço para uma importante discussão mundial com relação às identidades de gênero e diversidade sexual (Murta, 2012).

Em 1966, Harry Benjamin (1884/1986), médico endocrinologista alemão, publica o livro “The transsexual Phenomenon” e cria-se a partir daí o conceito de

¹ “Termo usado para descrever pessoas que são normalmente chamadas de ‘hermafroditas’ e ‘pseudo-hermafroditas’, pessoas com condições físicas nas quais os genitais ou aparelho reprodutivo não se adequam exatamente à categoria de macho e fêmea” (MEYEROWITZ, 2002, p. 10 apud Aran, 2009).

transexualismo. Para o autor, diferenças sexuais não poderiam ser determinadas apenas a partir das diferenças anatômicas, de modo que outras importantes variáveis deveriam ser incluídas na determinação da identidade sexual, tais como:

Cromossômico, genético, anatômico ou morfológico, genital, gonádico, legal, germinal, endócrino (hormonal), psicológico e social, sendo a predominância de um destes fatores o que vai definir o sexo do indivíduo, em conjunto com a influência do meio social sobre o comportamento (Benjamim 1969 apud Arán, 2009, p. 71).

Harry Benjamin, segundo Arán (2009), entendia o sexo como não sendo fixo, mas passível de transformação. Elabora uma Escala de Orientação Sexual (Sex Orientation Scale – SOS), que se propõe a avaliar a diferença entre sexo de nascimento e a identidade de gênero do paciente, com objetivo de identificar “o verdadeiro transexual” (Arán, 2009).

Apesar de muita divergência entre pesquisadores da época, com relação às intervenções para mudança de sexo, já se compreendia que a transexualidade era um fenômeno específico que necessitava de um olhar diferenciado acerca da homossexualidade ou da travestilidade (Murta, 2012).

Na década de 50, o termo transexual difunde-se pelo mundo, definido como variação de gênero decorrente da discordância entre sexo biológico e identidade de gênero, por isso o desejo de mudar de sexo (Institute of Medicine, 2011), possibilitando que o conceito de gênero fosse introduzido ao debate (Murta, 2012).

Em 1966 foi inaugurada a primeira clínica para realização da cirurgia de redesignação sexual, no hospital Johns Hopkins, nos Estados Unidos, o que representou uma revolução no âmbito institucional.

John Money (1921-2006) foi responsável por acompanhar várias cirurgias de redesignação no hospital Johns Hopkins, nas décadas de 60 e 70.

Em 1967 foi realizado em Londres o I Congresso da Associação Harry Benjamin, que em 1977 passou a se chamar Associação Internacional de Disforia de Gênero Harry Benjamin (*Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association* – HBIGDA), o que mais tarde se tornaria a Associação Mundial Profissional para Saúde Transgêneros (*World Professional Association for Transgender Health* – WPATH) (Bento, 2012). A HBIGDA teve um papel importante no sentido de ser o primeiro serviço a oferecer assistência formal à população transexual (Murta, 2012).

Importantes movimentos sociais ao redor do mundo, a partir da década de 70, passam a pressionar a inclusão da temática TT nos cuidados em saúde, e evidenciam a negligência das práticas com relação às questões de gênero e diversidade sexual. Na Inglaterra, grupos ativistas, tais como: Terrence Higgin's Trust² and MESMAC (*Men who have Sex with Men – Action in the Community*)³ e *Press for Chang*⁴, tiveram papel importante para assegurar a garantia do tratamento à população trans (Davy, 2012).

Em 1973, o psiquiatra Norman Fisk fundamentou uma nosografia psiquiátrica para o transexualismo, criando a categoria “disforia de gênero” para designar a insatisfação diante da discordância entre sexo biológico e identidade sexual (Saadeh, 2004; Arán, 2009).

Em 1980, o “Transtorno de Identidade de Gênero” (TIG) foi incluído no DSM-III (*Diagnostic and Statistical Manual, 3rd edition*) pela *American Psychiatric Association*. Mantidos pela revisão de 1987 do DSM -III-R, “legitimando o lugar destes transtornos no universo médico e psiquiátrico” (Saadeh, 2004, p. 41). Quatorze anos depois, em 1994, no DSM-IV (APA), transexualismo, transtorno de identidade de gênero e transgênero são retirados do Manual, mantendo “disforia de gênero”, fazendo referência ao sentimento de desconforto e sofrimento causados pela desarmonia entre a identidade de gênero de uma pessoa e seu sexo de nascimento, ou seja, ao papel social relativo a esse gênero assim como suas características sexuais primárias e secundárias (Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere e Bockting, 2010b).

Na Classificação Internacional de Doenças (CID) da Organização Mundial da Saúde (OMS) 10ª versão (1994), no entanto, o “transexualismo” e o “travestismo bivalente” estão presentes nos “Transtorno de Identidade Sexual”, do capítulo V de “transtornos mentais e comportamentais”⁵.

É também da década de 90 a primeira edição das Normas de Atenção (NA) à Saúde das Pessoas Trans e com Variabilidade de Gênero (WPATH)⁶, publicadas na Inglaterra. Anualmente, a Associação publica e regulamenta o *Standards of Care* (SOC)

² Terrence Higgins Trust [Internet]. 2018 [acesso 22 jan. 2018]. Disponível em: <<https://www.tht.org.uk>>.

³ Mesmac[Internet]. 2018 [acesso 23 jan. 2018]. Disponível em: <<http://www.mesmac.co.uk>>.

⁴ Press for charge[Internet]. 2018 [acesso 23 jan. 2018]. Disponível em: <<http://www.pfc.org.uk>>.

⁵ Para o CID 11, espera-se que transexualismo não esteja mais entre os transtornos descritos. Mas, no capítulo “condições relativas à sexualidade”, deixando de ser considerado como doença.

⁶ World professional association for transgender health [Internet]. 2018 [acesso 23 jan. 2018]. Disponível em: <www.wpath.org>.

– atualmente na sétima edição –, que pretende orientar e criar consensos entre profissionais de saúde mental e médicos envolvidos no cuidado desta população.

A transexualidade só ganha relevância social e política quando assumida pelo discurso médico como doença, a partir da qual se propõe uma terapêutica de tratamento. Uma solução médico-legal que autorizou aos médicos a realização de procedimentos de mudança de características do corpo a partir do argumento da patologia (Arán, 2009). Fadada à submissão ao discurso médico, a transexualidade é patologizada e não entendida como diversidade e liberdade de gênero.

Arán, em seu artigo “Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde” (2009), ressalta a relação entre tecnologia biomédica e a transexualidade. Segundo ela, embasada em Berenice Hausman, as tecnologias produzidas a partir da década de 50, tais como: terapia hormonal, cirurgia de redesignação sexual, tratamento psicológico e psiquiátrico, foram as que permitiram a compreensão do fenômeno transexualizador. Inscrita numa relação dialética entre as tecnologias de controle dos corpos e o surgimento da demanda de mudança de sexo. Como se a transexualidade fosse uma “construção” biotecnológica do discurso médico que propõe o controle e a “reparação” dos corpos. Com relação à Hausman, Arán (2009) coloca:

Para ela, o que o fenômeno da transexualidade revela é a influência material da tecnologia médica, não apenas na construção da categoria de gênero, mas também no raciocínio que permite conceber um sistema de coerência e incoerência entre sexo e gênero (p. 28).

A partir da década de 90, a antropologia e os direitos humanos tomam para si o tema das diversidades sexuais e identidade de gênero, deslocando do discurso médico a vivência da sexualidade trans, buscando a superação da patologia e ganhando, finalmente, caráter de liberdade de expressão e garantia de direitos sociais.

Em 2006 foi produzido um documento de direitos humanos, relativo à temática de gênero, os “Princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero” (2006), reconhecido internacionalmente e mais conhecido como “Princípios de Yogyakarta”.

A seguir, serão apresentados elementos da maneira como esse grupo tem sido atendido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil.

1.2 TRANSEXUALIDADE, TRAVESTILIDADE E SUS

As questões de saúde da população TT no Brasil começaram a ganhar visibilidade após a eclosão da epidemia da HIV/AIDS, na década de 80. Graças aos intensos movimentos sociais da época, organizados, predominantemente, pela comunidade gay e apoiados pelo Governo Federal no intuito de conscientização da população com relação aos riscos e prevenção da doença, pela primeira vez a população TT passa a ser alvo das políticas públicas de saúde.

Historicamente marginalizada e excluída do convívio social e com limitações de acesso aos direitos básicos como saúde, trabalho e educação, muitas mulheres trans têm a prostituição e a rua como meio de sobrevivência e de convívio social. O que as torna público vulnerável a doenças, uso de substâncias e violência.

O binômio AIDS/violência policial, diante da vida exposta à rua, originou movimentos sociais importantes em defesa desta população (Carvalho, 2013).

Assim, em 1983, quando no Brasil haviam sido notificados apenas quatro casos de AIDS, militantes do movimento LGBTT (do extinto grupo SOMOS) levaram a preocupação com a epidemia à Secretaria Estadual de São Paulo. Em setembro do mesmo ano, o serviço de Doenças Sexualmente Transmissíveis, recém-inaugurado, inicia o Programa de AIDS do estado de São Paulo, que se propunha à vigilância com notificação dos casos, atendimento ambulatorial, laboral, hospitalar e informativo a essa população (Teixeira, 2015).

Em 1984, em São Paulo, é criado o “Palácio das princesas”, primeiro serviço comunitário de cuidado em saúde à população de travestis soropositivas ou vítimas de violência. Em 1986 é batizada de “Casa de apoio Brenda Lee”, sua fundadora. No entanto, os primeiros movimentos ativistas da comunidade de travestis no Brasil são do Rio de Janeiro, datados do início da década de 90. Entre eles, a Associação das Travestis e Liberados do Rio de Janeiro (ASTRAL), que se mobilizava contra a violência da polícia.

Também no Rio de Janeiro, o Instituto Superior de Estudos da Religião (ISER) organizava os encontros “Saúde na prostituição”; na Bahia, o “Grupo Gay da Bahia”; e o Grupo de Apoio de Prevenção à AIDS (GAPA) no Rio Grande do Sul (Carvalho, 2013). A ASTRAL deu origem, mais tarde, à Articulação Nacional de Travestis,

Transexuais e Transgêneros (ANTRA), dando força e representatividade política para a negociação de seus direitos.

No final da década de 80, aparecem os primeiros serviços de saúde para tratamento de pessoas com HIV. Em 1987, o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) é inaugurado em Porto Alegre e, em 89, em São Paulo. O CTA, modalidade alternativa de serviço de saúde, tinha como objetivo aumentar o acesso ao exame sorológico para testagem da infecção do HIV, principalmente para o então chamado “grupo de risco”⁷: homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis (Wolffenbüttel, 2007).

No final da década de 90, surge o grupo de transexuais: Movimento Transexual de Campinas (MTC), também advindo de uma estreita relação com a saúde, desta vez com o Hospital das Clínicas do município onde as usuárias se tratavam.

O Serviço de Assistência Especializada (SAE) em HIV/AIDS foi inaugurado em 1994, no Brasil, pelo Ministério da Saúde (MS), com o objetivo de promover atendimento ambulatorial, assistência, prevenção e tratamento com equipe multidisciplinar (Abrão, 2007).

Em 2002 é criado o Centro de Referência de Testagem DST/AIDS (CRT-DST/AIDS) do estado de São Paulo, o primeiro canal de comunicação com a população de transexuais (Teixeira, 2015). Neste serviço foi montado um ambulatório, objetivando o cuidado integral desta população, sendo esta uma escolha da própria comunidade, porque era onde se sentiam acolhidos.

Os serviços de HIV/AIDS passam a ser referência de assistência à população TT (Arán, 2009; Murta 2012; Teixeira, 2015).

Por outro lado, as questões relacionadas às mudanças corporais (cirurgia de redesignação sexual – neocolpovulvoplastia e ou neofaloplastia) avançavam para fins de pesquisa com a aprovação, no final da década de 90, do procedimento através da resolução nº. 1482 do Conselho Federal de Medicina⁸ (CFM), pautadas em dois argumentos básicos de justiça e de integrar o corpo à identidade sexual.

⁷ Moscheta (2011) faz uma análise sobre o lugar da homossexualidade, desde o espaço privado do “doente”, passível de terapêutica de cura inaugurado pelo discurso científico no final do século XIX, posteriormente assumindo caráter comunitário, de grupo e “estilo de vida” e assim ganhando o estigma social de “grupo de visco” com a epidemia do HIV um século mais tarde.

⁸ Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.482/97. Dispõe sobre o procedimento de transgenitalização e demais intervenções sobre gônadas e caracteres sexuais secundários [Internet]. 1997 [acesso 10 nov. 2017]. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1997/1482_1997.htm>.

Em 2002, a resolução é revogada⁹ pelo CFM e a intervenção cirúrgica passa a ser realizada independente de seu compromisso com pesquisas (Arán, 2008). A partir daí um número expressivo de usuários que se identificavam como transexuais ou com variabilidade de gênero, e que até então não frequentavam os serviços de saúde, passaram a procurar ajuda médica (Murta, 2012).

A primeira cirurgia de redesignação sexual realizada no Brasil teria acontecido, no entanto, em 1971, realizada pelo Dr. Roberto Farina, com relatos de outras tantas, realizadas de forma ilegal ou fora do país. Acredita-se que em 1999 existiam ao menos 1500 transexuais operados no Brasil (Couto, 1999 apud Saadeh, 2004).

Mais uma vez os movimentos sociais exerceram um protagonismo para a consolidação de políticas públicas de saúde voltadas à população TT (Arán, 2009; Murta, 2012). A I Jornada sobre “Transexualidade e Saúde: A assistência pública no Brasil”, a organização do “Coletivo de Transexuais” e a reunião sobre “O processo transexualizador no SUS” mantiveram a discussão em pauta e sob pressão política. A partir 2006, a comunidade LGBTTT passa a ter representatividade fundamental no Conselho Nacional de Saúde (CNS) (Brasil, 2013).

Na 13ª Conferência Nacional de Saúde, em 2007, orientações claras são feitas aos serviços do SUS, a partir da inclusão da orientação sexual e identidade de gênero nos determinantes sociais de saúde:

- O desenvolvimento de ações intersetoriais de educação em direitos humanos e respeito à diversidade, efetivando campanhas e currículos escolares que abordem os direitos sociais.
- A sensibilização dos profissionais a respeito dos direitos de LGBTTT, com inclusão do tema da livre expressão sexual na política de educação permanente no SUS.
- A inclusão dos quesitos de identidade de gênero e de orientação sexual nos formulários, prontuários e sistemas de informação em saúde.
- A ampliação da participação dos movimentos sociais LGBTTT nos conselhos de saúde.
- O incentivo à produção de pesquisas científicas, inovações tecnológicas e compartilhamento dos avanços terapêuticos.
- A garantia dos direitos sexuais e reprodutivos e o respeito ao direito à intimidade e à individualidade.
- O estabelecimento de normas e protocolos de atendimento específicos para as lésbicas e travestis.
- A manutenção e o fortalecimento de ações da prevenção das DST/aids, com especial foco nas populações LGBTTT.
- O aprimoramento do Processo Transexualizador.
- A implementação do protocolo de atenção contra a violência, considerando a identidade de gênero e a orientação sexual (Brasil, 2008 apud Brasil, 2010, p. 8-9).

⁹ Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n. 1.652/2002. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM n. 1.482/97 [Internet]. 2002 [acesso 10 set. 2017]. Disponível em: <http://www.portaleducacao.org.br/resolucoes/CFM/2002/1652_2002.htm>.

Em 2008, o Ministério da Saúde institui normas técnicas através da portaria nº 1.707 para a realização da cirurgia transexualizadora, no SUS. Além disso, fez recomendações com relação à importância de reconhecer identidade de gênero e orientação sexual como determinantes e condicionantes da saúde. Assume a transexualidade como expressão da diversidade e postura de enfrentamento da discriminação (Murta, 2011).

A portaria nº 545, também de 2008, determina quatro hospitais como Unidades de Atenção Especializadas no processo Transexualizador: Hospital de Clínicas de Porto Alegre (UFRGS), Hospital Universitário Pedro Ernesto (UERJ), Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina (FMUSP) e Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás.

O documento preconiza a necessidade de uma equipe multidisciplinar de cirurgião urologista, anestesista, psiquiatra, endocrinologista, psicólogo, assistente social, enfermeiro e auxiliar de enfermagem. O fluxo para o cuidado descrito pelas “Diretrizes de Assistência ao indivíduo com indicação para o processo Transexualizador” pressupõe: acolhimento, acompanhamento terapêutico, fluxos de encaminhamento, indicação de cirurgia de transexualização e atenção continuada.

Lionço (2009) reconhece os avanços na garantia de direitos desta população através das políticas brasileiras, no entanto apresenta críticas importantes à política, no sentido de focar nas intervenções médicas: para cirurgia e atendimento psiquiátrico. Com relação às políticas de 2008, a autora escreve:

Não responde à questão da precariedade do acesso ao sistema de saúde quando se considera que a porta de entrada do mesmo deve ser prioritariamente a atenção básica, já que seria antagônico ao princípio da universalidade do SUS o estabelecimento de nichos diferenciados para a atenção a um determinado grupo social, em diferenciação ou discriminação em relação aos demais (Lionço, 2009, p. 44).

Neste sentido, para além do HIV e das transformações de características sexuais, a Secretaria de Direitos Humanos (SEDH) do Governo Federal cria, em 2004, o “Brasil sem Homofobia – Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra LGBTT e de Promoção da Cidadania Homossexual” (Brasil, 2004a), configurando-se como a primeira política pública Federal voltada para a população LGBTT.

O programa é considerado como um marco histórico na luta pela igualdade de direitos e promoção da cidadania. Propõe o respeito e a equiparação de direitos

através do combate ao preconceito e enfrentamento da violência contra população LGBTT.

O Programa coloca:

Sinaliza, de modo claro, à sociedade brasileira que, enquanto existirem cidadãos cujos direitos fundamentais não sejam respeitados por razões relativas à discriminação por: orientação sexual, raça, etnia, idade, credo religioso ou opinião política, não se poderá afirmar que a sociedade brasileira seja justa, igualitária, democrática e tolerante. Com esse novo Programa, o governo brasileiro dá um passo crucial no sentido da construção de uma verdadeira cultura de paz (Brasil, 2004, p. 13-14).

Propõe aos diferentes setores do governo que organizem estratégias institucionais de promoção de acesso e equidade e entre o “Programa de ações” destaca-se aqui o item VI referente ao “Direito à Saúde: Consolidando um atendimento e tratamento igualitários” (p. 28).

Atendendo às reivindicações da SEDH, o Ministério da Saúde instituiu um Comitê Técnico de Saúde LGBTT, com o objetivo de elaborar uma política do SUS com foco nesta comunidade (Brasil, 2013).

A segunda versão do Programa Nacional de Humanização (PNDH II, 2002) dedica uma seção para orientações contra discriminação por orientação sexual e para sensibilização da sociedade para garantia de direitos à liberdade e igualdade da população LGBTT.

Em novembro de 2009, a Política de cuidados à saúde da população LGBTT é aprovada pelo CNS e em 2011, a Portaria nº 2.836 de 1º de dezembro orienta o plano Operativo de Saúde Integral LGBTT. A partir deste documento norteador, o Ministério da Saúde, em 2013, publica a Política Nacional de Saúde integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, entendida como marco fundamental para a legitimação dos direitos desta população.

Ainda que o movimento LGBTT tenha críticas consistentes à atuação do Ministério da Saúde, e em particular ao Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, no tocante às ações de prevenção ao HIV específicas para LGBTT... é na área de saúde que a população LGBTT começa a ser alvo de políticas públicas efetivas, ou seja, formuladas e executadas a partir de diretrizes de alcance nacional, com previsão orçamentária específica, com atribuições e competências definidas e com impactos concretos sobre a vida das pessoas **a partir de uma perspectiva integral e não mais apenas focada no combate às dsts/aids**. Um exemplo são as conquistas recentes de direito a atendimento médico, na rede pública de saúde, para pessoas que buscam tratamentos associados ao processo transexualizador e os avanços na definição de diretrizes para os cuidados necessários em decorrência da utilização de hormônios feminizantes e de silicone industrial (Melo et al., 2011, p. 422, grifo nosso).

A política tem caráter transversal, contemplando produção de conhecimento, participação social, promoção, atenção e cuidado. E tem como objetivo enfrentar as iniquidades no acesso à saúde, entendida como direito, minimizando os efeitos da exclusão no processo saúde-doença desta população. Com isso, inclui ações voltadas para a saúde integral e atenção primária, ou seja, promoção, prevenção, recuperação e reabilitação (Brasil, 2013).

Em 2014, a Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania de São Paulo (SMDHC), em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) em consonância com as diretrizes do Ministério, publica a Política Municipal de Atenção à Saúde Integral da população LGBTT. Este documento traz um “Diagnóstico da saúde da população LGBTT na atenção básica de 2013”, realizado pelo Grupo de Trabalho (GT) responsável, especificamente, sobre a população TT, aponta diretrizes com relação à educação permanente aos profissionais sobre o tema, acesso aos testes rápidos (HIV, Sífilis e Hepatites), o cuidado com o uso do hormônio, cuidados em saúde mental, bem como integralidade do cuidado, no que diz respeito ao processo transexualizador referenciado à atenção especializada e promoção da equidade (São Paulo, 2014). A Política Municipal organiza suas propostas de ação a partir de 4 eixos e sub-eixos, apresentados abaixo:

1. Acesso da população LGBTT à atenção integral à saúde:

Sub-eixo: 1.1 Promoção da Saúde Universalidade do acesso

Meta 01: Ampliar em 30% a presença de população LGBTT em cada uma das unidades participantes do projeto

Sub-eixo 1.2: Atenção à Saúde Mental Meta 02: Garantir inicialmente em 09 UBS da região central o RH qualificado em saúde mental para atendimento desta população;

Sub-eixo 1.3: Prevenção de agravos prevalentes Meta 03: Ampliar em 30% a realização de testagem rápida para HIV, sífilis e hepatite nas 9 Unidades Básicas.

Sub-eixo 1.4: Atenção Integral à Saúde das Travestis e Transexuais Meta 04: Adequar dois Ambulatórios Especialidades/Unidades de Atenção Básica entre os já existentes para prescrever e acompanhar as TT que desejam fazer uso de terapia hormonal, na região central de São Paulo.

2. Ações de promoção e vigilância em saúde para população LGBTT:

Sub-eixo 2.1: Adequação dos sistemas de vigilância Meta 05: Adequar os sistemas de vigilância

3. Educação Permanente e Educação Popular em Saúde com foco na população LGBTT:

Sub-eixo 3.1: Formação e Capacitação dos profissionais de saúde Meta 06: Ter ao final de 2014 concretizada a inclusão da temática da diversidade sexual nas ações de educação permanente (conforme o previsto na grade de programação).

Sub-eixo 3.2: Ensino a Distância Meta 07: Inserir a temática nos programas veiculados pela TV no Canal Profissional e no Canal Cidadão (04 ações no período de um ano):

Sub-eixo 3.3: Elaboração de Material Educativo Meta 08: Elaborar, produzir e imprimir 2000 cartilhas

4. Monitoramento e Avaliação das ações de Saúde para a População LGBTT:

Sub-eixo 4.1: Participação popular e controle social Meta 09: Mobilização pró-saúde da população LGBTT (São Paulo, 2014).

Também em 2014, através da Portaria n°. 705/SMS.G de 28 de março, institui-se o Comitê Técnico para Implantação do Protocolo de Terapia Hormonal destinado a Travestis e Transexuais, na Rede SUS do município de São Paulo. No ano seguinte, inicia-se, na região central, o fluxo da hormonioterapia, anteriormente exclusivo do CRT, e tratamentos ambulatoriais de hospitais. Como projeto piloto, as unidades básicas da região central de São Paulo passaram a ofertar cuidado integral à população trans e encaminhamento para endocrinologista na UBS Santa Cecília.

Implantar o fluxo de hormonioterapia, tendo a unidade básica de saúde como porta de entrada deste tratamento, é uma estratégia para atrair essa população às UBSs para um cuidado integral que vá além do HIV, da cirurgia e identidade de gênero.

Apesar de algumas conquistas no âmbito legislativo, o desafio de promover acesso com equidade à população LGBTT, na prática do dia a dia, dos serviços de saúde, é grande. Esse cenário de iniquidades é descrito pela literatura (Daley, 2011; Santos, 213; Rocon et al., 2016; Lo, 2016; Reisner, 2016).

No âmbito da educação, os direitos humanos da população TT também não estão garantidos. Uma bancada evangélica fortemente representada no Congresso Nacional (CN) promove ataques e ameaça constantemente as conquistas recentes da população trans. Um exemplo disso são os Projetos de Lei (PL) federais (um deles elaborado por um pastor evangélico do PR do Espírito Santo) que propõem a inclusão, entre as diretrizes e bases da educação nacional (Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996), da “Escola sem partido”. Em fase de consulta pública, o PL defende uma suposta “neutralidade” na educação. Entre os artigos da PL, destaca-se:

Art. 3º. O Poder Público não se imiscuirá na orientação sexual dos alunos nem permitirá qualquer prática capaz de comprometer o desenvolvimento de sua personalidade em harmonia com a respectiva identidade biológica de sexo, sendo vedada, especialmente, a aplicação dos postulados da teoria ou ideologia de gênero (Projeto de lei n.º 867, 2015).

Entende-se que a aprovação da PL representaria, para a educação, assumir, de forma passiva e indiferente, frente à diversidade da sexualidade humana e, mais ainda, colocar-se alheia às determinações sociais dos processos de subjetivação na determinação das identidades de gênero, contribuindo para a alienação dos determinantes envolvidos neste processo. Desconsiderando, assim, a importância da equidade das políticas públicas como reparadora das injustiças produzidas ao longo da história.

1.3 APS E SAÚDE DA POPULAÇÃO TRANS

Se inicialmente a institucionalização da assistência a transexuais no Brasil foi associada ao modelo estritamente biomédico (diagnóstico-cirurgia), o debate atual baseado na integralidade, deve incorporar novos significados da experiência da transexualidade (Arán, 2008, s.p.).

A população trans, conforme foi visto, ganhou relevância para os sistemas de saúde devido aos altos índices de HIV e pelo diagnóstico de transtorno de identidade de gênero. Neste sentido, tem sido acolhida, essencialmente, em centros de referência ao tratamento das ISTs e hospitais com atendimentos de alta complexidade para o processo transexualizador. Assim, o acesso à saúde acontecia e ainda acontece, por aquilo que estigmatiza e segrega essa população: o HIV e a patologização de sua experiência de gênero.

O desafio atual, colocado pelas políticas LGBTTT, é aprimorar estratégias de acesso desta população pela porta de entrada do SUS, pela APS (Arán, 2008; Arán, 2009; Brasil, 2013). Mundialmente, essa tendência também é descrita nas NA e Manuais:

Embora os/as provedores/as de hormônios e cirurgiãs/cirurgiões desempenhem um papel importante na atenção preventiva, todas as pessoas trans e com variabilidade de gênero devem se associar a um prestador de atenção primária para as necessidades gerais de saúde (Feldman, 2007 apud WPATH, 2011, p. 73).

A APS, ao longo de sua história de quase um século no Brasil, percorreu vários ciclos e se estruturou, nos anos 90, com a regulamentação do SUS e suas diretrizes de universalização, equidade, integralidade e a municipalização da APS, com o Programa de Saúde da Família (PSF). Alguns anos depois, adotado como estratégia

estruturante do cuidado na APS, a Estratégia Saúde da Família (ESF) (Mendes, 2012).

Este novo modelo, vigente até os dias de hoje, propunha superar o caráter restritivo de um modelo organizado a partir da “cesta de serviços de baixa qualidade, dirigida a pobres”. Giovanella (2008) coloca que a concepção seletiva de APS adotada, pós Alma-Ata¹⁰, por muitos países na década de 80, por organizar suas intervenções voltadas apenas a uma parcela da população viola o direito universal à saúde proposto pelo SUS.

No Brasil, no entanto, a APS assumiu o caráter amplo e abrangente conforme determinação da OMS (WHO, 2008), se propondo a exercer a função central de porta de entrada do sistema público de saúde e coordenador do cuidado do usuário na rede de atenção à saúde (RAS), garantido promoção, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação da população de sua área adscrita:

[...] função resolutiva de atender a 85% dos problemas mais comuns de saúde; a função ordenadora de coordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações nas redes; e a função de responsabilização pela saúde da população usuária que está adscrita, nas redes de atenção à saúde (Mendes, 2012, p. 21).

É próprio da APS organizar suas ações a partir da lógica territorial, atendendo às necessidades de saúde da população de sua área de abrangência de forma capilarizada, pautada no vínculo, através da corresponsabilização do cuidado integral, universal, equânime e contínuo, tendo o usuário no centro do cuidado, buscando impacto na vida dos usuários e nos determinantes e condicionantes sociais à saúde da comunidade assistida (Brasil, 2012).

O controle social é uma das diretrizes da APS e tem como objetivo o estímulo da participação social na corresponsabilização do usuário no cuidado e no processo de construção de estratégias de cuidado.

Apesar do importante papel atribuído ao nível primário de cuidados à saúde, não faltam críticas ao modelo de ESF adotado. Mendes (2012) acredita que, na prática, as ações propostas pela APS através da SF não assumiram radicalmente o caráter amplo e universal a que se propôs, misturando características de uma política seletiva. O conceito de Atenção Básica (AB) ilustra esse aspecto seletivo, vivido a

¹⁰ Declaração de Alma Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma Ata set 1978. [Internet]. [acesso 22 dez. 2017]. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>.

partir da década de 90 (Mendes, 2012). O autor propõe, assim, o fim do ciclo da AB e não da SF.

Neste sentido, as fragilidades da APS estariam relacionadas às características seletivas de “um sistema pobre para pobres”, reflexo disso são os baixos investimentos em infraestrutura das unidades básicas, a desvalorização institucional dentro do próprio Ministério da Saúde, a falsa crença de que a APS não requer complexidade tecnológica, sejam essas leves, leve duras ou duras (equivocadamente ocupando a base menos complexa da pirâmide), a fragilidade do sistema de apoio diagnóstico, a visão fortemente centrada no médico e desvalorização das equipes multidisciplinares. Além disso, destaca-se a falta de investimento em um sistema de informação clínica eletrônico, questões gerenciais, baixo controle social e fragilidades nas relações de trabalho, vínculos e o subfinanciamento (Mendes, 2012).

O nível de atenção primária é o menos estudado no que diz respeito à saúde da população TT. Assim, dados relacionados às demais dimensões da saúde integral desta população, sobretudo em relação aos agravos prevalentes, entre eles hipertensão, diabetes, mortalidade e câncer são subdimensionados (Reisner et al., 2016; Lo, 2016).

1.3.1 Necessidades de saúde da pessoa Trans

Conhecer as necessidades de saúde de uma dada população mostra-se relevante uma vez que é a partir desta identificação que se poderá organizar o processo de trabalho e a produção da saúde que atenderá a estas necessidades. É preciso, no entanto, entender este conceito em seu sentido mais amplo e a partir do viés da integralidade, não se restringindo às questões orgânicas. Desta forma, Cecílio (2006) entende necessidades de saúde a partir de quatro grupos: 1) Ter boas condições de vida; 2) Ter acesso e consumir tecnologia de saúde; 3) Criar vínculo e 4) Desenvolver autonomia. Moscheta (2011), embasado neste autor, analisa a relação entre as necessidades de saúde da população LGBTT e as respostas dos serviços a estas necessidades.

No que diz respeito a “ter boas condições de vida”, a população TT traz como marca a exclusão social e a discriminação, exigindo um arsenal de respostas “anti-opressão” como estratégia organizacional de cuidado deste grupo. Com relação à necessidade de saúde relacionada a “ter acesso e consumir tecnologia”, esta se encontra, no caso da população trans, no que se refere ao processo transexualizador, condicionada à patologização, restringindo o acesso e pré-formatando o discurso do usuário que procura essa tecnologia.

A “necessidade de criar vínculo” entre profissional de saúde e o usuário é apontada como a terceira necessidade de saúde, segundo Cecílio (2006). O aspecto relacional do cuidado em saúde relativo a essa necessidade é apontado por Moscheta (2011) como alvo de desconforto, no que se refere à população LGBTT, uma vez que a literatura descreve uma tensão entre profissionais de saúde em abordar questões relacionadas à sexualidade do usuário, principalmente quando no cuidado de representantes desta comunidade.

O vínculo é entendido como um fator associado à continuidade do cuidado. “O vínculo, mais do que a simples adscrição a um serviço ou a inscrição formal a um programa, significa o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa: encontro de subjetividades (Cecílio, 2006, p. 3).

Com relação à quarta necessidade de saúde, associada à autonomia, cabe à APS, no cuidado da população TT, possibilitar a criação de sentidos de vida:

[...] para além das sobredeterminações das categorias de identidade sexual.
[...] direito de se construir enquanto sujeito singular e inacabado. [...]

permitindo que corpo, gênero e afeto sejam aspectos fluidos, não exclusivos, nem sempre importantes e as vezes estratégicos... [...] sustentar a incompletude do ser e seu constante movimento de transformação (Moscheta, 2011, p. 62).

Especificamente com relação aos dados epidemiológicos, a literatura descreve uma dificuldade importante em conhecer essas informações relacionados à população TT, uma vez que na maioria dos cadastros ou banco de dados de pesquisa, não é incluída a categoria gênero como um dos dados da identificação do paciente (Reisner et al., 2016).

Além disso, as diferenças de aceitação, censura, repressão e representação nas diferentes culturas tornam a caracterização do fenômeno bastante diversa (W. PATH, 2011). No Brasil, não é diferente.

Apesar de subdimensionados diante dos desafios colocados, pesquisas apontam que dados colhidos em 39 anos, de dez estudos, revelam uma prevalência de 1:11.900 a 1:45.000 para mulheres trans (homem-a-mulher, HaM) e 1:30.400 a 1:200.000 para homens trans (mulher-a-homem, MaH) (Cuypere et al., 2007 apud W. Path, 2011). Dados norte-americanos apontam que há cerca 25 milhões de transexuais no mundo (Winter, 2016). Ou seja, 0,3-0,5% da população (GenIUSS, 2014).

Dados de 1996 revelam uma incidência de 0,15-0,17:100.000 habitantes, e uma proporção total entre pessoas que buscam avaliação para cirurgia de redesignação 1,7:1 entre homens e mulheres, de uma amostra (Landén et al., 1996).

Estudos revelam que membros da comunidade LGBTTT são mais suscetíveis a problemas de saúde, como o uso abusivo de álcool, tabaco e drogas ilícitas, obesidade, sexo desprotegido, transtornos mentais, ISTs, bullying, câncer de colo do útero e de mama, assim como vítimas de violência (Melo, 2011; Barbosa, 2009; Araújo, 2014; Albuquerque et al., 2016)

Uma revisão de literatura das necessidades de saúde da população transexual, publicada em 2016, aponta que a maior parte dos estudos encontrados se refere à saúde mental, seguida por uso de substâncias e violência (Reisner et al., 2016).

Com relação à saúde mental, pesquisas revelam dados mundiais importantes relacionados a transtornos de humor na população TT. A depressão é a patologia de maior incidência e apresenta índices alarmantes. Os dados variam de acordo com o instrumento ou escala de avaliação utilizados e nos diferentes países estudados. Na

Austrália, por exemplo, este índice chega a 36% da população entrevistada (Pitts, 2009, apud Reisner et al., 2016; De Vries, 2011), números próximos aos dados holandeses, de 31% (De Vries, 2011 apud Reisner et al., 2016). Entre pacientes trans soropositivos, 64% de mulheres trans e 63% de homens trans apresentavam ou já tiveram depressão (Nuttbrock, 2013 apud Reisner et al., 2016). Poucos estudos buscam, no entanto, uma compreensão qualitativa deste fenômeno, tentando identificar a origem e o motivo destes altos índices (Reisner et al., 2016).

Em outro estudo australiano, identificou-se que 56% dos transexuais foram diagnosticados com depressão em algum momento de suas vidas, índice quatro vezes maior do que da população em geral. Com relação à ansiedade, o índice foi de 38%, duas vezes maior que a população em geral (Hyde, 2014).

Em pesquisa de 2015, realizada no Brasil, com homens trans, 71% dos entrevistados revelaram ter ou já ter tido depressão, e 85,7% da amostra referiram já ter tido ideação de suicídio e/ou tentativa, revelando risco aumentado de suicídio nesta população (Souza et al., 2015).

Com relação ainda à tentativa de suicídio, quando comparado com a população em geral, nos Estados Unidos 41% dos participantes de um estudo com homens e mulheres trans referiram tentativa de suicídio, contra 1-6% na população em geral (Winter, 2016).

O sofrimento decorrente da disforia de gênero, a não aceitação da família e da sociedade são os principais motivadores para o alto índice de demandas de saúde mental, tais como depressão, crises de ansiedade, sensações de pânico e uso de substância (Peres, 2008).

Estudos relacionam a etimologia dos alarmantes quadros de saúde mental a “um longo histórico de disforia de gênero e ou estresse de minorias crônico” (WPATH 2011; Calvo, 2011).

A WPATH, coloca:

Esses problemas incluem ansiedade, depressão, automutilação, histórico de abuso e negligência, compulsividade, abuso de drogas, problemas sexuais, transtornos de personalidade, transtornos alimentares, distúrbios psicóticos e transtornos do espectro do autismo (Bockting et al., 2006; Nuttbrock et al., 2010; Robinow, 2009 apud WPATH, 2011, p. 8).

O uso de substâncias é compreendido como uma forma de lidar com o estresse crônico das minorias, funcionando como apaziguador do sofrimento mental vivido por

essa população, fruto do estigma, discriminação e preconceito social (Calvo, 2011; Reisner et al., 2016).

Nos Estados Unidos, entre jovens profissionais do sexo soropositivos de São Francisco, 69% afirmaram realizar uso de substâncias (Rowe, 2015). No Brasil, pesquisa realizada também com profissionais do sexo, em Minas Gerais, revela que 85% faz uso de álcool, e destes, 41% diariamente, sendo quase 20% com o uso semanal pesado (acima de 20 doses). Com relação às drogas, 62% fazem uso do tabaco, 60% cocaína, 47% maconha e 27% crack (Rocha, 2013).

Com relação aos homens trans, no Brasil, 50% dos entrevistados referiram fazer uso de álcool (Souza et al., 2015).

A violência contra a população trans também revela dados assustadores. Estudos apontam uma prevalência média de 44% da população trans ter sofrido algum tipo de violência, sendo destas 34% violência sexual, física 17%, verbal 4% e psicológica 7% (Reisner et al., 2016).

Ainda no Brasil, mais de 30% dos homens trans entrevistados revelam já ter sido forçado a ter práticas sexuais (Souza et al., 2015).

O Governo Federal divulgou em 2012 um primeiro relatório com dados sistematizados sobre “violência homofóbica” no Brasil. Foram denunciados 6.809 casos de violência ou violação de direitos motivados por discriminação por identidade de gênero ou orientação sexual (Brasil, 2012). No ano seguinte, foram denunciados 9.982 casos (Brasil, 2013).

Relatórios anuais elaborados pela *Transgender Europe* (TGEU)¹¹, organização sem fins lucrativos sediada em Berlim, com associados em 42 países, publicou em setembro de 2016 que o Brasil é o país onde mais se mata transexuais, com 882 casos de 2008 a 2015, bem mais que o triplo do segundo colocado, o México, com 229 relatos. Sendo que, destes assassinatos, a grande maioria é de profissionais do sexo. No mundo, pesquisas revelam um total de 2.115 mortes entre janeiro de 2008 e abril de 2016 (Winter, 2016):

A literatura, em diferentes regiões, descreve o quanto a violência e situações de assédio influenciam na saúde desta população (Lombardi et al., 2011). Assim como também a discriminação e desemprego (Minter e Daley, 2003), discriminação na prestação de serviços da assistência social e saúde (Travers et al., 2013).

¹¹ Trans Murder Monitoring Update: 2016. [acesso 23 nov. 2017]. Disponível em <<http://tgeu.org/transgender-day-of-visibility2016-trans-murder-monitoring-update/>>.

Além disso, se identifica uma preocupação com o uso indiscriminado de hormônio feminino e sua relação com acidente vascular cerebral, flebite e infarto do miocárdio (Brasil, 2013; WPATH, 2011). Com a população de homens trans não é diferente, visto que 30% dos entrevistados revelam não ir aos serviços de saúde porque fazem uso do hormônio por conta própria (Souza et al., 2015). De acordo com Souza, “a automedicação normalmente realizada com doses elevadas de hormônios masculinizantes é também um agravante no quadro de saúde destas pessoas” (Souza et al., 2015).

Segundo uma pesquisa realizada com 640 mulheres trans, no Uruguai, 41% referiram já haver feito uso de silicone industrial pelo menos uma vez, sendo que em 81% apresentaram complicações. Com relação ao uso de hormônios feminilizantes, 70% das entrevistadas já haviam feito uso sem acompanhamento médico (MSP, 2013).

Existe ainda a necessidade de acompanhamento clínico de rotina, pré-transformações, durante e pós-transições corporais, que não pode ser negligenciada. Mulheres trans necessitam de acompanhamento da próstata e homens trans necessitam coletar Papanicolau. Apesar disso, mais de 50% dos homens trans acreditam não necessitar de ginecologista ou não ir por constrangimento (Souza et al., 2015).

1.3.2 Saúde da população Trans: ambivalências

Entende-se que a saúde e seus dispositivos¹², ao longo da história, se relacionaram com a população trans de forma ambivalente tanto quando associa a identidade trans ao estigma da AIDS (receptáculo das demandas sociais da comunidade de travestis) e com relação ao diagnóstico (TIG) que se por um lado possibilita acesso às tecnologias de mudança das características sexuais, ao mesmo tempo aprisiona e patologiza a diversidade de gênero.

Sociólogos estudiosos das questões de gênero no Brasil fazem críticas importantes às campanhas de prevenção contra a HIV/AIDS da década de 80 voltadas

¹² Segundo a compreensão foucaultiana do poder, dispositivo é compreendido enquanto “operador do poder”, ou forma de sujeição, que não apenas exerce seu poder sobre às subjetividades, mas também as constituem, operando em seu processo de construção. De forma que mantém seu caráter disciplinar formando e produzindo os sujeitos dos gêneros (Arán e Peixoto Junior, 2007).

às travestis. Larissa Pelúcio e Richard Miscolci em “A prevenção do desvio: o dispositivo da AIDS e a repatologização das sexualidades dissidentes” (2009), assumem radicalmente suas posturas com relação à determinação social da epidemia brasileira da AIDS, destacando o caráter moral e normatizador do discurso preventista frente às práticas sexuais.

Da mesma forma, Veras (2009), sobre o trabalho de Pelúcio, “Abjeção e desejo” (2009), destaca a crítica que a autora faz do discurso da saúde, questionando os métodos preventivos assumidos pelas campanhas, a partir do conceito de dispositivo da filosofia foucaultiana, entendidos como mecanismos de controle e poder sobre os corpos abjetos¹³ e desejados das travestis. A partir desta compreensão, a autora coloca que as campanhas de prevenção buscam regar as práticas sexuais “desviantes”, que fogem ao padrão binário, heteronormativo, monogâmico, não comercial e repatologizar a homossexualidade, retirada do Manual Internacional de Doenças, em 1973.

Segundo Pelúcio (2009), as travestis, a partir da AIDS, passam a ser consideradas um problema de saúde, sendo deixado de lado o principal motivo que determina sua condição como tal; o estigma. A AIDS foi associada à travesti, que é associada ao desvio, à imoralidade e culpa, subjetividades construídas a partir dos dispositivos sociais e sanitários de controle. Sobre as travestis e a epidemia da AIDS, Pelúcio (2009) postula:

O que as coloca em permanente risco não é uma doença que pode levar até 10 anos para se manifestar, mas a dor do estigma que as expulsa de casa, fecha a porta da escola e, conseqüentemente, limita as possibilidades no mercado de trabalho (Pelúcio, 2009, p. 132).

Serviços específicos foram criados e destinados ao “grupo de risco”: CTA, SAE e CRT, segregando ainda mais esta comunidade e restringindo suas necessidades de saúde. A temática TT estava associada ao estigma: identificada como comunidade promíscua e associada à propagação do vírus HIV, de forma que a comunidade TT passa a ganhar significado e representação social a partir da doença, fenômeno descrito por Pelúcio (2009) como “SIDAdanização”.

¹³ Abjetos é o conceito usado por Harry Benjamim para descrever a relação que transexuais tinham com a genitália. Estabelecendo assim um critério para o diagnóstico da transexualidade. Mais tarde, o mesmo termo é adotado pela teoria *Queer* de forma crítica para descrever como os corpos trans são vistos pela sociedade.

No Uruguai, esta aproximação das políticas públicas de saúde da população trans e gay, através do HIV, também realizada em seu país, é alvo de crítica devido ao caráter estigmatizante.

1.3.3 Despatologização

Assim como as políticas preventivas a patologização das identidades de gênero tem implicações importantes para o estigma e consequentemente para o acesso desta população aos serviços públicos de saúde.

Entender a transexualidade como patologia, ou seja, como algo que foge à organização binária: (homem ou mulher), e fere a norma vigente (que equivale sexo a gênero), dentro do discurso médico, implica, em um segundo momento, desenvolver tecnologias para promover tratamento e terapêutica. Como se a intervenção médica garantisse a retomada da “ordem” (Bento, 2012).

Geisler (2015) aponta o quanto os discursos médico e jurídico, a partir de uma visão foucaultiana, são dispositivos de poder que visam controlar e regar as relações e as sexualidades. Desse modo, pela lógica heterossexual e de vínculo entre sexo e gênero:

A patologização é a porta de entrada que lhes garante o acesso ao SUS. Os serviços, que não são organizados de forma inclusiva, só enxergam o que necessita ser consertado, em uma lógica de higienização e controle. Eles não conseguem acolher o diferente, o que está fora da norma, ou seja, as pessoas que não se encaixam nos padrões pré-estabelecidos (Geisler, 2015, p. 244).

Assim, a patologização pode ser entendida, de forma falaciosa, como “passaporte” e garantia de acesso às intervenções transexualizadoras (hormonioterapia, cirurgia de redesignação, etc.).

Pode-se dizer que os direitos até hoje reconhecidos... Se, por um lado tem garantido o acesso a alguns dos procedimentos requeridos, por outro o fazem sobre a insígnia do preconceito e da exclusão. Travestidos de reconhecimento, os discursos de legitimação se impuseram mais como prática de controle e tática de invisibilidade do que de alteridade. Quanto menos “trans” ele for, quanto menos transitar entre o feminino e o masculino, quanto mais fixar sua identidade de gênero ao sexo biológico mais poderá circular, seguramente, como um de nós... É a norma que estipula o acesso das pessoas à categoria de humano (Geisler, 2015, p. 246).

Para Bento (2012), a patologização da sexualidade, que antes se manifestava pela classificação do “homossexualismo” nos manuais¹⁴, agora foi substituída por outros (transtorno de gênero, transtorno de identidade sexual, travestismo bivalente, transtorno de identidade sexual na infância). Para a autora, a patologização não representou ganhos reais, mas classifica e categoriza a experiência trans segundo critérios científicos, aprisionando-a ao discurso médico e à doença.

O discurso da “Despatologização”, iniciado em 2007, ganhou força em 2009 com os coletivos de visibilidade trans e campanhas como “Stop Trans Pathologization”¹⁵, impulsionados pela militância e movimentos sociais, que, mais uma vez, aparecem como protagonistas nas conquistas políticas e sociais de direitos da população TT. Pela primeira vez um movimento mundial se manifestava pela retirada da transexualidade do CID 10 e DSM IV. Além desta solicitação, mais quatro pontos são apresentados: retirada da menção de sexo dos textos oficiais, abolição de tratamentos de normatização binária, livre acesso a tratamento hormonal e cirurgia (sem tutela psiquiátrica) e luta contra transfobia (Bento, 2012).

Por mais que ativistas apontem o risco da despatologização em representar perda de conquistas, Miguel Missé, ativista transexual, defende a autonomia e o direito de escolha do próprio corpo, livre do olhar tutelar do discurso médico (Bento, 2012), assumindo de forma radical a liberdade da diversidade de gênero como um direito.

No Brasil, a luta pela despatologização das identidades trans vem sofrendo retrocessos e ameaças; enquanto Conselho Federal de Psicologia (CFP), em janeiro de 2018, orientou a categoria a se posicionar pela despatologização, o Ministério Público Federal do Estado de Goiás, dois dias depois, respondeu ao documento com o despacho 1632/2018, solicitando explicações do Conselho que justifiquem o “cerceamento” da prática do psicólogo que se proponha a trabalhar no sentido de promover uma “cura” à transexualidade.

¹⁴ Em 1985 a homossexualidade deixa de ser entendida como doença pela CFM. A OMS, em 1990, também assume a postura de despatologização da orientação sexual e retira a homossexualidade do CID 10. Em consonância com estas instituições, o Conselho Regional de Psicologia (CRP) em 1999 estabelece normas de atuação ao psicólogo no atendimento a pacientes com questões relacionadas à orientação sexual, posicionando-se contra a patologização. (Cf. RESOLUÇÃO CFP Nº 001/99, de 22 de março de 1999 - “Estabelece normas de atuação para os psicólogos em relação à questão da Orientação Sexual”). No entanto, uma liminar deferida por um juiz federal em 15 de setembro de 2017, autoriza que psicólogos atuem propondo terapêutica de cura gay, representando retrocesso e grave atentado à liberdade de orientação sexual. Contribuindo para o aprofundamento do preconceito e produção de uma sociedade mais injusta e violenta.

¹⁵ Campanha Internacional Stop Trans Pathologization. [acesso 22 dez. 2017]. Disponível em: <<http://www.stp2012.info/old/en>>

Ação parecida ocorreu em 2017, com relação à orientação sexual, apesar de estar há muitos anos fora dos manuais de classificação de doenças (desde 1990, pela OMS) e da resolução do CFP de março de 1999, que orienta a prática do psicólogo pela não patologização, o juiz Walter Claudio de Carvalho da 14^a. Vara do Distrito Federal concedeu liminar permitindo aos psicólogos promover a “cura gay”.

Apesar de o CFP considerar a terapia de (re)orientação sexual uma violação aos direitos humanos e sem qualquer embasamento científico, mesmo assim a liminar está em vigor e psicólogos trabalham sob a perspectiva patologizante e discriminatória, com liberdade.

2. OBJETIVO

Tendo em vista os elementos apresentados acima e em consonância com a Política Integral da Saúde da População LGBTTT (Brasil, 2013), política do município de São Paulo (Brasil, 2010), Normas internacionais (WPATH, 2011) e estudiosos do tema, como Arán (2008; 2009); Pelúcio, (2007); Lionço (2009), o presente estudo se propõe a identificar as barreiras de acesso da população TT à APS e elaborar estratégias de superação dos estigmas e segregação sofrida pela população trans historicamente na saúde, procurando garantir, assim, acesso com equidade pela porta de entrada do SUS.

2.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar um manual de acolhimento à população travesti e transexual à APS.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil da população TT;
- Identificar os motivos pelos quais o usuário usa ou deixa de usar a APS;
- Identificar barreiras que dificultam o acesso da população à APS;
- Propor estratégias de superação das barreiras de acesso da população TT à APS.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 ACESSO E EQUIDADE EM SAÚDE

As iniquidades em saúde também resultam da forma como os sistemas de saúde criam barreiras aos usuários, a saber, as iniquidades na disponibilidade, no acesso, na qualidade e no custo dos serviços, assim como na forma como a prática clínica é exercida. Entregues a si próprios, os sistemas de saúde não manifestam uma evolução de tendência equitativa. A maioria dos serviços de saúde – em particular os hospitais, mas também a atenção primária – são consistentemente desiguais na forma como prestam mais e melhores serviços aos mais abastados do que aos pobres, que são os mais necessitados (Who, 2008, p. 26)¹⁶.

Acesso universal à saúde é, antes de mais nada, um direito constitucional do sistema de saúde brasileiro, garantido pela Carta Magna Brasileira de 1988 e garantia de cuidado em saúde para todos.

Além de constitucional, o acesso à saúde tem sido entendido como potencial dispositivo de transformação concreto das condições da população. Não se resumindo à “porta de entrada”, mas determinando “como elemento reformador do pensamento da sociedade para a construção de sistemas de saúde, de acordo com as necessidades socialmente determinadas, a consciência sanitária (Campo, 1992 apud, Abreu de Jesus, 2006, p.162).

Sabe-se, no entanto, que o acesso não se dá de forma igualitária, tendo a iniquidade, fruto de um sistema socioeconômico e cultural de desigualdades, como uma de suas marcas também no acesso aos serviços de saúde. Assim, como acontece com outros direitos constitucionais, na saúde, também se reproduz desigualdades, revelando um sistema excludente e seletivo. Os determinantes sociais do processo saúde-doença, entende-se, têm papel fundamental nessa inter-relação usuários/serviço de saúde, constituindo diferentes desenhos de acesso e uso dos dispositivos (Campos, 1991, 1992; Giovanella e Fleury, 1995; Barros, 1996; Assis, 1998 apud Assis et al., 2003).

[...] no cenário nacional convivemos com acessos seletivos, excludentes e focalizados que se complementam e se justapõem nos diferentes serviços públicos e privados, havendo, portanto, um descompasso entre a legislação e a legitimidade social. (Assis, 2003, p. 816).

¹⁶ Publicado pela Organização Mundial da Saúde, em 2008, sob o título “The world health report -2008: primary health care now more than ever”.

Abreu de Jesus (2006) e Assis (2003) propõem quatro dimensões analíticas do conceito de acesso: 1) financeira ou econômica; 2) técnico-assistencial; 3) política; e 4) simbólica.

No que diz respeito à dimensão financeira ou econômica, compreende-se os investimentos públicos e relação entre oferta e demanda nos diferentes níveis de atenção.

Com relação às questões técnico-assistenciais envolvidas no acesso da população aos serviços de saúde, compreende-se os planejamentos, organização, regionalização, fluxos, qualidade e resolubilidade dos serviços. Além disso, o usuário deve ser colocado no centro do cuidado, ou contemplar o modelo “usuário centrado”. E a unidade se organizar a partir de suas necessidades.

Com relação à dimensão política, compreende-se a formulação de políticas públicas e a participação social da comunidade na transformação e construção dos serviços de saúde. Aposta-se na “consciência sanitária”, ou seja, uma tomada de consciência da população que passa a “compreender a determinação social do processo saúde/doença e da mesma forma os fatores que determinam a organização social das práticas de saúde” (Giovanella e Fleury, 1995). Com isso, o indivíduo passa a assumir seu papel ativo e autônomo nos processos de trabalho e gestão dos equipamentos de saúde. Trata-se de entender o controle social enquanto variável constituinte do acesso.

No que diz respeito à dimensão simbólica, estão postas as questões subjetivas envolvidas no acesso, relativas aos valores e crenças da população atendida, suas representações, compreensões e significados atribuídos ao processo saúde/doença que influenciam no uso dos serviços de saúde.

As iniquidades na saúde de transexuais são multifatoriais, incluindo marginalização social e econômica, patologização, estigma, discriminação e violência, inclusive nos serviços de saúde (Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 2011 apud Reisner et al., 2016, tradução nossa)¹⁷.

A necessidade de garantia de equidade do acesso à APS mostra-se ainda mais premente por tratar-se do nível primário do sistema de saúde, dito como “porta de

¹⁷ Health inequities for transgender people are hypothesised to be multifactorial, with risks including systematic social and economic marginalisation, pathologisation, stigma, discrimination, and violence, including in health-care systems and settings (Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 2011 apud Reisner et al., 2016).

entrada”. Neste sentido, deveria ter não apenas suas portas físicas abertas, mas também abertura para a dimensão simbólica das necessidades, no que diz respeito ao acolhimento, escuta qualificada, reconhecimento e respeito às diversidades da população atendida. Ou seja, relativas às dimensões técnico-assistencial, simbólica e política, do acesso.

Os serviços de Saúde, em sua organização, têm a finalidade de garantir acesso e qualidade às pessoas. A Atenção Básica (AB), em sua importante atribuição de ser a porta de entrada do sistema de Saúde, tem o papel de reconhecer o conjunto de necessidades em Saúde e organizar as respostas de forma adequada e oportuna, impactando positivamente nas condições de saúde (Brasil, 2014, p. 21).

Os esforços de ampliação da APS, inclusive com a implantação de um modelo assistencial nos moldes da Estratégia Saúde da Família (ESF), revelam uma preocupação em se aproximar das populações mais vulneráveis, chegando “perto da vida das pessoas” (Brasil, 2012, p. 19).

No que diz respeito à equidade, políticas específicas foram elaboradas procurando a garantia do acesso de comunidades ditas “invisíveis” ou com alta vulnerabilidade, dentre elas: a Política Nacional de população Negra (2006), população em situação de rua, incluída na Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2012), da Pessoa Idosa (2006), a de Saúde Integral da População LGBTTT (2013), entre outras. Assim, é através da chamada “discriminação positiva” que se pretende reparar injustiças e desigualdades (Assis, 2012).

A partir dos elementos trazidos e da literatura pesquisada, o presente estudo discute acesso, da população TT à APS, compreendido como uma categoria analítica e “dispositivo” transformador da realidade (Giovanella e Fleury, 1999 apud Abreu de Jesus, 2006).

3.2 BARREIRAS DE ACESSO ENFRENTADAS PELA POPULAÇÃO TT

Uma revisão literária publicada em 2016, por um grupo de pesquisadores brasileiros, buscou nos principais sites de banco de dados entre 2004 e 2014, artigos relacionados ao tema “acesso da população LGBTTT aos serviços de saúde”. Foram encontrados 14 artigos, em sua maioria, norte-americanos, que identificam barreiras que dificultam o acesso da população LGBTTT. Estas barreiras foram organizadas em 3 eixos relacionados à: homofobia nos serviços de saúde; barreiras ao acesso da

população LGBTTT; implicações da homossexualidade no acesso ao serviço de saúde e educação permanente deficitária na temática LGBTTT.

Segundo Albuquerque et al. (2016), os artigos encontrados revelam que assim como a sociedade manifesta preconceito e repulsa à população LGBTTT, essas práticas se reproduzem nos serviços de saúde.

Diante desta postura social adversa frente à comunidade LGBTTT, é comum usuários homoafetivos não revelarem sua orientação sexual aos profissionais de saúde, temendo constrangimento e exposição, historicamente tão frequentes. Para Albuquerque et al. (2016), este seria o segundo eixo de análise identificado na revisão literária: implicações da homossexualidade no acesso ao serviço de saúde.

A educação permanente sobre saúde e população LGBTTT nos serviços de saúde é entendida como ponto estratégico para superação de barreiras de acesso, através de um modelo crítico e da pedagogia ativa de ensino, buscando promover um cuidado livre de estigma, discriminação e homo ou transfobia (Albuquerque et al., 2016).

Eu sou o avesso do que o Sr. sonhou para o seu filho. Eu sou a sua filha amada pelo avesso. A minha embalagem é de pedra, mas meu avesso é de gesso. Toda vez que a pedra bate no gesso, me corta toda por dentro. Eu mesma me corto por dentro, só eu posso, só eu faço. Na carne externa quem me corta é o mesmo que admira esse meu avesso pelo lado de fora. Eu sou a subversão sublime de mim mesma. Sou o que derrama, o que transborda da mulher. Só que essa mulher sou eu, sou o que excede dela.

Ou seja, eu sou ela com um plus, com um bônus. Sou a mulher que tem força de homem, que tem o coração trabalhado no gelo. Que pode ser várias, uma em cada dia da semana. Eu tenho o cabelo que eu quiser, a unha da cor que eu quiser. Os peitos do tamanho que eu quiser, e do material que puder pagar. O que eu não trocaria por uma armadura medieval, uma prótese blindada, talvez. À prova de balas, à prova de facas. Uma prótese dura o suficiente para me proteger de um tiro e maleável o suficiente para ainda deixar o amor entrar.

Bailarina troglodita de pernas de pau. Eu fui expulsa da escola de dança e aprovada em primeiro lugar na escola da vida. Vestibular de morte, na cadeira da “bombadeira”, minha primeira lição. Era a pele que crescia e me dava a aparência que eu sonhava. Conosco, a beleza e a morte andam de mãos dadas. No mesmo trilho de uma vida marcada por dedos que apontam até o fim da existência.

Na minha esquina. Sim, aqui as esquinas têm donos. À noite, meninas como eu ou como outra qualquer, usando um pedaço de tecido fingindo ser uma saia, brincos enormes, capazes de fazer uma mulher comum perder o equilíbrio e um salto de acrílico de altura inimaginável, que a faz sentir-se inatingível. Ela merece uma medalha.

Para um carro, um homem ao volante que deixa em casa sua mulher, e quer ser mulher, até mais feminina que nós, talvez. Porque dessa vez os litros de silicone, os cabelos tingidos, os brincos enormes, os saltos altíssimos não impressionaram a ele. Seu desejo é pelo que ela não mostra nas ruas, ela vai ter que se ver como homem mais uma vez. E a vida segue. Muitas morrem, outras nascem cada vez mais novas. E assim elas vão desviando dos tiros, esbarrando no preconceito, correndo da polícia. Mas sempre com um batom nos lábios, um belo salto nos pés e, na maioria das vezes, um vazio no coração.

Ela não precisa de redenção.

(Rafael Menezes, 2016)

4. PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

Numa ciência, onde o observador é da mesma natureza que o objeto, o observador, ele mesmo, é uma parte de sua observação (Lévi-Strauss, 1975, p. 215).

4.1 PESQUISA QUALITATIVA

O presente estudo pautou-se no método de investigação qualitativo e utilizou como técnica de coleta de dados a entrevista semiestruturada. A opção pelo método qualitativo se deu em função do objeto e objetivos do estudo. Entende-se que este responde às características próprias dos objetivos da pesquisa, contemplando aspectos relacionados à caracterização da experiência de acesso da população TT aos serviços de saúde da APS, e na identificação de barreiras que dificultem o acesso do ponto de vista da referida população. O material empírico coletado serviu de subsídio para elaboração do “Manual de Acolhimento da população TT à APS” produzido como resultado desta investigação.

Além disso, a opção pela pesquisa qualitativa foi feita pelo fato do delineamento objeto voltar-se para a dimensão subjetiva da população estudada e apresentar aproximações com o Paradigma Crítico do processo saúde doença, em oposição à Epidemiologia Positivista. A visão crítica entende que o mundo e seus fenômenos não são passíveis de serem estudados independentes de seu contexto, mas sim como resultado de um constructo histórico, dinâmico e socialmente construído. Tendo seu foco voltado principalmente às questões sociais envolvidas no processo saúde doença, trazendo à cena a discussão com relação aos determinantes sociais na constituição das condições de saúde e adoecimento de uma dada cultura e sociedade (Alves-Mazzotti & Gewandsznajder, 1994; Gondim, 2002a; Lincoln & Guba, 2000; Radnitzky, 1970; Smith, Harré & Langenhove, 1995 apud Fraser, 2004).

Além de histórica, as ciências sociais, são “consciência histórica”, uma vez que seu objeto de estudo é “o presente marcado pelo passado e projetado para o futuro, num embate constante entre o que está dado e o que está sendo construído”. (Minayo, 2001). Isso porque é a “ação objetivada”, ou seja, significada por um sujeito ou grupo social, tem caráter ideológico por isso uma identidade entre pesquisador e objeto de estudo.

O caráter dialético de análise da pesquisa qualitativa diz respeito justamente à relação entre as representações sociais apreendidas pelos sujeitos e objetivadas no mundo e na realidade dinâmica e concreta. O processo de análise implica resgatar o significado do mundo e construir um novo conhecimento a partir de sua ressignificação.

Para Minayo as pesquisas qualitativas são as que melhor atendem à essa compreensão de saúde uma vez que são:

[...] entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas” (Minayo, 2006 p. 22-23)

O presente estudo busca, então conhecer mais profundamente as características da população TT, crenças e códigos sociais em relação ao processo saúde doença e significados atribuídos ao acesso aos serviços de saúde, mais especificamente em relação à APS. Para que se elabore estratégias mais sensíveis à ampliação do acesso e atenção com equidade na assistência à saúde dessa população.

4.1.1 Entrevista semiestruturada

A técnica de entrevista como método de coleta de dados pode ser utilizada tanto a serviço da pesquisa quantitativa quanto ao método qualitativo. Para que responda aos critérios da pesquisa qualitativa, no entanto deve respeitar algumas exigências: garantir a representatividade dos significados a partir do conteúdo trazido pelos pesquisados, dar liberdade para o entrevistado para que construa seu discurso, o que só é permitido a partir de um roteiro flexível de entrevista e submeter à interpretação do pesquisado à avaliação do entrevistado (Fraser, 2004)

Esta técnica atende aos objetivos deste estudo uma vez que valoriza a fala e dá voz ao sujeito, representante da população TT, com intuito de acessar conteúdos expressos a respeito de um dado tema e compreendendo as crenças, valores, visões do mundo e de si, ou de um tema proposto. Fraser (2004), vai além, para ela na entrevista se produz entre entrevistador e interlocutor uma construção compartilhada do discurso, através de uma “influência mútua.”

O caráter exploratório da entrevista semiestruturada é outro aspecto importante do método que vem atender ao objetivo deste estudo pois permitirá trazer informações para a construção do Manual de acolhimento da população TT à APS.

O papel do entrevistador foi permitir que o participante se sentisse à vontade para falar livremente, podendo assim revelar seus valores, interesses e compreender de que perspectiva o outro fala. Neste contexto não existe neutralidade, mas se busca uma relação de intersubjetividades, entendida como condição para a emergência dos conteúdos desejados. Trata-se de um “texto negociado” (Fontana e Frey, 2000), uma vez que existe uma troca neste processo de entrevista qualitativa.

A adesão à crença de que a realidade é apreendida intersubjetivamente constitui, para os defensores da abordagem qualitativa, uma das razões que justificam a escolha pela técnica de entrevista semiestruturada ou aberta em detrimento da entrevista estruturada. (Fraser, 2004, p.147)

4.2 LOCAL DE ESTUDO

Para a realização da coleta de dados foram escolhidos dois locais: a Unidade Básica de Saúde Sé (UBS-Sé) e o Centro de Cidadania LGBTT¹⁸ - Luiz Carlos Ruas¹⁹ (antigo CCLGBTT-Arouche) localizada na região central de São Paulo.

O subdistrito Sé compreende um território de 26,20 km², com uma população de 431.106 mil habitantes²⁰, abrangendo oito distritos: Cambuci, Consolação, Sé, Bela Vista, Liberdade, República, Bom Retiro e Santa Cecília (São Paulo, 2017).

Trata-se de uma região bastante heterogênea e de intensos contrastes. Concentrado, ao mesmo tempo, altos índices econômicos (uma das maiores rendas per capita) e mais da metade dos equipamentos culturais da cidade, e áreas de

¹⁸ O CCLGBT é um serviço da Secretaria de Direitos Humanos e Cidadania do Município de São Paulo, criado em 2015 como resposta à Política Nacional contra Homofobia de 2004. Trabalha a partir de dois eixos: defesa dos direitos humanos com apoio jurídico, psicológico e de assistência social para vítimas de violência. E promoção da cidadania, garantindo apoio aos serviços públicos através de sensibilizações debates e palestras para os trabalhadores (São Paulo, 2018).

¹⁹ O primeiro CCLGBTT a ser implantado no Brasil foi no Largo do Arouche, reinaugurado no final de 2017, com a mudança da cede para uma casa na região da Consolação. Na ocasião, o serviço foi rebatizado como CCLGBTT Luiz Carlos Ruas, nome dado em homenagem a um vendedor ambulante que em 25 de dezembro de 2016 foi brutalmente assassinado por tentar defender duas travestis na estação Parque Dom Pedro II, região central de São Paulo. Logo após a instalação na nova cede, durante um final de semana a casa foi invadida por pessoas que defecaram nos corredores e esfregaram fezes nas folhas de prontuários de usuários do serviço, quebraram móveis, abriram torneiras e urinaram em vasos de flores, deixando a recepção totalmente destruída. Nada foi roubado, evidenciando o ataque aos direitos humanos da população LGBTT (RBA, 2017).

²⁰ São Paulo. Dados demográficos. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/regionais/subprefeituras/dados_demograficos/index.php?p=12758

extrema vulnerabilidade com expressivo número de pessoas vivendo em situação de rua (55% do contingente do município)²¹ e pensões funcionando de forma irregular, ocupações (aproximadamente 70)²² em condições bastante precárias de saneamento básico e infraestrutura. Além de concentrar um número expressivo de imigrantes africanos, haitianos, chineses e bolivianos vivem na região central da capital paulista.

A região central da cidade é marcada ainda por um cenário de intenso tráfico de drogas, casas noturnas, prostituição e bolsões de cena de uso de crack.

Neste território estão distribuídas oito Unidades Básicas de Saúde (UBS): Santa Cecília, Bom Retiro, Boraceia, Cambuci, Humaitá, Nossa Senhora do Brasil, Sé e República, sob a coordenação da Coordenadoria de Saúde Centro.

A região central de São Paulo foi escolhida, além das características de extrema vulnerabilidade acima descritas, também por apresentar uma concentração importante de usuários TT, sendo historicamente reconhecida como território de prostituição. Pelo mesmo motivo, no centro, também se concentram dois serviços de atendimento à IST: o SAE DST/Aids- Campos Elíseos e CTA Henfil, bem como o Centro de Referência da Diversidade (CRD) da Secretaria Municipal da Assistência Social (SMADS) o CCLGBT Luiz Ruas e um centro de acolhida exclusivo para a população trans: “Florescer”, na região do Bom Retiro, inaugurados em 2016 pela Secretaria de Direitos Humanos (SDH) e administrado pela SMADS, em parceria com a Coordenação Regional das Obras de Promoção Humana (CROPH), além da “Casa 1”, centro de cultura e acolhimento à população LGBTT, de iniciativa do terceiro setor.

Em 2015, o início do fluxo da hormonioterapia na região central de São Paulo, mais uma vez, atraiu a atenção da população TT para esta região, que desde então passou a ser referência para TT's de toda a cidade e, inclusive, de fora do município, que procuravam a terapia hormonal.

Tendo em vista os elementos descritos, optou-se por realizar a pesquisa no referido cenário.

4.3 COLETA DE DADOS

²¹ São Paulo. Censo de População em Situação de Rua. Município de São Paulo. Subprefeituras e Distritos Municipais, novembro; 2011.

²² São Paulo. Prefeitura vai contratar censo para mapear cortiços e ocupações no centro da cidade; 2017. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/habitacao/noticias/?p=245654>.

As entrevistas realizadas na UBS-Sé, foram feitas com usuários TT que se encontravam no serviço. Estes chegaram à UBS através de uma “rede informal” que se constituiu na região central para acolhimento, da demanda por hormonioterapia, encaminhados pelo CRT, CCLGBT, UBS Sta. Cecília, por indicação de amigos, via site da prefeitura ou direcionados pela UBS de referência do usuário. – “O Dr. é muito bom (se referindo ao seu médico clínico geral, me trata com respeito, ele que me deu o endereço daqui” (T11, 57 anos).

Na UBS as entrevistas foram realizadas em dois momentos: no acolhimento em demanda espontânea, quando o usuário se encontrava pela primeira vez na unidade, ou, foram agendadas por contato telefônico.

No CCLGBT foram realizadas duas entrevistas no dia 19 de outubro com as beneficiárias do TransCidadania²³ que frequentam o espaço para participar de atividades socioeducativas propostas pelo programa.

A coleta de dados aconteceu entre 16 de outubro de 2017 e 06 de abril de 2018.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

Com relação ao conteúdo das entrevistas, estes foram registrados e, posteriormente submetido à diversas leituras para análise temática de conteúdo segundo a proposta de Bardin (2006). Foram identificadas categorias empíricas a partir do referencial teórico relativo ao acesso “enquanto dispositivo transformador” da realidade, segundo Abreu de Jesus (2006) e à barreiras no acesso aos serviços de saúde à população LGBTT (Albuquerque et. al, 2016).

Com relação aos dados quantitativos estes foram organizados em uma planilha para a análise dos dados.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

²³ O Programa TransCidadania foi implantado pela Prefeitura de São Paulo em 2015. Tem como objetivo o resgate da cidadania e a reintegração social de travestis e transexuais. É um programa de transferência de renda que propõe a retomada do processo educacional para conclusão do ensino fundamental e médio.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMSSP), bem como à gestão do CCLGBT Luiz Carlos Ruas, sendo que a coleta de dados junto ao público-alvo só teve início após a aprovação.

Aos participantes foram esclarecidos os objetivos da pesquisa, a necessidade de ser registrada e a possibilidade de posterior publicação de artigos científicos. Também foram orientados sobre a liberdade de desistirem a qualquer momento, caso desejassem. Após demonstrarem interesse em participar, foram convidados a assinar o TCLE.

O senhor... mire, veja: o mais importante e bonito, do mundo, é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas – mas que elas vão sempre mudando. Afinam ou desafinam (João Guimarães Rosa, 2005, p. 24).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA

Fizeram parte da pesquisa treze mulheres transexuais (MTF)²⁴, sendo uma não binária, seis homens transexuais (FTM)²⁵ e uma travesti.

Essa proporção maior de mulheres trans em comparação ao número de homens trans, na pesquisa, pode ser compreendida a partir da literatura pesquisada, que descreve uma maior visibilidade das mulheres transexuais ao longo dos últimos 50 anos da temática TT no Brasil.

Historicamente, as trans femininas estiveram em evidência como protagonistas de movimentos civis, sociais, políticos e de direitos humanos. Da mesma forma, ganharam voz através da literatura científica que tem as mulheres trans e travestis como seu principal público-alvo, quando comparado aos homens trans (Pelúcio, 2009; Borba, 2011; Arán, 2005, 2006; Bento, 2006; Teixeira, 2013; Lima, 2010, 2014; Borba, 2016 apud Lima, 2016). Essa diferença de visibilidade entre as identidades trans também se revela, se analisada com relação às diferentes necessidades de saúde e tecnologias disponibilizadas, estando os homens trans em certa “desvantagem” no acesso aos procedimentos cirúrgicos, por exemplo. Estes avançaram no que diz respeito à neocolpovulvoplastia (construção de uma vagina), porém encontram-se em caráter experimental para a neofaloplastia (construção de um falo), conforme resolução do CFM de 2002 nº 1.652/2002. Além disso, apenas em 2013 a mastectomia e a histerectomia, para homens transexuais, foram regulamentadas pelo CFM, porém mantendo ainda a neofaloplastia em caráter experimental (Lima, 2016). Com relação a essa desigualdade, Almeida (2012) coloca:

A maior parte da sociedade não considera a possibilidade de transição do gênero feminino ao masculino e, portanto, ignora a própria condição FTM. Isso ocorre em grande medida em razão do olhar falocêntrico que impregna as representações sobre a experiência masculina. Nesse sentido, é como se os comportamentos e os significados considerados masculinos emanassem necessariamente da presença material original do pênis (p. 519).

²⁴ Do inglês *male to female*.

²⁵ Do inglês *female to male*.

Autores descrevem, no entanto, que nos últimos anos a visibilidade aos homens trans e suas especificidades têm aumentado na literatura e através de redes sociais, livros e coletivos (Ávila, 2014; Almeida, 2012).

Quadro 1 – Caracterização das pessoas trans que participaram da pesquisa, São Paulo, 2017

Entrevista-dos	Identidade de gênero	Idade (em anos)	Origem	Estado civil	Ocupação	Tempo de transição (em anos)	Escolaridade
T 1	Mulher trans	33	Piauí	Solteira	Cabeleireira	16	Médio completo
T 2	Mulher trans	47	Bahia	Solteira	Cozinheira	30	Médio incompleto
T 3	Travesti	41	Bahia	Solteira	Artesã	19	Fundamental incompleto
T 4	Mulher trans	29	Manaus	Solteira	Cabeleireira	1	Fundamental completo
T 5	Mulher trans	20	São Paulo	Solteira	Atendente	7	Fundamental completo
T 6	Homem trans	25	São Paulo	Solteiro	Aux. adm. (funcionário público)	10	Superior incompleto
TT 7	Homem trans	22	São Paulo	Solteiro	Aux. administrativo	10	Médio completo
T 8	Mulher trans (em transição)	45	Brasília	Divorciada	"Bicos"	6 meses	Fundamental incompleto
T 9	Homem trans	21	Minas Gerais	Solteiro	Nunca trabalhou	2	Superior incompleto
T10	Mulher trans (em transição)	21	São Paulo	Solteira	Ambulante	6 meses	Médio Completo
T11	Mulher trans	57	Ceará	Divorciada	Cabeleireira	32	Fundamental incompleto
T12	Mulher trans	24	Bahia	Solteira	"Bicos"	11	Médio incompleto
T13	Homem trans	32	São Paulo	Solteiro	Segurança	3	Médio incompleto

T14	Mulher trans	31	São Paulo	Solteira	Musicista/Telemarketing	19	Médio Completo
5	T1 Mulher trans não binária	34	São Paulo	Solteira ²⁶	Vendas	4	Superior completo
6	T1 Mulher trans	23	São Paulo	Solteira	Manicure	10	Superior incompleto
7	T1 Homem trans	19	São Paulo	Solteiro	Não trabalha	6	Médio Completo
8	T1 Homem trans	36	São Paulo	Solteiro	Dramaturgo	1	Superior incompleto
9	T1 Mulher trans	54	Ceará	Viúva	Cabeleireira	30	Médio Completo
0	T2 Mulher trans	46	São Paulo	Casada	Cabeleireira	21	Médio Completo

Como a identidade de gênero deve ser autorreferida, foram considerados todos os conceitos trazidos pelos (as) participantes para além das categorias previstas no instrumento (mulher trans, homem trans e intersexual). A grande variedade terminológica para classificar a identidade de gênero é algo relativamente novo e bastante complexo, de modo que ficou claro, em alguns casos, que os(as) próprios(as) entrevistados(as) não demonstraram domínio da terminologia e ficaram confusos(as) com a pergunta.

Dentre as respostas trazidas, além de mulheres trans e homens trans, uma entrevistada (T3) se autodeterminou como “travesti” e T5 identificou seu gênero como “não binário”.

A literatura propõe um método para identificar os conceitos e relacioná-los ao sexo atribuído no nascimento, denominado “Two steps methods”, ou “Método dois passos”. Segundo este método, para se identificar gênero e sexo ao nascimento, deve-se partir de duas perguntas: 1) Qual seu sexo atribuído no nascimento? e 2) Como você se considera/descreve? Estas informações são organizadas em uma tabela com as opções “masculino” e “feminino” para a questão 1 e “masculino”, “feminino”, “transexual” e “não me identifico como feminino, masculino ou transexual” para a questão 2. Esta proposta, no entanto, requer adaptação às diferentes regiões, culturas e línguas (Reisner, 2017).

²⁶ O artigo “e” é sugerido como opção neutra (nem masculino, nem feminino), não binário.

Além do desconhecimento dos conceitos por parte dos(as) entrevistados(as), outra dificuldade relacionada à autodeterminação da identidade de gênero ocorreu pelo fato de alguns(as) usuários(as) estarem em período de transição entre as identidades de gêneros. Desta forma, revelaram não saber como se classificar a partir de um ou outro gênero. “Hum... não sei... acho que estou mais para uma mulher trans. Não sei dizer, direito... no momento, difícil, né?” (T8, 45 anos).

Entende-se também que a dificuldade em se autodeterminar como pertencente a um ou outro gênero está associada ao fato de a experiência transexual evidenciar, de forma bastante escancarada, o caráter social²⁷ da categoria gênero. Isto porque diz daquele que está em trânsito, ou que transita, que está em construção, em relação dialética com a cultura, as tecnologias e a civilização. Assim, gênero se distancia de uma compreensão estanque de sexo, ancorada e determinada, ao nascimento, no corpo biológico (pênis ou vagina), passa a ser entendido como construção social performance, que se manifesta em efeito.

Com isso, libertando gênero da determinação biológica do sexo, negando qualquer compreensão de essência, rompe-se com a visão dicotômica de masculino/feminino e gênero pode ganhar caráter fluido, não binário ou “*Queer*”²⁸.

É justamente desse aspecto da experiência de gênero que uma das entrevistadas (T15) se autodetermina como “não binária”.

O conceito de identidade de gênero definido pelos Princípios de Yogyakarta (2006) contempla a complexidade e a diversidade da experiência de gênero manifestada pelos(as) entrevistados(as), assim:

Identidade construída socialmente e não de origem biológica que cada um tem de gênero que pode ou não corresponder ao sexo biológico. É uma sensação e sentimento íntimo e pessoal de pertencimento ao gênero masculino (homem), gênero feminino (mulher) ou os dois, independente do sexo atribuído ao nascer. Pode ou não envolver necessidade de transformações corporais, vestimentas e performances (p. 7).

²⁷ Esse rompimento do elo associativo entre gênero e sexo já havia sido evidenciado pelo discurso feminista da década de 70, porém Judith Butler (1990) em “Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade”, propõe de forma ainda mais radical a desnaturalização não apenas do gênero, mas de sexo e entende gênero como performance, que se manifesta em efeito (Butler, 1990 apud Rodrigues, 2005).

²⁸ Nota-se que a teoria *Queer* utiliza a experiência da transexualidade para questionar os conceitos estigmatizantes confiados às minorias e suas práticas sexuais ditas “desviantes”. E procura legitimar o abjeto, periférico, sem importância, subvertendo o uso do termo “queer”, dando-lhe lugar central no olhar sobre as “minorias sociais e de gênero”. Miskolci (2007) destaca ainda a influência de Derrida na teoria *Queer*, principalmente no que diz respeito à ideia de binarismo presente na compreensão de gênero enquanto natureza ou enquanto determinação social (homem/mulher, feminino/masculino, homossexual/heterossexual). Neste sentido, os *queer* procuram romper com o binarismo e desnaturalizam de forma radical gênero e os corpos.

A WPATH utiliza definição similar:

Percepção intrínseca de uma pessoa de ser homem, mulher, ou alguma alternativa de gênero ou combinação de gêneros (transgênero, queer, eunuco). A identidade de gênero de uma pessoa pode ou não corresponder ao sexo atribuído ao nascer (Bockting, 1999; Stoller, 1964 apud WPATH, p. 106).

O termo travesti explicita o caráter marcadamente histórico e cultural da experiência da identidade de gênero. No caso, a entrevistada recusa o conceito “Mulher transexual” do questionário e afirma “Eu sou travesti mesmo!” (T3, 41 anos), fazendo referência ao fato de não ser operada e reafirmando seu lugar. “Travesti” é um conceito que já passou por diferentes significados, não sendo, inicialmente, considerado uma categoria identitária, mas associado “àquele que se transveste”. É na década de 70, no entanto, que este conceito passa a ser entendido como categoria identitária e mais tarde reivindica representação social em grupos e entidades não governamentais em defesa dos direitos da população LGBTT (Carvalho, 2013).

Foi em 1995 que, pela primeira vez, organizações de travestis participaram formalmente de um espaço do movimento, no VIII Encontro Brasileiro de Gays e Lésbicas. Em seu âmbito criava-se a Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Travestis (ABGLT). O termo “travesti” passou então a fazer parte oficialmente da sigla, e também do nome dos encontros nacionais (Carvalho e Carrara, 2013).

No Brasil, o termo transexual ganha relevância política e social em meados da década de 90 e início dos anos 2000. Segundo Carvalho, (2013), a comunidade LGBTT brasileira passou a adotar o conceito transexual principalmente por influência da militância internacional, porque interessava aos gays escolarizados e politizados não serem confundidos com as travestis, tão marcadas por seu histórico de exclusão, prostituição e baixa escolaridade. Era preciso romper com o estereótipo da travesti para ganhar respeito enquanto categoria de identidade de gênero descrita pela medicina e pela ciência, reconhecida como transexual. A inserção da comunidade TT em grupos LGB ou GLS não era vista com bons olhos, sofrendo preconceito, hostilidade e resistência. Sendo assim, a introdução do “T” à sigla LGB não foi simples.

É essa a identidade que a usuária assume quando se identifica como travesti. Associada à sua profissão como trabalhadora do sexo, com baixa escolaridade, pobre,

negra, ou seja, estigmatizada. T3 tem a construção de sua identidade de gênero marcada anteriormente à popularização do termo transexual.

O termo “transgênero” (*transgender*), utilizado na literatura internacional, em manuais e guias de atenção pesquisados sobre o tema (WPATH, 2011; Megan, 2016; Madele, 2016), refere-se às pessoas que apesar de não se identificarem com o sexo biológico de origem, não alteram ou não desejam modificar os caracteres sexuais primários, incluindo uma diversidade de identidades de gênero, dentre elas as transexuais (WPATH, 2001).

A adoção deste termo pelas militâncias no Brasil foi uma tentativa, sem muito sucesso, de unificar (travesti e transexual) em uma categoria e apaziguar as tensões entre os grupos representantes da comunidade LGBTTT da época que não chegaram a um consenso com relação à adoção de um conceito, além de sofrer resistência da militância por ser norte-americano e não contemplar o universo brasileiro de travestis e transexuais (Carvalho, 2013).

A utilização do termo mais adequado, porém, foi sempre alvo de bastante polêmica, presente até os dias de hoje no contexto da militância política envolvida nas questões LGBTTT. A abreviação “trans” tem sido adotada atualmente como uma alternativa, fazendo referência às duas nomenclaturas: transexuais e travestis. Em 2010, no XVII Encontro Nacional de Travestis e Transexuais que atuam na luta contra a AIDS (ENTLAIDS), o conceito “pessoas trans” foi proposto.

Em oposição à categoria “pessoas trans” existe o que Carvalho (2013) identifica no discurso da militância como “orgulho travesti” aliado a uma “cultura travesti” que é justamente onde está colocada a identificação da entrevistada.

Enquanto as organizações de travestis surgem do binômio “violência policial – AIDS”, as organizações exclusivamente transexuais surgem a partir de relações entre pessoas que buscam esclarecer o “fenômeno da transexualidade” e que demandam políticas de acesso às tecnologias médicas de transformação corporal, mais especificamente àquelas relacionadas à redesignação genital (Carvalho, 2013).

No Brasil, a Política LGBTTI (Brasil, 2010), as legislações e a literatura não utilizam o conceito transgênero, apenas “travestis e transexuais” independentemente de apresentarem ou não mudanças das características físicas (entre elas a cirurgia de redesignação).

Com relação à idade da população entrevistada, esta variou de 19 a 57 anos, com média de 33 anos. Resultado semelhante ao dado de uma pesquisa realizada

em sete municípios de São Paulo, com 772 transexuais e travestis, em 2014/2015, que identificou uma idade média de 32 anos da população estudada (Aparecida, 2017).

É interessante apontar que entre os homens trans a média de idade é menor (25,8) quando comparada com as mulheres trans (36), revelando uma diferença importante entre os(as) entrevistados(as) no que diz respeito à identidade de gênero e à idade. Acredita-se que essa diferença pode ser associada à recente visibilidade da identidade trans masculina no contexto nacional, conforme colocado anteriormente por Ávila (2014), Almeida (2012) e Lima (2016).

Mais da metade dos(as) entrevistados(as) é natural de São Paulo (T5, T6, T7, T10, T13, T14, T15, T16, T17, T18, T20), entre eles seis mulheres trans, quatro homens trans e um não binário. Dez usuários(as) referiram ser de outros estados: três mulheres trans baianas (T2, T3, T12), duas cearenses (T11, T19), uma piauiense (T1), uma amazonense (T4), uma brasiliense (T8) e um homem trans mineiro (T9).

No que diz respeito ao estado civil, dezesseis entrevistados(as) se disseram solteiros (T1, T2, T3, T4, T5, T6, T7, T9, T10, T12, T13, T14, T15, T16, T17, T18), ou seja, 80% da população estudada. Este índice é bastante superior ao da população paulistana em geral, com 52,25% de solteiros e 31,7% de casados, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010.

Duas mulheres trans se disseram casadas, uma (T5) mora com o companheiro, mas não é casada oficialmente, a outra (T20) é casada oficialmente com uma mulher desde antes de sua transformação.

Duas mulheres trans disseram ser divorciadas (T8, T11), visto que haviam sido casadas com mulheres antes do processo de transição. Uma mulher trans (T19) referiu ser viúva, porém não foi casada oficialmente.

Daqueles(as) que se disseram solteiros(as): um homem trans (T6) referiu aguardar sua transformação se completar para se casar com a atual namorada. Outra mulher trans (T5), solteira, mora com um companheiro.

Com relação ao grau de escolaridade, chama atenção o fato de apenas um entrevistado ter ensino superior completo (5%), o(a) usuário(a) que referiu identidade de gênero não binária (T5). Quatro entrevistados(as), dentre eles três homens trans (T6, T9, T18) e uma mulher trans (T16) tinham ensino superior incompleto.

Com relação ao ensino médio, sete entrevistados(as) (T1, T7, T10, T14, T17, T19, T20) tinham completado este ciclo: cinco mulheres trans e dois homens trans.

Oito entrevistados(as), ou seja, 40% da amostra, referiram ter ensino médio incompleto ou menor grau de escolaridade: sete mulheres trans (T2, T3, T4, T5, T8, T11 e T13) e um homens trans (T5). Dado semelhante ao encontrado em pesquisa realizada no estado de São Paulo, onde 49,3% dos(as) entrevistados(as) apresentavam índice de escolaridade inferior ao 2º grau (Aparecida, 2017).

Quando comparado com dados do município de São Paulo, da população em geral, mais uma vez a vulnerabilidade desta população se mostra. Segundo dados da Prefeitura de São Paulo (2007), 16,6% da população (com idade acima de 10 anos) têm ensino médio incompleto ou menor grau de instrução.²⁹

Chama atenção que entre aqueles(as) que apresentam grau de escolaridade abaixo do ensino médio completo, 87,5% são mulheres trans, revelando um grau ainda maior de vulnerabilidade desta população em relação aos homens trans.

Com relação ao grau de escolaridade de 33 homens trans pesquisados por Ávila (2014) entre 2009 e 2014, o autor coloca “... a escolaridade deles é alta. Todos possuem pelo menos Ensino Médio ou Técnico completo...”.

A literatura descreve um alto índice de evasão escolar sofrido pela população trans, um dos elementos que ajuda a compor o cenário de exclusão social vivida e que justifica as políticas compensatórias. Segundo Calvo (2011), a evasão escolar estaria relacionada ao sofrimento e discriminação que essa população é alvo também no contexto pedagógico.

Três participantes (T5, T6 e T12) referiram ter parado os estudos por motivos relacionados à transição de identidade de gênero ou à transexualidade. Entre eles(as), T5 descreve situações de violência:

As meninas falavam para os meninos me baterem e aí... um dia meu irmão foi lá e bateu nesses meninos. Depois, quando eu tinha uns 15 anos, quando começou as minhas transformações, tive que ficar 1 ano sem estudar... Tivemos que mudar, fomos para outra casa em outro bairro porque os vizinhos me batiam (T5, 20 anos).

E T6 coloca:

Parei por causa de transição no final do ano passado, pretendo voltar quando estiver com minhas características masculinas definidas [...] também pretendo prestar para ser policial, mas depende da mudança na minha aparência (T6, 25 anos).

²⁹ São Paulo. Prefeitura de SP: População total por grau de instrução. [Internet]. 2007 [acesso 20 mar. 2018]. Disponível em: <http://infocidade.prefeitura.sp.gov.br/htmls/8populaçãototalporgrau deinstrucao2007_573.html>.

Outra mulher trans entrevistada:

Eu saí de casa com 12 para 13 anos, porque meu pai vivia me enchendo o saco dizendo que não ia sustentar viado e eu depois aos 16 parei de estudar e vim para São Paulo para evoluir como mulher trans... Na escola sofria bullying, ameaças e isso foi me desmotivando. Depois tinha muito medo de voltar para a escola por causa da violência (T12, 24 anos).

Quando a interrupção dos estudos não acontece pelo sofrimento decorrente do bullying vivido pelas pessoas trans na escola, os(as) entrevistados(as) descreveram a evasão devido à saída da casa dos pais, também por discriminação no contexto familiar. O rompimento dos laços familiares tem como consequência a saída da escola, conforme descrito por três entrevistadas (T1, T3, T4): “Aos 17 anos saí de casa e me assumi, precisei sair para passar pelas mudanças e dois anos depois vim para São Paulo para trabalhar e estudar. Já fiz de tudo, menos me prostituir” (T1, 33 anos).

Sair de casa para poder viver a identidade de gênero aparece como algo bastante frequente e também descrito pela literatura, de modo que “deixar o lar parece ser um momento crucial em seu processo de construção” (Benedetti, 2005, p. 102).

Com relação a esta necessidade de rompimento com a família, Pelúcio (2005) também coloca:

É comum o processo de transformação das travestis se iniciar com a ruptura do mundo da casa, seguido pelo necessário apego ao universo da rua, onde encontram formas de sobrevivência e aprendem, ou potencializam, seu processo de transformação. Em busca de si mesmas, de sua ‘autenticidade’ (p. 56).

Dos(as) usuários(as) entrevistados(as), doze declararam estar trabalhando, 60% (T1, T5, T6, T7, T10, T13, T14, T15, T16, T18, T19, T20), oito mulheres trans e quatro homens trans. Destes(as), somente a metade com trabalho formal, 30% da amostra. Três mulheres trans com carteira assinada (T4, T14 e T16), uma mulher trans (T1) prestadora de serviços e dois homens trans registrados (T6), sendo um deles funcionário público (T7).

Aparecida (2017) coletou dados de 672 trans em sete municípios de São Paulo. Destes indivíduos, 75% afirmou estar trabalhando, sendo 62,9% de trabalhadores informais. Quase o dobro da porcentagem encontrada pelo atual estudo.

Dos(as) oito entrevistados(as) que disseram não estar trabalhando (40%), quatro eram mulheres trans (T2, T3, T4, T12), beneficiárias do TransCidadania.

Os(as) outros(as) quatro entrevistados(as) (T8, T9, T11, T17) são duas mulheres e dois homens trans (20%).

Em pesquisa de 2015 foi identificado um total de 24,6% de desempregados(as) (Aparecida, 2017), dado semelhante ao do presente estudo. Para a autora, a situação laboral da população trans é precária, revelando um índice duas vezes maior de desempregados(as) se comparado à população em geral da cidade de São Paulo, com 10,3% em 2014.³⁰

Um levantamento bibliográfico acerca da população trans e o mundo do trabalho identifica que poucas pesquisas se ocupam da temática no Brasil (Raiazac, 2017). Quando retratado, no entanto, este universo, é revelado um cenário de subempregos ou em funções essencialmente operacionais e com baixas remunerações, pouco reconhecimento social e normalmente na indústria de estética e beleza (Oliveira 2015). Quando não, este cenário é marcado pela prostituição em algum momento de suas histórias, sobretudo no que diz respeito às travestis e transexuais. A ANTRA, em suas pesquisas, refere que 90% destas pessoas ainda trabalham na prostituição (Raiazac, 2017).

A evasão escolar aparece como o principal responsável por esse contexto de baixo acesso desta população ao mercado formal de trabalho. Os altos índices de exclusão do ambiente pedagógico diante da vivência de bullying, violência e transfobia trazem consequências determinantes para a vida profissional desta população. Autores apontam ainda que nos raros casos em que conseguem concluir o ensino superior e ingressam no mercado formal, deparam-se com um contexto de trabalho despreparado, marcado também pelo preconceito e transfobia (Moura; Lopes, 2014 apud Raiazac, 2017). São necessárias políticas de cotas nas empresas, porém mais do que isso, é importante que estas estejam preparadas para acolher essa população.

Com relação à orientação sexual, dezessete entrevistados(as) referiram ser heterossexuais. Uma mulher trans (T20) referiu ser homossexual, um homem trans (T17) se identificou como bissexual e uma mulher trans não binária (T15) se disse pansexual. Com relação à distinção entre identidade de gênero e orientação sexual:

O desejo de mudar o sexo no corpo não corresponde necessariamente a algum comportamento erótico padrão ou desejo sexual. Em termos de atração sexual, muitos transexuais se identificam como heterossexuais, isto

³⁰ São Paulo. Taxa de Desemprego por Tipo, Município de São Paulo 1991, 2000 a 2016 [Internet] [acesso 28 jul. 2017]. Disponível em: <http://infocidade.prefeitura.sp.gov.br/htmls/18_taxa_de_desemprego_por_tipo_1991_483.html>.

é, transexuais masculinos para femininos frequentemente se veem como mulheres heterossexuais, e transexuais femininos para masculinos se veem como homens heterossexuais. Mas alguns transexuais se identificam como (e são reconhecidos como) homossexuais, bissexuais ou assexuados (Meyerowitz, 2002 apud Aran, 2009, p. 10).

Com relação à raça dos(as) usuários(as) entrevistados(as), nove (T7, T8, T13, T14, T15, T16, T17, T19, T20) se declararam brancos(as), cinco pardos(as) (T1, T4, T9, T10, T11), quatro pretos(as) (T5, T6, T12, T18), uma negra (T3) e uma amarela (T2).

Apenas três entrevistados(as) declararam ter filhos: as duas mulheres trans divorciadas (T8, T11) e um homem trans (T13) que engravidou através de inseminação artificial.

Dos vinte entrevistados(as), apenas três mulheres trans (T8, T10, T14), ou seja, 15%, não usavam o nome social, segundo elas porque se encontravam no início da transição, com questões e dúvidas associadas ao seu processo de mudança de gênero: “Ainda não sei que nome colocar” (T8, 46 anos).

Outros(as) dezessete, o que corresponde a 85% da amostra, no entanto, já faziam uso do nome social. Apesar da maioria dos entrevistados(as) utilizar o nome social, apenas uma (T4) referiu ter realizado a retificação do registro civil.

A retificação do nome civil pode ser feita com base em dois artigos da Lei de Registros Públicos³¹, que preveem a mudança para “apelidos públicos notórios” ou outro motivo relevante. Através de uma ação judicial é possível tanto a mudança do nome quanto do gênero que se identificam. Para esse processo eram exigidos parecer psicológico e laudos médicos atestando a transexualidade, testemunhas, fotos que comprovassem as mudanças na expressão de gênero, além de inúmeros documentos como distribuidor civil, criminal, tabelionatos de protestos. Uma decisão de março de 2018, do Supremo Tribunal Federal (STF), aprovou a mudança do nome sem a necessidade de cirurgia de redesignação, de parecer médico ou qualquer outro documento.

Com relação ao tempo de transição, a média, em anos, entre as mulheres trans é de 15,4, enquanto entre os homens trans é de 5,3, revelando que entre os(as) entrevistados(as), os homens trans têm menos tempo de transição do que as

³¹ Brasil. Lei nº 6.015 de 31 de Dezembro de 1973 Dispõe sobre os registros públicos, e dá outras providências [Internet]. Brasília, 1973 [acesso 15 jan. 2017]. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/topicos/11319391/artigo-167-da-lei-n-6015-de-31-de-dezembro-de-1973>.

mulheres trans. Os diferentes momentos envolvidos na transição, descritos pela literatura, revelam diferentes necessidades de saúde desta população.

Com relação à religião praticada, nove entrevistados(as) afirmaram não ter religião, entre eles, cinco homens trans (T6, T7, T9, T17 e T18) e quatro mulheres trans (T2, T5, T10, T16). Duas mulheres trans (T8, T20) referiram ter religião (evangélica), mas não estarem praticando, no momento. Três mulheres trans se declararam umbandistas (T12, T14, T19). Outras duas referiram ser católicas (T4, T11), uma se declarou espírita (T1), outra do candomblé (T3) e uma com religião própria (T15). Um homem trans referiu ser muçulmano (T13).

Todos(as) os(as) entrevistados(as) referiram já haver promovido alguma mudança das características sexuais, ou seja, já haver iniciado o processo de transformação, mas nenhum(a) deles(as) através do SUS. Prótese de silicone, silicone industrial, hormonioterapia por conta própria, Minoxidil tópico para crescer barba, depilação da barba e uso de fitoterápicos para o crescimento das mamas foram alguns dos procedimentos transexualizadores realizados, segundo o que foi relatado pelos(as) participantes da pesquisa.

Os dados acima contribuem para o reconhecimento de um panorama de vulnerabilidades da população trans, sobretudo em relação à escolaridade e inserção no mercado de trabalho e demonstram ainda diferenças importantes entre homens e mulheres trans, que merecem ser aprofundadas para que se conheça ainda mais esta população e de forma a subsidiar a organização de estratégias para aprimorar o acesso deste grupo aos serviços de saúde da APS, a partir do recorte de gênero, tais como: uma diferença entre a idade média, diferença no grau de escolaridade e a diferença entre tempo de transição. Sendo os homens trans mais novos, mais escolarizados e com menos tempo de transição em comparação com as mulheres trans.

5.2 MOTIVOS PELOS QUAIS A POPULAÇÃO TT USA OU DEIXA DE USAR A APS

Quatro usuárias (20%) revelaram fazer uso da unidade básica de referência, (T11, T14, T19, T20), sendo todas mulheres trans. Dois entrevistados(as) (T7 e T16), um homem e uma mulher trans descreveram usos pontuais do serviço de saúde. Os outros quatorze entrevistados(as) (T1, T2, T3, T4, T5, T6, T8, T9, T10, T12, T13, T15, T17 e T18), o que corresponde a 70%, referiram não fazer uso da atenção primária. Chama atenção o elevado número de entrevistados(as) que não acessam a rede básica de saúde. Fiorotto et al. (2017) identificaram índice parecido em pesquisa realizada em São Paulo, com 673 transexuais, em que apenas 13% da amostra fazia uso do nível primário de atenção à saúde.

Quadro 2 – Motivos pelos quais os entrevistados(as) usam ou não a APS, São Paulo, 2017

Não usam a APS	Uso pontual	Usam a APS
Ter convênio Não ter residência fixa Não se identificar no serviço Não se ver como prioridade no serviço Não ter o que a pessoa trans necessita Não saber onde é a UBS Fazer tratamento integral no serviço especializado Sofrer transfobia Desconhecimento da rede por parte dos profissionais Demora para agendamentos	Encaminhamento ao especialista para tratamento de gastrite/sinusite/cisto Situações emergenciais Retirada de pontos	Acompanhamento longitudinal com clínico Vínculo com a equipe Médica de família orienta sobre uso de hormônio

No presente estudo, as quatro usuárias que referiram fazer uso da Unidade Básica de referência apresentam em comum bom conhecimento do equipamento,

descrevem o uso com certa regularidade (no mínimo duas vezes por ano), vínculo com a equipe e responsabilização no seu cuidado em saúde integral. Além de apresentarem uma média de idade (47 anos) maior do que do resto do grupo (29 anos).

Uma mulher trans entrevistada (T14) referiu que no último ano passou cerca de duas vezes no clínico da UBS de referência onde faz acompanhamento de um cisto: “Achei a médica muito boa” (T14, 31 anos).

Outra entrevistada que mora períodos do ano no estado da Bahia afirmou que tem consultas com o clínico geral a cada seis meses.

Faço uso de hormônio por conta própria há 20 anos, em 2014 tomava Perlutam e ciclo 21, aí um dia tive muita dor de dente, tomei um anti-inflamatório e Dipirona, minha pressão foi a 30, o médico quando me viu disse que eu não podia fazer isso, desde então passo na UBS a cada 6 meses (T20, 46 anos).

Da mesma forma, outra entrevistada também referiu fazer uso regular de sua UBS de referência.

Tenho retorno com minha médica dia 23, semana que vem, inclusive. Durante muitos anos tinha uma médica ótima lá, a gente era amiga, ela ficava horas me atendendo, ela até passava... mudou meus hormônios passou Perlutam 1 vez por mês... Eu faço exames de rotina, tenho pressão alta, diabetes e tireoide. Lá eles me chamam de (cita seu nome social, um nome unissex) [...] é com o cartão de família e a ACS que vai na minha casa (T19, 54 anos).

Uma mulher trans (T11) refere que tem cadastro na unidade básica há dois anos.

[...] desde que estou no Brasil faço acompanhamento lá, exames de rotina. Foi lá que me ofereceram para colocar o nome do social no cartão do SUS. Tratei a Sífilis lá. [...] adoro o Dr. C., ele me trata muito bem, a equipe toda é muito boa, gosto de lá (T11, 57 anos).

Dois entrevistados(as) (T7, T16) um homem e uma mulher trans referiram, conhecer o equipamento, porém descrevem um uso pontual. Um homem trans (T7) referiu usar a unidade de saúde para tratamento da gastrite e descreve um uso emergencial do serviço:

De lá me encaminharam para o “Hora certa”, onde fiz tratamento. Fui lá para trocar meu nome (nome social) no prontuário e eles me trataram bem. Perguntei na recepção se tinham endócrino e psicólogo e eles disseram que não... só vou quando passo mal, tenho gastrite. [...] Minha mãe faz tratamento lá na UBS, é diabética, vive lá, eu só vou se preciso fazer triagem quando passo mal, não tem endócrino, não tem psicólogo... (T7, 21 anos).

Da mesma forma, outra mulher trans (T16) também descreveu um uso pontual da UBS, para retirada de pontos:

Vou muito pouco... como tenho convênio, faço tudo pelo convênio, prefiro... Fui tirar os pontos da cirurgia dos peitos, já troquei três vezes minhas próteses e nunca foi pelo SUS. [...] O dentista uma vez que fui, disseram que não era para mulheres como eu porque faziam atendimento para mulheres com perda de cálcio na gravidez (T16, 23 anos).

Quatorze usuários(as) entrevistados(as) (70%), no entanto, disseram não fazer uso de suas unidades de saúde (T1, T2, T3, T4, T5, T6, T8, T9, T10, T12, T13, T15, T17 e T18).

Os(as) entrevistados(as) apresentaram diversos motivos para não utilizarem a APS em suas áreas de abrangência: ter convênio, não ter residência fixa, não se identificar no serviço, não se ver como prioridade no serviço, não ter o que a pessoa trans necessita, não saber onde é a UBS, fazer tratamento integral no serviço especializado, sofrer transfobia, desconhecimento da rede por parte dos profissionais e demora para os agendamentos. Tais motivos podem ser agrupados a partir de dois aspectos: motivos relacionados aos próprios usuários e motivos relacionados às características dos serviços de saúde.

No que diz respeito aos motivos relativos ao usuário(a), estes estão relacionados ao desconhecimento da rede, ter convênio, não apresentar residência fixa, fazer os cuidados em saúde integral em serviço especializado, não se identificar com o “postinho”, não se ver como prioridade neste serviço. “Eu usava o postinho em Manaus. Desde que moro em SP, há 8 anos, nunca ouvi falar” (T4, 29 anos).

Três mulheres trans (T3, T2 e T14) têm o CRT ou SAE como referência de cuidado continuado, por ser onde têm consultas regulares para acompanhamento do HIV. Uma delas, T3, por exemplo, sabe que é hipertensa, diabética e dislipidêmica graças aos exames que faz no serviço especializado do Estado, com a infectologista: “Faço meus exames de rotina, tratamento de HIV, hipertensão, colesterol alto e sinusite no CRT com minha infectologista” (T3, 41 anos).

Como descrito pela literatura, a usuária é o retrato da transexualidade no Brasil desde os anos 80. Baiana, migrou para São Paulo há cerca de 22 anos, por volta dos 19 anos, em busca de uma vida melhor e do sonho de “se fazer” e promover as mudanças físicas tão desejadas. Aqui se prostituiu e se contaminou com o vírus do

HIV, ficando todo o seu tratamento de saúde associado ao centro especializado. É a mesma usuária que tem sua identidade de gênero como “Travesti”. Atualmente é beneficiária do TransCidadania por conta de sua baixa escolaridade e histórico de prostituição.

A literatura descreve justamente que a partir da epidemia da AIDS a saúde trans fica associada aos serviços especializados SAE e CRT. Em pesquisa, Fioritto et al. (2017) encontraram que 78% dos entrevistados transexuais eram assistidos por serviços secundários, relacionados às IST's ou aos processos de transição.

Com relação aos motivos relacionados às características dos serviços de saúde, citados pelos(as) usuários(as), para não usarem a UBS, estes se dividem entre: o preconceito ou transfobia experienciados nestes contextos, a falta de conhecimentos dos profissionais sobre conceitos, fluxos e demandas da população TT, horários ruins e demora para os agendamentos.

A análise dos motivos identificados para não usarem o serviço da APS será realizada no item que se segue, relacionado às barreiras de acesso.

5.3 BARREIRAS DE ACESSO DA POPULAÇÃO TT À APS

Os motivos apontados pelos(as) entrevistados(as) para justificar o não uso da APS foram organizados a partir de categorias analíticas identificadas nas barreiras de acesso da população LGBT aos serviços de saúde. Estes foram analisados gerando quatro categorias empíricas: transfobia nos serviços de saúde, implicações da transfobia no acesso ao serviço de saúde (simbólica), educação permanente (Albuquerque et al., 2016) e tecnoassistencial (Abreu de Jesus, 2006; Assis, 2012). Estas são apresentadas no quadro abaixo de forma detalhada:

Quadro 3 – Categorias empíricas levantadas a partir dos motivos referidos pelos(as) entrevistados(as) para não usarem a APS, São Paulo, 2017

Categorias empíricas relacionadas às barreiras de acesso	Motivos para não usar a unidade básica de referência	Fala do usuário
Implicações da transfobia (simbólica)	- Evita ir ao serviço de saúde por medo de sofrer transfobia	“Antes de tirar o cartão do SUS com nome social eu morria de medo de ficar doente e precisar ir no posto”
Tecnoassistencial	<ul style="list-style-type: none"> - Pouca oferta do cartão do SUS com nome social - Não uso do nome social - Escuta pouco qualificada (não acolhedora) - Paradigma heteronormativo e compreensão de sexo como sinônimo de gênero 	<p>“Posso fazer o cartão do SUS? Não sabia. Mesmo sem ter mudado meu nome?... Nunca me ofereceram... não sabia que podia”</p> <p>“Não chamam pelo nome social. Gritam o nome de registro alto para todo mundo ver que somos travesti”</p> <p>“Lá não tem o que eu preciso (se referindo à hormonioterapia)”</p> <p>“Não sobra vaga... você não vê uma transexual na fila... lá a prioridade é de crianças e idosos”</p> <p>“A dentista disse que a prioridade é das gestantes”</p> <p>“Não tem mulheres como eu”</p>
Educação Permanente	- Desconhecimento dos conceitos e fluxos envolvidos no cuidado da pessoa trans	“Deveria ser feita uma formação profissional”
Transfobia	- Discriminação /preconceito	<p>“Conheço a UBS, mas não vou, tratam a gente muito mal... fazem chacota, dão risinhos de ironia... pegam nosso documento e mostram para todo mundo, rindo...”</p> <p>“O médico julga, quando vê que tem silicone... Já pergunta: tem AIDS?”</p>

5.3.1 Implicações da transfobia no acesso do serviço de saúde da pessoa Trans

Com relação aos elementos trazidos pelos(as) entrevistados(as) como dificultadores do acesso à APS, foram identificadas barreiras associadas ao modo como o(a) usuário(a) entende e enxerga o serviço e seu processo de saúde-doença, ou seja, valores, crenças e aspectos simbólicos que influenciam, no caso, negativamente, no comportamento do(a) usuário(a) de acessar o espaço de cuidado.

Entende-se que a recorrente vivência de transfobia, experienciada por esse grupo ao longo da vida e em diferentes contextos sociais, deixa marcas importantes na subjetividade, de forma que passam a evitar situações de socialização e exposição, como estratégia de proteção. Autores descrevem esse fenômeno, com relação aos homossexuais, como “homofobia internalizada” (Herek, 2004; Junqueira, 2007 apud Moscheta, 2011).

As literaturas nacionais e internacionais apontam que o receio da comunidade LGBT em procurar os serviços de saúde, temendo reviver a experiência de preconceito e discriminação, são barreiras, visto que o usuário passa a adiar, evitar ou mesmo não procurar o cuidado. Impactando, de forma negativa, na qualidade do uso dos serviços e nos próprios cuidados em saúde desta população (Baerstein et al., 2006; Barbosa e Facchini, 2009; Clark, Landers, Linde, e Sperber, 2011; Genke, 2004; Jackson, Johnson e Roberts, 2008; C. Johnson et al., 2008; Rhodes e Yee, 2006 apud Moscheta, 2001, WPATH, 2011).

Desta forma, a entrevistada coloca: “Antes de tirar o cartão do SUS com nome social eu morria de medo de ficar doente e precisar ir no posto” (T5, 20 anos).

No Brasil, em pesquisa realizada com homens trans, 85% referiram já ter precisado de atendimento de saúde, mas não haver procurado, sendo 30% deles por medo de sofrer discriminação (Souza et al., 2015).

Como quebra deste ciclo de violência sistêmica, promover experiências acolhedoras e de empoderamento da população trans nos espaços institucionais através da valorização e reconhecimento de suas tomadas de decisão são atitudes que podem influenciar na ressignificação das experiências de transfobia descritas que impactam tanto no acesso aos serviços: “...demandará dos profissionais de saúde um esforço na criação de uma resposta aos mecanismos de opressão à esta população” (Moscheta, 2011, p. 51).

5.3.2 Paradigma heteronormativo e de gênero como equivalência de sexo atribuído ao nascer (cisgênero), na APS

Ficou claro, a partir da análise do material empírico, que aspectos tecnoassistenciais do trabalho em saúde influenciam no acesso desta população à APS. Isso quer dizer que características próprias da organização do serviço, relacionadas aos processos de trabalho, fluxos, alinhamento de informações, horários, rotinas, modos de comunicação, entre outros, podem determinar a entrada ou não de um(a) usuário(a) no serviço. Para Malta (1998), existem características do próprio serviço de saúde excludentes em si, modos de funcionamento que além de não acolher distanciam e negligenciam a função política de saúde.

A organização dos processos de trabalho nos serviços de saúde deve se balizar a partir das necessidades de saúde da população e não servir à comodidade ou à burocratização da assistência, correndo o risco de perder seu caráter humanizado, acolhedor e filosófico dos princípios do SUS, ficando na mera prestação de serviço.

Um aspecto presente no relato dos(as) entrevistados(as) que revela barreiras de acesso à APS e que reforça a categoria tecnoassistencial diz respeito a alguns paradigmas, nos quais estão pautados a lógica da organização do trabalho em saúde na APS (e na saúde como um todo), tais como a pressuposição da heteronormatividade, equivalência do conceito de sexo a gênero, além da compreensão de uma lógica binária de gênero.

O material empírico revela, com frequência, no relato dos(as) entrevistados(as), uma não identificação com o serviço primário de saúde, quando questionados sobre os motivos para a não utilização da APS, de modo que colocam: “Não sobra vaga... você não vê uma transexual na fila. A prioridade é de crianças e idoso” (T1, 33 anos), ou “Não é para mulheres como eu”, explicitando a não identificação da UBS como um espaço onde ela (neste caso, uma mulher trans) possa ser acolhida e ter suas necessidades compreendidas. Como se aquele contexto não fosse para pessoas trans.

Essa impressão de que a unidade de saúde não identifica seus códigos, ou “não fala sua língua”, como se partissem de “bases” e fundamentos distintos, é explicitado pela fala de uma usuária entrevistada, ao contar que fazia os cuidados de saúde de toda a família no serviço de referência e após o início das mudanças na

expressão de gênero nunca mais voltou à unidade, nem mesmo para apoio de seu processo de transição.

“Na época que era casado [com identidade masculina, na ocasião] fazia meu acompanhamento regular de saúde e da minha família. Nunca procurei para questões de gênero. Mas fazia meus exames de rotina e acompanhava meus filhos, fazia acompanhamento antes da minha transição (T8, 54 anos).

Na percepção da usuária enquanto mulher trans, ela não se encaixa na sua UBS de referência onde, enquanto homem casado, integrante de uma família tradicional: pai, mãe, crianças, seu acesso é livre, garantido com naturalidade. Quando deixou de pertencer a um desses públicos, não se encaixando mais no padrão esperado, foi como se perdesse também o direito de uso do serviço de saúde. Parece explícito para ela a ideia de que a APS entende e atende aos homens cisgêneros,³² “do sexo masculino”, relativo ao sexo biológico, ao órgão genital.

De fato, T8 tem razão, pois ainda na APS estão presentes valores relacionados ao modelo de família nuclear, dicotomia binária entre masculino/feminino (segmentando saúde do homem, saúde da mulher), uma lógica heteronormativa³³ e cisgênera como normas e padrões de comportamentos. E, a partir destes, estão organizados seus processos de trabalho e suas práticas em saúde.

Em sua tese “Nos nervos, na carne, na pele: uma etnografia sobre prostituição, travesti e o modelo preventivo da AIDS”, Larissa Pelúcio (2007) descreve a vida de travestis no universo da prostituição e o trabalho de agentes de prevenção das políticas de prevenção de HIV. A autora identifica que apesar da aproximação com as agentes, ainda existia um distanciamento com relação aos serviços da saúde, em especial da APS. Pelúcio escreve:

Déborah, que prefere comprar preservativos de sua amiga (que pega gratuitamente) a se cadastrar num posto de saúde para pegar o mesmo insumo gratuitamente. Transparece nestes episódios o desconforto que ainda é em se transitar de um serviço para o outro, pois o mundo do ‘postinho’ é diurno, burocrático e regido por uma moralidade que coloca Déborah e o dono da casa de prostituição sempre sob suspeita (Pelúcio, 2007, p. 180).

Para Pelúcio (2007), não apenas a APS, mas também as políticas públicas da saúde têm caráter heteronormativo uma vez que estão apoiadas em modelos de

³² Cisgênero: conceito “guarda-chuva” que abrange as pessoas que se identificam com o gênero que lhes foi determinado quando de seu nascimento (Jesus, 2012, p. 25).

³³ A heteronormatividade diz respeito não apenas à hegemonia da relação heterossexual como regra e padrão de relacionamento, mas também relacionada aos papéis sociais desenvolvidos pelos sujeitos envolvidos na relação, podendo se reproduzir a heteronormatividade num casal gay, ou seja, reproduzindo na relação o masculino e feminino enquanto papéis sociais.

família nuclear, de sexo para reprodução, patologizando outras modalidades sexuais que fogem à regra. Assim: “Apesar de avanços, no âmbito das políticas o privilégio do discurso heteronormativo se materializa institucionalmente, regulando as relações sociais, as narrativas jurídicas, a mídia, a cultura e também do discurso médico (Pelúcio, 2007, p. 21).

A pressuposição da heterossexualidade como norma nos serviços de saúde também é apontada como prática comum e associada à barreira (tecnoassistencial) de acesso à população LGBT (Baerstein et al., 2006; Cant, 2002; Craft e Mulvey, 2001; Elze, 2006, Genke, 2004; Harrison e Silenzio, 1996; Kirk e Kulkarni, 2006; Kreiss e Patterson, 1997; Lionço, 2009; Rhodes e Yee, 2006; Smith, Johnson, e Guenther, 1985 apud Moscheta, 2011).

Sobre isso, Moscheta coloca:

[...] é importante considerar os efeitos da heteronormatividade na configuração do acesso às tecnologias em saúde. Em primeiro lugar considero a pressuposição por parte do profissional da heterossexualidade, institui uma barreira ao acesso na medida em que restringe... ações e ofertas... bem como o estabelecimento de uma relação de surpresa com aquele usuário que não confirma a antecipação feita por aquele profissional. Essa surpresa pode ser significada de forma positiva. No entanto é necessário pensar em uma tendência em significá-la negativamente, transformando diferença em anormalidade (Moscheta, 2011, p. 57, 58).

Como forma de enfrentamento desta lógica de funcionamento institucional, Moscheta (2011) defende que os profissionais nos serviços de saúde não devem esperar o usuário assumir sua orientação sexual, cabendo ao profissional de saúde “assumir-se” e se colocar no lugar ativo de reconhecimento da diferença, no acolhimento desta população. Isso quer dizer instituir práticas no cuidado que incluam questões como: “Você tem relações com homens, mulheres ou os dois?” Com isso, o rompimento do “silêncio” ou a abertura para o diálogo, assumido pelo profissional de saúde quando se antecipa e inclui a homossexualidade (ou transexualidade) como possibilidades no cuidado do usuário, revela-se como quebra de tabu e evita que o usuário tenha que “se arriscar” a revelar algo que contraria às expectativas do profissional – a pressuposição da heteronormatividade, no caso (Moscheta, 2011, p. 58).

Intervenções no espaço físico que procurem comunicar à população que aquele ambiente acolhe a diferença e se pretende “livre de LGBTTFobia”, com cartazes e símbolos representativos, contratação de funcionários LBTT e banheiros unissex

são exemplos de estratégias apontadas pela literatura como superação das barreiras de acesso (Baerstein et al., 2006; Cant, 2002, Rhodes e Yee, 2006; Kreiss e Patterson, 1997; Clark, Landers, Linde, e Sperber, 2011 apud Moscheta; WPATH, 2011).³⁴

Dos(as) 20 usuários(as) entrevistados(as), apenas duas mulheres trans (10%) descreveram suas relações com o serviço da APS como um lugar de apoio e cuidado regular. Demonstraram conhecimento do serviço, vínculo afetivo de confiança com a equipe de saúde, chamando-os pelo nome e evidenciaram conhecimento dos instrumentos de trabalho, como: o cartão de família, prontuário e Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Em um dos casos, a usuária refere que a médica de família chegava a orientá-la com relação ao uso do hormônio, como uma estratégia de redução de danos, uma vez que a paciente já fazia uso sem orientação médica.

Nestes casos fica claro o que a APS pode fazer pela população TT: vínculo de confiança, respeito, atender às suas necessidades de saúde em um cuidado corresponsável e, de fato, centrado no paciente. Ou seja, com aquilo que é mais caro à APS e o que de melhor pode oferecer.

5.3.3 Pouca oferta do cartão do SUS com nome social e não uso do nome social

Entre as barreiras tecnoassistenciais identificadas, a pouca oferta do cartão do SUS com nome social mostrou-se um desafio a ser superado pelos serviços de saúde que se comprometerem com a promoção do acesso da população TT.

No presente estudo, 85% dos(as) entrevistados(as) referiram fazer uso do cartão do SUS com nome social, porém apenas uma entrevistada (5%) referiu ter feito o cartão em sua UBS de referência. Mesmo a usuária que descreveu o uso de sua UBS com regularidade não tinha o cartão do SUS com seu nome social, o que demonstra desconhecimento do serviço com relação à garantia de direitos da população TT: “Nunca me ofereceram... não sabia que podia” (T19, 57 anos).

A maioria dos(as) entrevistados(as) teve a confecção do cartão com nome social realizada nos serviços da região central da cidade que de alguma forma estão mais diretamente envolvidos na implantação da rede de assistência da pessoa trans

³⁴ Gay and Lesbian Medical Association Guidelines for Care of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Patients [Internet]. 2006 [acesso 21 jul. 2017]. Disponível em: <http://www.rainbowwelcome.org/uploads/pdfs/GLMA%20guidelines%202006%20FINAL.pdf>

no município de São Paulo, a UBS Sta. Cecília³⁵ (AME Especialidades), o CRT, ou a UBS-Sé.

Outra pesquisa reforçou também essas fragilidades com relação à baixa oferta do cartão do SUS com nome social, em sete municípios de São Paulo, sendo que das 616 mulheres trans e travestis, 84,5% referiram ter o nome social respeitado no serviço de saúde, mas só 46,6% referiram ter o documento de SUS com nome social (Maschião, 2017).

Outra entrevistada do presente estudo referiu ter feito seu cartão do SUS com nome social na sua unidade básica

No posto que passo eles me chamam pelo nome social, lá perto de casa, eles que me ofereceram a troca do nome no cartão do SUS, mas não colocaram o sobrenome e o sexo ainda é masculino. Sabe o que a menina da recepção falou? Que eu era muito feminina para ter o cartão com nome masculino, aí mudaram pra mim (T11, 57 anos).

Aqui fica clara a interferência dos paradigmas de gênero biologizantes (discutidos anteriormente), neste caso associados à lógica binária e moral, atravessando as práticas e processos de trabalho na APS e, além disso, determinando quem deve, ou não receber cartão do SUS com nome social. É importante lembrar que o nome social é um direito garantido pela lei, não segue ao critério de “merecimento” (tão comumente praticado no SUS), estético ou aos padrões binários estereotipados da expressão de gênero.³⁶

Os(as) usuários(as) do SUS têm garantido:

[...] devendo existir em todo documento do usuário e usuária, um campo para registrar o nome social, independente do registro civil, sendo assegurado o uso do nome de preferência, não podendo ser identificado por número, nome ou código da doença ou outras formas desrespeitosas ou preconceituosas (BRASIL, 2006, p. 84).

³⁵ A UBS Sta. Cecília é um ponto de passagem quase garantido no itinerário da população TT, que circula pela cidade em busca do tratamento hormonal, onde desde 2015 está alocado um profissional endocrinologista responsável pela hormonioterapia. Neste serviço, durante alguns anos uma mulher trans trabalhou como Atendente Técnico Administrativo (ATA) na recepção, o que facilitava a identificação dos usuários trans com a unidade. Mesmo assim, um entrevistado faz referência ao serviço criticando o não uso do nome social.

³⁶ A expressão da identidade de gênero se manifesta frequentemente pela aparência e modo de se vestir e às vezes pelo comportamento e interesse. A expressão de gênero pode ser influenciada por estereótipos (Winter, 2016).

A expressão de gênero não define o gênero, ou seja, como o sujeito manifesta sua identidade – se veste, se comporta, suas estereotípias não dizem quem ele sente ser, quem ele é.

Outro aspecto que chama atenção no relato da entrevistada é o fato de o nome social no cartão estar sem o sobrenome, como se tratasse de um “apelido”, deslegitimando seu uso.

Acredita-se que ofertar o cartão do SUS com nome social, além de um ato político, de garantia de direitos e reconhecimento da identidade trans, pode ser utilizado como estratégia de aproximação entre profissional e usuário, espécie de “quebra gelo”, “quebra de tabu” no acolhimento desta população. Conforme descrito anteriormente, o profissional de saúde deve assumir o papel ativo e transformador das lógicas instituídas de “reconhecimento das diferenças” (Moscheta, 2011, p. 57) no acolhimento da população TT. Qualquer profissional na linha de cuidado da UBS pode se atentar a esse dado e ofertar a mudança do nome no cartão.

Um dos homens trans entrevistados (T7) evidencia a importância deste documento e contou que após a realização do cartão do SUS com nome social, passou a adotar o nome social em outros contextos também, o que revela a importância social deste documento para a identidade do usuário que passa por essas transformações. Da mesma forma uma entrevistada afirma:

Nossa, é horrível... nem ando com RG porque sei que as pessoas gostam de olhar, para não olharem minha foto... todo lugar que vou todo mundo olha, eles olham de propósito só para constranger... Antes de tirar o cartão do SUS com nome social eu morria de medo de ficar doente e precisar ir no posto, eles gritam o nome da gente alto... ficava sem graça, é muito chato (T5, 20 anos).

Ou seja, fica claro que ou não existe a prática de ofertar o cartão do SUS com nome social ou esta prática está condicionada a alguns critérios relativos aos paradigmas de gênero biologizantes. A oferta do cartão do SUS com nome social além de ser um direito garantido por lei (lei nº 1820 de 13 de agosto)³⁷ não pode ficar a critério de merecimento proposto por profissionais da unidade básica e deve ser ofertado assim que identificada a necessidade.

³⁷ Brasil. Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 14 ago. 2009. Seção 1:80. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2009/01_set_carta.pdf>.

Com relação ao uso do nome social, apesar de a maioria dos(as) entrevistados(as) referirem tê-lo sido respeitado nos serviços de saúde, ainda há relatos de uso do nome social também estar relacionado ao padrão hegemônico e dicotômico de feminino/masculino, ou seja, associado à expressão de gênero. Com relação a isso, a Política de Saúde Integral da População LGBTTT é clara:

A falta de respeito ao nome escolhido pelas pessoas travestis e transexuais se configura como uma violência que acontece diariamente nas suas vidas sociais. Pode ser contabilizada como decorrência desta Política, a inclusão da garantia do uso do nome social para os usuários da saúde, na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (Brasil, 2013).

Isto aparece de forma clara na fala de um homem trans entrevistado que se mostra incomodado com o não uso do nome social associado às suas características físicas ainda femininas, em uma unidade de saúde:

[...] até que dá para entender porque ainda estou começando o uso dos hormônios, sabe? Até entendo que minha aparência ainda não está bem masculina, mas quando estiver, eu espero que isso não aconteça mais... nem na Sta. Cecília, onde existe o acompanhamento com trans, ainda acontece de errarem no nome... O que falta é treinamento, principalmente quando ainda não estamos com a aparência 100% também é ruim (T6, 25 anos).

Rocon et al., (2016) também identificou o desrespeito ao nome social nos serviços de saúde, como um dificultador do acesso em pesquisa realizada com 15 transexuais no Espírito Santo. Com relação ao não cumprimento das políticas que garantem esse direito, Rocon et al., (2016), coloca:

Porém, essas normativas ainda não foram integralmente acolhidas no cotidiano de trabalho dos profissionais da saúde, impedindo a garantia do acesso universal à saúde pelos pacientes trans. O desrespeito ao nome adotado pelos participantes dessa pesquisa nos serviços de saúde pública, somado a outros episódios de discriminação promovidos pelos seus profissionais, tem sido relevante na não efetivação do acesso ao cuidado em saúde. (p.2519)

A literatura internacional também retrata a recusa de profissionais da saúde em utilizar o nome social escolhido por travestis e transexuais como atitude discriminatória (LGBT Health Access Project, 1997; Lombardi, 2001 apud Moscheta, 2011).

É importante apontar que a garantia do uso do nome social e a oferta do cartão do SUS com nome social, escrito de forma completa com sobrenome (conforme solicitado pelo usuário) são fundamentais para um acolhimento eficiente e a quebra de barreiras para população TT nos serviços de saúde.

Com relação a isso é importante questionar ao(a) usuário(a): “Como você quer que eu te chame?” e respeitar sua escolha independentemente de suas características físicas. Esta tem sido uma estratégia no acolhimento da população trans, proposta e divulgada, inclusive, em campanha do TransCidadania, em 2015.³⁸

5.3.4 Falta de uma escuta qualificada/comunicação não responsiva

Entre os aspectos tecnoassistenciais, outra subcategoria identificada a partir do material empírico diz respeito à falta de uma escuta qualificada frente às demandas dos usuários TT que procuraram a unidade de saúde. Para além do conhecimento de informações técnicas sobre a temática TT (item que será analisado na próxima seção), pretende-se aqui identificar aspectos associados ao acolhimento e corresponsabilização do profissional de saúde com o(a) usuário(a), no papel político de cuidar, no SUS.

As entrevistas revelam que, muitas vezes, os(as) usuários(as) foram às unidades de saúde e manifestaram suas necessidades, porém esse pedido não pôde ser ouvido ou “interpretado” pelo profissional, assim aconteceu com T5, que foi três vezes à sua UBS solicitando tratamento hormonal de feminilização:

[...] acho que já fui umas três vezes atrás de tratamento hormonal... Ah, não, fui antes também... quando era mais nova, devia ter uns 17 anos, fui com minha mãe, ela me levou no posto de saúde para eu tomar hormônio mas eles não sabiam... depois de um tempão voltei a procurar, fiquei bastante perdida, andei, nossa andei por vários lugares, fui em vários serviços de saúde, mas o primeiro lugar que fui foi a UBS, pediram que eu mandasse um e-mail, ninguém sabia informar. Aí acabaram me mandando para o urologista, mas ele também não sabia informar, nem entendeu o que eu estava fazendo lá. A terceira vez fui de novo no posto perto de casa e colhi exames... mas acabei não voltando, nunca peguei os resultados. Acabei me mudando de lá (T5, 20 anos).

Outra usuária (T12) também descreve uma peregrinação pelos serviços de saúde em busca de seu tratamento: “passei por vários serviços e só tomei porta na cara” (24 anos).

O principal motivador para a procura do serviço de saúde foi, em quase 100% dos(as) entrevistados(as), o desejo de se hormonizar. Esse desejo, no entanto, apresentou-se de diversas formas, por exemplo sob a configuração de “consulta com

³⁸ TransCidadania. Nome Social. [vídeo]. 2015. [acesso 22 fev. 2018] [00:00:30]. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=Un5pC-HaIU4&feature=youtu.be>>.

endocrinologista”, “consulta com psicólogo”, “tratamento hormonal”, “laudo psicológico”, “quero tomar hormônio”, entre outros. O que é importante questionar, porém, é a qualidade da escuta ofertada, muitas vezes, sendo necessário, uma interpretação da demanda trazida pelo(a) usuário(a), para poder ir além da queixa manifesta. Segundo Mattos (2006), esta característica da escuta qualificada do profissional de saúde do SUS está relacionada a um dos princípios fundamentais e organizadores da lógica de trabalho neste contexto, ou seja, a integralidade no cuidado. Com relação a esta possibilidade de escuta pautada na integralidade, Moscheta (2011) descreve:

O profissional de saúde escuta seu paciente para além da queixa manifesta e posiciona-se na relação com o doente como alguém interessado em uma pessoa afetada por uma doença e não na doença apresentada pela pessoa. [...] uma política de atenção integral a transexuais deve garantir acesso à totalidade do ‘processo transexualizador’ não apenas à cirurgia de redesignação sexual. Mas, além, esta política deve conceber esse processo enquanto um percurso de assistência que ultrapassa os contornos do corpo e que torna cultura, contexto e relações como foco de suas intervenções (p. 68-69).

Desta forma, torna-se claro o papel do profissional de saúde com relação à qualidade da comunicação e suas implicações no acesso ao serviço, no cuidado do(a) usuário(a) ou no Projeto Terapêutico Singular (PTS). Assim, os pedidos: “Quero tomar hormônio” ou “quero passar no endocrinologista”, na verdade têm sobrenome e trazem consigo um repertório de exclusão e vulnerabilidade social, devendo ser ouvidos como: “Foi muito difícil chegar até esse serviço de saúde, evitei e adiei diversas vezes, inclusive nem acho que eu deveria estar aqui ou que este serviço seja para mim, não vejo ninguém como eu aqui, só gestantes, crianças e idosos. Quando venho olham meu RG e dão risadinhas, falam alto meu nome de registro, fazendo chacota, acham que tudo é em decorrência do silicone industrial ou do HIV. Há anos tomo hormônio sem acompanhamento médico e agora estou querendo me cuidar, já fui no convênio, mas não entendem de trans e não confio neles. Tem hormônio?”

A não compreensão do SUS enquanto dispositivo político de equidade e integralidade por parte de trabalhadores, gestores, administradores públicos e responsáveis por organizações sociais, mas apenas como prestação de serviço de saúde, aliena o trabalho de seu papel social e promotor de mudanças. Para além disso, desvitaliza e empobrece o potente trabalho na saúde coletiva, que passa a funcionar a partir da lógica “queixa-conduta”. Assim, cabe ao ator social, neste caso

um trabalhador da saúde, ouvir o contexto subentendido no pedido do usuário que chega à unidade solicitando tratamento hormonal.

Por isso é importante estar claro para a APS o papel fundamental do tratamento hormonal dentro da linha de cuidado da pessoa trans no SUS, conforme preconizado pelos protocolos atuais. O tratamento hormonal, no fluxo do processo transexualizador é entendido como porta de entrada de outras intervenções que poderão se seguir neste processo, como por exemplo a cirurgia transexualizadora, são exigidos, no mínimo, dois anos de acompanhamento hormonal sob supervisão médica.

Além disso, o tratamento hormonal é entendido pela Política LGBT (2013) como estratégia para ofertar cuidado integral, uma vez que permite o acesso a essa população, uma espécie de “abre portas” para outros cuidados em saúde, muitas vezes nunca realizados.

Os relatos dos(as) entrevistados(as) revelam essa tendência, apontando, o quanto o início do acompanhamento em hormonioterapia influenciou positivamente em seus cuidados em saúde. De forma que, passam a ter consultas e coletar exames regulares, abrindo-se, com isso, a possibilidade de um vínculo com o serviço de saúde para continuidade do cuidado.

Deste modo, de maneira geral mostram-se mais atentos e cuidadosos com suas saúdes, sendo possível ofertar o cuidado integral. Um homem trans coloca:

Nunca vim ao postinho... essa é a primeira vez. Foi uma experiência nova... Você é a primeira pessoa que converso, nossa me sinto aliviado, seguro. Sei que minha mãe vem sempre e meus irmãos passam aqui também, mas eu nunca tinha vindo (T9, 21 anos).

Conforme o entrevistado destaca, apesar da mãe e os irmãos serem cadastrados e utilizarem a unidade, seu nome não constava no prontuário de família. Essa foi a primeira vez que T9 promoveu um olhar para a sua saúde, e mais, isso lhe deu segurança.

T17, homem trans, refere que após tratamento hormonal tem cuidado mais de sua saúde:

[...] colho meus exames todo ano lá no x (referindo-se à um serviço da rede)... A doutora me encaminhou pra lá... percebo que cuido mais da minha saúde agora com as transformações. Tô mais preocupado com as comidas e bebidas também. Como os hormônios aumentam o colesterol, através dos exames tem como saber (19 anos).

Da mesma forma, outro entrevistado afirma:

Como sabia que ia começar o tratamento hormonal, já fui parando de beber e de fumar... tenho que me cuidar... cerca de duas semanas antes do iniciar o hormônio. Sei que minha família tem gordura no fígado, e eu como mal, sabe, agora vou ter que regrar mais, vou passar com a nutricionista, a médica já me deu a guia... (T18, 36 anos).

Para que seja possível ouvir os pedidos da população trans, “enxergando” para além de sua demanda explícita, bem como a possibilidade de promoção de acesso à saúde integral desta população, acredita-se na subversiva potência de uma comunicação responsiva e acolhedora nos serviços de saúde.

A Política Nacional de Humanização (Brasil, 2004b), conhecida como HumanizaSus, foi elaborada como resposta à percepção do esgarçamento das relações entre profissionais e usuários dos serviços, sendo que esta noção acerca do sistema de saúde como produtor de posturas e condutas burocráticas, frias e distanciadas desvitalizam o trabalho em saúde (Brasil, 2004). A Política tem como principal objetivo resgatar, entre outros, valores e princípios próprios do sistema único de saúde, como por exemplo: integralidade, equidade e universalidade, já bastante desgastados. Valores que foram atropelados pela lógica mecanicista que tende a supervalorizar técnicas reducionistas das especialidades da medicina moderna, focando o olhar através do telescópio para enxergar o órgão doente (justamente para não ver o que o contorna) e se distanciar, cada vez mais, da totalidade do sujeito em sua integralidade. Em desuso, as tecnologias relacionais ficaram esquecidas e parecem “fora de moda”, quase que ingênuas perto da imponente e capitalizada tecnologia dura.³⁹ Neste sentido, o desafio da HumanizaSus diz respeito à possibilidade de propor novas modalidades de relação entre profissionais de saúde e usuários, ou mesmo entre os próprios profissionais, propondo que revitalizem o trabalho, dando-lhe propriedade de “trabalho vivo em ato” (Merhy, 2003).

Para Merhy (2003), a “Composição técnica do trabalho” é estruturada a partir de três tecnologias: leve, leve-dura e dura. As tecnologias leves estão relacionadas à produção do cuidado integral, operando nas relações e a partir das necessidades de saúde do usuário. Dizem respeito às comunicações interpessoais, usuário/profissional (e profissional/profissional), sentimentos, expectativas, apostas, vínculos e

³⁹ Como tecnologia dura compreende-se os equipamentos, máquinas ou instrumentos físicos mediadores do cuidado em saúde que condensam em sua materialidade a história dos saberes (Merhy, 1998).

transferências do usuário com o serviço. São os principais combustíveis para o “trabalho vivo em ato”.⁴⁰ Como tecnologia dura, compreende-se os equipamentos, máquinas ou instrumentos físicos mediadores do cuidado em saúde que condensam em sua materialidade a história dos saberes (e estão relacionadas ao “Trabalho morto”). Já as tecnologias leve-duras são aquelas associadas aos conhecimentos técnicos.

Uma relação equilibrada entre as diferentes tecnologias: leve-dura, dura e leve é fundamental para a qualidade no processo de produção em saúde, porém proporção importante é reservada à tecnologia leve, quando se entende o papel transformador do trabalho em saúde.

Se a razão existente aí estiver centrada no ‘trabalho vivo’, é indicador que a relação entre trabalhador e usuário, para a produção da saúde, se dá sob parâmetros de implicação mútua, no reconhecimento que ali há o encontro de sujeitos que têm juntos protagonismos na produção da saúde e, sobretudo, estão presentes diretrizes de intervenção/relação de acolhimento, estabelecimento de vínculo e responsabilização (Merhy, 2003, p. 144).

Assim, as relações e a comunicação são destacadas como dois importantes aspectos da humanização nos serviços de saúde. Moscheta (2011) chama atenção para a comunicação e, especificamente, para a responsividade como instrumento de trabalho da equipe de saúde no cuidado da comunidade LGBTT. Com relação às propriedades da responsividade, o autor coloca:

Uma disposição relacional, que busca 1) reconhecer a autoria relacional dos sentidos; 2) Estar atenta ao processo relacional; 3) Manter-se curiosa em relação às histórias que dão coerência a cada ato comunicativo; 4) Evitar explicações definitivas; 5) Ser apreciativa em relação à diferença, entendendo-a como um elemento que permite a criatividade e que favorece o desenvolvimento da conversa, o diálogo colaborativo e criativo (Moscheta, 2011, p. 156).

Neste sentido, a responsividade pode apoiar o trabalho em saúde enquanto dispositivo relacional uma vez que propõe a recusa de certezas (da heterossexualidade, por exemplo) e se dispõe a uma “abertura curiosa” para o outro. Além disso, ser responsivo implica o profissional poder entender o usuário não a partir de seus valores pessoais, ou seja, estes são relativizados, colaborando para uma relação não opressiva.

⁴⁰ “Trabalho vivo” diz do trabalho em ato. Está associado ao trabalho comprometido e não burocrático, em oposição ao “Trabalho morto”.

O engajamento relacional diz respeito à possibilidade de reconhecer valor no outro, não o enxergando apenas a partir de suas fragilidades (vitimizando a população TT, por exemplo), mas, identificar a potência do usuário trans e reconhecer que, de fato, o outro tem algo para acrescentar e produzir na relação. A responsividade procura ainda superar visões cristalizadas e se predispõe sempre à emergência do novo no encontro (Moscheta, 2011).

De maneira objetiva, ser responsivo na comunicação com a população trans no contexto da APS, implica em:

- Não pressupor heterossexualidade do usuário;
- Não pressupor equivalência entre sexo (biológico) e gênero. Ou seja, cisgenereidade;
- Superar visões cristalizadas, (como por exemplo “toda mulher trans é profissional do sexo ou tem HIV);
- Reconhecer valor e potência (não vitimizando a pessoa trans);
- Pressupor a diferença, o novo no encontro; desta forma, antecipar-se e interrogar ao usuário sobre sua identidade de gênero ou sua orientação sexual e sobre o uso do nome social. Ou, não pressupor que a pessoa trans vem ao serviço apenas para tratar de questões relacionadas às transformações de suas características sexuais, mas considerar a integralidade

Entende-se aqui o investimento na qualidade das relações e na comunicação com responsividade como dispositivos transformadores, promotores de acesso e melhoria da assistência em saúde para população LGBTT.

5.3.5. Desconhecimento dos fluxos e conceitos da rede da pessoa trans

O acesso à APS é um dos temas de pesquisa menos estudados na saúde de transexuais, refletindo em conhecimentos inadequados sobre a saúde da população TT por parte dos trabalhadores da AP (Lo, 2016, p. 316, tradução nossa).⁴¹

⁴¹ Access to general health care is among the least researched fields of transgender health and reflects inadequate knowledge of transgender health needs by primary health workers... (Lo, 2016, p. 316).

O desconhecimento dos conceitos relacionados à diversidade de gênero e aos fluxos da pessoa trans na RAS por parte dos profissionais do serviço mostrou-se como uma importante barreira de acesso do usuário à APS, relativa à educação permanente.

Foi comum os(as) entrevistados(as) referirem que, em suas unidades, os profissionais não sabem, não conhecem ou não têm experiência com os procedimentos, conceitos e fluxos envolvidos na assistência da população TT.

Com relação ao desconhecimento dos profissionais dos fluxos demandados pela pessoa trans, o(a) usuário(a) entrevistado(a) coloca: “Fui com minha mãe uma vez para perguntar sobre hormonioterapia e na recepção não sabiam me informar nada. Tem cartaz sobre nome social, mas também não sabiam como fazer” (T17, 19 anos).

Outro entrevistado coloca:

Lá na zona Norte ainda há muita desinformação, sobre as questões LGBT, com relação à homossexualidade...Para mim, tudo é uma questão de informação, quando a gente tem informação, começa a entender a coisa de outro jeito...vê que não é coisa de outro mundo. Deveria ter educação para os profissionais sobre sexualidade, para entender que não está se tratando de um ET... entender o que é um transexual, eles não sabem, as pessoas não sabem (T18, 36 anos).

Da mesma forma, uma entrevistada coloca com relação à psicóloga do serviço: “acho que lá tem psicólogo, sim, mas ele não é para minha área” (T12, 24 anos).

A literatura também descreve essa carência de conhecimentos técnicos por parte dos profissionais. Neste sentido, em pesquisa norte americana com população LGBT jovem, foi identificada maior necessidade de acolhimento e conhecimento das questões de gênero por parte dos profissionais de saúde, para oferecer suporte emocional e familiar para jovens que se veem diante de suas questões de identidade de gênero ou mesmo de orientação sexual (Hoffman, 2009; Meads, 2009).

A WPATH, preocupada com a falta de informações técnicas nos serviços de saúde e a influência negativa desta carência para o acolhimento e o acesso da população trans, oferece treinamentos constantes para diversas áreas, além de disponibilizar suas NAs online em diversas línguas (2011).

Treinamentos que abordem as questões relacionadas à diversidade sexual, desde a graduação, também é descrita como fundamental para a quebra de barreiras (M. E. Clarck et al., 2001; Hinchliff, Got, e Galena, 2005b; Hunter, Cohall, Mallon,

Moyer, e Riddel Jr., 2006; Neville e Henrickson, 2006; Spade, 2003 apud Moscheta, 2011).

A literatura aponta direções no que diz respeito à educação permanente nas instituições de saúde, no que se refere à cultura LGBT, de modo que se deve utilizar um linguajar neutro, sem pressuposições preconceituosas (Lehmann et al., 1998; E. M. Smith et al., 1985 apud Moscheta, 2011), uma postura de curiosidade, com respeito, demonstrando sigilo e o interesse inclusivo e não discriminatório do profissional (Harrison e Silenzio, 1996).

A Política Nacional de Educação Permanente do SUS (Brasil, 2004) coloca como um dos seus objetivos centrais:

[...] favorecer a consolidação da reforma sanitária do no Brasil, através do: fortalecimento da descentralização da gestão setorial, do desenvolvimento de estratégias e processos para alcançar a integralidade da atenção à saúde individual e coletiva e do incremento da participação da sociedade nas decisões políticas do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2004).

A Política propõe estratégias pedagógicas de ensino com características ascendente, descentralizada e transdisciplinar, buscando a democratização institucional, o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem e enfrentamento criativo das situações de saúde, o trabalho em equipes matriciais, a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde e a constituição de práticas tecnológicas, éticas e humanistas (Brasil, 2004).

Com relação à EPS, Cecim (2005) coloca que esta deve ser entendida como estratégia de transformação do trabalho em “atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente” (p. 2). Para isso, deve-se considerar, no processo de ensino/aprendizagem, um conjunto de quatro elementos, denominado de “Quadrilátero da Formação”, composto por:

- Educação dos profissionais de saúde, buscando mudar a concepção hegemônica tradicional e mudar a concepção lógico-racionalista, elitista e concentradora da produção de conhecimento;
- Práticas de atenção à saúde, buscando a integralidade e a inclusão da participação dos usuários no projeto terapêutico;
- Gestão setorial, buscando modos criativos e originais de organizar a rede de serviços, segundo acessibilidade e satisfação do usuário;
- Organização social, buscando o efetivo contato e permeabilidade às redes sociais que tornam os atos de saúde mais humanos e de promoção da cidadania (Ceccim e Feuerwerker, 2004; Ceccim, 2005 apud Ceccim, 2005, p. 10).

A Política Municipal de Atenção à Saúde Integral da população LGBTTT de São Paulo (São Paulo, 2014) também propõe “Educação Permanente e Educação Popular em Saúde com foco na população LGBT”, tendo como seus subeixos: “Formação e Capacitação dos profissionais de saúde” (p. 37).

A Política aponta ainda diretrizes para essa linha de cuidado, entre elas, destacam-se os itens abaixo:

1. Por meio da educação permanente deve-se oferecer treinamentos aos profissionais de saúde que prestarão acompanhamento específico a esta população.
9. Dessa forma, processos envolvendo sensibilização dos funcionários e distintos atores sociais envolvidos na rede de atenção, definição de planos de intervenção com foco em resultados e mudanças de comportamento, oferta das melhores práticas terapêuticas com abordagem multicausal, são condições imprescindíveis para o sucesso dessa empreitada. Enfim, este é o papel maior da Atenção Básica neste processo, qual seja aglutinar e fomentar a reflexão sobre equidade em saúde pública, da quebra de paradigmas, das inovações em prol de mudanças positivas no *modus operandis* para que consigamos resultados mais justos e compatíveis com a diversidade humana (São Paulo, 2014, p. 31).

A seguir serão apresentadas informações técnicas a respeito das possibilidades de cuidado em saúde da população TT na APS, uma vez que, a ausência destas foi entendida como uma barreira de acesso, conforme apresentado.

Entende-se que o papel da APS no cuidado à pessoa trans é de porta de entrada, acolhedora, livre de transfobia, coordenadora do cuidado multiprofissional, longitudinal e integral. Cabendo ofertar ao(a) usuário(a), de forma continuada e responsável, a RAS, seus fluxos e seus diferentes níveis de complexidades, como a qualquer outro(a) usuário(a) do SUS, independentemente de suas questões de gênero e, para além do processo transexualizador. Com isso, trabalhando a partir das necessidades identificadas e tendo o(a) usuário(a) como centro do cuidado, sujeito ativo do seu processo saúde-doença. Autodeterminando sua identidade de gênero, orientação sexual e seu nome social,

No que diz respeito especificamente às questões da identidade de gênero, existe uma diversidade de demandas que podem ser atendidas pela APS, e não dizem respeito ao fluxo do processo transexualizador. Com relação a isso, a literatura descreve um cardápio de tecnologias de cuidado, como por exemplo, orientações, aconselhamentos, apoio e informação a pais, professores e familiares:

Transexuais podem procurar cuidados em saúde por questões relacionadas a sua incongruência de gênero (acompanhada de disforia). Eles podem

procurar informações, aconselhamento e apoio para ajudar a explorar suas questões de identidade ou pelo usuário considerar as difíceis mudanças de gênero e suas implicações para a família, relacionamentos, trabalho e outros estigmas sociais. Crianças e jovens com questões de gênero, assim como pais e professores também podem precisar de apoio e informação” (Winter, 2016, p. 391-392).

Com relação a isso a WPATH coloca:

[...] uma pessoa pode se apresentar buscando qualquer combinação dos seguintes serviços de atendimento de saúde: psicoterapia para explorar a identidade e expressão de gênero ou para facilitar um processo de aceitação; avaliação e encaminhamento para intervenções médicas de feminilização/masculinização; apoio psicológico a membros da família (parceiro/a, filhos/as, parentes distantes); psicoterapia não relacionada com as questões de gênero; ou outros serviços profissionais (2011, p. 25).

Desta forma, o cuidado de acompanhar o(a) usuário(a) que se entende com variabilidade de gênero, no processo de descoberta e construção de sua identidade de gênero, desejante ou não de mudanças corporais, sejam quais forem essas expressões, e encontrar as melhores respostas, pode ser uma demanda acolhida pela unidade de saúde e sua equipe multidisciplinar.

O número e o tipo de intervenções aplicadas, e a ordem em que elas ocorrem também podem ser diferentes de pessoa para pessoa (Bockting, Knudson e Goldberg, 2006; Bolin, 1994; Rachlin, 1999; Rachlin, Green, e Lombardi, 2008; Rachlin, Hansbury e Pardo, 2010).

Com relação específica ao processo transexualizador, o SUS oferece a hormonioterapia e a cirurgia de redesignação.

A necessidade de hormonização pode tanto ser solicitada pelo(a) usuário(a) quanto ofertada pelo médico ou qualquer outro integrante da equipe de saúde, ao longo do cuidado continuado. Uma vez identificada essa demanda, através da consulta médica é solicitado um protocolo de exames⁴² e o psicólogo de referência ou de apoio via Núcleo de Saúde da Família (NASF) deve ser acionado.

⁴² Exames solicitados para mulheres e homens trans: glicemia, colesterol total e frações, Na, K, Ureia, Creatinina, CPK, Proteína C ativada e Proteína S, TGO, TGP, Hemograma, LH, FSH, Testosterona (total e livre), Estradiol, Prolactina, Densitometria óssea. Coleta especial: Coagulograma e exame de imagem USG de mamas. Exclusivo para mulheres trans acima de 50 anos: PSA e exclusivo para homens trans exame de Imagem USG pélvico ou transvaginal. Além de sempre solicitar sorologias ou testes rápidos: HIV, sífilis, hepatite C e B.

Uma das funções do psicólogo no processo transexualizador está relacionada à elaboração de um “parecer psicológico⁴³” que embasará a conduta do endocrinologista de hormonização, solicitada pelo usuário. Reside aí a polêmica participação deste profissional neste protocolo, uma vez que responder a esse pedido pressuporia a validação da patologização da transexualidade, deslegitimando a pessoa trans de sua autonomia e condicionando suas escolhas à avaliação psicológica, ou seja, à patologização da identidade trans.

O Conselho Federal de Psicologia (CFP), através de uma resolução de janeiro de 2018, orienta a atuação da categoria a partir da compreensão da transexualidade enquanto diversidade de gênero e possibilidades de expressão de identidade do sujeito, assumindo radicalmente a posição em defesa da despatologização.

É nesta tensão, entre realizar o parecer psicológico e “patologizar as identidades de gênero” ou se recusar à elaboração do documento e negar acesso ao fluxo do processo transexualizador, que está posto o conflituoso papel do psicólogo, no contexto da APS, após a Política LGBT. Porém, é a partir do reconhecimento da condição de vulnerabilidade posta pelos determinantes sociais envolvidos no processo saúde-doença e do compromisso com a mudança desta condição de exclusão e privação, que a atuação do psicólogo se justifica enquanto ato político. Deste modo, não podendo “negar” ou “fechar os olhos” à possibilidade de ofertar acesso à saúde integral e romper com o histórico de iniquidades.

Assim, cabe ao psicólogo, na elaboração do parecer, colocar-se como apoiador das diversidades de gênero e facilitador do processo transexualizador, evidenciando, no documento, o papel de protagonista do usuário na sua trajetória de vida e no seu cuidado à saúde.

Uma vez com os resultados dos exames e o parecer psicológico em mãos, o(a) paciente deve retornar ao clínico, que fará um encaminhamento (com o diagnóstico de Transexualismo - F64) para o endocrinologista.⁴⁴

Com relação às cirurgias de redesignação, em 2008 o Ministério da Saúde, através da Portaria de nº 457, institui, no âmbito do SUS, o processo transexualizador,

⁴³ Conselho Federal de Psicologia. Resolução CFP nº 17/2002. Brasília, DF, 2002 [acesso 12 set. 2017]. Disponível em: http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2002/12/resolucao2002_17.PDF https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2002/12/resolucao2002_17.PDF.

⁴⁴ Em São Paulo, atualmente este agendamento é possível de ser feito através do Sistema Integrado de Gestão de Atendimento (SIGA), em duas regiões da cidade: Centro e Norte. Usuários de outras regiões devem, com o encaminhamento em mãos, dirigir-se à UBS Sta. Cecília para agendar a consulta.

regulamentando a cirurgia de redesignação sexual (orquiectomia bilateral, a amputação peniana e a construção de uma neovagina a partir da bolsa escrotal), a cirurgia das vias aéreas superiores, da cabeça e do pescoço (alongamento das cordas vocais e tioplastias).

Em 2010 são incluídos procedimentos relacionados ao processo transexualizador para homens trans, como a mastectomia simples bilateral em usuários em processo transexualizador; histerectomia com anexectomia (retirada das trompas de Falópio e ovários) bilateral e colpectomia (retirada da vagina). Mantendo, no entanto, a cirurgia de redesignação para homens trans em caráter experimental.

A resolução define ainda os protocolos de atendimentos, determinando um acompanhamento de dois anos de uma equipe multidisciplinar, com enfoque em saúde mental.

A APS, além do cuidado contínuo, compõe o fluxo da cirurgia de redesignação ofertando os atendimentos exigidos pelo protocolo: atendimento psicológico e psiquiátrico (no mínimo de dois anos). A periodicidade e as características destes atendimentos não são especificadas, podendo ser realizados individualmente ou em grupo.

No Brasil existem, atualmente, alguns serviços públicos credenciados no Ministério da Saúde para a realização do processo transexualizador, incluindo os processos cirúrgicos: entre eles no Rio de Janeiro, o Hospital Universitário Pedro Ernesto – UERJ; em São Paulo, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP; em Porto Alegre, o Hospital das Clínicas de Porto Alegre – Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS; e em Goiânia, o Hospital das Clínicas.

Em São Paulo, para a realização das cirurgias de redesignação, os(as) usuários devem ser encaminhados ao CRT, podendo já ser encaminhados antes mesmo de concluídos os dois anos de acompanhamento em saúde mental. O tempo de espera na fila para cirurgia está em torno de 20 anos.

5.4.5 Transfobia nos serviços da APS

Com relação à transfobia vivida nos serviços de saúde e especificamente na APS, os(as) entrevistados(as) descrevem:

Conheço a UBS, mas não vou porque tratam a gente mal... Fazem chacota, pegam o RG e mostram para as outras pessoas, não chamam pelo nome social, gritam o nome de registro alto para todo mundo ver que somos travesti “Você num é mulher?” Comentam: “Mas você é homem ou mulher?” “Você não pode fazer exames para o seu marido”, “Pode por favor chamar o seu marido?”, “Sr. Antônio!” O médico nos julga quando vê que temos silicone, “Tem AIDS?”. Eles perguntam e acham que tudo é do HIV ou do silicone. Criam constrangimento quando chama pelo nome de registro, faz com boca de risinho, ironia (T3, 41 anos).

Um homem trans coloca: “Os profissionais são esquisitos, grossos. Não uso pelo descaso como me sinto” (T17, 19 anos).

Atitudes de agressividade verbal, preconceito e recusa no atendimento também são descritos pela literatura, associando o preconceito às barreiras que dificultam o acesso não apenas da população TT, mas LGBTT como um todo (Gutiérrez, 2007; Herbst, 2008; Lukomnik, 2013; Rocon et al., 2016). Para profissionais de saúde essas pessoas são doentes, não dignos de formalizar casamentos e adotar crianças e referem repulsa diante de uma manifestação de carinho entre pessoas do mesmo sexo (Steele, 2006).

Pesquisa no Reino Unido revela que para quase metade dos médicos entrevistados, a orientação sexual não heterossexual representava uma barreira para abordar questões relacionadas à saúde sexual do usuário (Hinchliff, Gott e Galena, 2005b apud Moscheta, 2011).

Especificamente com relação à comunidade TT, estes dados são ainda mais alarmantes e a literatura é unânime com relação à discriminação e transfobia vivida frequentemente, não só nos serviços de saúde, mas também em diversos setores da sociedade, em diferentes contextos.

Um inquérito realizado pela Agência dos Direitos Fundamentais da União Europeia (FRA) revelou que um(a) em cada cinco entrevistados(as) trans referiram ter sofrido discriminação nos serviços de saúde no ano anterior à coleta de dados, chegando a atingir 54% da amostra de 6.579 transexuais entrevistados.⁴⁵ Tais dados apontam a necessidade urgente de sensibilizar e capacitar os profissionais de acordo com as necessidades desta população

Um estudo norte-americano de 2012 identificou barreiras vivenciadas pela população de mulheres trans com HIV para acessar o serviço de saúde, concluindo

⁴⁵ Ser trans na UE. Análise comparativa dos dados do inquérito LGBT europeu [Internet]. 2017 [acesso 11 fev. 2018]. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/fra-2015-being-trans-eu-comparative-summary_pt.pdf>.

que as questões sociais representavam barreiras não apenas para a diminuição do risco de infecção, como para o tratamento do HIV para essa população (Carmen, 2012).

Da mesma forma, no Brasil, uma pesquisa realizada no Rio de Janeiro retrata que neste cenário os TT foram apontados(as) como os que mais sofrem discriminação em serviços de saúde (30,6%) quando comparados a homossexuais (7,6%) (Carrara et al., 2017).

A National Transgender Discrimination Survey Report on health and health care (NTDS) publicou nos Estados Unidos, em 2010, recusa de atendimento devido à identidade ou variabilidade de gênero em 19% (sendo ainda maior a discriminação entre a população negra), 28% referiram ter sofrido assédio ou violência do médico no setting clínico e 50% referiram ter que ensinar aos profissionais de saúde sobre os cuidados da população TT.⁴⁶

Neste sentido: “Essa população frequentemente experiencia dificuldades em acessar cuidado em saúde apropriado, sejam estes específicos para suas questões de gênero, ou por demandas da saúde integral (Winter, 2017).

Entende-se, com relação à transfobia vivenciada nos serviços de saúde, que esta se configura como um importante gerador de barreiras ao acesso da pessoa trans e, para que as mudanças neste cenário aconteçam, é necessário investir em espaços de educação permanente que possam abordar as questões relativas à diversidade de gênero, não apenas nos aspectos técnicos, mas também do ponto de vista do resgate de valores humanos associados às tecnologias leve, relacionais, especificamente da comunicação responsiva, ou seja, do caráter afetivo posto na relação de cuidado, proposto pela saúde e pelo SUS.

Desta forma, maiores investimentos em pesquisas voltadas à saúde da população TT são apontados como fundamentais para que se amplie o repertório de estratégias de educação permanente para “profissionais de saúde que poderão implementar práticas de cuidado mais sensíveis e inclusivas, e constitui um dos campos onde o conhecimento acadêmico pode fecundamente contribuir para transformação social” (Clark, Landers, Linde, e Sperber, 2011 apud Moscheta, 2011, p. 48).

⁴⁶ Grant JM et al. National Transgender Discrimination Survey Report on Health and Health [Internet]. 2010 [acesso 11 fev. 2018]. Disponível em: <Carehttp://www.thetaskforce.org/static_html/downloads/resources_and_tools/ntds_report_on_health.pdf>.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Se o gênero não é uma essência, mas um devir, os seus destinos dependem dos atores políticos e clínicos implicados, e as possibilidades de subjetivação se fazem de acordo com a contingência histórica em que se apresentam (Arán, 2008, p. 78).

O estudo revelou o importante papel que a APS pode assumir no cuidado à saúde integral da pessoa trans, já preconizado pelas políticas e descrito pela literatura nacional e internacional.

Além disso, ficou claro que a APS tem um dever político e social com a população trans, de forma que promover acesso equânime e assumir seu acolhimento como sua responsabilidade é estratégia de quebra histórica do estigma e discriminação que essa população tem sido olhada, também no sistema de saúde, tanto pela SIDAanização – relacionada ao processo de reconhecimento da cidadania da população trans associado à SIDA-AIDS, quanto pela patologização.

Para além do caráter político-social, cabe à APS garantir à pessoa trans o que lhe é mais caro: ser porta de entrada, oferecer assistência longitudinal, integral, multidisciplinar e coordenadora do cuidado. Com relação especificamente às necessidades de saúde desta população não é diferente, deve-se atentar a integralidade no cuidado, procurando promover um ambiente acolhedor, livre de transfobia e pressupondo o novo no encontro. Indo além das demandas relacionadas às mudanças das características sexuais, mas ao mesmo tempo não às ignorar, uma vez que muitas vezes, é através deste “pedido” que será possível identificar outras necessidades não manifestas e aí sim promover o cuidado integral.

No que diz respeito ao processo transexualizador, a APS deve conhecer conceitos e apoiar as fases envolvidas na transexualidade, desde a identificação dos primeiros sinais da variabilidade de gênero trazidos pelo usuário, passando pelo apoio do processo de mudança das características físicas e sexuais (caso o usuário manifeste essa necessidade) e, após as transformações, na atenção continuada. Podendo ainda a qualquer momento desta trajetória acolher familiares e outros envolvidos no processo de mudança do usuário, quando solicitado.

Para isso, no entanto, ficou claro o quanto se faz importante a superação de barreiras tecnoassistenciais, de educação permanente e da transfobia nos serviços de saúde. No que diz respeito às tecnoassistenciais, o uso correto do nome social, a

superação de paradigmas biologizantes e a desvalorização da dimensão relacional do trabalho em saúde ainda são os principais desafios. Com relação às barreiras associadas à educação permanente, destaca-se a necessidade de informações a respeito das características dessa população, conceitos, suas principais demandas e fluxos de apoio na rede. Investindo em metodologias ativas de ensino que se pautem em um modelo de saúde ampliado, evidenciando a visão política transformadora do trabalho no SUS.

Entende-se que estes aspectos são fundamentais para o acolhimento com equidade deste(a) usuário(a), garantindo o acesso e evitando a manutenção da condição de exclusão de seu direito à saúde.

Acredita-se aqui em um caráter matriciador da população trans em relação à APS, de forma que lidar com as complexas questões de gênero postas pela transexualidade sirva ao exercício de produção de espaços de rompimento, quebra, aberturas e devires de potência criativa nos serviços de saúde, e não à promoção de barreiras, estigma, transfobia e manutenção de iniquidades.

As reformas em busca da cobertura universal devem assegurar que os: sistemas de atenção à saúde contribuam para a equidade em saúde, para a justiça social e para o fim da exclusão social, movendo-se principalmente na direção do acesso universal e da proteção social em saúde. As reformas na prestação de saúde devem reorganizar os serviços de saúde, especialmente a APS, a partir das necessidades e das preferências das pessoas, de modo a torná-los socialmente mais relevantes, mais responsivos a um mundo cambiante e capazes de produzir melhores resultados sanitários (Mendes, 2012, p. 96).

REFERÊNCIAS

- Abrão FMS, Angelim RCM, Cardoso MD. Características estruturais e organizacionais de Serviços de Assistência Especializada em HIV/aids na cidade de Recife, Revista Baiana de Saúde Pública, Brasil. 2014; 38(1):140-154.
- Abreu de Jesus WL, Assis MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. Revista Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. 2006; 12:654-658.
- Albuquerque et al. Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: systematic literature review, BMC Int Health Hum Rights [Internet]. 2016 [acesso 28 maio 2017]; 16:2.
- Almeida G. HOMENS TRANS': novos matizes na aquarela das masculinidades? Estudos Feministas, Florianópolis. 2012; 20(2): 513-523.
- Andrea ED, Judith AM. Gender, sexuality and the discursive representation of access and equity in health services literature: implications for LGBTT communities. International Journal for Equity in Health. 2011; 10(40).
- Arán M, Peixoto CA Jr. Subversões do desejo: sobre gênero e subjetividade em Judith Butler. Cadernos Pagu. Revista Semestral do Núcleo de Estudos de Gênero-Pagu/Unicamp. 2007; 28.
- Arán M, Murta D, Zaidhaft S. Transexualidade: corpo, subjetividade e saúde coletiva. Psicologia e Sociedade. 2008; 20(1):70-79.
- Arán M, Murta, D. Lionço, T. Transexualidade e Saúde Pública no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro [Internet]. 2009 [acesso 04 jul. 2017]; 14(4). Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo>>.
- Arán M, Murta, D. Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde. Physis, Rio de Janeiro [Internet]. 2009 [acesso 07 dez. 2016]; 19(1): 15-41. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artext&pid=S0103-73312009000100003&lng=en&nrm=iso>.
- Aparecida M, Redoschi BL, Prado I, Maschião LF, Veras MA. Situação de uma população de travestis e transexuais do estado de São Paulo no mercado de trabalho. In: Anais do X Congresso Brasileiro de Epidemiologia; 2017.
- Assis MM, Jesus WL. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. Cienc Saude Coletiva [Internet]. 2012
- Assis MMA, Villa TCS, Nascimento MAA. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. Cien Saude Colet. 2003; 8(3):815- 823.
- Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
- Barbosa BC. Normas e Diferenças: uma etnografia dos usos das categorias travesti e transexual. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo; 2010.
- Baerstein A, Bostwick WB, Carrick KR, Dunn PM, Goodman KW, Hughes T L, Markovic N, et al. Lesbian and Bisexual Women's Public Health. In M. D. Shankle

(Ed.), *The handbook of lesbian, gay, bisexual, and transgender public health: a practitioner's guide to service* (pp. 87-118). Binghamton: Haworth Press; 2006.

Bento, B., Pelúcio, L. Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. *Estudos feministas*, Florianópolis. 2012; 20(2):569-581.

Bockting, W, Robinson, B., Benner A., Scheltema K. Patient Satisfaction with Transgender Health Services *Journal of Sex & Marital Therapy* Volume 30, Issue 4, pages 277-294, 2004.

Bockting WO, Knudson G, Goldberg JM. (2006). Counseling and mental health care for transgender adults and loved ones. *International Journal of Transgenderism*. [Internet]. 2006 [acesso 12 dez. 2017]; 9(3/4):35-82. Disponível em: doi:10.1300/J485v09n03_03.

Bockting WO. Psychotherapy and the real-life experience: From gender dichotomy to gender diversity. *Sexologies*. [Internet] 2008 [acesso 12 dez. 2017]; 17(4):211-224. Disponível em: doi:10.1016/j.sexol.2008.08.001.

Brasil. Brasil sem Homofobia: Programa de Combate à Violência e discriminação contra GLBT e de Promoção da cidadania Homossexual, Brasília, Ministério da Saúde; 2004a.

Brasil. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2004b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: DAB/SAS/Ministério da Saúde; 2006.

Brasil. Atendendo as diferenças no SUS - Informação da Atenção Básica n.º 60, Ano XI, edição especial, agosto de 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: 1. ed., 1. reimp. Ministério da Saúde; 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.107, de 19 de agosto de 2008 [acesso 14 ago. 2016]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1707_18_08_2008.html>.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 457, de 19 de agosto de 2008. [acesso 03 maio 2015]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0457_19_08_2008.html>.

Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de lei n. 867, de 2015. [acesso 13 dez. 2017]. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/1317168.pdf>>.

Brasil. Portaria 705/2014-SMS.G. institui o comitê técnico para implantação do protocolo de terapia hormonal destinado a travestis e transexuais, na rede SUS do Município de São Paulo. Diário Oficial, São Paulo, 28 mar. 2014 [acesso 11 nov. 2017]. Disponível em: <http://ftp.saude.sp.gov.br/ftpseesp/bibliote/informe_eletronico/2014/iels.mar.14/iels60/M_PT-SMS-705_2014.pdf>.

Brasil. Portaria n. 2.837, de 1º de dezembro de 2011. Redefine o Comitê Técnico de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Comitê Técnico LGBT) [Internet]. 2011 [acesso 11 jan. 2018]. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2837_01_12_2011.html>.

Brasil. Portaria 675/MS/GM de 30 de março de 2006, a Carta dos Usuários no SUS, artigo 4º, inciso 1; 2009.

Brasil. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 198/GM. Em 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor Saúde e de outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagen/1832.pdf>.

Brasil. Relatório sobre Violência Homofóbica no Brasil: ano de 2011. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República; 2012.

Brasil. Relatório sobre Violência Homofóbica no Brasil: ano de 2012. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República; 2013.

Butler, J. Gender trouble: feminism and the subversion of identity. New York: Routledge, Chapman & Hall; 1990.

Butler J, Rios A. Desdiagnosticando o gênero. *Physis*. 2009; 19(1), 95-126.

Calvo M. Si la biología no es determinante, que la cultura no sea limitante: Aportes para incorporar la realidad de las personas trans a las políticas de juventud. Montevideo: MIDES; 2011.

Cant B. An exploration of the views of gay and bisexual men in one London borough of both their primary care needs and the practice of primary care practitioners. *Primary Health Care Research and Development*, 2002;3(2), 124-130.

Carlini-Cotrim B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. *Rev. Saúde Pública*. 1996; 30(3):285-93.

Carmen H, Logie L, Lana J, Wangari T, Mona RL. "We don't exist": a qualitative study of marginalization experienced by HIV-positive lesbian, bisexual, queer and transgender women in Toronto, Canada Logie CH et al. *Journal of the International AIDS Society*. [Internet]. 2012 [acesso 2017 Nov 20]; 15:17392. Disponível em: <<http://www.jiasociety.org/index.php/jias/article/view/17392>>. DOI:<http://dx.doi.org/10.7448/IAS.15.2.17392>.

Carvalho M, Carrara S. Em direito a um futuro trans?: contribuição para a história do movimento de travestis e transexuais no Brasil. *Sex., Salud Soc.* [online]. 2013 [acesso 14 jan. 2018]; 14:319-351. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872013000200015&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1984-6487. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-64872013000200015>.

Carrara S. Retratos da Política LGBTTT no Estado do Rio de Janeiro / Rio de Janeiro: CEPESC; 2017.

Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, 2005; 9(16):61-177, 2005.

Cecílio LCO. As necessidades como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde; 2006. Disponível em: http://www.uff.br/pgs2/textos/Integralidade_e_Equidade_na_Atencao_a_saide_Prof_Dr_Luiz_Cecilio.pdf.

Conselho federal de psicologia. Resolução CFP nº 17/2002. Brasília, DF, 2002 [acesso 12 set. 2017]. Disponível em: http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2002/12/resolucao2002_17.PDF.

Davy, Z. To be or not to be LGBTTT in primary health care: health care for lesbian, gay, bisexual, and transgender people Lecturer in Community Care British Journal of General Practice University of Lincoln, School of Health and Social Care, Brayford Pool, Lincoln A Niroshan Siriwardena; 2012.

De Vries ALC, Doreleijers TA, Steensma TD, Cohen-Kettenis PT. Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. J Child Psychol Psychiatry 2011; 52: 1195-202.

Elze DE. Oppression, Prejudice and Discrimination. In D. F. Morrow & L. Messinger (Eds.), Sexual Orientation and Gender Expression in social Work Practice: working with gay, lesbian, bisexual and transgender people (pp. 46-77). New York: Columbia University Press; 2006.

Fiorotto OLR et al. Acesso aos serviços de saúde por travestis e transexuais residentes no estado de São Paulo. In: Anais do X Congresso Brasileiro de Epidemiologia; 2017.

Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil, Cadernos de Saúde Pública. 1999; 15 (2).

Geisler ARR, Martins APA. Do 'ultraje público' à potência dos corpos obscenos: o direito (penal) na perspectiva queer. In: Geisler ARR, organizadora. Protagonismo trans*: política, direito e saúde na perspectiva da integralidade. 1ª ed. Niterói: Alternativa. 2015; 1:1-168.

Gender Identity in U.S. Surveillance (GenIUSS) Group. Best practices for asking questions to identity transgender and others gender minority respondents om population-based surveys. Los Angeles: Williams Institute. UCLA School of Law; 2014.

Genke J. Resistance and Resilience -- The Untold Story of Gay Men Aging with Chronic Illnesses. Journal of Gay & Lesbian Social Services, 2004; 17(2):81.

Grant et al. National Center for Transgender Equality and the National Gay and Lesbian Task Force, [acesso 14 jul. de 2017]. Disponível em: https://canceretwork.org/wpcontent/uploads/2017/02/National_Transgender_Discrimi nation_Survey_Reprt_on_health_ad_health_care.pdf

Gutiérrez NIM. Siuación de salud sexual y reproductiva, hombres y mujeres homosexuales hospital Maria Auxiliadora. Rev Per Obst Enf. [Internet] 2007 [acesso 14 out. 2017]; 3:2-16. Disponível em: http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S1816-77132007000100002&script=sci_arttext.

Giovanella L, Fleury S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz C, organizadora. Política de Saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996.

Harrison AE, Silenzio VM. Comprehensive care of lesbian and gay patients and families. *Primary Care*, 1996; 23(1), 31-46.

Heck J, Randall V, Gorin SS. Health care access among individuals involved in same-sex relationships. *Am J Public Health*. [Internet] 2006 [acesso 11 set. 2017]; 96:1111-1118. Disponível em: doi: 10.2105/AJPH.2005.062661.

Herbst JH, Jacobs ED, Finlayson TJ, McKleroy VS, Neumann MS, Crepaz N. Estimating HIV prevalence and risk behaviours of transgender persons in the United States: a systematic review. *AIDS Behav*. 2008;12(1):1-17.

Hoffman ND, Freeman K, Swann S. Healthcare preferences of lesbian, gay, bisexual, transgender and questioning youth. *J Adolesc Health*. 2009; 45:222-229. Disponível em: doi: 10.1016/j.jadohealth.2009.01.009.

Hyde Z, Doherty M, Tilley PJM, McCaul KA, Rooney R, Jancey J. The First Australian National Trans Mental Health Study: summary of results. Perth: School of Public Health, Curtin University; 2014.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Amostra de Nupcialidade. [censo]. São Paulo; 2010. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-paulo/pesquisa/23/22714>>.

Institute of Medicine. The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding. Washington, DC: The National Academies Press; 2011.

Jackson NC, Johnson MJ, Roberts, R. The potential impact of discrimination fears of older gays, lesbians, bisexuals and transgender individuals living in small- to moderate-sized cities on long-term health care. *Journal of Homosexuality*, 2008;54(3), 325-339.

Jesus JG. Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos. Brasília; 2012. Disponível em: <https://www.sertao.ufg.br/up/16/o/ORIENTA%C3%87%C3%95ES_SOBRE_IDENTIDADE_DE_G%C3%A9NERO__CONCEITOS_E_TERMOS_-_2%C2%AA_Edi%C3%A7%C3%A3o.pdf?1355331649>.

Kirk SC, Kulkarni C. The Whole Person: Mental and Physical Health of Trans Clients. In M. D. Shankle (Ed.), *The handbook of lesbian, gay, bisexual, and transgender public health: a practitioner's guide to service* (pp. 145-173). Binghamton: Routledge; 2006.

Kreiss J, Patterson D. (1997). Psychosocial issues in primary care of lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *Journal of Pediatric Health Care*, 1997;11(6), 266-274.

Lervolino SA, Pelicioni MCF. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2001 Junho [acesso 14 abr. 2018]; 35(2):115-121. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342001000200004&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342001000200004>.

Lev Al. Transgender emergence: Therapeutic guidelines for working with gender-variant people and their families. Binghamton, NY: Haworth Clinical Practice Press; 2004.

Lima, F. & Cruz, K. Os processos de hormonização e a produção do cuidado em saúde na transexualidade masculina, *Revista Latino americana Sexualidad, Salud y Sociedad*, 2016; 23:162-186.

Lionço T. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios, *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 2009; 19(1): 43-63.

Lo, S et al. Transgender health: an opportunity for global health equity, *The Lancet*. 2016; 388(10042):316-318.

Lombardi EL, Wilchins RA, Preising D, Malouf D. Gender violence: transgender experiences with violence and discrimination, *J Homosex [Internet]*. 2001 [acesso 23 jan. 2017];42(1):89-101. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11991568>.

Lukomnik J. La identidad de género en las políticas sociales. Informe de monitoreo de las políticas de inclusión para población trans. Montevideo: MIDES; 2013.

McKinlay JB. Health promotion through healthy public policy: the contribution of complementary research methods. *Can. J. Public Health*, 83.

Maschião LF, Rocha ABM, Generoso IP, Veras MASM. Nome social em serviços de saúde e seu uso no cartão SUS. X Congresso Brasileiro de Epidemiologia; 2017.

Malta DC, Reis AT. et al. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: Reescrevendo o Público. São Paulo: Xamã;1998. P. 121-142.

Meads C, Pennant M, Mcmanaus J, Bayliss S. A systematic review of health lesbian, bisexual and transgender community in the West Midlands region of the UK. UK: Unit of Public Health, Epidemiology & Biostatistics; 2009. p. 71.

Mega C. Best practices in LGBT care: A guide for primary care physicians *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. 2016 July;83(7):531-541.

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

Merhy EE, Franco TB. Por uma Composição Técnica do Trabalho em Saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. *Saúde em Debate* 2003; 27(65):316-323.

Merhy EE. O SUS em Belo Horizonte. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde. São Paulo: Xamã; 1998.

Meyerowitz J. How sex changed: A history of transsexuality in the United States. Cambridge, MA: Harvard University Press; 2002.

Minayo, Maria Cecília de Souza (org.). Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. 18ª ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 9ª edição revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec; 2006.

Ministerio de Salud Pública. Unidad de Gestión Proyecto Fondo Mundial para el SIDA – MSP y Grupo RADAR con apoyo financiero de El Fondo Mundial De lucha contra el

SIDA, la tuberculosis y la malaria. Situación y desafíos para la inclusión social y el derecho a la salud de las personas trans femeninas en Uruguay. Montevideo: MSP; 2013.

Minter, S., Daley, C. Trans realities: a legal needs assessment of of San Francisco's transgender communities. A joint publication of; National Center for Lesbian Rights and Transgender Law Center; 2003.

Miskolci, R. "A Teoria Queer e a questão das diferenças". In: Anais do Congresso de Leitura no Brasil, (COLE); 16, 2007, Campinas. Anais. Campinas: ALB Associação de Leitura do Brasil; 2007, 1:1-19.

Moscheta MR. Responsividade como recurso relacional para qualificação da assistência à saúde de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais, Ribeirão Preto; 2011.

Murta D. Os desafios da despatologização da transexualidade: reflexões sobre assistência e transexuais no Brasil [tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2011.

Nuttbrock L, Bockting W, Rosenblum A, et al. Gender abuse, depressive symptoms, and HIV and other sexually transmitted infections among male-to-female transgender persons: a three-year prospective study. Am J Public Health. 2013; 103:300-07.

Peres WS. Travestis: corpo, cuidado de si e cidadania. In: Fazendo Gênero 8 Corpo, Violência e Poder. Florianópolis; 2008 ago.

Pelúcio L, Miskolci R. A prevenção do desvio: o dispositivo da aids e a repatologização das sexualidades disidentes. Sexualidad, Salud y Sociedad Revista Latinoamericana. [Internet] 2009 [acesso 29 nov. 2017]; 1:125-157. Disponível em: www.sexualidadsaludysociedad.org.

Pelúcio L. Nos nervos, na carne e na pele – Uma etnografia sobre prostituição travesti e o modelo preventivo de Aids [tese]. São Carlos-SP: Programa de PósGraduação em Ciências Sociais, Universidade Federal de São Carlos; 2007.

Pitts M, Couch M, Mulcare H, Croy S, Mitchell A. Transgender people in Australia and New Zealand: health, well-being and access to health services. Fem Psychol 2009; 19: 475-95.

Princípios de Yogyakarta: Princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero. Yogyakarta, Indonésia, 2006, p. 7.

Raiazac CS. Faria Inserção laboral de travestis e transexuais na cidade de São Paulo: o programa TransCidadania [tese]. São Paulo: Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia: Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2017.

RBA. Rede Brasil Atual. Ataque ao centro de cidadania LGBT mostra a presença do ódio. [Internet] 2017 [acesso 07 mar. 2018]. Disponível em: <http://www.redebrasilatual.com.br/cidadania/2017/12/ataque-ao-centro-de-cidadania-lgbt-mostra-a-presenca-do-odio>.

Reisner LS. et al. Global health burden and needs of transgender populations: a review Lancet. 2016; 388:412-36.

Rocha RM, Pereira DL, Dias TM. The context of drug use among transvestite sex workers. Saude Soc. 2013; 22: 554-65.

Rocon PC. et al. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2016 Aug [acesso 14 abr. 2018]; 21(8): 2517-2526. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000802517&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015218.14362015>.

Rowe C. et al. Prevalence and correlates of substance use among trans*female youth ages 16-24 years in the San Francisco Bay Area, *Drug Alcohol Depend.* 2015 Fev; 1(0):160-166.

Saadeh A. Transtorno de identidade sexual; Um estudo psicopatogênico do transexualismo feminino e masculino, tese de doutorado. São Paulo: FMUSP; 2004.

Sampaio JO. Redes sociais engendradas: notas sobre o caráter associativo entre os travestis em São Luis, Maranhão. *Fazendo Gênero – Corpo, Violência e Poder.* 2008; 8:1-7.

São Paulo. Prefeitura do Município de São Paulo. Política Municipal de Atenção à Saúde Integral da População LGBT [Internet]. 2014 [acesso 13 jan. 2018]. Disponível em: <http://sms.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=7628>.

São Paulo. Centros de Cidadania – Atendimento gratuito e especializado à população LGBT [Internet]. 2018 [acesso 10 mar. 2018]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/direitos_humanos/lgbt/cch/index.php?p=150960.

Souza E et al. Projeto transexualidades e saúde pública no Brasil: entre a invisibilidade e a demanda por políticas públicas para homens trans RELATÓRIO DESCRITIVO Núcleo de Direitos Humanos e Cidadania LGBTT (NUH-UFMG) Departamento de Antropologia e Arqueologia (DAA-UFMG), Belo Horizonte; 2015. Disponível em: <http://www.nuhufmg.com.br/homens-trans-relatorio2.pdf>.

Steele LS, Tinmouth JM, Lu A. Regular health care use by lesbians: a path analysis of predictive factors. *Fam Pract* [Internet]. 2006 [acesso 22 dez. 2017]; 22:631-636. Disponível em: <https://academic.oup.com/fampra/article/23/6/631/554677>.

Stoecker, R. Are we talking the walk of community-based research? *Action Research.* 2012; 7: 385-404.

Teixeira, P. A história da AIDS no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais; 2015.

Travers R, et al. Community control' in CBPR: Challenges experienced and questions raised from the Trans PULSE project, *Action Research.* 2013; 11(4):403-422.

TransCidadania. Nome Social. [vídeo]. 2015. [acesso 22 fev. 2018] [00:00:30]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Un5pC-HaU4&feature=youtu.be>.

Tripp D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica, *Educação e Pesquisa*, São Paulo. 2015; 31(3):443-466.

Veras EF. Corpos que escapam *Revista Estudos. Feministas* [Internet]. 2012 [acesso 21 dez. 2017]; 20(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2012000100019>.

World Health Organization. Primary Health Care. Now more than ever. The World Health Report 2008. Geneva: WHO; 2008.

Winter S, Diamond M, Green J, et al. Transgender people: health at the margins of society. Lancet 2016; published online June 17.

Winter S et al. Transgender people: health at the margins of society Winter, Sam et al. The Lancet. 2016; 388(10042):390-400. Disponível em: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2816%2900683-8/fulltext>.

Wolffenbüttel K, Carneiro Junior N. Uma breve história dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) enquanto organização tecnológica de prevenção de DST/Aids no Brasil e no estado de São Paulo, Saúde Coletiva. 2007; 4(18):183-187.

World Health Organization, International classification of diseases and related health problems-10th revision. Geneva, Switzerland: World Health Organization. (2007).

World Professional Association for transgender Health [Internet]. 2011 [acesso 14 jul. 2016]. Disponível em: [file:///C:/Users/Acer/Downloads/SOC%20-%20Portuguese%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Acer/Downloads/SOC%20-%20Portuguese%20(1).pdf).

APÊNDICES

APÊNDICE A – Entrevista semiestruturada

Acesso de transexuais e travestis à Atenção Primária à Saúde na região central de São Paulo

Entrevista semiestruturada

1. Nome social:
2. Data de nascimento
3. Local de nascimento:
4. Há quanto tempo em SP
5. Motivo da vinda para São Paulo?

Não ()	6. Já realizou retificação do nome de registro?	Sim ()	()
	7. Se não, por quê? Deseja realizar?	Sim ()	Não ()

(o) ()	8. Você se considera:	Preta (o) ()	Parda (o) ()	Branca(o) ()	Amarela
	9. Orientação sexual	homossexual ()	bissexual ()	heterossexual ()	

()	10. Qual sua Identidade de gênero	Mulher trans ()	homem trans ()	Intersexual ()
	11. Estado civil	Solteira (o) ()	Casada (o) ()	Divorciada (o) ()

()	12. Tem cartão do SUS com nome social?	Sim ()	Não ()
	Se não, por quê?		

()	13. Escolaridade	Analfabeto ()	Ensino fundamental
	incompleto ()	Ensino fundamental Completo ()	Ensino médio incompleto
	()	Ensino médio Completo ()	Ensino superior incompleto ()
	()	Ensino superior Completo ()	

14. Profissão: _____

15. Tem carteira assinada? Sim () Não ()

16. Trabalha no momento? Sim () Não ()

17. Se não, há quanto tempo desempregada

(o) _____

18. Pratica alguma religião? Qual ?

19. Tem filhos? Sim () Não () Se sim quantos? _____

20. Já engravidou? Sim () não ()

21. Você usa a unidade básica de Saúde? Caso não utilize, passe para a questão 27
Se sim, qual? (nome ou endereço)

22. Com que frequência?

Semanalmente () Mensalmente () Duas vezes por ano ()

Anualmente ()

23. Para quais ações em saúde você usa a unidade básica? E com quais profissionais?

24. Como avalia o acolhimento da unidade básica que você utiliza:

Ruim () Regular () Bom () Muito bom ()

Por quê?

25. A unidade básica de saúde que utiliza te identifica pelo seu nome social?

Sim () Não () Se não, por quê?

26. Já realizou algum procedimento transexualizador através da unidade básica de saúde?

Sim () Qual? _____

Não ()

Por quê? _____

27. Por que não utiliza a unidade básica de saúde? (é possível responder mais de uma opção)

Não sabe onde é ()
 Não sente necessidade ()
 Não se sente à vontade ()
 Outros _____

28. Faz algum tratamento de saúde? Sim () Não ()
 Se _____ sim, _____ qual?
 Onde? _____

29. Has _____ sim () não ()
 30. DM _____ sim () não ()
 31. Realiza exames de rotina? sim () não ()
 Onde _____

32. Já realizou algum procedimento transexualizador? Qual?
 Através de qual serviço de saúde?

33. Com quantos anos iniciou o processo transexualizador? _____
 34. Deseja cirurgia de redesignação sexual? Sim () não ()

35. Faz uso de drogas e com que frequência?

	Diariamente	semanalmente	mensalmente	raramente	não
Cigarro	()	()	()	()	()
Álcool	()	()	()	()	()
Maconha	()	()	()	()	()
Cocaína	()	()	()	()	()
Crack	()	()	()	()	()

Já fez mas parou () Qual droga e há quanto tempo parou? _____

36. Quais atividades você acredita que uma unidade básica de saúde oferece?

() Aferição de pressão
 Consultas médicas:
 () clínico () psiquiatra () infectologista
 () endocrinologista () ginecologista
 () Agendamento de exames
 () Dentista
 () Vacina

- () Teste rápido de HIV
- () Consulta com psicólogo
- () Planejamento familiar
- () Acesso ao fluxo de hormonioterapia
- () Encaminhamento para especialistas
- () Encaminhamento para cirurgia de redesignação sexual

Tratamento:

- () Sífilis () HIV () Tuberculose

37. Por que procurou a unidade básica?

38. Está em uso de hormônio atualmente?

Sim () Há quanto tempo? _____

Não () Por que?

39. Se sim, sob supervisão médica?

Sim () Não ()

APÊNDICE B – Manual de acolhimento de Transexuais e Travestis (TT) à atenção primária à Saúde (APS)

SUMÁRIO	
1. APRESENTAÇÃO	1
2. INTRODUÇÃO.....	2
3. A ENTRADA PELA PORTA DA FRENTE.....	5
4. <u>ACOLHIMENTO</u> COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DE ACESSO	6
CONHECENDO CONCEITOS RELACIONADOS ÀS QUESTÕES DE GÊNERO	7
O USO CORRETO DO NOME SOCIAL	11
O USO DE UMA COMUNICAÇÃO RESPONSIVA.....	12
5. CUIDADO LONGITUDINAL E INTEGRAL DA POPULAÇÃO TT NA APS	13
PROCESSO TRANSEXUALIZADOR.....	16
6. EDUCAÇÃO PERMANENTE	17
7. CRIE UM AMBIENTE ACOLHEDOR E LIVRE DE TRANSFOBIA NA SUA UBS	18
8. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	19
ANEXOS.....	20

"Não se nasce mulher, torna-se"

Nenhum dispositivo biológico, psíquico, ou econômico, define a figura que a fêmea humana tem na sociedade; é a civilização como um todo que elabora esse produto...que é chamado de feminino." (De Beauvoir, 2011)

1. APRESENTAÇÃO

O "Manual de acolhimento de Travestis e Transexuais (TT) à Atenção Primária à Saúde (APS)" é resultado de uma pesquisa de mestrado profissional realizada pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) com a população TT na região central de São Paulo. Neste trabalho foram entrevistados 20 usuários TT e investigados os motivos pelos quais estes usavam ou deixavam de usar suas Unidades Básicas de Saúde (UBS). A partir daí foram identificadas barreiras que dificultam o acesso desta população à AP e propostas estratégias de superação. As barreiras identificadas estão associadas 1) às implicações da transfobia no acesso do serviço de saúde 2) aos paradigmas heteronormativo e de gênero como equivalência de sexo na APS; 3) à pouca oferta do cartão do SUS com nome social e não uso do nome social; 4) à falta de uma escuta qualificada / comunicação não responsiva; 5) à falta de educação permanente: desconhecimento dos fluxos e conceitos da rede da pessoa trans e 6) à transfobia nos serviços da APS.

"O Manual" tem como objetivo apresentar informações e propostas de abordagem ao usuário TT no contexto da APS que acredita-se, facilitará e poderá aprimorar o acesso desta população à este nível de atenção. Foi produzido com intenção de contemplar dúvidas de profissionais de saúde que já recebem e, receberão, cada vez mais, essa população.

Os fluxos e protocolos aqui descritos são referentes à data de publicação deste material e, diante das constantes mudanças políticas e legislativas que a luta por direitos civis vem passando, faz-se necessária constantes revisões das informações aqui contidas.

2. INTRODUÇÃO

Historicamente, no Brasil e no mundo, a saúde tem se relacionado de forma ambivalente com travestis e transexuais (TT). Promovendo acesso ao processo transexualizador, por um lado, mas o condiciona ao diagnóstico de transtorno de Identidade de Gênero (TIG), patologizando a experiência da diversidade de gênero. Da mesma forma, as medidas preventivas adotadas na década de 80 com a epidemia do HIV, acentuaram o estigma sofridos por este grupo, segregando o acesso aos serviços de saúde especializados. As necessidades de saúde desta população, no entanto, vão além do acesso às tecnologias, mas de forma integral estão associadas às marcas de opressão, à necessidade de vínculo aos serviços de saúde (referente ao caráter longitudinal do cuidado) e à possibilidade do usuário desenvolver autonomia (possibilitar criação de sentidos de vida (Cecílio, 2006). Fruto de importantes movimentos sociais, vinculados aos direitos civis da população LGBT, a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT (Brasil, 2013) vem atender à essa demanda. A

Política LGBT reconhece identidade de gênero como determinante social no processo saúde/doença e propõe, a partir dai, estratégias de melhoria nas condições da saúde deste grupo, a redução das desigualdades e iniquidades no acesso às condições de moradia, trabalho, educação, lazer e saúde.

2

A necessidade de se investir em saúde integral e longitudinal da população TT, convoca a APS a assumir seu lugar de coordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Podendo enfim, romper com o histórico lugar "marginal", ocupado por este grupo na sociedade e na saúde, para poder recebe-la pela "porta da frente" das unidades básicas.

O desafio que se coloca para a consolidação da política, envolve a reorganização de rotinas e fluxos nos processos de trabalho em saúde, porém, as principais barreiras são relacionadas à discriminação e transfobia, presente de diferentes formas neste contexto. Como quebra deste ciclo de violência sistêmica, é preciso promover experiências acolhedoras de valorização e reconhecimento de potência na experiência da transexualidade. Reconhecendo sua autodeterminação de gênero, seu nome social e suas expressões de gênero, posta a necessidade de autonomia na construção da saúde. Ou seja, "...demandará dos profissionais de saúde um esforço na criação de uma resposta aos mecanismos de opressão à esta população" (Moscheta, 2011).

Acredita-se em um caráter matriciador da população trans, em relação à APS, de forma que lidar com as complexas questões de gênero, postas pela transexualidade sirva ao exercício de produção de espaços de rompimento, quebra, aberturas e devires de potência criativa, nos serviços de saúde, de forma à "TRANSFORMAR" e não à manutenção de iniquidades.

3

“

As reformas em busca da cobertura universal devem assegurar que os: sistemas de atenção à saúde contribuam para a equidade em saúde, para a justiça social e para o fim da exclusão social, movendo-se principalmente na direção do acesso universal e da proteção social em saúde. As reformas na prestação de saúde devem reorganizar os serviços de saúde, especialmente a APS, a partir das necessidades e das preferências das pessoas, de modo a torná-los socialmente mais relevantes, mais responsivos a um mundo cambiante e capazes de produzir melhores resultados sanitários

”

(Mendes. 2012. p. 96).

Política Nacional de Saúde Integral
Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transvestis e Transsexuais

4

3. ENTRANDO PELA PORTA DA FRENTE DO SUS

A APS é porta de entrada do SUS e tem um importante papel de receber a população TT.

A RECEPÇÃO TEM UM PAPEL FUNDAMENTAL NESSE ACOLHIMENTO

Cabe ao profissional do SUS, enquanto agente comprometido com as transformações sociais, conhecer as características das populações atendidas e suas diferentes necessidades. A população TT é marcada pela exclusão o que está associado à história de constante discriminação em diferentes contextos: família, escola e saúde. Por isso:

- RARAMENTE ESSA POPULAÇÃO PROCURA À UBS E
- QUANDO CHEGAM AO SERVIÇO É COMUM SEREM VÍTIMAS DE RISADINHAS, PIADAS E CHACOTAS

FAÇA A DIFERENÇA!

Se coloque como agente de mudança, transformador dessa realidade. É comum, o usuário TT demandar "hormonioterapia", "endocrinologista" ou "psicólogo", aproveite esta oportunidade para vinculá-lo ao serviço:

OFEREÇA SAÚDE INTEGRAL!

5

4. ACOLHIMENTO COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DE ACESSO

TRAVESTIS E TRANSEXUAIS TEM HISTORICAMENTE MENOS ACESSO À SAÚDE

Acolhimento, enquanto escuta qualificada, pode ser uma forma de reparar as desigualdades e transformá-las em

EQUIDADE

OFERTANDO MAIS PARA QUEM PRECISA MAIS.

VOCE SABIA...

Que ser transexual influencia na qualidade da saúde e coloca a pessoa em condição de INEQUIDADE NO ACESSO à saúde?

IGUALDADE

EQUIDADE

≠

6

CONHECENDO CONCEITOS RELACIONADOS ÀS QUESTÕES DE GÊNERO

PARA UM ACOLHIMENTO LIVRE DE TRANSFOBIA E DISCRIMINAÇÃO

DISFORIA DE GÊNERO: Incômodo ou desconforto causado pela discordância entre a identidade de gênero e o sexo designado à pessoa ao nascer (e o papel de gênero associado e/ou características sexuais primárias e secundárias (WPATH, 2011).

CISGÊNERO: Pessoa que tem a identidade de gênero adequada ao sexo ao nascimento, ou seja, que não experiencia a incongruência, ou disforia de gênero, o contrário da pessoa trans (WPATH, 2011).

#StopTransfobia

TRANSFOBIA: Intolerância e todo tipo de preconceito em relação às travestis, às mulheres transexuais e aos homens trans.

SEXO: O sexo é designado ao nascer como masculino ou feminino, usualmente baseado na aparência dos órgãos genitais externos. Para a maioria das pessoas, a identidade e expressão de gênero são consistentes com o sexo atribuído no nascimento; para as pessoas trans, e com variabilidade de gênero, a identidade ou expressão de gênero difere do seu sexo designado ao nascer (WPATH, 2011).

7

VOCE SABIA...
Que ser transexual é diferente de ser homossexual?

ORIENTAÇÃO SEXUAL: Capacidade de cada pessoa de ter uma profunda atração emocional, afetiva ou sexual por indivíduos de gênero diferente; e, do mesmo gênero ou de mais de um gênero, assim como ter relações íntimas e sexuais com essas pessoas (Princípios de Yogyakarta, 2006, p.7).

Homossexual:

Pessoa que sente atração e/ou se relaciona com pessoas do mesmo sexo.

Mulheres homossexuais são chamadas de lésbicas. Homens homossexuais são chamados de gays.

Bissexual:

Pessoa que sente atração e/ou se relaciona com pessoas de ambos os sexos.

Heterossexual:

Pessoa que sente atração e/ou se relaciona com pessoas do sexo oposto.

IDENTIDADE DE GÊNERO: Uma sensação e sentimento íntimo e pessoal de pertencimento ao gênero masculino (homem), gênero feminino (mulher) ou os dois, independente do sexo atribuído ao nascer. Pode ou não envolver necessidade de transformações corporais, vestimentas e performances. (Princípios de Yogyakarta, 2006);

TRANSEXUAL: Pessoa que procura mudar ou mudou suas características sexuais

VOCE SABIA...
Que a identidade de gênero é auto referida? Cabe ao usuário dizer quem ele é?

MULHER TRANS

Termo "usado para descrever pessoas designadas no nascimento como homens e que estão mudando ou mudaram seu corpo e/ou papel de gênero ao feminino" (WPATH, 2011)

HOMENS TRANS

Termo "usado para descrever pessoas designadas no nascimento como mulheres e que estão mudando ou mudaram seu corpo e/ou papel de gênero ao masculino". (WPATH, 2011)

PESSOAS NÃO BINÁRIAS: Pessoas que não serão exclusiva e totalmente mulher ou homem, mas que irão permear em diferentes formas de neutralidade, ambiguidade, multiplicidade, parcialidade, ageneridade, outrogeneridade, fluidez em suas identificações. (Berjoni, 2012)

VOCE SABIA...
Que eu me vestir ou parecer homem, não significa que me sinto e que sou homem?

EXPRESSÃO DE GÊNERO:
Manifestação da Identidade de gênero através da aparência: do modo de se vestir, comportamento e interesses. Comumente influenciado pelos estereótipos de gênero

10

COMO VOCÊ QUER QUE EU TE CHAME?

O USO CORRETO DO NOME SOCIAL

CONTRIBUI PARA UM ACOLHIMENTO LIVRE DE TRANSFOBIA E DISCRIMINAÇÃO

- PERGUNTE AO USUÁRIO: "COMO VOCÊ QUER QUE EU TE CHAME?"
- CHAME-O (A) SEMPRE PELO NOME DE ESCOLHIDO (INDEPENDENTE DA APARÊNCIA);
- OFERECER O CARTÃO DO SUS COM NOME SOCIAL, PODE AJUDAR A QUEBRAR BARREIRAS DE COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E USUÁRIO E FAVORECER UM VÍNCULO DE CONFIANÇA;
- USUÁRIO TEM DIREITO DO CARTÃO DO SUS COM NOME SOCIAL MESMO QUE NÃO TENHA FEITO A RETIFICAÇÃO DO NOME DE REGISTRO
- NO CARTÃO DO SUS PODE CONTER APENAS O NOME SOCIAL, NÃO É OBRIGATÓRIO CONTER O NOME DE REGISTRO
- O NOME SOCIAL DEVE SER ESCRITO CONFORME SOLICITAÇÃO DO USUÁRIO, INCLUINDO SOBRENOME;
- PEDIDOS DE EXAMES PODEM SER FEITOS COM NOME SOCIAL

Como você quer que eu te chame?

Está na lei!
Portaria 675/MS/GM de 30 de março de 2006, Carta dos Usuários no SUS (BRASIL, 2009), artigo 4º, inciso 1. Uso do nome social

11

O USO DE UMA COMUNICAÇÃO RESPONSIVA

CONTRIBUI PARA UM ACOLHIMENTO LIVRE DE TRANSFOBIA E DISCRIMINAÇÃO

VOCE SABIA...
que a comunicação
responsiva pode ser
usada como instrumento
de trabalho no cuidado da
pessoa **trans**

A responsividade apoia o trabalho em saúde enquanto operador das relações: usuário/profissional de saúde e profissional/profissional. Uma comunicação responsiva propõe a recusa de certezas, se dispõe a uma "abertura curiosa" para o outro, entende o usuário, não a partir dos próprios valores pessoais e favorecendo uma relação não opressiva. Reconhecendo valor no outro, não ~~exagerando-o~~, apenas a partir de fragilidades e identificando sua potência, e apostando que o outro tem algo para acrescentar e produzir na relação. A responsividade procura ainda superar visões cristalizadas e predispõe-se a emergência do novo no encontro (Mocchete, 2011).

- Não pressupor heterossexualidade do usuário;
- Não pressupor equivalência entre sexo e gênero, ou seja, ~~cisgeneridade~~;
- Superar visões cristalizadas, (como por exemplo "toda mulher **trans** é profissional do sexo, ou tem HIV);
- Reconhecer valor e potência na PESSOA TRANS (não ~~vitimizá-la~~);
- Pressupor a diferença: interrogar ao usuário sobre sua identidade de gênero, ou sua orientação sexual e uso do nome social (questionar, por ex. "Você tem relações com homens, mulheres ou os dois?);
- Construir na relação com o usuário um itinerário de CUIDADO INTEGRAL.

12

5. CUIDADO LONGITUDINAL E INTEGRAL DA POPULAÇÃO TT NA APS

É sabido que à APS cabe ser porta de entrada da rede de atenção à saúde (RAS), coordenadora do cuidado **INTEGRAL**, **LONGITUDINAL**, multidisciplinar, assumindo responsabilidade sanitária sobre o território atendido. Além de garantir prevenção de agravos e promoção em saúde. **COM RELAÇÃO À POPULAÇÃO TT NÃO É DIFERENTE**, à APS cabem, as mesmas atribuições, tendo, como pano de fundo os conceitos e paradigmas apresentados (identidade de gênero, transexualidade, orientação sexual, expressão de gênero).

Cuidado contínuo

13

Promover cuidado **LONGITUDINAL e INTEGRAL** à população TT significa:

PROMOVER ACESSO À SERVIÇOS E TECNOLOGIAS:

APOIAR, POR EXEMPLO, O PROCESSO TRANSEXUALIZADOR

CUIDAR, À PARTIR DAS CONDIÇÕES DE VIDA DO USUÁRIO:

RECONHECER A AUTODETERMINAÇÃO DA IDENTIDADE DE GÊNERO, DO NOME SOCIAL

CUIDAR A PARTIR DO VÍNCULO ENTRE EQUIPE DE SAÚDE E USUÁRIO:

ENTENDER A IMPORTÂNCIA DOS ASPECTOS RELACIONAIS NO CUIDADO, ESTABELECEER VÍNCULO, ROMPER BARREIRAS DE COMUNICAÇÃO, ABORDAR SEXUALIDADE.

"Vínculo... significa o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa: encontro de subjetividades". (Cecília, 2006)

PROMOVER AUTONOMIA DO USUÁRIO:

ENXERGAR A PESSOA TRANS, ALÉM DA SOBREDETERMINAÇÃO DA CATEGORIA IDENTIDADE DE GÊNERO. *"Considerar a reconstrução, pelo sujeito, dos sentidos de sua vida"* (Cecília, 2006).

Ao longo do cuidado continuado...

Deve-se garantir à pessoa **trans** acesso à todas as tecnologias de cuidado disponíveis na APS e na RAS, isso inclui: consultas médicas, enfermagem e dentista, assim como coleta de exames de rotina (hemograma, Papanicolaou, mamografia, PSA, controle da pressão arterial, controle glicêmico e etc.). Especial atenção deve ser dada à saúde mental, são descritos altos índices de ansiedade, depressão e uso de substâncias. Além de uso indiscriminado de hormônio e violência (WPATH, 2011; The Center of Excellence for Transgender Health, 2017)

É bastante comum, apesar de não ser uma regra, que pessoas **trans** desejem realizar transformações de suas características sexuais secundárias para aproximar sua aparência à sua identidade de gênero. Essa experiência, as vezes é trazida, pelo usuário, carregada de sofrimento, dúvida e medo (disforia de gênero), sentimentos estes decorrentes dos padrões e convenções sociais normatizadoras e não da própria transexualidade.

É importante promover um ambiente acolhedor para que o usuário manifeste com liberdade suas experiências de gênero.

Também oferte apoio e escuta à familiares e pessoas envolvidas nesse processo.

O PROCESSO TRANSEXUALIZADOR é composto por um conjunto de tecnologias que podem ser ofertadas ao usuário para promoção das mudanças desejadas, entre elas a hormonioterapia e a cirurgia de redesignação sexual.

VOCE SABIA...

Que ofertar hormonioterapia é, entendido como uma estratégia promover cuidado integral em saúde?

PROCESSO TRANSEXUALIZADOR: FLUXOGRAMA DA HORMONIOTERAPIA

A porta de entrada do fluxo do tratamento hormonal é a UBS de referência do usuário, através da consulta médica ou de enfermagem. Uma vez identificada a necessidade de tratamento hormonal, o médico deve solicitar um protocolo de exames (ANEXO 1) e compartilhar o caso com o psicólogo (via Núcleo de Saúde da Família (NASF)) para avaliação e elaboração de um parecer (ANEXO 2). Com o resultado dos exames e o parecer psicológico em mãos, o usuário deve retornar ao clínico que o encaminhará ao endocrinologista com o diagnóstico de Transsexualismo (F64). Este agendamento é feito através do SIGA em duas regiões da cidade: Centro e Zona Norte. Usuários de outras regiões devem, com o encaminhamento em mãos, se dirigir à UBS Sta. Cecília para o agendamento com especialista.

16

PAPEL DO PSICÓLOGO NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR

Respaldo pela Resolução do Conselho Federal de Psicologia (CFP), que preconiza a despatologização, cabe ao psicólogo, no processo transsexualizador, apoiar as necessidades de saúde trazidas pelo usuário que encontra-se condicionado ao acompanhamento psicológico e à elaboração de um parecer.

O parecer deve apoiar a conduta do endocrinologista de prescrever a hormonioterapia, solicitada pelo usuário. Para a elaboração deste documento o protocolo não especifica um número de atendimentos exigidos. Para cirurgia de redesignação sexual, no entanto, são exigidos dois anos de acompanhamento psicológico individual ou grupal sem uma periodicidade predeterminada.

Resolução do CFP de janeiro de 2018, dispõe sobre a situação do psicólogo com relação à população TT, cabe à categoria:

- Contribuir para eliminação da Transfobia;
- Não favorecer ou ser conivente com qualquer postura discriminatória com relação à pessoa trans; Não se utilizar de técnicas que mantenham ou reforcem o preconceito e a discriminação;
- Não colaborar com culturas institucionais que favoreçam práticas discriminatórias;
- Não dar pronunciamentos públicos que reforcem o preconceito;
- Reconhecer e legitimar da autodeterminação das pessoas trans em relação à sua identidade de gênero;
- A defesa da despatologização.

PROCESSO TRANSEXUALIZADOR CIRURGIA DE REDESIGNAÇÃO

Desde 2008 o Ministério da Saúde através da Portaria de nº 457, institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o processo transsexualizador, regulamentando a cirurgia de redesignação sexual para MULHERES TRANS em hospitais públicos ou privados. Para HOMENS TRANS, retiradas de mamas, ovários e útero também podem ser feitas em serviços públicos ou privado desde que sigam as recomendações do Conselho Federal de Medicina (CFM). A redesignação sexual, no entanto permanece apenas em caráter experimental.

O protocolo exige, para qualquer procedimento cirúrgico, no mínimo dois anos de terapia hormonal sob supervisão médica e dois anos de acompanhamento em saúde mental (psicológico e psiquiátrico).

Em São Paulo, para redesignação, o usuário deve ser encaminhado ao Centro de Referência de Testagem (CRT) Sta. Cruz, serviço responsável pela regulação da fila de espera para o procedimento cirúrgico que atualmente tem espera de 20 anos.

6. EDUCAÇÃO PERMANENTE

Garantir espaços de Educação Permanente em Saúde (EPS) nos serviços da APS é uma das maneiras de promover acesso à população TT, uma vez que é fundamental que a TODA a equipe de saúde conheça as informações relacionadas aos conceitos que envolvem as questões de gênero, fluxos e a rede de atenção à pessoa trans.

A Política de EPS propõe estratégias pedagógicas que aconteçam de forma ascendente, descentralizada e transdisciplinar buscando a democratização institucional, o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, da capacidade de enfrentamento criativo das situações de saúde. Além de trabalho em equipes matriciais, a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde e a constituição de práticas tecnológicas, éticas e humanistas (Brasil, 2004).

*'NINGUÉM LIBERTA NINGUÉM, NINGUÉM SE
LIBERTA SOZINHO, OS HOMENS SE LIBERTAM
EM COMUNHÃO'*

(PAULO FREIRE, 1987, P.54)

18

7. CRIE UM AMBIENTE ACOLHEDOR E LIVRE DE TRANSFOBIA NA SUA UBS

Cartazes com a temática trans

TOD@S CONTRA A

LESBO HOMO TRANS

A

Celebre datas comemorativas

Incentive a criação de um banheiro

Trabalhe com transexuais na equipe de saúde

19

8. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

Ávila, M. Murta, D. Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às experiências da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 19, n.1, 15-41, 2009

Brasil, Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: 1. ed., 1. ~~reimpr~~ Ministério da Saúde, 2013.

Cecilio, L.C.O. As necessidades como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. 2006 http://www.uff.br/pgs2/textos/Integralidade_e_Equidade_na_Atencao_a_saude_-_Prof_Dr_Luiz_Cecilio.pdf,

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Eugênio Vileça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde: 2011.

Moscheta, M. R. Responsabilidade como recurso relacional para qualificação da assistência a saúde e gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais. Ribeirão Preto, 2011 Tese de doutorado

Princípios de Yogyakarta: Princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero. Yogyakarta, ~~Indonésia~~, 2006, p. 7.

Winter S. Diamond M., Green, J. et al. ~~Transgender~~, people: health at the margins of society. Lancet, 2016, published online June 17 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00683-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00683-8)

20

World Professional Association for transgender Health, 2011.

Disponível em: [file:///C:/Users/Acer/Downloads/SOC%20-%20Portuguese%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Acer/Downloads/SOC%20-%20Portuguese%20(1).pdf)

ANEXO 1 Modelo de Parecer Psicológico

https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2002/12/resolucao2002_17.PDF

– PARECER PSICOLÓGICO

O Parecer é uma manifestação técnica fundamentada e resumida sobre uma questão focal do campo psicológico cujo resultado pode ser indicativo ou conclusivo. O Parecer tem como finalidade apresentar resposta esclarecedora, no campo do conhecimento psicológico, através de uma avaliação técnica especializada, de uma “questão/problema”, visando a dirimir dúvidas que estão interferindo na decisão, sendo, portanto, uma resposta a uma consulta, que exige de quem responde competência no assunto.

Estrutura

O psicólogo nomeado perito deve fazer a análise do problema apresentado, destacar os aspectos relevantes e opinar a respeito, considerando os quesitos apontados e com fundamento em referencial teórico científico. Deve-se rubricar todas as folhas dos documentos. Havendo quesitos, o psicólogo deve respondê-los de forma sintética e convincente, não deixando nenhum quesito sem resposta. Quando não houver dados para a resposta ou quando o psicólogo não puder ser categórico, deve-se utilizar a expressão “sem elementos de convicção”. Se o quesito estiver mal formulado, pode-se afirmar “prejudicado”, “sem elementos” ou “aguarda evolução”.

O Parecer é composto de 4 (quatro) partes: 1. Cabeçalho 2. Exposição de motivos 3. Discussão 4. Conclusão

Cabeçalho

É a parte que consiste em identificar o nome do perito e sua titulação, o nome do autor da solicitação e sua titulação.

Exposição de Motivos

21

Essa parte destina-se à transcrição do objetivo da consulta e os quesitos ou à apresentação das dúvidas levantadas pelo solicitante. Deve-se apresentar a "questão/problema", não sendo necessária, portanto, a descrição detalhada dos procedimentos, como os dados colhidos ou o nome dos envolvidos.

Discussão

A discussão do PARECER constitui-se na análise minuciosa da "questão/problema", explanada e argumentada com base nos fundamentos necessários existentes, seja na ética, na técnica ou no corpo conceitual da ciência psicológica.

Conclusão

É a parte final do Parecer, em que o psicólogo irá apresentar seu posicionamento, respondendo à questão levantada. Ao final do posicionamento ou do Parecer propriamente dito, informa o local e data em que foi elaborado e assina o documento.

22

ANEXO 2 Protocolo de exames para encaminhamento ao endocrinologista para tratamento hormonal

MULHERES TRANS

- Glicemia
- Colesterol total e frações
- Na
- K
- Ureia
- Creatinina
- **CRK**
- Proteína C ativada e Proteína S
- TGO, TGP
- Hemograma
- LH, FSH
- Testosterona (total e livre)
- Estradiol
- Prolactina
- Densitometria óssea
- Coleta especial:**
- **Coagulograma**
- Exame de Imagem**
- **USG** de mama
- TT acima de 50 anos:**
- **PSA**

HOMENS TRANS

- Glicemia
- Colesterol total e frações
- Na
- K
- Ureia
- Creatinina
- **CRK**
- Proteína C ativada e Proteína S
- TGO, TGP
- Hemograma
- LH, FSH
- Testosterona (total e livre)
- Estradiol
- Prolactina
- Densitometria óssea
- Coleta especial:**
- **Coagulograma**
- Exame de Imagem**
- **USG** de mama
- **USG** pélvico ou transvaginal

Oferecer exames sorológicos convencionais ou testes rápidos:

- HIV
- Sífilis
- Hepatite B
- Hepatite C

23

ANEXOS

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Convido você para participar da pesquisa “Acesso da população Transexuais e travestis à Atenção Primária à Saúde na região Central de São Paulo” que tem como objetivo desenvolver um “Manual” com estratégias de promoção de acesso à Atenção primária à Saúde (APS) à população Transexuais e travestis (TT), desenvolvida por Luiza Gomes Magalhães.

A população TT participará respondendo um questionário que visa a caracterização desta população. O preenchimento deste questionário ocorrerá na Unidade Básica- Sé e tem duração de cerca de 10 minutos.

Os resultados serão para fins científicos, podendo ser divulgados em revistas e congressos, sem a identificação dos participantes visando a melhora do acesso da população TT à APS.

Com relação aos possíveis riscos envolvidos na pesquisa, estes estão relacionados à vivência de constrangimento ou mal-estar frente às questões do questionário. Para evitar possíveis desconfortos ao responder quaisquer perguntas será dada total liberdade para respondê-las ou não.

Os benefícios da pesquisa serão a princípio indiretos, como a possibilidade de melhoria do acesso da população TT ao serviço de APS e consequentemente a qualidade da saúde desta população, através da elaboração do Manual e divulgação desse material. O benefício para a área será a possibilidade de conhecer melhor TT, as barreiras de acesso e trabalhar para redução destas.

Nenhum pagamento ou remuneração para participar da pesquisa será dado, da mesma forma não representará gastos ou prejuízos aos participantes. Caso haja alguma despesa decorrente de sua participação na pesquisa você terá garantia de ressarcimento, mediante apresentação de documento que comprove a despesa. Da mesma forma você será indenizado diante de possíveis danos decorrentes desta pesquisa.

A participação é voluntária. A desistência, a qualquer momento, ao longo do processo de coleta de dados, mesmo após a assinatura deste termo é seu direito. E não representará penalidade de forma alguma, tão pouco trará prejuízo aos seus cuidados de saúde.

Sua privacidade, o sigilo e o segredo absoluto de sua identidade e participação estão garantidos, os nomes dos participantes nunca serão divulgados.

Após ter sido bem informado (a) e todas as suas dúvidas esclarecidas, caso aceite fazer parte da pesquisa assine o TCLE.

Em qualquer fase do estudo, você terá acesso à pesquisadora responsável para esclarecimento de dúvidas e pedido de informações a respeito da pesquisa: Luiza Gomes Magalhães. Endereço: Rua Urmonduba, 195, ap. 51, Itaim Bibi, São Paulo/SP. CEP 04530-080. Telefones (11) 3079-5148 ou (11) 996891276 com atendimento 24 horas, e-mail – luizagmaga@gmail.com. Ou à orientadora Anna Maria Chiesa. Telefone (11) 99621-0148 – e-mail – amchiesa@usp.br. - Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – Cerqueira Cesar – São Paulo/SP CEP – 05403-000 Telefone- (11) 30618858.

No caso de dúvidas ou denúncias sobre questões éticas, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP (CEP/EEUSP) – Endereço - Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – Cerqueira Cesar – São Paulo/SP CEP – 05403-000 Telefone- (11) 30618858, e-mail – cepee@usp.br ou com Secretaria Municipal de Saúde, Coordenação de Educação em Saúde e Gestão do Conhecimento, Escola Municipal de Saúde Regional Centro. Rua Albuquerque Lins, 40, Santa Cecília, São Paulo/ S.P., CEP.: 01230-000, tel.: 32412454 ou 32423566, e mail; manna@prefeitura.sp.gov.br com Roberta Elias Manna. Ou ainda com o Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde através do email smscep@gmail.com, telefone 11-33972464.

Este documento deverá ser assinado nas duas vias e você receberá uma via do mesmo com assinatura e rubrica do pesquisador.

Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do participante
Data...../...../.....

ANEXO B – Pareceres

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Acesso de transexuais e travestis à Atenção Primária à Saúde na região Central de São Paulo

Pesquisador: LUIZA GOMES MAGALHAES

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 67849617.7.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.286.116

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa em análise tem como finalidade a Dissertação de Mestrado Profissional de Luiza Gomes Magalhães, sob orientação da Professora Doutora Anna Maria Chiesa. Trata-se de pesquisa qualitativa que utilizará a pesquisa-ação emancipatória socialmente crítica como método de investigação. Serão convidados a participar do estudo representantes da população de transexuais e travestis (TT) que utilizam ou já utilizaram os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) na região central de São Paulo; que fazem uso do Centro de Cidadania Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros e Travestis (LGBTT) - Arouche e do Centro de Referência da Diversidade, ambos também localizados na região central. A primeira etapa do estudo pretende identificar a "população trans" que tem ou teve, em algum momento, contato com a APS por meio da aplicação de um questionário junto aos frequentadores do Centro de Referência e Defesa da Diversidade (CRD) ligado a Secretária da Assistência Social e o Centro de Cidadania LGBT da Secretaria Municipal de Direitos Humanos. O referido questionário além de favorecer a caracterização do perfil sociodemográfico e de vulnerabilidade dos respondentes permitirá identificar tanto aqueles que fazem uso da APS, dentre os quais 15 serão convidados a participar da segunda etapa do estudo, quanto os que não utilizam a APS e seus motivos. Na segunda etapa serão realizadas três oficinas semanais para caracterização do acesso

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira César

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 2.286.116

às unidades básicas, identificação das barreiras e facilitadores, levantamento de suas impressões em relação ao atendimento e elaboração coletiva de um Manual de acesso da população TT à APS. As oficinas ocorrerão na Unidade Básica da Sé, cada uma com duração de 120 minutos. Os conteúdos serão gravados, transcritos e submetidos à análise temática com apoio do referencial teórico referente à equidade do acesso, enquanto dispositivo transformador, e suas dimensões.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Construir Manual de acesso para população trans à APS.

Objetivos Secundários:

- Caracterizar o perfil sócio demográfico e de vulnerabilidade dos usuários TT que fazem uso da atenção primária à saúde da região central de São Paulo;
- Conhecer os motivos pelos quais essa população usa ou deixa de usar a unidade básica de saúde;
- Identificar barreiras que dificultam o acesso da população TT à APS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a proponente os riscos podem estar relacionados a qualquer desconforto para responder perguntas e ou participar nos encontros. Para minimizá-los os convidados serão previamente esclarecidos sobre as etapas da pesquisa e sua liberdade de responder ou não as perguntas. Com relação à participação nos encontros será estabelecido um acordo no qual os participantes só se colocarão se sentirem-se seguros, tranquilos e a vontade, assegurando-lhes a possibilidade de deixar de participar quando o desejarem.

A princípio os benefícios seriam indiretos, com a possibilidade de melhoria do acesso da população TT ao serviço de APS e , conseqüentemente, da qualidade de saúde desta população a partir da elaboração e divulgação do Manual. Outro benefício citado seria conhecer melhor o perfil da população TT e suas necessidades de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de temática relevante com potencial para contribuir com a melhoria da qualidade do

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 2.286.116

acesso da população de TT à APS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Foi apresentada carta de concordância para a realização do estudo, assinada pela Coordenadora de Saúde da Coordenadoria Regional de Saúde Centro, desde que o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Saúde de São Paulo;
- O cronograma de atividades é exequível;
- Foi identificado orçamento próprio, do tipo custeio, no valor de R\$ 200,00;
- Foram realizadas as correções necessárias no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que, conforme solicitado, foi desmembrado em dois termos: um para os respondentes do questionário e outro para os participantes das oficinas. Ambos os TCLE são claros, objetivos e atendem a todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012.
- Os objetivos foram revisados e adequados.

Recomendações:

Apesar da indicação de que quem participará do estudo não é a "população TT", mas sim 'representantes/integrantes' dela, foi mantido no TCLE dos respondentes do questionário que "A população TT participará respondendo um questionário semi estruturado..." e do TCLE dos participantes das oficinas que "A população TT participará de pesquisa em 3 encontros em grupo...". Assim, recomenda-se, novamente, a adequação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se de Emenda de projeto de pesquisa, aprovado em 05/07/2017 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP, com a seguinte justificativa: "Foi corrigido o CNPJ da prefeitura de SP, co-participante da pesquisa. Foi corrigido o cronograma da pesquisa".

Considerações Finais a critério do CEP:

- Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil;
- Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 2.286.116

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_984394 E1.pdf	03/09/2017 17:19:50		Aceito
Cronograma	cronograma.docx	03/09/2017 17:09:21	LUIZA GOMES MAGALHAES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPlataforma.docx	05/06/2017 21:11:50	LUIZA GOMES MAGALHAES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEquestionario.docx	29/05/2017 20:48:06	LUIZA GOMES MAGALHAES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEgrupo.docx	29/05/2017 20:47:42	LUIZA GOMES MAGALHAES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	prefeitura.pdf	02/05/2017 21:50:06	LUIZA GOMES MAGALHAES	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	15/03/2017 11:32:32	LUIZA GOMES MAGALHAES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 20 de Setembro de 2017

Assinado por:
Marcelo José dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3061-8858 E-mail: cepee@usp.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Acesso de transexuais e travestis à Atenção Primária à Saúde na região Central de São Paulo

Pesquisador: LUIZA GOMES MAGALHAES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 67849617.7.3001.0086

Instituição Proponente: COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE CENTRO-OESTE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.328.368

Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa qualitativa do tipo pesquisa-ação, realizada para obtenção do título de mestre, da Escola de Enfermagem da USP.

Será realizada na região central da cidade de São Paulo, aplicando questionários e realizando oficinas com transexuais, travestis e profissionais das UBS dessa região.

Objetivo da Pesquisa:

GERAL - Construir um Manual que promova o acesso da população TT à APS na região central de São Paulo.

ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sócio demográfico e de vulnerabilidade dos usuários TT que fazem uso da APS na região central de São Paulo
- Conhecer os motivos pelos quais essa população usa ou deixa de usar a unidade básica de saúde
- Identificar barreiras que dificultam o acesso da população TT à APS

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Existem os riscos relativos ao incômodo e algumas vezes, constrangimento de responder a questionários e participar de oficinas em que serão tratados assuntos pessoais, fortemente

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar
Bairro: Vila Buarque
UF: SP **Município:** SÃO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

Continuação do Parecer: 2.328.368

estigmatizados pela sociedade.

Pode haver benefício para os participantes, pois serão levados a refletir sobre os problemas enfrentados para acessarem os serviços de saúde e também porque terão chance de manifestar suas opiniões sobre as estratégias de enfrentamento desses problemas.

Os benefícios se estenderão para outros além dos participantes, pois o resultado das oficinas será uma cartilha com orientações que facilitarão o acesso de transexuais e travestis aos equipamentos de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante que se propõe a revelar e propor estratégias de enfrentamento dos problemas de acesso aos equipamentos de saúde por segmento da população seriamente excluída.

A metodologia descrita está adequada aos objetivos propostos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto está corretamente preenchida, foram identificadas instituição proponente e coparticipante, autorização para realização da pesquisa foi adequadamente apresentada.

TCLE, Cronograma, orçamento detalhado e fonte financiadora estão adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências abaixo relacionadas foram adequadamente atendidas e as respostas constam em documento anexado à PB identificado como "67849617".

1. Quanto ao TCLE:

- a. informar o contato com o CEP/SMS para dúvidas e denúncias quanto à questões éticas. (smscep@gmail.com / 11-33972464)
- b. o campo para as assinaturas deve, dentro do possível, estar na mesma página onde são declaradas as garantias e direitos do participante. Caso não seja possível, numerar e rubricar todas as folhas do TCLE.
- c. redigir o documento sem utilizar linguagem de projeto de pesquisa: semi estruturado
- d. excluir ou justificar campo para representante legal.

2. Informar se a coleta dos dados já foi iniciada, visto o cronograma informar data prevista em 25/09/2017. Se não, apresentar cronograma atualizado.

Projeto liberado para iniciar

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar
Bairro: Vila Buarque
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.328.368

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

Se o projeto prever aplicação de TCLE, todas as páginas do documento deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo voluntário e a última página assinada por ambos, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar os relatórios parciais e final através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_984394 E1.pdf	03/09/2017 17:19:50		Aceito
Cronograma	cronograma.docx	03/09/2017 17:09:21	LUIZA GOMES MAGALHAES	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_984394 E1.pdf	23/08/2017 14:05:23		Aceito
Cronograma	cronograma.docx	05/06/2017 21:12:48	LUIZA GOMES MAGALHAES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPlataforma.docx	05/06/2017 21:11:50	LUIZA GOMES MAGALHAES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEquestionario.docx	29/05/2017 20:48:06	LUIZA GOMES MAGALHAES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLEgrupo.docx	29/05/2017 20:47:42	LUIZA GOMES MAGALHAES	Aceito

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar
 Bairro: Vila Buarque
 UF: SP Município: SÃO PAULO
 Telefone: (11)3397-2454

CEP: 01.223-010

E-mail: smscepi@gmail.com

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 2.286.116

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_984394 E1.pdf	03/09/2017 17:19:50		Aceito
Cronograma	cronograma.docx	03/09/2017 17:09:21	LUIZA GOMES MAGALHAES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPlataforma.docx	05/06/2017 21:11:50	LUIZA GOMES MAGALHAES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEquestionario.docx	29/05/2017 20:48:06	LUIZA GOMES MAGALHAES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEgrupo.docx	29/05/2017 20:47:42	LUIZA GOMES MAGALHAES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	prefeitura.pdf	02/05/2017 21:50:06	LUIZA GOMES MAGALHAES	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	15/03/2017 11:32:32	LUIZA GOMES MAGALHAES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 20 de Setembro de 2017

Assinado por:
Marcelo José dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br