



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

BEATRIZ RODRIGUES SILVA SELLES DANTAS

***BUSCAS PELO CUIDADO: O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE TRANSEXUAIS NO
MUNICÍPIO DE NITERÓI***

Niterói
2021

Beatriz Rodrigues Silva Selles Dantas

***BUSCAS PELO CUIDADO: O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE TRANSEXUAIS NO
MUNICÍPIO DE NITERÓI***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo Universidade Federal Fluminense, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^a Dr^a Claudia Regina Santos Ribeiro

Linha de Pesquisa: Atenção integral aos ciclos de vida e grupos vulneráveis

Niterói

2021

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense

D192b Dantas, Beatriz Rodrigues Silva Selles
Buscas pelo cuidado: o itinerário terapêutico de transexuais no município de Niterói / Beatriz Rodrigues Silva Selles Dantas; Claudia Regina Santos Ribeiro, orientadora. Niterói, 2021.
113 f.

Dissertação (Mestrado profissional em Saúde da Família)- Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2021.

1. Terapêutica. 2. Transexualidade. 3. Atenção Primária à Saúde. I. Ribeiro, Claudia Regina Santos, orientadora. II. Universidade Federal Fluminense. Instituto de Saúde Coletiva. III. Título

CDD 615

Beatriz Rodrigues Silva Selles Dantas

**BUSCAS PELO CUIDADO: O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE TRANSEXUAIS
NO MUNICÍPIO DE NITERÓI**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo Universidade Federal Fluminense, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em: 16 de abril de 2021

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Claudia Regina Santos Ribeiro
Universidade Federal Fluminense
(Presidente)

Prof^a. Dr^a. Patty Fidelis de Almeida
Universidade Federal Fluminense
(1^a titular)

Prof^a. Dr^a. Daniela Murta Amaral
Universidade Estácio de Sá
(2^a titular)

Prof^a. Dr^a. Adriana Lemos Pereira
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
(suplente)

Niterói

2021

Dedico esse trabalho ao meu filho Pedro, que tornou a minha vida mais colorida e diversa. Que seu caminho tenha sempre a felicidade como companheira!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer à minha família. Nada seria possível sem vocês.

Ao meu companheiro Edson, que acolheu minhas preocupações e inseguranças, comemorou as minhas conquistas, compreendeu e apoiou as minhas ausências nesses dois anos. Que grande parceiro você é! Obrigada por estar sempre ao meu lado.

Ao meu filho Pedro, que foi a inspiração deste trabalho, que é o motivo da minha vida e a razão da minha felicidade. Te amo, filhote!

Aos meus pais Aldir e Cida, que sempre estiveram do meu lado em qualquer situação. Mesmo em outro plano, tenho certeza que meu pai ainda está cuidando de mim.

Aos meus irmãos André e Guilherme, que sempre mostram que amor não tem fronteiras. E que, mesmo distantes fisicamente, a gente pode estar sempre perto um do outro.

À minha orientadora Claudia Regina Ribeiro, um agradecimento mais do que especial. Obrigada por acolher as minhas preocupações, compreender as dificuldades, orientar com tanto afeto e me incentivar com tanta vibração. Você virou uma grande amiga e companheira de lutas. Tenho certeza que nossos caminhos vão se cruzar muitas vezes.

Ao corpo docente do PROFSAÚDE-UFF, pela oportunidade em poder aprender com vocês. Terminei este mestrado com a certeza que estou me tornando uma profissional melhor. Estendo meu agradecimento à Rafaela Fidelis, secretária do PROFSAÚDE e grande parceira nesta caminhada.

Aos/às meus/minhas colegas de curso, obrigada pela constante torcida, pelo apoio, pelos momentos de troca e aprendizado. E que sorte eu tive de ter uma amiga-irmã nessa turma! Obrigada à Fernanda Quintão, por estar sempre presente nos melhores e mais difíceis momentos da vida. Estamos juntas pro que der e vier!

À equipe do Laboratório de Estudos em Gênero, Sexualidade e Direitos Sexuais e Reprodutivos (LEGS) da UNIRIO, especialmente à professora Adriana Lemos, obrigada pela parceria durante esta pesquisa.

Agradeço ainda às professoras Patty e Daniela, que compuseram minhas bancas de qualificação e defesa e deram enormes contribuições para este trabalho. Obrigada por me ajudarem a ampliar o olhar sobre ele.

Às Secretarias Municipais de Saúde de Niterói e Maricá, locais onde trabalhei nestes dois anos, por compreenderem a importância da continuidade da formação e autorizarem a minha participação neste mestrado profissional.

À equipe do Ambulatório de Atenção à Saúde da População Travesti e Transexual João W. Nery, em especial à Diana, que coordenou o ambulatório na maior parte do tempo em que este trabalho foi desenvolvido. Obrigada não só por abrirem as portas para o desenvolvimento deste trabalho, mas também por me darem a oportunidade de trabalhar como médica no serviço e, principalmente, por me acolherem enquanto mãe de uma criança iniciando sua transição.

À população transexual e travesti, pela oportunidade de ouvir e aprender com vocês.

Ao grupo Mães pela Diversidade, coletivo que tem transformado tantas histórias de vida e que fez com que a minha caminhada não fosse mais tão solitária. Vamos de mãos dadas!

RESUMO

Introdução: O direito à saúde de transexuais e travestis vem sendo conquistado por meio de intensa mobilização social, que se refletem em políticas específicas para esta população, especialmente nas duas últimas décadas. Mas apesar destas políticas, nota-se uma desassistência a este grupo em relação a seu cuidado em saúde levando-o a desenhar diversos itinerários terapêuticos na busca pelo cuidado. **Objetivos:** Analisar como são traçados os itinerários terapêuticos da população transexual em Niterói; identificar barreiras e potencialidades da rede assistencial no cuidado de transexuais; compreender o trânsito da população pela rede informal de cuidados; conhecer as redes sociais mobilizadas e as estratégias desenvolvidas pelas pessoas trans na produção de seus projetos de vida. **Metodologia:** Foi realizada uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, cujo cenário foi o Ambulatório de Atenção à Saúde da População Travesti e Transexual João W. Nery, no município de Niterói, RJ. Participaram da pesquisa homens e mulheres trans que vivem em Niterói que responderam a uma entrevista de roteiro semi-estruturado. O número de participantes foi definido por saturação teórica e o tratamento dos dados foi realizado através da análise de conteúdo temático-categorial. **Resultado:** Participaram desta pesquisa doze homens trans e oito mulheres transexuais. Os itinerários construídos passaram pela Rede Formal de assistência à saúde, onde foram relatadas as barreiras encontradas – desrespeito ao nome social, falta de profissionais especializados, o alto custo dos hormônios, medo do preconceito e a abordagem binária e patologizante dos serviços - e as potencialidades, como uma APS forte, a criação de vínculos e a possível articulação dos serviços de saúde. Na Rede Informal foram apresentadas outras formas de acesso ao ambulatório especializado, através de amigos, mídias sociais e movimentos políticos; a potência da internet como ferramenta para produção de cuidado e os caminhos para judicialização da saúde. As Redes Sociais ampliaram a capacidade de produção de saúde, mobilizando relações familiares, de amizade, religiosidades, movimento estudantil e grupos universitários, além do movimento social LGBT no empoderamento e ressignificação dos projetos de vida e da própria expressão da identidade trans. **Conclusão:** Os itinerários terapêuticos construídos foram múltiplos e se relacionaram com os recortes de gênero e classe social, mas os que mais produziram cuidado foram determinados pelo acolhimento e respeito às identidades, pela articulação da rede de atenção à saúde, pela abordagem não patologizante nos serviços e pelas relações de apoio constituídas. Os serviços de saúde devem valorizar todos esses aspectos, sem deixar de compreender as especificidades e necessidades em saúde da população trans para produzir um cuidado em saúde pautado pelos paradigmas da integralidade e dos direitos humanos.

Palavras-chave: itinerário terapêutico; transexualidade; cuidado em saúde

ABSTRACT

Introduction: The rights of transgender people to health care, especially in the last two decades, has been achieved through intense social mobilization, which is reflected in specific policies for this population. But despite these policies, in general, there is a lack of assistance to this group in related to their health care, leading them to design different therapeutic itineraries in the search for health care assistance. **Goals:** To analyze the therapeutic itineraries of the transgender population in the Municipality of Niterói, Rio De Janeiro State; to identify barriers and potentialities into the assistance network on the transgender population health care; To understand the path taken by the transgender population through the informal care network; to know the transgender people's social network that surround them, and the strategies developed by them in the production of their life projects. **Methodology:** A qualitative, exploratory research was carried out at *the Ambulatório de Atenção à Saúde da População Travesti e Transexual João W. Nery*, in Niterói. The study included transgender men and women living in Niterói, who answered to a semi-structured script interview. The number of participants was defined by theoretical saturation, and the data treatment was carried out using the thematic-categorical content analysis. **Results:** Twelve transmen and eight transwomen were part of the research. The built itineraries went through the Formal Health Care Network, where the barriers found were reported – disrespect to the social name, lack of specialized professionals, the high cost of hormones, prejudice and discrimination fear, and the binary and pathological approach of the health care services – and the potential, as a strong Primary Health Care, the creation of bonds and the possibility of health care services articulation. In the Informal Network, other ways of accessing the specialized clinic were presented, through friends, social media, and political movements; the power of the internet as a tool to produce health care and the ways to judicialize it. Social networks have expanded the capacity of health production, mobilizing family relationships, friendship, religiosity, student movement and study groups at the university, in addition to the LGBT social movement on the empowerment and resignification of life projects and the very expression of transgender identity. **Conclusion:** The therapeutic itineraries built were multiple and related to the gender and social class, but the ones that produced the most care were determined by the reception and respect for gender identities, by the articulation of the health care network, by the non-pathological approach in the services and the support relationships established. All these aspects (mentioned above) must be valued by health care services, while understanding the specificities and health needs of the transgender population to produce health care guided by the paradigms of integrality and human rights.

Keywords: therapeutic itinerary; transsexuality; health care

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica

ANTRA – Associação Nacional de Travestis e Transexuais

APS – Atenção Primária à Saúde

CFM – Conselho Federal de Medicina

CID – Classificação Internacional de Doenças

DESUM - Departamento de Supervisão Técnica e Metodológica

DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais

GDN – Grupo Diversidade de Niterói

GT Trans - Grupo de Trabalho sobre a saúde população trans do município de Niterói

IT– Itinerário Terapêutico

LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

TIG – Transtorno de identidade de gênero

UR – Unidade de Registro

US – Unidade de Significação

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Artigos selecionados sobre Itinerário Terapêutico de transexuais.....	23
Quadro 2 – Perfil das/os participantes.....	45

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Identidade de gênero de usuárias/os do ambulatório.....	44
Figura 2 – Raça de usuárias/os do ambulatório.....	44
Figura 3 – Faixa etária de usuárias/os do ambulatório.....	45
Figura 4 – Itinerário Terapêutico de M5.....	79
Figura 5 – Itinerário Terapêutico de H2.....	80

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	17
2. JUSTIFICATIVA.....	22
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-CONCEITUAL.....	24
3.1 As múltiplas visões de Gênero.....	24
3.2 Transexualidade e Travestilidade: identidade ou diagnóstico?.....	26
3.3 Saúde Trans e transfobia nos serviços de saúde.....	30
3.4 Processo Transexualizador.....	32
3.5 Produção de cuidado.....	34
3.6 Itinerário Terapêutico.....	36
4. OBJETIVOS.....	39
5. ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	39
5.1 Tipo de estudo.....	39
5.2 Cenário da pesquisa.....	40
5.3 Participantes da pesquisa.....	40
5.4 Construção dos dados.....	40
5.4.1 Entrevista semiestruturada.....	40
5.4.2 Observação participante.....	41
5.5 Análise dos dados.....	42
5.6 Aspectos éticos.....	43
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	43
6.1 Caracterização das/os participantes.....	43
6.2 Redes Formais: Percorrendo o CISTema.....	48
6.2.1 Barreiras identificadas.....	48
6.2.2 Potencialidades para o Cuidado em Saúde.	55
a) O papel da Atenção Primária à Saúde no cuidado da população trans.....	55
b) Vínculo com as equipes.....	57
c) Outros equipamentos.....	59
d) A opção pelo SUS.....	61
6.3 Redes Informais: Atravessando o Instituído	62
6.3.1 Produzindo redes para acesso ao serviço.....	63

6.3.2	O poder da internet.....	65
6.3.3	Judicializando a hormonização.....	67
6.4	Redes Sociais: Ampliando a produção de saúde.....	68
6.4.1	Relações familiares.....	68
6.4.2	Relações de amizade.....	71
6.4.3	Religiosidades.....	73
6.4.4	Movimento estudantil e grupos universitários.....	74
6.4.5	Movimentos sociais.....	76
6.5	As múltiplas redes construídas.....	78
7.	RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA INESPERADA.....	81
8.	CONCLUSÃO.....	84
	REFERÊNCIAS.....	87
	APÊNDICES.....	97
	ANEXOS.....	107

APRESENTAÇÃO

Nenhuma trajetória é individual. Somos quem somos pelo resultado das muitas interações com pessoas, coletivos, instituições, culturas, diversidades. Então essa pode ser a apresentação da minha vida até este mestrado, mas não é sobre mim, é sobre as pessoas que encontrei na construção do meu caminho. E talvez por isso eu tenha relutado tanto sobre fazer ou não esta apresentação, mas desta forma o/a leitor/a dessa dissertação poderá compreender o meu lugar de fala, que é uma mistura de tantas representações de mim. Falo como mulher, falo como médica, falo como mestrande e falo como mãe.

Fui criada na Ilha do Governador, no Rio de Janeiro, onde morava num condomínio de classe média/média-baixa. E foram meus pais que me deram as primeiras lições sobre democracia e justiça social. Foi com eles que eu aprendi valores de solidariedade, respeito ao próximo, empatia e coragem. Não éramos ricos e o impacto do Plano Collor nas nossas vidas foi significativo: eu precisei ir pra escola pública. E foi na escola pública, no Colégio Pedro II, que eu dei meus primeiros passos no exercício da cidadania.

Quando passei no vestibular e precisei escolher a faculdade, tomei a decisão pela Universidade Federal Fluminense pelo seu currículo inovador, que trazia a proposta de formação de um profissional generalista, voltado para as necessidades de saúde da população, e pela notável relação das ciências sociais e humanas na formação médica.

Logo no início da faculdade, aprendi e vivenciei o Sistema Único de Saúde como futura profissional e defender o SUS se tornou uma bandeira durante toda a minha formação. Participei do Diretório Acadêmico Barros Terra (DABT), fui da coordenação regional e nacional da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM), coordenadora de saúde do Diretório Central dos Estudantes da UFF – Fernando Santa Cruz (DCE/UFF), organizei estágios de vivência no SUS (VER-SUS), participei do colegiado de curso da faculdade de medicina, do conselho universitário da UFF e pude entender neste caminho, que para além de uma questão técnica de gestão/financiamento do SUS, há no sistema uma esfera político-ideológica na diversas compreensões do que seja saúde e de como se deve prover assistência à saúde. Isso foi definidor pra que eu seguisse fazendo a escolha de ser profissional e militante do SUS.

Foi na faculdade também que eu fui apresentada ao debate feminista. Na época fazia parte do coletivo Kizomba e acabei acompanhando a construção dos primeiros Encontros de Mulheres Estudantes da União Nacional dos Estudantes (EME - UNE), onde fiz rodas de

conversa sobre saúde da mulher. O movimento feminista crescia nas universidades e as mulheres e amigas incríveis que conheci nestes espaços me apresentaram uma visão interseccional do feminismo, essencial para compreensão da nossa sociedade.

Ao me formar, escolhi trabalhar como médica de família e comunidade e continuar em Niterói, cidade que tem o seu lugar na história da saúde da família do Brasil e que me acolheu. No mesmo ano, entrei no programa de residência de Medicina de Família e Comunidade da Policlínica Regional Sérgio Arouca, onde pude desenvolver competências que ajudaram a moldar e qualificar a minha prática, como o cuidado centrado na pessoa, o conceito ampliado de saúde, a valorização do território e da abordagem comunitária e o trabalho em equipe.

Após concluir a residência médica, permaneci atuando no município e pude realizar algumas atividades de preceptoria de alunos de graduação, de algumas edições do PET-Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde), que foram minhas primeiras experiências com estudantes. Compreendi que os processos de aprendizagem são permanentes e que a gente aprende tanto ou mais quando está na função de ensinar. Isso me levou ao curso de especialização em Educação na Saúde para Preceptores do SUS, oferecido pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês (IEP/HSL). No curso pude fundamentar mais tecnicamente o trabalho que desenvolvia com os alunos do PET e com outros estudantes, aprimorando metodologias ativas de ensino/aprendizagem, algumas das quais eu utilizo nas reuniões de equipe e em atividades de educação em saúde com a comunidade assistida por mim e pela minha equipe. Também fiz uma especialização em Gestão de Redes de Atenção à Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), onde eu comecei a discutir estigma e vulnerabilidades, uma vez que trabalhei com uma pesquisa sobre mulheres vivendo com HIV/AIDS, mas sob uma perspectiva de planejamento de ações e serviços.

Fazer este Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) da UFF foi como um seguimento desta caminhada, que integrou ensino e serviço desde o seu início. Ainda hoje trabalho como médica de família e comunidade, sou preceptora do PET-Saúde da UFF e supervisora técnica do Programa Mais Médicos para o Brasil, vinculada à UFRJ-Macaé. Após dez anos de formada, o mestrado me deu fôlego para seguir em frente num período em que a conjuntura nacional era de desesperança, com o crescimento da face mais violenta do conservadorismo.

Mas minha trajetória profissional é só um dos meus muitos eus. Na vida pessoal me casei com um grande companheiro e engravidei. Tive uma criança que fugia de todos os padrões, sob todos os prismas. Uma criança incrível, inteligente, carinhosa, bondosa e que não segue os padrões cisnormativos de gênero. Tive dúvidas sobre fazer uma pesquisa no tema da

transexualidade, uma vez que eu estava muito implicada no assunto, mas o que é a pesquisa senão buscar respostas àquilo que nos mobiliza?

Nesta história recente, fui calorosamente acolhida pelo grupo Mães pela Diversidade, que me apresentou um mundo muito mais colorido. Numa sociedade tão intolerante, no país que mais assassina travestis e transexuais no mundo, foi fundamental ter um espaço de solidariedade, trocas e muito amor.

Como eu falei anteriormente, a apresentação é minha, mas não é sobre mim. Foram tantas pessoas que passaram pelo meu caminho e que construíram e desconstruíram a minha forma de viver a vida, que elas foram decisivas para a minha história de defesa da saúde, do SUS, da universidade pública, da diversidade. E foi por causa dessa trajetória que hoje eu apresento esta dissertação sobre saúde trans como mestranda do PROFSAÚDE-UFF, mas também com um olhar de médica, mulher e mãe pela diversidade.

1. INTRODUÇÃO

O direito à saúde é um dos direitos fundamentais do ser humano e está formalmente estabelecido na Constituição Federal Brasileira (1988), que determina o acesso universal e igualitário de todo e qualquer cidadão brasileiro às ações e aos serviços de saúde. Embora este direito constitucional seja para todos e todas, ainda encontramos populações em extrema vulnerabilidade e invisibilizadas pela sociedade, o que se expressa também na desassistência pelos serviços de saúde, como é o caso das pessoas trans.

Transgêneros, Transexuais e Travestis, também denominados neste trabalho por trans, são termos que se referem a pessoas que expressam seus gêneros de forma diferente do seus sexos biológicos, em contraposição às pessoas cisgêneras, que apresentam, pela norma de gênero, concordância entre o sexo de nascimento e o gênero.

Por transexualidade utilizaremos a concepção de Berenice Bento (2008), que sugere a definição de uma experiência identitária, caracterizada pelo conflito com as normas de gênero, onde estas são fundadas no dimorfismo, na heterossexualidade e nas idealizações. Com relação a essas identidades, é preciso dizer que, embora o termo transexualidade possa comportar as mais diversas expressões de gênero, a identidade travesti deve ser igualmente representada, pois o reconhecimento da travestilidade é uma posição política diante das violências sofridas pela população travesti (CAMPUZANO, 2008).

A exclusão social e a invisibilidade marcam as histórias de vida da população trans. Ela está mais sujeita a sofrer com as diversas formas de violências, com conflitos familiares e, muitas vezes, com expulsão de casa. Também é comum a interrupção precoce dos estudos provocada por *bullying* e violência institucional, além da dificuldade de inserção no mercado de trabalho (MONTEIRO, BRIGEIRO & BARBOSA, 2019).

A partir da configuração deste quadro de exclusão social, essa população torna-se mais suscetível a desenvolver problemas como depressão, ansiedade, a se expor ao vírus HIV e a chegar ao suicídio (LISZEWSKI et al, 2019). Com relação a esses últimos dados, estima-se que a prevalência de mulheres trans e travestis vivendo com HIV no Brasil seja de 33,1%, muito acima da estimativa mundial, que se situa em 19% (BARRAL et al, 2013). No que diz respeito ao suicídio, alguns estudos apontam que cerca de 40% da população trans já tentou interromper sua própria vida (NARANG et al, 2018; MAGUEN & SHIPHERD, 2010; GOLDBLUM et al, 2012; HAAS, RODGERS & HERMAN, 2014) .

Pode-se dizer, portanto, que a identidade de gênero não normativa impacta significativamente nos determinantes sociais da saúde dessa população, aumentando o grau de vulnerabilidade da pessoa trans, tornando a transexualidade reconhecidamente um dos determinantes sociais da saúde no país (Brasil, 2013).

As pessoas trans, ao fugir dos padrões estabelecidos e não ocupando uma posição dentro da zona de inteligibilidade social, são, em sua maior parte, consideradas "monstruosas" e abjetas, como lembra Tagliamento (2015). Essa abjeção se configura numa repulsa denominada de transfobia (MONTEIRO & BRIGEIRO, 2019), que se expressa também nos serviços de saúde das mais diversas maneiras, com a interposição de barreiras de acesso.

Uma situação bastante comum é o desrespeito ao uso do nome social, apesar de ser um direito garantido pela portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, inclusive, com a possibilidade de inclusão no Cartão SUS. O que fica claro é que a lei não tem sido suficiente para a efetivação de direitos, seja por desconhecimento dos profissionais, despreparo ou resistência das equipes de saúde. Outro flagrante de transfobia é a ausência de exame físico pelos profissionais de saúde, que recebem com constrangimento e preconceito a ambiguidade dos corpos trans, realizando a consulta e prescrevendo o tratamento a partir do relato da pessoa, sem examiná-la (ROCON et al, 2016; ROGER et al, 2008; SOUSA & IRIART, 2018; ROCON et al, 2018, MONTEIRO & BRIGEIRO, 2019).

Frente a esta realidade, algumas iniciativas foram realizadas para o desenvolvimento de políticas públicas que promovam a equidade, para produção de saúde na perspectiva dos direitos humanos. Um marco na agenda LGBT foi a instituição em 2004 do programa *Brasil sem Homofobia - Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e Promoção da Cidadania Homossexual* que, entre outras urgências, sinalizava a necessidade de se elaborar uma política de saúde para a população LGBT que estivesse inserida em uma agenda de direitos nas mais diversas áreas (BRASIL, 2004; IRINEU, 2014). Em 2006, no mesmo ano em que a *Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde* instituiu o direito ao uso do nome social, a comunidade LGBT conquistou representação no Conselho Nacional de Saúde, dando novas perspectivas de participação democrática. O ano de 2008 também foi muito simbólico na história das políticas públicas LGBT, pois foi realizada a I Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais, além de ter sido publicada a Portaria No 1.707, de 18 de agosto, que implantou o Processo Transexualizador no âmbito do Sistema Único de Saúde (MELLO et al, 2012; POPADIUK et al, 2017). Em contexto mais recente de afirmação política dessa população enquanto sujeitos sociais e buscando ampliar o acesso a direitos historicamente negados, em 2011 foi publicada a *Política Nacional de Saúde Integral de*

Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, instituída pela Portaria no 2.836, de 1 de dezembro daquele ano (BRASIL, 2013), e em 19 novembro de 2013, a portaria 2.803, que redefiniu e ampliou o Processo Transexualizador no SUS.

A Política Nacional de Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis (2011) é constituída pelos seguintes eixos: Eixo 1 - Acesso da população LGBT à Atenção Integral à Saúde¹; Eixo 2 - Ações de Promoção e Vigilância em Saúde para a população LGBT; Eixo 3: Educação Permanente e Educação Popular em Saúde com foco na população LGBT e Eixo 4: Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população LGBT. Esta pesquisa dialoga com o eixo 1, que tem como propostas “1. Qualificação do atendimento adequado à população LGBT, considerando a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT, e as Políticas de Saúde, garantindo a integralidade da atenção; 2. Ampliação do Processo Transexualizador” (BRASIL, 2013, PP 28, 29).

Em relação ao Processo Transexualizador, este é uma linha de cuidado para a população trans que tem como porta de entrada prioritária a Atenção Básica, como responsável pela coordenação do cuidado e pela atenção continuada das pessoas adscritas no território. Dessa forma, este nível de atenção tem a competência de avaliar e realizar o encaminhamento (ou não) do usuário para a Atenção Especializada, o segundo componente da linha de cuidado, que inclui uma modalidade ambulatorial – serviço que deverá ofertar, no mínimo, cuidados nas áreas de endocrinologia ou clínica geral, psiquiatria, psicologia e assistência social – e uma hospitalar – onde se realizam as cirurgias de afirmação de gênero, incluindo a redesignação sexual.

As políticas de saúde sinalizam a importância do cuidado em uma perspectiva integral, que acolha todas as dimensões e complexidades das necessidades de saúde da pessoa trans. Todavia, as intervenções médicas se baseiam em protocolos e diagnósticos formalmente estabelecidos, muitas vezes limitando a vivência e a experiência identitária de cada um/a (BORBA, 2016).

Até janeiro de 2020, vigorava a resolução no 1.955/2010 do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2010), que estabelecia que transexuais são portadores de "desvio psicológico permanente de identidade sexual, com rejeição do fenótipo e tendência à automutilação e ao

¹ O eixo 1, que se refere ao Acesso da População LGBT à Atenção Integral à Saúde, afirma que se “trata da adoção de mecanismos gerenciais e de planejamento para a promoção de equidade em saúde de grupos em condições de vulnerabilidade; instituição de espaços de promoção de equidade em saúde; produção de informação e comunicação em saúde; desenvolvimento de estratégias voltadas para a implementação de ações intersetoriais, com interfaces nas questões de saúde desta população, por meio da articulação com os órgãos co-responsáveis”. (BRASIL, 2013)

extermínio". Sendo assim, ditava os critérios para o diagnóstico de transexualismo e para os procedimentos transgenitalizadores. Essa resolução tinha como pressuposto o diagnóstico médico que confirmasse ser o usuário um “verdadeiro transexual”, tendo como prova, por exemplo, os gestos, os modos de se vestir e falar e, de forma importante, a abjeção de longa permanência e a heterossexualidade, tal qual foi defendido por Harry Benjamin em 1966 (BENTO & PELÚCIO, 2012; BORBA, 2016).

Esta necessidade de um diagnóstico é extremamente patologizadora das identidades trans e ainda percebida no âmbito da prática médica, que determina quais corpos são passíveis de receber intervenções cirúrgicas e hormonais, numa perspectiva de normalização dos corpos, produzindo a congruência entre sexo e gênero, teoricamente esperada por toda pessoa verdadeiramente transexual.

Com a publicação da resolução CFM no 2.265/2019 em janeiro de 2020, o Conselho Federal de Medicina (CFM) propôs uma nova abordagem, que passa pelo reconhecimento da pessoa transgênero como pessoa que não apresenta a “paridade entre identidade de gênero e sexo ao nascimento”. Esta nova resolução do CFM dialoga com a próxima Classificação Internacional de Doenças (CID-11), que deverá ser implantada em janeiro de 2022, alterando o que é estabelecido na vigente CID-10. Atualmente, a CID identifica o “transexualismo” e o “travestismo” como transtornos da identidade de gênero, pertencente ao capítulo de doenças mentais, reforçando o estigma desta população. Já o CID 11 compreenderá a transexualidade como incongruência de gênero, que será incluída em um novo capítulo de saúde sexual.

No que concerne ao Itinerário Terapêutico (IT), proposto como ferramenta desta pesquisa, ele descreve e analisa de forma etnográfica os caminhos percorridos pelos indivíduos na produção do seu cuidado, evidenciando não só como as pessoas utilizam os serviços oferecidos, mas a compreensão dos seus processos de saúde, as relações sociais estabelecidas e os arranjos organizativos das suas experiências (MANGIA & MARUMOTO, 2008; CABRAL et al, 2011; ALVES, 2015, DEMETRIO et al, 2019).

A população, de forma geral, constrói caminhos diversos na busca do seu cuidado, que podem passar pelos serviços formais de saúde, mas também por fora deles. Os estudos sobre esses itinerários são capazes de promover uma compreensão sobre as demandas e utilização desses serviços, identificar e caracterizar padrões na busca de ajuda, possibilitar a existência de diferentes concepções sobre saúde-doença, observando as constituições das redes sociais nas quais os usuários se inserem para resolução dos seus problemas (ALVES, 2015).

Embora os estudos sobre IT apresentem toda esta potencialidade de compreensão dos processos de saúde-adoecimento, na maioria das vezes se circunscrevem somente às redes

formais de assistência à saúde, utilizando doenças e problemas de saúde como disparadores para a busca de terapêuticas, o que Demétrio et al (2019) chamam de concepção negativa de saúde. Estes autores discutem a necessidade de ampliar os referenciais de análise e as perspectivas teóricas nos estudos sobre IT como forma de contribuir com a efetividade da integralidade e no cuidado em saúde (DEMÉTRIO et al, 2019).

No caso de pessoas trans, um grupo notadamente de maior vulnerabilidade, que encontra muitas barreiras no acesso e utilização dos serviços de saúde, que pode ter ou não uma concepção de saúde diferente do que está estabelecido nas políticas e nas portarias médicas, que tem suas complexidades e especificidades - a opção por utilizar o itinerário terapêutico permite uma maior visibilidade às práticas e demandas por cuidados dos usuários (SILVA JR. et al, 2016), aspectos centrais no estudo que propomos.

Reconhecendo a fragilidade na assistência da população trans pelos serviços e sistema de saúde, esta pesquisa se propõe a identificar como transexuais do município de Niterói produzem os caminhos dos seus cuidados e como desenham os seus itinerários terapêuticos. Dessa forma, poderemos compreender as lacunas e potencialidades dos serviços de saúde no que se refere ao atendimento a essa população, utilizando os itinerários para dar centralidade e voz a este grupo na compreensão dos seus processos de saúde e adoecimento.

O município de Niterói, onde se desenvolveu esta pesquisa, apresenta uma conjuntura muito favorável para a discussão sobre a saúde da população trans, em contraste com o cenário nacional. Os movimentos sociais e a Secretaria Municipal de Saúde produziram várias iniciativas que ampliam direitos à população LGBT da cidade. Em 2018 foi construído pela Secretaria Municipal de Saúde de Niterói, por pressão do movimento social, um grupo de trabalho sobre saúde trans (GT-Trans), dando centralidade à saúde LGBT na agenda da cidade. Este GT-Trans foi impulsionador da criação do Ambulatório de Atenção à Saúde da População Travesti e Transexual João W. Nery em novembro de 2018. Os movimentos sociais da cidade também foram os fomentadores da construção do Conselho Municipal de Direitos LGBT e promovem a capacitação e sensibilização de profissionais de saúde de toda a rede municipal de saúde para assistência de pessoas trans, destacando a importância do controle social na elaboração e fiscalização das políticas e ações de saúde. Com esta conjuntura de ampliação da oferta de serviços da cidade e capacitação dos profissionais, a pesquisa busca valorizar a perspectiva da pessoa trans na elaboração de seus arranjos organizativos e trajetórias na busca pelo seu cuidado.

2. JUSTIFICATIVA

Desde meados da década passada, Niterói vem implementando importantes debates sobre os direitos da população LGBT, pautados por um movimento social fortalecido e atuante, tendo sido a primeira cidade do estado do Rio de Janeiro a criar um Conselho Municipal dos Direitos LGBT em 2015.

Em 2018, foi criado um Grupo de Trabalho sobre a saúde da população trans (GT Trans) no âmbito do Departamento de Supervisão Técnica e Metodológica (DESUM). Esse GT constituiu-se como espaço de discussão entre profissionais da saúde, ativistas e pesquisadores, visando a criação do Ambulatório de Atenção à Saúde da População Travesti e Transexual João W. Nery. O GT ainda está ativo, reunindo periodicamente esses mesmos segmentos sociais em reuniões virtuais, agora para discutir o funcionamento do Ambulatório (PINTO et al, 2020).

Nesse mesmo sentido, iniciou-se em 2019 a sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde, que vem sendo efetivada pelo DESUM em parceria com o Grupo Diversidade de Niterói (GDN). E em outubro de 2019, foi criado um grupo de estudos vinculado ao Ambulatório, possibilitando um ambiente favorável à produção de pesquisas voltadas à saúde da população trans.

Aspecto igualmente relevante é que a pesquisa está em consonância com o Plano Municipal de Saúde de Niterói 2018- 2021, que se compromete a implementar a Política Nacional de Saúde LGBT, identificar as necessidades de saúde da população LGBT no município e criar mecanismos de monitoramento e avaliação locais da política. Desta forma, este estudo pode contribuir com a geração de informações para a produção de uma rede assistencial mais humanizada, sensível às demandas e necessidades de saúde específicas desta população, desde a atenção básica até os atendimentos especializados nas diversas unidades de saúde.

Soma-se a isso a escassez de trabalhos publicados com foco no itinerário terapêutico e no cuidado da população trans. Foi realizada uma busca nas bases de dados do PUBMED e BVS com os seguintes descritores e operadores de pesquisa: (itinerário OR *itinerary*) AND (transexual OR transgenero OR travesti OR *transgender*). No PUBMED foram encontrados 6 resultados, sendo um dos artigos excluído por não se referir ao tema do itinerário terapêutico e um por repetição, estando os demais citados nesta pesquisa. Na BVS, foram encontrados 2 resultados, também citados neste trabalho. No Google Acadêmico foi encontrado o maior número de publicações com a utilização destes mesmos descritores: 217. Destas, 204 não se relacionavam com o tema da transexualidade e IT concomitantemente, quatro foram excluídas

por serem repetidas, resultando em somente 8 trabalhos que abordaram itinerário da população transexual ou travesti, evidenciando uma escassez de publicações com esta temática. O quadro 1 apresenta os artigos encontrados:

Quadro 1. Artigos selecionados sobre Itinerário Terapêutico de transexuais

Autores/ano	Título	Objetivo
Carrara et al (2019)	Body construction and health itineraries: a survey among travestis and trans people in Rio de Janeiro	Avaliar a diversidade da população trans / travesti e o perfil sociodemográfico; e mapear as diversas formas de acesso aos seus direitos de cidadão, especialmente aos serviços de saúde e às tecnologias de modificação corporal.
Florencio et al (2020)	Therapeutic itinerary of transsexual people in light of human rights	Discutir o itinerário terapêutico de transexuais na busca por cuidado em saúde, na perspectiva do usuário.
Braz (2019)	Lives on hold? Itineraries in access by trans men to health services in Brazil and Argentina	Interpretar comparativamente os itinerários agenciados por homens trans para lidar com a questão da espera, quando confrontados por desafios relacionados ao acesso a serviços de saúde no Brasil na Argentina.
Souza et al (2014)	Itinerários terapêuticos de travestis da região central do Rio Grande do Sul, Brasil	Apresentar os itinerários terapêuticos de travestis do município de Santa Maria, região central do Rio Grande do Sul.
Silva (2019)	Itinerários Terapêuticos da população trans em um município do Nordeste Brasileiro	Compreender os itinerários terapêuticos percorridos pela população trans em um município do nordeste brasileiro, Timon – Maranhão.
Hanauer e Hemmi (2019)	Caminhos percorridos por transexuais: em busca pela transição de gênero	Descrever os caminhos percorridos por transexuais, visando conhecer seus itinerários na busca por atendimento às suas necessidades e demandas em saúde
Sampaio e Germano (2017)	“Tudo é sempre de muito!”: produção de saúde entre travestis e transexuais	Investigar como travestis e transexuais negociam com os espaços institucionalizados de saúde e quais práticas compreendem como produtoras de saúde.

Silva (2017)	“Existe uma barreira que faz com que as pessoas trans não cheguem lá”: Itinerários Terapêuticos, necessidades e demandas de saúde de homens trans no município de Salvador - BA	Investigar as necessidades e demandas de saúde de homens trans e os itinerários terapêuticos por eles realizados na busca por cuidados de saúde no município de Salvador – BA
--------------	---	---

Em revisão integrativa recente, Pereira e Chazam (2019) discutem que embora a produção acadêmica sobre a saúde trans venha crescendo nos últimos dez anos, a maior parte dos estudos realizados dizem respeito ao combate ao HIV/Aids e ao Processo Transexualizador, revelando uma possível abordagem reducionista das demandas e necessidades de saúde da população trans.

Estes fatores demonstram a importância de ampliar a discussão e a produção acadêmica sobre saúde de transexuais e travestis e contribuir para o município de Niterói, gerando informações sobre usuárias/os do serviço que possam provocar transformações no cuidado desta população usuária dos serviços

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-CONCEITUAL

3.1 AS MÚLTIPLAS VISÕES SOBRE GÊNERO

Gênero é um conceito fundamental nesse trabalho e o debate em torno dele é atravessado por diferentes perspectivas que refletem distintos contextos históricos. Para compreender o conceito e como ele vem sendo absorvido pela sociedade, é necessário ressaltar que, apesar das perspectivas apresentadas nas últimas décadas pelos estudos feministas e pós-coloniais, principalmente, as narrativas da história e das ciências são fortemente construídas a partir de visões euro e androcêntricas, que tem na família nuclear a base para discussão e produção dos conceitos de gênero.

Segundo Oyewumi (2004), o gênero, na perspectiva europeia, é o princípio organizador fundamental da família nuclear, composta por um casal e seus filhos, e a distinção entre os gêneros seria a fonte primária de hierarquia e opressão neste tipo de família. A autora discute outras organizações e estruturas comunitárias e familiares, situando gênero numa perspectiva interseccional, de forma que ele não possa ser considerado fora do debate de raça e classe.

Dito isso, é importante reconhecer que as relações entre gêneros fundamentaram a

sociedade moderna ocidental, principalmente a partir do século XVI, onde a sexualidade passa a ser modulada para o crescimento e controle das populações, onde o elemento central é o governo da família (FOUCAULT, 1997, 2008).

Ao longo dos séculos, os homens ocuparam o espaço público, as ruas, o poder, o trabalho. Já as mulheres, numa rígida divisão de papéis, se ocuparam do espaço privado, com a maternidade, a criação dos filhos, o cuidado do lar (COLLING, 2004). Desta forma, construiu-se representações para o que seria um padrão de masculinidade, caracterizado pela frieza, objetividade, agressividade e tendo o mundo externo, a rua, como seu ambiente mais propício, enquanto a feminilidade seria como marcada pela emoção, o afeto e a fragilidade, sendo o mundo interno, a casa, o seu ambiente por excelência. Este cenário é o pano de fundo para a discussão de gênero numa perspectiva biológica: gênero significaria a expressão dos sexos biológicos, numa relação de complementaridade entre machos e fêmeas, objetivando a perpetuação da espécie humana, sendo sustentado pelo binarismo homem/mulher, em que cada um tem seu papel definido *a priori* por características corporais, como a força física para homens e capacidade de gestação para mulheres. Nesse contexto, mulheres desejariam e seriam mães por trazerem em si um instinto materno, enquanto os homens seriam por natureza viris e proativos para a vida pública e o sustento do lar (DE TILIO, 2014). Esta visão foi fortemente sustentada pelo catolicismo a partir do século XVI, pela medicina (FOUCAULT, 1997) e algumas correntes científicas no século XIX, como a neurobiologia, neuropsicologia, sociologia genética e Darwinismo social (DE TILIO, 2014) e ainda hoje esta perspectiva biológica sobre gênero influencia os debates científicos e políticos da sociedade (RIBEIRO & ROHDEN, 2009).

Em contraposição ao determinismo biológico nas relações entre os gêneros, Joan Scott (1988), influenciada pelo debate feminista que cresce a partir das décadas de 70/80, rejeita os termos “sexo” e “distinção sexual” e utiliza o termo gênero para enfatizar o caráter fundamentalmente social das distinções entre os sexos, construída a partir das relações de poder entre homens e mulheres. Equipara o recorte de gênero aos de raça e classe, criando uma nova categoria analítica de compreensão da história. O gênero, segundo Scott, seria passível de mudança, uma vez que ele expressa as representações das relações de poder produzidas a partir da diferença sexual, que determinariam como os sexos devem manter suas interações. Embora as formulações de Scott apresentem uma ruptura com o essencialismo biológico, afirmando que não haveria relações diretas entre as características biológicas e as psicológicas e comportamentais de homens e mulheres, a ideia de complementaridade entre estes se mantém, perpetuando a visão de gênero sob a ótica binária.

Uma das maiores críticas a esse binarismo é realizada por Judith Butler (2003; 2009), que radicaliza na discussão sobre a descontinuidade entre sexo e gênero ao questionar a existência de apenas dois gêneros e a falsa obviedade que relaciona corpos femininos às mulheres e masculinos, aos homens. Em suas palavras: “supondo por um momento a estabilidade do sexo binário, não decorre daí que a construção de ‘homens’ se aplique exclusivamente a corpos masculinos, ou que o termo ‘mulheres’ interprete somente corpos femininos” (BUTLER, 2003, p.24). Esses questionamentos de Butler nos permitem olhar os participantes a partir de uma nova e mais abrangente perspectiva.

Ainda segundo a autora, uma vez que gêneros são significados culturais e sociais assumidos pelo corpo, não se pode prever como o gênero vai se apresentar, como desenvolverá a sexualidade e quais desejos a pessoa terá. A filósofa afirma ainda que a hipótese binária implica em “uma relação mimética entre gênero e sexo, no qual o gênero reflete o sexo ou é por ele restrito” (BUTLER, 2003, p.24). Contrapondo-se a isso, compreende o gênero como uma identidade fluida, transitória, desvinculada do sexo, como uma construção social performativa, questionadora dos padrões de dominação. Os indivíduos reforçam ações e representações que os posicionam em uma determinada identidade de gênero, conferindo certa unidade aos seus corpos, desejos e sexualidade. Para Butler, o gênero é um efeito performático, por nomeação e comportamentos, e por isso capaz de questionar e reconstruir discursos e práticas opressoras que estão fundamentados em teorias que reforçam as distinções entre os sexos (BUTLER, 2003).

Utilizaremos nesta pesquisa o conceito de sexo a partir de uma definição biológica e gênero como identificação social, construído culturalmente, definido a partir da auto-percepção e da forma como a pessoa se expressa socialmente.

3.2 TRAVESTILIDADE E TRANSEXUALIDADE: IDENTIDADE OU DIAGNÓSTICO?

Dois conceitos são centrais para iniciarmos essa seção: transexualidade e identidade de gênero. Para o primeiro, tomamos a definição de Berenice Bento (2008), que afirma que a transexualidade é uma experiência identitária, caracterizada pelo conflito com as normas de gênero, que quebra a causalidade entre sexo/gênero/desejo e desnuda os limites de um sistema binário assentado no corpo-sexuado, rompendo com a ordem de gênero que estabelece a inteligibilidade aos corpos. Sobre o segundo, Jaqueline Jesus (2012) afirma que a identidade de gênero é como uma pessoa se identifica, podendo ou não concordar com o gênero que lhe foi

atribuído quando de seu nascimento. Explicita ainda que gênero e orientação sexual configuram aspectos diferentes das subjetividades, não podendo ser confundidos.

Letícia Lanz (2014) utiliza o termo transgênero como um termo “guarda-chuva” que reúne debaixo de si identidades que afrontem o dispositivo binário de gênero. Afirma que a pessoa trans só existe porque existe a norma binária de gênero que diferencia as pessoas com base exclusiva no órgão genital ao nascer. Diferencia o prefixo *trans* idealizado como transformação ou transcendência do que ele de fato representa para a sociedade, uma transgressão à norma social de gênero. Enquanto Olson et al (2011) afirmam que a transgeneridade é o estado da sua identidade de gênero, não correspondendo ao sexo atribuído ao nascimento. Lembra que a identidade trans é socialmente e medicamente estigmatizada, resultando numa população carente e com morbi-mortalidade significativas. À população trans é dado o diagnóstico psiquiátrico de transtorno de identidade de gênero (TIG), de acordo com a CID-10, reforçando o estigma sobre população.

As últimas resoluções do CFM (2010; 2020) trazem abordagens diferentes quanto ao conceito da transexualidade, mostrando uma mudança na ótica na qual ele se fundamenta. Na resolução de 2010, no seu artigo 3º:

A definição de transexualismo obedecerá, no mínimo, aos critérios abaixo enumerados: 1) Desconforto com o sexo anatômico natural; 2) Desejo expresso de eliminar os genitais, perder as características primárias e secundárias do próprio sexo e ganhar as do sexo oposto; 3) Permanência desses distúrbios de forma contínua e consistente por, no mínimo, dois anos; 4) ausência de outros transtornos mentais. (CFM, 2010)

Já na resolução publicada em 2020, o CFM retira o sufixo *ismo* do seu texto, tradicionalmente relacionado a patologias e afirma no artigo 1º que:

Compreende-se por transgênero ou incongruência de gênero a não paridade entre a identidade de gênero e o sexo ao nascimento, incluindo-se neste grupo transexuais, travestis e outras expressões identitárias relacionadas à diversidade de gênero. (CFM, 2020)

Como dito anteriormente, esta nova resolução do CFM vem ao encontro do anúncio realizado pela Organização Mundial da Saúde de que a nova CID (CID 11), que entrará em vigor em janeiro de 2022, irá retirar o Transtorno de Identidade de Gênero do capítulo de doenças mentais, atualmente sob o código F.64, e a transexualidade será englobada em um novo capítulo dedicado à saúde sexual (ONU, 2019). Já a última versão do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais - DSM (2013) utiliza o termo Disforia de Gênero, considerado menos estigmatizante, mas não menos patologizante. A substituição do termo

amplia as possibilidades de diagnóstico, uma vez que abrange uma maior variedade de sentimentos de desconforto com os padrões cisnormativos.

Desta forma, ainda que a nova resolução do CFM tenha sido um avanço no reconhecimento das necessidades da população trans, ela ainda se fundamenta no paradigma biomédico, conferindo critérios diagnósticos que determinam os protocolos, as condutas médicas e as intervenções sobre o corpo da pessoa trans. Ela ainda sustenta a ideia de que a coerência entre sexo biológico e gênero é natural. Esta resolução reduziu para um ano o acompanhamento da pessoa trans por equipe multiprofissional para realização de intervenções cirúrgicas, mas mantém sob o poder médico a decisão sobre a realização das mesmas; também reconhece a existência da criança trans, mas limita sua assistência à saúde aos centros de pesquisa em caráter experimental. Isso mostra o descompasso da urgência das demandas da população trans com as movimentações lentas da medicina.

A transexualidade observada a partir do paradigma biomédico constrói suas bases a partir das publicações do endocrinologista Harry Benjamin. Em 1966, em seu livro *O fenômeno transexual*, Benjamin elaborou critérios para o diagnóstico, dentre os quais a abjeção permanente à genitália para que a pessoa fosse definida como “transexual de verdade”. Neste trabalho, Benjamin propõe a cirurgia como única alternativa capaz de resolver esta “enfermidade” (BENTO & PELÚCIO, 2012). E como precursor da teorização da transexualidade, questiona a divisão entre masculino e feminino determinada pelas diferenças anatômicas, pois acreditava que o desejo de mudar de sexo ultrapassaria os aspectos psicológicos, podendo se relacionar a uma causa biológica, como genética ou endócrina (ARÁN, MURTA & LIONÇO, 2009).

O trabalho de Harry Benjamin se contrapõe às teorias psicanalíticas, nas quais merecem destaque as publicações do psicanalista Robert Stoller e do psicopediatra John Money. Este último cunhou o termo “identidade de gênero” e defendia que o gênero era resultado da nossa socialização e, se realizada nos padrões socialmente aceitos, garantiriam a congruência entre o biológico e social. Desta forma, ainda que Money reitere a visão do essencialismo biológico, ele traz o reconhecimento da necessidade de assistência à saúde da população transexual. Stoller, seguindo o trabalho de Money, defendia que o comportamento inadequado de gênero das crianças seriam produtos das relações disfuncionais com seus pais, principalmente com a mãe. Para ele, a mãe do “transexual verdadeiro” teria um desejo secreto de ser homem e a transexualidade seria o resultado entre a mãe dominadora e o pai ausente, cabendo ao terapeuta provocar o distanciamento psíquico entre a criança e sua mãe (BORBA, 2016).

Estas duas correntes, a biologicista e a psicanalista produziram categorizações científicas e modelos explicativos para a transexualidade que foram incorporadas pela medicina e passaram a compreender, fundamentada no paradigma biomédico, a transexualidade como um diagnóstico, construindo protocolos de atendimento com base nas definições de Benjamin, criando centros de transgenitalização e inserindo a pessoa trans em processos terapêuticos formais e procedimentos normatizados (ARÁN & MURTA, 2009).

O argumento que embasa a exigência do diagnóstico é que esta seria uma forma de proteger os indivíduos de escolhas e procedimentos equivocados e irreversíveis, mas, em contrapartida, fica evidente que também promove seletividade de acesso aos serviços, condicionados à avaliação médica com bases nos estereótipos de gênero, acarretando a estigmatização desses sujeitos, que passam a ser considerados doentes errados e disfuncionais (BUTLER, 2009; BENTO & PELÚCIO, 2012; ROCON et al, 2016, 2018). Mas se por um lado, abolir o diagnóstico que reforça a patologização da pessoa trans e perceber a transexualidade como uma expressão da individualidade é uma forma de valorizar o exercício da autodeterminação, por outro, ser diagnosticado facilita o acesso aos serviços de saúde e à transição de gênero.

Pereira e Chazan (2019) criticam o poder da medicina e apontam sua postura paternalista, pois é o profissional quem decide sobre os procedimentos a serem realizados, e não a pessoa trans, que deveria ter sua autonomia preservada na escolha das intervenções que deseja. Sugerem a abordagem a partir do consentimento informado (livre e esclarecido), conforme diretrizes internacionais e afirmam que “essa seletividade é pautada no preconceito, na desconfiança e na patologização da pessoa trans por parte do médico” (PEREIRA & CHAZAN, 2019, p. 13).

O debate da patologização e despatologização das identidades trans tem sido pródigo em discussões na academia e nos movimentos sociais. Dentre esses movimentos, destacamos a *Rede Internacional pela Despatologização Trans* e a campanha *Stop Trans Pathologization* (Pare a Patologização!), uma campanha internacional que se inicia com uma rede de transativistas na Espanha, que desde 2007 realiza mobilizações no mês de outubro pela despatologização das identidades trans. Em 2009, esta se amplia internacionalmente e, em 2012, chega a todos os continentes, produzindo um movimento para a retirada da transexualidade do rol de doenças identificáveis como transtornos mentais, além da cobertura pública de uma assistência transespecífica e a substituição do modelo de avaliação médica para um baseado no consentimento informado (BENTO, 2012)

3.3 SAÚDE TRANS E A TRANSFOBIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A Constituição Federal do Brasil de 1988, em seu Art. 196 estabelece que “saúde é um direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988), garantindo o direito à saúde a todo cidadão brasileiro, independentemente de raça/etnia, gênero, orientação sexual, idade e condições econômicas. Esta determinação fundamenta a construção do Sistema Único de Saúde, desenvolvido sob princípios e diretrizes de universalidade, integralidade, equidade e participação social (BRASIL, 1990).

Embora essas diretrizes sejam estruturantes do sistema, alcançá-las ainda é um desafio, uma vez que o acesso e utilização dos serviços de saúde se dão de forma desigual no território nacional. Dificuldades no acesso, construção de sistemas fragmentados, assimetrias regionais, inadequação do acolhimento e da atenção a grupos específicos são identificadas como barreiras que se interpõem para a atenção à saúde (SILVA et al, 2000; ASSIS & JESUS, 2012; STOPA et al, 2017). Assis e Jesus (2012) afirmam que as dificuldades no acesso aos serviços de saúde podem ter dimensões explicativas da ordem política, econômico-social, organizacional, técnica ou simbólica. Por sua vez, Pereira e Chazam (2019), a partir da mesma matriz de análise, observam que a população trans encontra barreiras em todas essas dimensões.

A construção de políticas de saúde trans passa pelo reconhecimento da transexualidade como determinante social da saúde, na qual a discriminação e exclusão social marcam o processo saúde-doença, devendo produzir ações que reduzam as desigualdades relacionadas à saúde destes grupos sociais (BRASIL, 2013). De fato, as políticas que efetivam direitos da população LGBT representam um avanço e são resultados principalmente das lutas e reivindicações dos movimentos sociais, mas elas por si só não garantem a aplicação *ipsi litteris* do que é estabelecido. Além disso, há uma insegurança da população trans de que as portarias que ampliam o direito à saúde possam ser revogadas a qualquer momento por qualquer governo, sendo necessárias leis que garantam essas conquistas. (POPADIUK et al, 2017). Isso aponta a necessidade de ações múltiplas e simultâneas que de fato provoquem uma mudança na cultura e na lógica assistencial.

No Brasil e no mundo, a formação médica para atender às necessidades da população LGBT ainda é frágil, com pouca inserção nos currículos das faculdades, sendo este um dos fatores que tem prejudicado o acesso da pessoa trans aos serviços e reduzindo a adesão a algum tipo de tratamento. (SEKONI et al, 2017; RUFINO et al, 2013; COOPER et al, 2018; TAGLIAMENTO, 2015; NEGREIROS et al, 2019). Desta forma, embora as políticas representem um avanço na conquista de direitos, a formação dos profissionais que as executarão

ainda não acompanhou o mesmo movimento, prejudicando suas implantações de forma plena, sendo necessário pensar estratégias de incorporação dessa discussão na formação dos profissionais de saúde.

Outras barreiras encontradas no acesso e acolhimento de transexuais e travestis são perpassadas pela transfobia nos serviços de saúde, que não compreende suas experiências e modos de vida, provocando maior estigmatização e menor acesso aos serviços (TAGLIAMENTO, 2015). A transfobia é o medo ou ódio da pessoa trans, tornando-a alvo de preconceito, desatendimento dos seus direitos fundamentais, exclusão estrutural e violências variadas, configurando as percepções estereotipadas negativas atos discriminatórios contra transexuais e travestis (JESUS, 2014).

A garantia do direito ao uso do nome social está expressa na *Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde* de 2009, mas ainda assim, é recorrente a recusa dos profissionais a atenderem a esta determinação, demonstrando um acolhimento inadequado e um desrespeito à identidade de gênero da pessoa trans. Desta forma, o medo de passar por situações constrangedoras já limita a busca de transexuais e travestis por assistência à saúde. (FLORENCIO et al, 2020; PEREIRA & CHAZAN, 2019; GEISLER et al, 2013; ROCON et al, 2016; MAGNO et al, 2019, MONTEIRO & BRIGEIRO, 2019; GOMES et al, 2018; BRAZ, 2019; MULLER & KNAUTH, 2008). Como já foi dito, a transfobia também se manifesta durante as consultas médicas, nas quais os profissionais não realizam o exame físico em transexuais e travestis, diagnosticando as doenças e prescrevendo somente através do relato da pessoa, manifestando seu desconhecimento e preconceito com o corpo trans. (MONTEIRO & BRIGEIRO, 2019; MULLER & KNAUTH, 2008).

A heterocisnormatividade dos serviços e programas de saúde se coloca como um obstáculo para o acesso da população trans, uma vez que ela rompe com o binarismo dos programas governamentais, como os programas de saúde do homem e de saúde da mulher (GOMES et al, 2018; MONTEIRO & BRIGEIRO, 2019). E rompem ainda com a lógica de campanhas como o Outubro Rosa e o Novembro Azul: um homem trans deve realizar o rastreamento do câncer de mama, assim como uma mulher trans precisa ter acesso ao diagnóstico precoce do câncer de próstata (AHMAD, 2020).

Já no ambiente hospitalar, muitas vezes transexuais e travestis são internados em emergências e enfermarias que não condizem com sua identidade de gênero, especialmente os que não realizaram a retificação do registro civil, violentando sua autodeterminação e o direito à privacidade e sigilo (MULLER & KNAUTH, 2008; GOMES et al, 2018). Tomando essas questões, Gomes et al (2018) discutem a necessidade de problematizar a normatividade binária

como promotor de vulnerabilidades e negligenciamento de corpos e identidades fora da norma e apontam que os serviços de saúde são limitadores da pluralidade de gêneros. Debatem o paradoxo da requalificação civil na assistência à saúde: se por um lado, a retificação do registro torna a pessoa trans menos vulnerável e exposta a violências e preconceitos nos serviços de saúde, por outro lado cria obstáculos, como problemas burocráticos por não ofertar procedimentos e cuidados previstos sob uma ótica cisgênera, como os programas de saúde do homem e da mulher.

Compreende-se aqui a necessidade de construir uma saúde numa lógica cidadã, inclusiva, que seja promotora de autonomia, que respeite a diversidade das identidades e expressões de gêneros das pessoas e que rompa com a heterocisnormatividade do CISTema².

3.4 PROCESSO TRANSEXUALIZADOR

O Processo Transexualizador é uma linha de cuidado para população transexual e travesti, instituída pela Portaria No 1.707, de 18 de agosto de 2008, redefinida e ampliada pela Portaria No 2.803, de 19 de novembro de 2013, que apresenta um conjunto de estratégias para a atenção à saúde da população trans, incluindo as modificações corporais. Ele tem como diretrizes expressas no Art. 2º:

- I – integralidade da atenção a transexuais e travestis, não restringindo ou centralizando a meta terapêutica às cirurgias de transgenitalização e demais intervenções somáticas;
- II – o trabalho em equipe interdisciplinar e multiprofissional;
- III – integração com as ações e serviços em atendimento ao Processo Transexualizador, tendo como porta de entrada a Atenção Básica em Saúde, incluindo-se acolhimento e humanização do atendimento livre de discriminação, por meio da sensibilização dos trabalhadores e demais usuários e usuárias da unidade de saúde para o respeito às diferenças e à dignidade humana, em todos os níveis de atenção. (BRASIL, 2013)

Para isso, o Processo Transexualizador é estruturado em dois componentes, sendo a Atenção Básica a responsável pela coordenação do cuidado e pela atenção continuada das pessoas adscritas no território, que tem a competência de avaliar e realizar o encaminhamento (ou não) do usuário para a Atenção Especializada, segundo componente da linha de cuidado, que inclui uma modalidade ambulatorial, oferecendo a hormonização, e a hospitalar, que realiza a cirurgia de redesignação sexual.

² Cistema é um termo que tem sido usado pelos movimentos de transexuais e travestis como forma de expor criticamente e de maneira literária um sistema de saúde voltado para pessoas cisgêneras, que apaga as necessidades e demandas das pessoas transgêneras.

Inicialmente, o Processo Transexualizador só contemplava a assistência a mulheres trans, oferecendo a hormonização e cirurgia de redesignação sexual, com a construção de neovagina, redução do pomo de Adão e adequação das cordas vocais para feminilização da voz. Com a ampliação do Processo Transexualizador, os homens trans foram incluídos com o oferecimento da hormonização e cirurgias como a mamoplastia masculinizadora, histerectomia e ooforectomia. Além disso, passou a realizar o implante de silicone nas mamas para mulheres trans.

Os procedimentos médicos que estão incluídos no Processo Transexualizador são regulamentados pelo CFM. Em 1979 o CFM realizou sua primeira consulta sobre a inclusão de próteses mamárias em pacientes nascidas no sexo masculino. Até então, cirurgias de redesignação sexual eram consideradas uma “mutilação grave” e uma “ofensa à integridade corporal”, condenando médicos que realizassem tal procedimento. Somente em 1997 o CFM emitiu um parecer favorável à realização da cirurgia, em caráter experimental (ARÁN, MURTA & LIONÇO, 2009).

Atualmente vigora a resolução CFM No 2.265, de 20 de setembro de 2019, que orienta o acompanhamento por um ano da pessoa trans por uma equipe mínima formada por psiquiatra, endocrinologista, ginecologista, urologista e cirurgião plástico, para que as intervenções cirúrgicas e outras ações que componham o Projeto Terapêutico Singular possam ser realizadas.

No âmbito do Sistema Único de Saúde, o Processo Transexualizador permite o faturamento dos procedimentos transgenitalizadores, incluindo-os na tabela de procedimentos do SUS. Atualmente, existem dez unidades habilitadas para a oferta do Processo Transexualizador no SUS, sendo uma no Nordeste, seis no Sudeste, uma no Centro-Oeste, 2 no Sul e nenhuma na região Norte. (ROCÓN et al, 2019). Este quadro mostra uma desigualdade na oferta dos serviços no território nacional.

Murta (2011) discute que o Processo Transexualizador não estabelece a cirurgia como meta terapêutica, mas que a assistência se organiza ao redor dela, funcionando como eixo de orientação e valorizando o procedimento cirúrgico na busca por recuperar a congruência entre sexo e gênero. Da mesma forma, a nova resolução do CFM fala em Projeto Terapêutico Singular para a pessoa trans, ao mesmo tempo em que exige a comprovação da condição de “transexual verdadeiro” a partir da avaliação psiquiátrica para a indicação cirúrgica.

As políticas de saúde, de forma geral, sinalizam a importância do cuidado em uma perspectiva integral, que acolha todas as dimensões e complexidades das necessidades de saúde da pessoa trans. Todavia, as intervenções médicas se baseiam em protocolos e diagnósticos

formalmente estabelecidos, que muitas vezes limitam a vivência e a experiência identitária de cada um/a.

3.5 PRODUÇÃO DE CUIDADO

Trazer a centralidade do Cuidado da população transexual e travesti se dá com o objetivo de tentar envolver outras dimensões da assistência à saúde, para além do Processo Transexualizador ou de políticas de enfrentamento ao HIV/AIDS, tradicionalmente associadas às políticas de saúde trans. O conceito de Cuidado utilizado neste projeto ultrapassa a compreensão de técnicas e procedimentos bem orientados, mas cuidado como um conjunto de teorias, métodos, desejos, sentimentos, práticas e ações que buscam aliviar o sofrimento humano e contribuir, na medida do possível, para a construção dos diferentes projetos de “felicidade”, como salienta Ayres (2004).

Nesse caminho, Ayres (2004) debate o Cuidado como conceito filosófico e uma atitude prática diante dos sentidos que as ações de saúde adquirem na interação entre dois ou mais sujeitos, visando alívio do sofrimento ou o alcance de um bem-estar, mediada por saberes voltados para esta finalidade. Entende que a noção de Cuidado se relaciona com uma atenção à saúde interessada no sentido existencial da experiência de saúde e adoecimento da pessoa, em uma conformação humanizada do ato assistencial, onde a ausculta e o diálogo sejam valorizados, que seja capaz de promover e ressignificar projetos de vida e felicidade.

Madel Luz (2004) por sua vez, discute a busca pelo Cuidado em saúde como uma forma de compensar o “vazio” de sentidos decorrente das mudanças econômicas, políticas, sociais, culturais e valorativas provocadas pelo sistema capitalista, o qual fragiliza a coesão social e substitui valores mais inclusivos e acolhedores por outros, como individualismo, competitividade, merecimento. Com o desamparo e isolamento, aumentam-se as vulnerabilidades e as experiências de vida se esvaziam de expectativas e desejos, corroborando para o acirramento de determinadas doenças ou com o aparecimento de novas formas de adoecimento. As práticas em saúde estão ligadas, segundo a autora, a estratégias de ressignificação de vida, ocupando valores perdidos como o de solidariedade.

Já Leonardo Boff (2017) identifica a falta do cuidado como um estigma no nosso tempo, como um sintoma da crise civilizacional e afirma que “cuidar é mais que um ato; é uma *atitude*. Portanto, abrange mais que um *momento* de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma *atitude* de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.” (BOFF, 2017, p. 26).

Em seu texto “Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re)pensar e a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde”, Roseni Pinheiro (2007) descreve os usos e sentidos do termo cuidado identificados na literatura e os sistematizou em três eixos temáticos: o da formulação de políticas públicas de saúde, o do conhecimento técnico incorporado nas políticas de saúde, e o de operacionalização da política de saúde³. Propõe uma superação deste conjunto de sentidos, compreendendo cuidado como uma ação integral, que tem significados e sentidos voltados para a compreensão da saúde como o direito de ser, que o direito de ser deve ser entendido como o direito de ser diferente e ter as diferenças respeitadas publicamente. Reconhece que estas diferenças, que podem ser de etnia, gênero, e se expressam em necessidades específicas, sendo o cuidado uma ação política para atender às demandas apresentadas. Afirma a necessidade de reconhecer e valorizar o *ethos*⁴, como forma de compreensão dos valores, escolhas e modos de agir das pessoas, e a defesa do cuidado, no contexto da integralidade em saúde, como valor de afirmação da vida, exigindo a responsabilidade política coletiva dos atores sociais (PINHEIRO, 2007).

A ótica do Cuidado que esta pesquisa pretende abordar perpassa os conceitos construídos por esses autores. Em comum, eles apresentam que o cuidado não é exercido unilateralmente, mas a partir das relações entre pessoas e sociedade - compreendendo a realidade e a inserção social de cada um - e as práticas em saúde voltadas para a integralidade do cuidado não podem ser definidas aprioristicamente, já que o projeto “terapêutico” de cada pessoa se dará a partir das ressignificação e dos valores atribuídos às suas vivências e experiências.

Stotz (2014) discute, em uma perspectiva histórico-política, o deslocamento da representação de saúde e vida saudável do âmbito do direito social para o de escolha individual. Afirma ainda que a concepção de saúde na lógica do liberalismo admite a impossibilidade de “plenitude”, permitindo que indivíduos convivam com diversos graus de sofrimento, de acordo com sua posição social, seus pertencimentos de gênero, etnia ou raça. Debate o princípio da equidade e a contradição de alcançá-lo numa perspectiva focalizada:

O paradoxo da época em que vivemos é exatamente deixar para o âmbito da proteção estatal – sob a forma de políticas focalizadas – a situação especial dos grupos que vivem nos limites da marginalidade social, estruturalmente incapazes de prover sua

³ A autora identifica no primeiro eixo o cuidado como um nível de atenção do sistema de saúde, um procedimento técnico específico ou uma conduta assistencial simplificada. O segundo eixo utiliza cuidado com um constructo teórico-prático orientado pela racionalidade biomédica, para validação de procedimentos e ações a serem orientadas para a população. O último eixo se refere à noção de cuidado como elemento constitutivo das rotinas institucionais que esquadrinham a confiança assistencial (PINHEIRO, 2007).

⁴ Ethos, na visão da autora, é compreendido como o modo como o homem organiza sua vida, tanto nas particularidades da esfera privada, quanto nas singularidades produzidas no coletivo, na comunidade (PINHEIRO, 2007).

própria subsistência numa sociedade de mercado. E isso, vale lembrar, tomou o nome de equidade em saúde. (STOTZ, 2014, p. 289)

O autor afirma que as necessidades de saúde podem ser sentidas ou não de acordo com as condições sociais e ideologias vigentes na sociedade e que as demandas dos usuários dos serviços podem não expressar estas necessidades. Assim os serviços de saúde percebem as necessidades de saúde trazidas por uma pessoa como questões individuais, descontextualizadas da sua trajetória de vida, cultura e relações sociais e atuam numa perspectiva de compensar, no plano individual, problemas ou condições decorrentes da injustiça social (STOTZ, 2014). Com base nesta afirmação o autor propõe que a organização dos serviços e sistemas de saúde seja pautada pela satisfação das necessidades de saúde, compreendendo a construção dos *itinerários terapêuticos* das pessoas na busca de alívio para o seu sofrimento, dando visibilidade às necessidades de saúde de grupos de populações que podem ser “ignoradas, ocultadas ou reprimidas”, tal qual a população trans.

3.6 ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS

Conhecer as necessidades de saúde da população transexual e travesti passa obrigatoriamente por ouvir o que as pessoas trans, tradicionalmente excluída socialmente, têm a dizer sobre seus processos de produção de saúde e adoecimento.

Os estudos sobre itinerários terapêuticos se originam dos campos da sociologia e da antropologia, mas foram absorvidos pela saúde na busca da compreensão das práticas de saúde em distintos contextos em que são considerados aspectos culturais, étnicos, econômicos, sociais e religiosos. Alves (2015) retoma as origens dos itinerários afirmando ser um dos conceitos centrais nos estudos sócio-antropológicos da saúde, utilizado para designar as atividades desenvolvidas pelos indivíduos na busca de tratamento para doença ou aflição, podendo seu estudo observar o comportamento da pessoa a partir da interpretação e gerenciamento dos sintomas por indivíduos e comunidades, contribuindo com a organização de serviços de saúde, com a promoção de práticas assistenciais mais compreensivas e integradas.

Inicialmente, os estudos sobre itinerários buscavam identificar e caracterizar fatores socioculturais que determinam a pouca ou a alta utilização de serviços de saúde, partindo da premissa que as pessoas orientam suas escolhas racionalmente. A partir da década de 80, os itinerários passaram a compreender a existência de diferentes concepções sobre saúde e doença, valorizando as redes sociais constituídas na busca pelo cuidado (ALVES, 2015). Assim, mostram as multiplicidades de caminhos e escolhas na experiência do processo de adoecimento

e de como as relações sociais definem como a doença é compreendida, expressada e vivida pelos sujeitos (MÂNGIA & MARUMOTO, 2008). Nas palavras de Cabral et al, itinerários terapêuticos seriam

os movimentos desencadeados por indivíduos ou grupos na preservação ou recuperação da saúde, que podem mobilizar diferentes recursos que incluem desde os cuidados caseiros e práticas religiosas até os dispositivos biomédicos predominantes. Referem-se a uma sucessão de acontecimentos e tomada de decisões que, tendo como objeto o tratamento da enfermidade, constrói uma determinada trajetória. (CABRAL e tal, 2011, p. 4434)

Tatiana Gerhard (2016), em sua análise das produções científicas sobre itinerário terapêutico, identifica que a maioria dos estudos sobre IT tem um foco na experiência da pessoa em relação à sua doença, do comportamento e percepção do doente e/ou família sobre seu adoecimento e tratamento. Assim, relaciona estes estudos aos conceitos propostos por Kleinman sobre modelos explicativos da doença (*disease, illness, sickness*) e sobre sistemas de cuidados referenciados nas interpretações sobre o processo de adoecimento e práticas terapêuticas disponíveis, classificando-os em três subsistemas: profissional, *folk* e popular.

Por sua vez, Bellato et al (2016) compreendem que os estudos sobre itinerários buscam evidenciar as formas de provisão do cuidado, segundo diferentes saberes e práticas envolvendo distintas racionalidades nos diversos contextos. Identificam, desta forma, duas dimensões no IT: a experiência de pessoas e famílias em seus modos de significar e produzir cuidados; e como os serviços de saúde acolhem e respondem às necessidades de saúde da pessoa.

Pinheiro et al (2016) afirmam que a aplicação dos itinerários terapêuticos tem subsidiado a reafirmação dos princípios do SUS, especialmente a integralidade e diferenciam a construção dos itinerários das trajetórias assistenciais das linhas de cuidado, dando centralidade à perspectiva do usuário e seus arranjos organizativos na sua experiência. Apontam o potencial dos itinerários como forma de evidenciar as fronteiras do cuidado, de tensionar práticas e noções construídas sobre experiências de adoecimento, reconhecendo redes de apoio, identificando acesso, adesão e escolhas terapêuticas.

Em relação ao termo “itinerário terapêutico”, Gerhardt et al (2016) discutem que ele não é um descritor e que há um leque de produções com este enfoque, mas que utilizam outras terminologias que contemplam diretamente o objeto de interesse. Identificam semelhanças conceituais em produções que utilizam diferentes palavras-chave, como caminho de cura, caminho terapêutico, itinerário de cuidado, itinerário terapêutico, linha de cuidado, trajetória assistencial, trajetória de cuidado, trajetória de cura, trajetória do paciente, trajetória de tratamento e trajetória terapêutica.

As/os autoras/es supracitados apresentam o IT num referencial de análise que Demétrio (2019) chama de concepção positiva de saúde, cuja abordagem tem como característica a integração dos aspectos sociais, humanos culturais, políticos, filosóficos e econômicos na explicação do processo de saúde-doença. Apesar disso, e como já foi citado, em revisão sistemática recente, a autora apontou que as produções sobre IT não transcendem a noção de doença como ponto de partida dos processos terapêuticos, sendo necessário abordar outras dimensões do cuidado em saúde (DEMETRIO et al, 2019).

Os poucos estudos sobre itinerário da população transexual e travesti se referem essencialmente ao acesso ao Processo Transexualizador (BRAZ, 2019; CARRARA et al, 2019), sobre as barreiras de acesso e utilização dos serviços. Certamente, as mudanças corporais assumem uma centralidade na construção da identidade trans e a percepção da população ao acesso e utilização desta linha de cuidado deve ser mais explorado, para efetivação dos direitos da população trans.

Mas Souza et al (2014) vão além e propõem a identificação do itinerário de cuidados nos espaços percorridos pelas travestis. Observa que o cuidado em saúde das travestis “transcende noções de saúde e doença exclusivamente vinculadas ao biológico” e reconhece que o cuidado em saúde passa por ampliar o olhar sobre os processos saúde-doença, a partir da incorporação das necessidades e características dos sujeitos, como as mudanças corporais, a vida em coletividade, a influência das religiões, proteção e bem estar.

De forma semelhante, esta pesquisa também pretende realizar uma abordagem de cuidados em saúde de forma ampliada, sob o paradigma da integralidade, orientada pela centralidade da escuta da população transexual e travesti sobre os seus projetos de vida e de felicidade expressos no desenvolvimento do seu itinerário terapêutico, valorizando as histórias e os caminhos percorridos na busca pelo seu cuidado.

4. OBJETIVOS

Objetivo geral

- Analisar como são traçados os itinerários terapêuticos da população transexual em Niterói.

Objetivos específicos

- Identificar barreiras e potencialidades da rede assistencial do município de Niterói no cuidado de transexuais.
- Compreender o trânsito da população trans de Niterói pela rede informal de cuidados.
- Conhecer as redes sociais mobilizadas e as estratégias desenvolvidas pelas pessoas trans na produção dos seus projetos de vida.

5. ASPECTOS METODOLÓGICOS

5.1 Tipo de Estudo

Este estudo é uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório, sendo um recorte da pesquisa *Gênero, sexualidade, diversidade e direitos sexuais e reprodutivos: acesso, inclusão, promoção e educação em saúde*. Esta pesquisa aborda diferentes estudos sobre gênero e sexualidade desenvolvidos por pesquisadores da Universidade Federal Fluminense (UFF) e Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNI-RIO), envolvendo atualmente uma docente de cada instituição, duas mestrandas do PROFSAÚDE e três do PPGENF.

A opção pela pesquisa qualitativa neste estudo deve-se à necessidade de explorar os sentimentos e ideias de transexuais sobre o seu processo de cuidado, privilegiando afetos e buscando uma compreensão mais subjetiva das suas experiências e na produção de redes (TURATO, 2005; NOGUEIRA-MARTINS & BÓGUS, 2004). Optamos por utilizar o itinerário terapêutico para compreender a existência de diferentes concepções sobre saúde e doença, valorizando as redes sociais constituídas na busca pelo cuidado (ALVES, 2015).

5.2 Cenário da pesquisa

A pesquisa se desenvolveu no Ambulatório de Atenção à Saúde da População Travesti e Transexual João W. Nery, localizado na Policlínica de Especialidades Sylvio Picanço, no município de Niterói (RJ), que atende pessoas trans com demandas de hormonização. O ambulatório funciona todas às quartas-feiras, de 9:00 às 12:30, e se coloca como um serviço de portas abertas, ou seja, sem a necessidade de que a/o paciente seja referenciada/o pela APS para atendimento no local.

5.3 Participantes da pesquisa

Para esta pesquisa, o critério de inclusão das/os participantes foi a autodeclaração como transexual ou travesti, ser morador/a do município de Niterói e estar em acompanhamento no ambulatório. O critério de exclusão foi ser menor de idade. Em seu projeto, a pesquisa inclui as travestis como participantes, mas não houve identificação com esse gênero entre as pessoas entrevistadas, porque são poucas sendo atendidas no ambulatório e não estavam no serviço nos momentos de realização das entrevistas.

A opção por utilizar somente participantes de Niterói deve-se a importância de avaliar a qualidade da assistência à saúde do município em relação à população trans. Sabemos que os serviços de saúde têm diferentes apresentações de barreiras de acesso e que alguns municípios da Região Metropolitana II tem uma grande fragilidade, especialmente nos serviços de Atenção Primária em Saúde, o que poderia comprometer a avaliação dos itinerários dessa população. Outro motivo foi o desejo e compromisso éticos de uma devolutiva para a Secretaria Municipal de Saúde de Niterói, que além de ser o município onde eu atuava profissionalmente como médica de família e comunidade no momento da pesquisa, foi parceira na execução deste projeto. Espero que a pesquisa, como devolutiva, possa contribuir com a melhoria dos serviços para essa população.

5.4 Construção dos dados

5.4.1 Entrevista semiestruturada

Entre os meses de junho de 2019 e fevereiro de 2020 foram realizadas pela equipe de pesquisa quarenta e uma entrevistas semiestruturadas e, entre elas, as realizadas com os doze

homens e as oito mulheres transexuais que vivem em Niterói e participaram desta pesquisa. Estas/es foram convidadas/os a participar do estudo enquanto esperavam atendimento na sala de espera do ambulatório, após serem apresentados/as à pesquisa e às pesquisadoras.

As entrevistas duraram aproximadamente quarenta minutos, foram feitas de forma privada em um dos consultórios do ambulatório, em sua maioria por uma dupla de pesquisadoras, gravadas em áudio e transcritas por toda a equipe de pesquisa. Atendendo às normas de pesquisa da Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, todas/os leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A). Como garantia do anonimato, as/os participantes foram identificadas/os pela letra H, para os homens, e M, para as mulheres.

O roteiro de entrevista abordava questões sobre acesso e utilização dos serviços, percepções sobre saúde e cuidado, a mobilização de redes de apoio e a produção de projetos de vida. Durante o desenvolvimento do estudo, o roteiro de entrevista sofreu adaptações para melhor responder aos objetivos propostos. É importante salientar que o roteiro comporta questões referentes às pesquisas individuais de toda a equipe de pesquisadores envolvida no estudo, que tem como tema central a “saúde da população trans”, de forma a evitar fragmentações ou mesmo desconforto nas/os participantes. Assim, temos um único roteiro extenso que é utilizado por toda a equipe, mas perguntas que respondem mais especificamente aos objetivos desta pesquisa estão nas seções 1. Sobre subjetividades e produção de saúde, 2. Relações sócio-familiares e 3. Sobre o Ambulatório de Atenção à Saúde da População Travesti e Transexual João W. Nery (APÊNDICE A).

5.4.2 Observação Participante

Paralelamente às entrevistas, foram realizadas observações participantes durante os atendimentos e na sala de espera. Minayo (2008) cita alguns conceitos da observação participante, considerando esta como um processo construído duplamente pelo pesquisador e pelos atores sociais envolvidos, compreendendo que há fenômenos que não podem ser registrados por meio de perguntas ou em documentos quantitativos. Para reconstrução teórica de uma realidade social, deve-se compreender o que o participante da pesquisa verbaliza, seu comportamento e as estruturas que o atravessam numa perspectiva histórica, cultural e social. Com este objetivo, sugere imergir na realidade, colocar-se no mundo dos entrevistados, abandonando a postura externa e linguagem de cientista. As impressões construídas com essa técnica serão trazidas na análise.

Durante a inserção no cenário do ambulatório, observamos as relações que são estabelecidas no local entre os/as usuários/as e entre usuárias/os e equipe de saúde; as expectativas frente ao atendimento; as colocações de pacientes e profissionais durante o atendimento; as/os posturas de acompanhantes entre outros aspectos possíveis de serem captados nesse tipo de interação com as/os participantes. Dentro da perspectiva de modificar o meio e ser modificado por ele, as pesquisadoras realizaram atividade de sala de espera com as/os usuárias/os, conversamos nos corredores do ambulatório e participamos das consultas médicas e da assistência social. A saída do campo se deu em decorrência da pandemia pelo novo coronavírus, não tendo havido um anúncio formal à coordenação do Ambulatório para esta saída.

5.5 Análise dos dados

Os dados foram tratados a partir da análise de conteúdo de Bardin (2016), que visam a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo. Realizamos a sistematização dos dados a partir da proposta de Análise de Conteúdo Temático-Categorial de Oliveira (2008), tendo sido realizada a leitura flutuante das entrevistas e a definição das Unidades de Registro, posteriormente classificadas em Unidades de Significação e categorizadas.

As três categorias analisadas já se configuravam como categorias prévias por comporem as dimensões do IT e terem guiado a formulação do roteiro de entrevistas. São elas: a rede formal de assistência, que é a institucionalizada nos serviços de saúde; a rede informal de cuidados, que são movimentos das/dos usuárias/os que atravessam os fluxos e serviços instituídos; e a rede social de apoio, que compreende os espaços de acolhimento, reconhecimento e empoderamento (APÊNDICE B). Os temas que constituem as categorias tornaram-se seções e subseções.

Embora a pandemia de COVID-19 e as orientações de isolamento social tenham impedido a continuidade das entrevistas a partir de março de 2020, a análise do *corpus* evidenciou a repetição de ideias a partir da entrevista 14, sem surgimento de novos enunciados e Unidades de Significação (APÊNDICE C), permitindo o fechamento amostral por saturação teórica (MINAYO, 2017; FONTANELLA, RICAS & TURATO, 2008).

5.6 Aspectos éticos

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal Fluminense (UFF) com o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) número 10003219.6.0000.5243 e autorizada sob número de parecer 4.043.089, de acordo com as Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamentam os critérios e cuidados para a realização de pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil. Da mesma forma, o presente estudo foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Niterói no processo 200013671/2018 em 15/04/2019.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados apresentados foram construídos a partir das entrevistas e observações realizadas entre junho de 2019 e fevereiro de 2020 no Ambulatório de Atenção à Saúde da População Travesti e Transexual João W. Nery. Estas entrevistas revelaram 232 Unidades de Registro, que foram agrupadas em 49 Unidades de Significação.

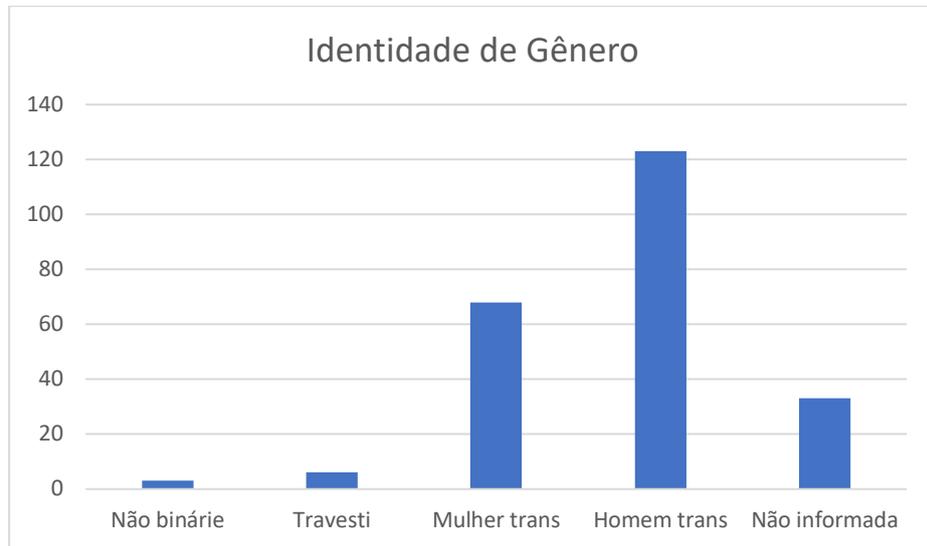
Estas US se relacionaram com 13 temas, a saber: barreiras para o cuidado; papel da APS; vínculo com as equipes, outros equipamentos; opção pelo SUS, acesso ao serviço; poder da internet; judicialização da hormonização; relações familiares; relações de amizade; religiosidades; movimentos estudantis e grupos universitários; movimentos sociais. Estes temas compuseram as três categorias de análise que foram trabalhadas na perspectiva do itinerário terapêutico, que são as redes de saúde formais, as redes informais de cuidados e a rede social de apoio (APÊNDICE B).

6.1 CARACTERIZAÇÃO DAS/OS PARTICIPANTES

Em fevereiro de 2020, o ambulatório atendia a 233 usuários/as cadastrados/as, sendo a maior parte composta por homens trans, brancos, na faixa etária entre 19 anos e 30 anos e residentes no município de Niterói. Em número menor, também há pessoas com mais de 40 anos e adolescentes em acompanhamento psicológico, além de mulheres trans, travestis e não binárias (PINTO et al, 2020).

Em dados levantados nos cadastros de usuárias/os do ambulatório, especificamente com relação ao gênero, o ambulatório atende 123 homens trans, 68 mulheres trans, 6 travestis e 3 não binários, conforme evidencia a figura abaixo:

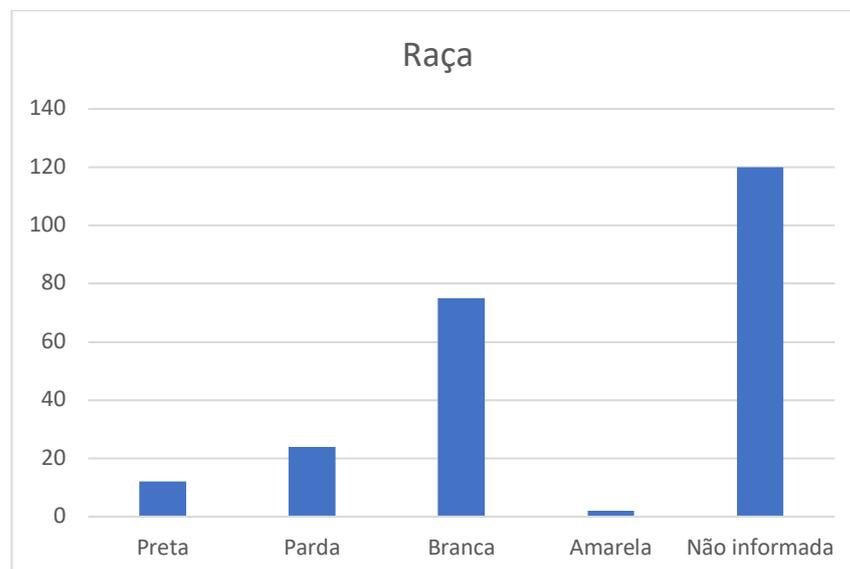
Figura 1: Identidade de gênero de usuárias/os do ambulatório



Fonte: Elaboração própria.

Os dados sobre raça estão parcialmente preenchidos no cadastro do ambulatório, mas dentre dados informados, há uma proporção maior de pessoas brancas em relação às pretas e pardas, como visto na figura 2:

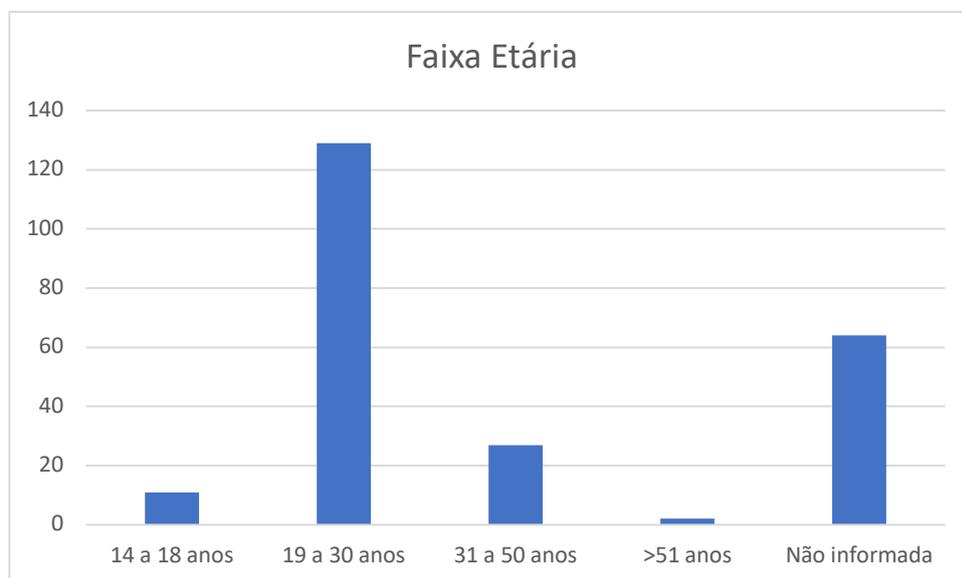
Figura 2: Raça de usuárias/os do ambulatório



Fonte: Elaboração própria.

Em relação à faixa etária, a figura 3 mostra um grande número de pessoas jovens utilizando o serviço do ambulatório, conforme representado na figura 3:

Figura 3: Faixa etária de usuárias/os do ambulatório



Fonte: Elaboração própria

A amostra desta pesquisa se equipara ao perfil etário e de gênero de usuárias/os do ambulatório. A maioria das pessoas entrevistadas é jovem e se identifica como homem trans, conforme apresentado no quadro de participantes abaixo:

Quadro 2: Perfil das/os participantes

Participante	Idade	Cor	Escolaridade	Renda Familiar
H01	35	Branco	sem informação	sem informação
M01	20	Parda	fundamental incompleto	< 1 salário
H02	19	Branco	Superior incompleto	5 a 10 salários
H03	23	Preto	Superior incompleto	
M02	27	Branca	fundamental incompleto	< 1 salário
H04	21	Branco	Médio completo	
H05	28	Branco	Superior incompleto	2 a 5 salários
H06	26	Preto	Médio completo	2 a 5 salários
M03	32	Parda	Médio completo	< 1 salário
H07	19	Branco	Superior incompleto	5 a 10 salários

M04	32	Preta	Superior incompleto	5 a 10 salários
M05	25	Preta	Médio completo	2 a 5 salários
H08	23	Não se classifica	Superior incompleto	
H09	20	Branco	Superior incompleto	1 a 2 salários
H10	25	Preto	Superior incompleto	2 a 5 salários
M06	21	Preta	Superior incompleto	2 a 5 salários
H11	39	Preto	Médio incompleto	1 a 2 salários
M07	20	Preta	Médio completo	1 a 2 salários
M08	23	Branca	Superior incompleto	1 a 2 salários
H12	41	Preto	Superior incompleto	5 a 10 salários

Fonte: Elaboração Própria

O número menor de mulheres trans e travestis em acompanhamento no ambulatório nos provoca algumas reflexões, especialmente considerando que próximo ao ambulatório, localizado no Centro da cidade, encontramos muitas travestis trabalhando como profissionais do sexo.

Dentre as possíveis causas dessa disparidade em relação ao gênero, elencamos a travestifobia, o medo do preconceito, o estigma que associa mulheres trans e travestis à prostituição, mesmo que não a exerçam (MAGNO, DOURADO & SILVA, 2018; MAGNO et al, 2019), aspectos que podem contribuir com a decisão por não buscar acompanhamento especializado para os cuidados em saúde. Caso sejam profissionais do sexo, o horário matinal do ambulatório pode ser um dos motivos para a não utilização do serviço para quem trabalha durante a madrugada.

Outro motivo possível é o histórico auto-agenciamento da transformação corporal por parte das mulheres trans e travestis. Os estudos prévios sobre itinerários terapêuticos no Brasil evidenciam a auto-administração de hormônios femininos como prática (MONTEIRO & BRIGEIRO, 2019; SOUZA et al, 2014, BRAZ 2019, CARRARA et al, 2019). Em adição a este desejo de mudanças corporais mais rápidas, a visão paternalista e autoritária da medicina e a facilidade no acesso ao hormônio feminino podem fazer com que a assistência médica seja vista como desnecessária. Já as apresentações de testosterona devem ser compradas em receituário especial, tornando o acesso ao hormônio masculino mais difícil. Por outro lado, Sampaio e Germano (2017) discutem que a medicina compreende a hormonização como um risco

constante, operando mediante a uma antecipação e gestão probabilística do futuro, definindo o que é ou não saudável, independentemente dos desejos e necessidade das pessoas trans.

Outro aspecto relevante na caracterização das/os participantes é o grau de escolaridade: onze são universitárias/os, enquanto seis cursaram até o ensino médio, dois até o ensino fundamental e um não forneceu essa informação. Estes dados contrastam com a realidade da maior parte da população trans, cuja a evasão escolar é um marco das trajetórias (WINTER et al, 2016).

Em relação à idade, dois participantes tinham menos de 20 anos; treze tinham entre 20 e 30 anos e cinco eram maiores de 30 anos, o que demonstra um predomínio de jovens universitárias/os na utilização do serviço.

Sobre a cor das/os participantes, oito se declararam brancas/os, onze identificaram-se como pretas/os e pardas/os e uma pessoa não quis se classificar. Somente quatro usuárias/os apresentaram renda familiar menor do que um salário mínimo e onze informaram serem beneficiários de plano de saúde.

Este panorama evidencia um recorte de classe e geracional no perfil de usuárias/os do ambulatório e sobre isso, Carvalho (2018), discute como a intersecção destas categorias reflete na forma como as pessoas trans se identificam e vivem sua transexualidade. Usualmente, pessoas de classes mais altas utilizam o termo transexual ao invés de travestis, que tornariam aquelas mais passíveis de compaixão, dentro de uma lógica médico-psiquiátrica de portadoras de um desvio mental. Já as travestis seriam as responsáveis pela sua condição, cabendo a elas o lugar da imoralidade (CARVALHO, 2018). Isso, de certa forma, corrobora com o fato de nenhuma mulher trans ter se identificado como travesti na entrevista, em um ambulatório em que a utilização é, majoritariamente, de classe média.

Compreender este padrão de utilização do serviço é importante não só para produzir uma rede em que o acesso ao serviço é equânime, mas também para compreender os motivos para que, mesmo com todo o cardápio de profissionais especialistas do plano de saúde, as pessoas trans optam por utilizar o ambulatório da rede municipal de saúde. A construção dos itinerários é impactada pela relação de confiança e vínculo com a equipe, com a visão despatologizante do serviço e com a falta de profissionais aptos para atender as demandas das pessoas trans nos serviços privados.

6.2 REDES FORMAIS: PERCORRENDO O SISTEMA

A utilização das redes formais de atenção à saúde foram identificadas em 106 UR do *corpus* de análise, produzindo 24 US que geraram os temas que compõem a categoria redes de saúde formais, que serão apresentados neste capítulo: as barreiras encontradas e as potencialidades, como o vínculo com equipes de saúde, a ESF como coordenadora do cuidado, a articulação com outros equipamentos e serviços e a opção pelo sistema público.

Formalmente, o ingresso da pessoa trans na linha de cuidado do Processo Transexualizador é estabelecido a partir do acolhimento humanizado na Atenção Primária em Saúde e encaminhamento, quando necessário, para a hormonização e cirurgias nos serviços especializados. Sendo assim, a APS se colocaria como porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2008, 2011). Mas a despeito do instituído em portaria e considerando a urgência em oferecer assistência à saúde a este grupo, o Ambulatório de Atenção à Saúde da População Travesti e Transexual João W. Nery realiza o acolhimento de usuários/as sem a necessidade de referência das Unidades de Saúde da Família, reconhecendo a fragilidade do cuidado no âmbito da atenção básica e evidenciando uma desarticulação entre os serviços.

Um aspecto relevante é que o serviço ainda não está habilitado no Ministério da Saúde, embora esteja ativo no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e alimente o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) com informações sobre os atendimentos realizados. Isto exclui o ambulatório da linha de cuidado do Processo Transexualizador, tornando o serviço incapaz de referenciar a população para os serviços que realizam as cirurgias de adequação de gênero. Ainda assim, o único serviço de cirurgia do estado do Rio de Janeiro não tem aberto as portas para novas pessoas interessadas nos procedimentos cirúrgicos.

Os itinerários construídos mostraram uma variedade de equipamentos da rede pública e privada, experiências positivas e negativas na utilização dos serviços de saúde que podem servir como forma de orientação para construção de uma rede assistencial mais humanizada e integrada.

6.2.1 Barreiras Identificadas

De uma forma geral, e corroborando com a literatura (ROCON et al., 2016; ROGERS et al, 2016; SOUZA & IRIART, 2018; GOMES et al, 2018; PEREIRA & CHAZAM, 2019), as/os usuárias/os relataram o medo de sofrer preconceito nos serviços de saúde como um dos

motivos para não buscar assistência médica, além da preocupação com possíveis constrangimentos, conforme demonstram os relatos a seguir:

Quando eu tenho algum problema de saúde, eu não vou em lugar nenhum. Eu fico em casa até passar. Eu fico com medo desse mundo. Hoje em dia tá tendo muita morte de travesti e de trans. (M1).

Eu sinto um pouquinho de constrangimento. Eu acho que deveria ter um médico pra tratar pessoas trans que eu acho que a pessoa se sente mais à vontade. Porque as pessoas te olham muito torto por causa do preconceito. (H6)

Alguns serviços me foram violentos, alguns momentos não foram maneiros e eu senti que meu tratamento foi diferente em alguns momentos por eu ser um cara trans. (H8)

Os serviços de saúde deveriam ser espaços de acolhimento e segurança para estas pessoas que se encontram em situação de maior vulnerabilidade, mas se tornam um local onde elas também são submetidas a violências e preconceitos. Estas experiências negativas podem interromper o itinerário de transexuais e travestis pela rede formal, provocando desassistência à população trans.

Uma das principais formas de expressão da transfobia, que gera o medo e a preocupação em utilizar os serviços de saúde, é o desrespeito ao uso do nome social de transexuais e travestis por parte de profissionais de saúde, fato este já descrito por inúmeros autores (PEREIRA & CHAZAN, 2019; GEISLER et al, 2013; ROCON e tal, 2016; MAGNO et al, 2019, MONTEIRO & BRIGEIRO, 2019; GOMES et al, 2018; BRAZ, 2019; MULLER & KNAUTH, 2008)

Durante o ano de 2019, o Departamento de Supervisão Metodológica (DESUM) da Fundação Municipal de Saúde em parceria com o Grupo Diversidade de Niterói (GDN) realizou diversos encontros de capacitação e sensibilização com profissionais da rede municipal de saúde, voltados para o aprimoramento do atendimento a pessoas trans, mas ainda assim foram ouvidos relatos de violências nos espaços que deveriam ser de cuidado. Ainda que as mudanças advindas dessas atividades sejam graduais e progressivas, nas entrevistas realizadas, oito participantes relataram o desrespeito ao nome social em alguns serviços de saúde, como demonstram estes trechos:

Eu já tinha o nome social nos meus documentos e pedi para colocar também no cartão SUS. Não deixaram, disseram que isso não existia, sendo que eu sabia que existia. (...) No clínico geral, ele nem fez o favor de olhar na minha cara! Eu falando pra ele qual era a minha demanda e ele coloca na minha ficha sexo masculino. Ai eu falei: você tá ouvindo o que eu estou falando? (M6)

Eu já tinha o nome social, mas me chamaram (na Unidade Básica) pelo meu nome de registro. Eu não ligo não, tem gente que me chama pelo meu nome. Eu ainda não estou

operada, quando eu não estiver assim, aí vai ser diferente... mas eu ainda estou assim. (M1)

Eu já tinha cadastro lá (emergência de hospital municipal), porque eu sou nascida e criada aqui e sempre fui na emergência nesses mesmos lugares. Aí um dia eu cheguei lá e pedi pra eles colocarem o nome social. Aí o atendente negou. Eu perguntei: “Por que não se é o meu direito?”. Ele disse que era porque eu já tinha ficha, mas era só alterar uma letra do meu nome. Aí uma outra senhora chegou e falou assim: “Você pode sim, é só você fazer isso! Dá licença!” Ela tirou ele e pôs meu nome. (M5)

A identificação pelo nome social é um direito garantido a toda população transexual e travesti desde 2009 pela Carta de Direitos dos Usuários do SUS (Portaria 1.829 de 13 de agosto de 2009). Especificamente com relação à população trans, a Nota Técnica nº 18/2014 definiu que deve constar no cartão SUS o nome social, data de nascimento, número do cartão e código de barras, sendo que os campos nome civil e sexo devem ser omitidos. Apesar disso, a invisibilidade da população travesti e transexual a coloca em uma posição de vulnerabilidade tão significativa que é comum o desconhecimento dos seus direitos, prejudicando a capacidade de reivindicá-los.

Para M1, e para muitas outras pessoas, o uso do nome social, e principalmente a retificação do nome civil, só é possível após a realização da cirurgia de transgenitalização como forma de validação da identidade trans e, assim, poder conquistar seus direitos.

Muitas vezes, isso não ocorre somente por desconhecimento, mas também por medo do que a incongruência entre a aparência física e o nome apresentado na identificação possa provocar no/a interlocutor/a. Isso porque a aceitação dessas pessoas na sociedade costuma variar de acordo com sua maior ou menor *passabilidade*, ou seja, com a capacidade que elas desenvolvem de serem percebidas ou “lidas” como pertencentes ao gênero feminino ou masculino sem gerar dúvidas, evitando o desconforto provocado pelos olhares questionadores. Essa “necessidade” de adequação do nome com o corpo é ditada pelas normas de gênero e pelo binarismo. Por isso, não é incomum que pessoas trans esperem os efeitos físicos da hormonização antes de reivindicarem o nome social, mesmo este sendo um direito que independa da expressão de gênero. O relato apresentado a seguir mostra como se dá este desconforto:

Não, eu não tenho ainda o RG com o nome social, mas pretendo fazer depois que começar a tomar hormônio. Eu não vou me sentir confortável de chegar com um documento com um nome masculino, as pessoas ficam perguntando. Quando fui fazer o exame, fui com o pedido daqui com o nome social e a atendente perguntou: “mas quem é fulano?”. Eu não fico muito confortável. (H3)

Falas como estas foram muito comuns nos corredores do ambulatório e nas atividades de sala de espera que a equipe de pesquisa realizou. Ainda que desde a mais precoce infância a pessoa possa se identificar em um determinado gênero, ela pode se sentir desconfortável em assumi-lo publicamente enquanto não puder ser lida socialmente como tal. Justifica-se o fato pelo medo de transfobia, violência, dos possíveis questionamentos produzidos a partir desta não compreensão, da abjeção provocada pela suposta incompatibilidade entre a imagem corporal apresentada e o registro no documento.

Vale ressaltar que nas atividades realizadas pela equipe de pesquisa na sala de espera do ambulatório, optamos por abordar algumas destas questões como forma de multiplicar o conhecimento sobre os direitos da população trans e contribuir no processo de empoderamento das suas identidades.

Uma outra barreira apresentada para o cuidado das pessoas trans na rede formal foi a falta de provisão do fornecimento dos hormônios, especialmente das apresentações de testosterona, que têm um alto custo para os usuários. Considerando a realidade de vulnerabilidade e desemprego por parte desta população (CARRIERI et al, 2014; ALMEIDA & VASCONCELOS, 2018), a necessidade de compra do medicamento, que deve ser utilizado continuamente, se torna, muitas vezes, impeditiva para a realização da hormonização:

Deveria haver distribuição de hormônios para as pessoas que fazem parte do ambulatório. (...) Por exemplo, hoje eu posso pagar minha Deposteron, mas tem moleques trans que não podem e aí ficam sem se hormonizar por não poder pagar. (H8)

Agora eu estou vindo direto. Eu tinha parado, mas agora eu voltei. E agora eu vou ter dinheiro para comprar a medicação por que não tem em farmácia, não se encontra (gratuitamente) em farmácia nenhuma. (M2)

Encontrei, durante o acompanhamento no serviço, homens trans que já utilizavam a testosterona, mas descontinuaram a hormonização por algum período devido à impossibilidade de arcar financeiramente com a compra da medicação. Da mesma forma, algumas mulheres trans suspenderam o uso do hormônio prescrito no ambulatório, substituindo-os por hormônios mais baratos que aumentam o risco cardiovascular. A interrupção do tratamento gera muitos problemas que impactam substantivamente na qualidade de vida da população trans. Alguns homens trans deram destaque ao retorno da menstruação e às alterações emocionais com a interrupção do uso da testosterona por questões financeiras, o que os levou a quadros de ansiedade e depressão neste período.

Há uma gama de opções de hormônios no mercado com capacidade de provocar um efeito feminilizante, como os anticoncepcionais de uso oral. Alguns destes são distribuídos gratuitamente nas farmácias da UBS, mas não são adequados para a hormonização de pessoas trans, pois as associações entre estrógenos e progestágenos sintéticos destes anticoncepcionais acentuam gravemente o risco de tromboembolismo, sendo desaconselhado seus usos.

Na busca por compreender estas barreiras da assistência à rede de saúde, foi identificada que a escassez de profissionais capazes de prescrever a hormonização é uma grande limitação do cuidado. Relatos sobre a pouca divulgação do serviço também foram comuns, o que provocou o atraso do início da hormonização para algumas pessoas:

Já é bom ter isso aqui, mas pra mim só tem consulta em janeiro e depois não sei quando vou poder voltar. Parece que é complicado conseguir uma coisa mais certa, né? Parece uma coisa muito escondida (o ambulatório), tem que procurar muito pra conseguir uma coisa aqui. (M4)

Em seu relato, M4 afirmou ter tido dificuldade em encontrar um serviço que pudesse acolher a sua demanda de hormonização. E ao encontrá-lo, relatou ter dificuldade de agendamento para o médico, devido ao pouco número de profissionais frente à demanda de assistência da população. Com relação ao ambulatório, só havia um médico endocrinologista em muitas pessoas reivindicavam a ampliação dos turnos de atendimento do ambulatório, considerando que somente uma manhã por semana tornava o agendamento mais difícil.

Uma outra questão que preocupa usuárias/os que buscam atendimento é a garantia do sigilo. Durante as entrevistas, duas pessoas relataram receio de ter sua intimidade exposta, especialmente no âmbito da APS, pois as unidades básicas de saúde se localizam, geralmente, no interior das comunidades. É preciso garantir um ambiente protegido para que as pessoas trans possam reconhecer as UBS como espaço de cuidado. A participante M1 nos fala do motivo que a fez desistir da unidade em que era atendida e procurar outro serviço, mostrando que a quebra da confiança no sigilo pode ser definidor para a desassistência da população em determinada unidade:

Se ali aparecer alguém com alguma doença, eles falam pra todo mundo... até os médicos! (M1)

Isso nos leva a pensar que, assim como se pode temer a quebra da confidencialidade no caso do tratamento do HIV/AIDS – outra condição que carregada de estigma (MELO et al, 2018), falar sobre sexualidade e identidade de gênero para os profissionais que atuam nas unidades de saúde da família pode colocar a pessoa em situação de igual temor de ser exposta

no seu local de moradia. Deve-se considerar, assim como no caso citado, a possibilidade de oferecer serviços que extrapolem a questão do território para condições ainda estigmatizadas, como a transexualidade.

Dentre as dificuldades vividas pelas pessoas trans no acesso e utilização dos serviços de saúde, as mais difíceis de serem superadas são as barreiras socioculturais e institucionais provocadas por sistema binário, que desrespeita as multiplicidades de identidades de gênero que fogem da cisnormatividade. Gomes et al (2018) discutem sobre as violações dos direitos e negligências a que estão submetidas as pessoas não-cisgêneras no sistema de saúde, que muitas vezes são internadas em enfermarias em desacordo com seu gênero, que têm seus procedimentos médicos negados ao obterem a retificação civil e passam a ser consideradas incongruentes com a nova identidade, revelando a insuficiência do sistema binário e cisnormativo.

Esta realidade foi exemplificada por um dos participantes da pesquisa, um homem trans, que engravidou da companheira, uma travesti. Embora tenha conseguido fazer o pré-natal adequadamente em uma das unidades do Sistema Único de Saúde do município, tendo sua identidade de gênero respeitada, sofreu um abortamento espontâneo e precisou ser internado no hospital de emergência e maternidade de referência para gravidez de risco aumentado na cidade. A sua presença numa enfermaria feminina causou curiosidade entre as pessoas, que faziam visitas ao local para verem “o homem que tinha abortado”, provocando nele imenso constrangimento num momento de sofrimento.

Em relação aos procedimentos e médicos especialistas, é importante que os profissionais dos serviços percebam que existem múltiplas formas de ser homem ou mulher e que o acesso ao cuidado não deve ser restringido pela norma cisgênera, que limita a vivência e a expressão da diversidade de pessoas vistas como fora do padrão. Alguns dos relatos expressam a dificuldade em realizar alguns desses exames e consultas específicos:

Num dia eu fui fazer uma ultrassonografia de útero e endométrio. A atendente perguntou: “tem certeza, senhor?”. Sim, tenho sim. Ela falou: “não é de próstata?”. Não. É de útero e endométrio mesmo. É pra mim. Ela repetiu: “Mas como assim?” Sou um homem trans. (...) Então tem vários focos diferentes: tem homem que precisa ir ao ginecologista e tem mulher que precisa ir no urologista ou no proctologista. (H2)

A situação de ir ao ginecologista é difícil, né? Chegar lá no médico ginecologista... E também era uma senhora que acho que nunca tinha atendido uma pessoa trans. Ela ficou meio assim, sem entender. (H5)

As situações relatadas acima ocorreram no serviço privado, onde a APS não é a porta de entrada e responsável pelo agendamento dos encaminhamentos e exames, mas exemplificam

uma realidade comum aos atendimentos médicos e aos serviços de saúde do *cistema*, que não reconhecem outros padrões de gênero que não os dispostos pela norma binária e cisnormativa.

A compreensão da existência dessas barreiras aos serviços no município de Niterói pode servir como base para a produção de iniciativas que visem incluir a população trans na Rede de Atenção à Saúde, de forma que esta seja capaz de romper com a cisnormatividade que invisibiliza a vivência de travestis e transexuais e viola seus direitos, seja nos serviços públicos ou privados.

Outra barreira interposta para uma adequada assistência à saúde é a abordagem psiquiatrizante da transexualidade. Como dito anteriormente, as condutas médicas foram validadas a partir de uma categorização que identificava “transexuais verdadeiros”, permitindo assim as intervenções médicas aos que se adequavam aos critérios diagnósticos estabelecidos e exclusão das/os demais (ARÁN & MURTA, 2009; BENTO & PELUCIO, 2012; BORBA, 2016). Ocorre que gênero, como uma identidade fluida, pode apresentar manifestações diversas que fogem da perspectiva binária dos estereótipos de feminilidade e masculinidade. Cada expressão de gênero e cada forma de se perceber como cis, trans ou não binário é única e os protocolos médicos não dão conta dessa diversidade. No caso da população trans, a necessidade de diagnósticos e laudos para iniciar a hormonização é uma prova dessa incompreensão, se colocando como uma barreira significativa para o cuidado dessas pessoas trans e um motivo importante para a construção de redes informais de cuidado. As falas abaixo são reflexos desse engessamento:

Eu estava pensando em começar a hormonização por conta própria. Eu tinha acesso ao médico, mas o ambiente era muito ruim. Era muito padronizante pra mim, eu adoeci muito.(...) com a psiquiatra eu comecei a tomar antidepressivo, Rivotril. Eu não tinha que tomar antidepressivo. A minha ansiedade era porque eu tava naquele ambiente e não porque eu sou ansioso e depressivo. Parecia que estavam me prendendo ali pra que eu seguisse uma agenda delas até eu ficar: “Pronto, estou apto pra mudar de sexo, sou um homem”. (H2)

Eu falei: “você pede laudo psiquiátrico”? Ela (a médica) falou: “Sim”. Aí eu falei: “Tudo bem...” Aí ela falou: “Você sabe quantas pessoas se arrependem do processo?” Eu falei: “Não faço ideia, mas obrigado”. Fui embora e nunca mais voltei. (H7)

Eu não ia (ao serviço) por não me sentir à vontade. Eu tinha medo de chegar lá e acontecer o que acontece com vários meninos, o maluco falar que não trabalha com isso ou “ah, não vou te hormonizar”, “ah, tem que trazer um laudo psicológico”, enfim, eu não estava a fim de passar por isso. (H8)

Esta exigência de laudo e diagnóstico psiquiátrico para o início da hormonização produz uma falsa ideia de que a vivência trans é homogênea e obriga as pessoas trans a produzirem

uma narrativa que se adeque à expectativa do “transexual verdadeiro” ao invés de narrarem suas próprias experiências identitárias, tal como afirma Borba (2016). Pois, como ressalta este autor, ao não poderem falar de si e das suas experiências, o saber que a medicina constrói sobre essa população é sempre falha e enganosa, já que é baseado não na realidade, mas num saber médico norteado pelas normas de gênero.

É possível dizer também que o caráter diagnosticável da identidade de gênero reproduz um modelo paternalista de relação clínica, que contradiz com o atual paradigma da clínica centrada na pessoa, promotora de autonomia. E nessa perspectiva de padronização das experiências da transexualidade produzidas pelo discurso biomédico, perdem-se as narrativas singulares das pessoas.

Desta forma, a rede formal segue se baseando no modelo discursivo biomédico, diagnosticável e padronizado que produz cuidados em saúde que podem não se adequar às necessidades e demandas da população trans, impactando negativamente no itinerário de travestis e transexuais, que acabam produzindo outros caminhos para acessar seus direitos e conseguir realizar a hormonização.

6.2.2. Potencialidades para o cuidado em saúde

Diferente do que tem se produzido sobre saúde trans, onde as limitações e barreiras dos sistemas e serviços de saúde são evidentes, os itinerários também produziram, de forma tímida, algumas experiências exitosas de produção de cuidado. Nas entrevistas, foram relatadas positivamente a relação longitudinal e a coordenação do cuidado pela APS, a criação de vínculo com profissionais de saúde, experiências com outros equipamentos da rede de saúde e a relação entre os serviços públicos e privados.

a) O papel da Atenção Primária à Saúde no cuidado da população trans

A Atenção Primária à Saúde, de acordo com a Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2017), deve ser estruturada como principal porta de entrada do sistema, e deve integrar, coordenar o cuidado e atender as necessidades de saúde das pessoas do seu território. O município de Niterói, desde o final da década de 70, desenvolve iniciativas para a implantação de um modelo assistencial à saúde com base na construção de uma rede municipal de saúde inspirada na Atenção Primária, conforme preconizado pela OMS. Com essa rede,

pretende-se a expansão da cobertura de serviços de saúde em bairros periféricos integrando de forma hierarquizada com outros serviços de saúde do âmbito local.

Em 1992, a cidade iniciou o primeiro serviço do Programa Médico de Família (HUBNER & FRANCO, 2007), inspirado no sistema de saúde cubano, e se tornou uma das experiências municipais que serviram de inspiração para a construção do Programa de Saúde da Família em nível nacional. Atualmente, o Programa Médico de Família de Niterói é composto por 40 Unidades de Saúde da Família, que atuam de forma regionalizada e hierarquizada em uma rede com 7 policlínicas regionais e 2 policlínicas de especialidades, uma delas é a Sylvio Picanço, que fica no Centro da cidade e é onde funciona o Ambulatório de Atenção à Saúde da População Travesti e Transexual João W. Nery (NITERÓI, 2018).

As/os participantes informaram, em sua maioria, o uso pontual desses serviços para a realização de exames laboratoriais e a aplicação de hormônio a partir da orientação do ambulatório, realização de teste rápido para HIV/ISTs e busca por preservativos. Merece destaque o fato de que a maioria das/os participantes é jovem, com poucas co-morbidades, o que, por si só, já produz um afastamento do serviço de maneira geral. Mas considerando a vulnerabilidade da população trans, é essencial que a APS identifique esta população no seu território, que deve ser buscada ativamente, para construir Projetos Terapêuticos Singulares que atendam às suas necessidades de saúde.

Uma APS forte e articulada pode se mostrar como uma potencialidade para o cuidado da pessoa trans, tornando seus atributos essenciais – como o vínculo entre equipe e usuárias/os, a longitudinalidade, integralidade e a coordenação do cuidado - ferramentas para uma assistência à saúde de qualidade. Isso pôde ser evidenciado em alguns relatos positivos trazidos por alguns/mas participantes, como mostram os trechos abaixo:

Não, nunca senti constrangimento. Geralmente as pessoas que estão lá conhecem a minha família... Me conhecem também e todo mundo me trata bem. (H3)

Me sinto muito bem, o atendimento é excelente, as meninas trabalham super profissionais. As ACS, por morar no local, ter esse contato, eu pedi orientação e elas me orientaram a vir aqui, que aqui tava tendo esse atendimento a essa população trans. (M3)

Não vou lá (na UBS) muito não. Já fui lá pra fazer teste de HIV e me trataram bem, não fui 'recebido' com preconceito não... Também nem pode, lá é negócio de saúde. (M1)

Esses relatos mostram que a equipe de saúde, ao assistir às/aos usuárias/os ao longo do tempo, pode acompanhar o desenvolvimento das suas relações pessoais das pessoas, conhecer suas histórias de vida, suas relações familiares, culturais e comunitárias, o que possibilita a compreensão do indivíduo como um todo. No caso da população trans, que nem sempre encontra espaços de acolhimento e escuta, a construção do vínculo pode ser visto como uma potência da APS para que possam compartilhar suas necessidades e demandas em saúde com a equipe. É importante, durante esse acompanhamento, oferecer espaço para discussões sobre sexualidade e diversidade, num movimento ativo de compreensão desses aspectos na vida das pessoas, independentemente da sua orientação sexual ou identidade de gênero.

Ainda que para a maioria dos participantes a APS seja utilizada de forma específica, como relatou M1, ela deveria ser o espaço privilegiado para produção de cuidado na perspectiva da integralidade, reconhecendo as necessidades de saúde e assumindo seu papel como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde, conforme estabelecido pela Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2017). Tomando o debate levantado por Butler (2009) ao questionar os efeitos da patologização e da psiquiatrização dos diagnósticos de Transtorno de Identidade de Gênero, acreditamos que retirar a centralidade dos psiquiatras na assistência de pessoas trans e transferi-la para o clínico seria uma estratégia de produção de cuidado numa perspectiva integral, humanizada, individualizada e produtora de autonomia.

Esta abordagem propõe uma mudança do paradigma da doença para o paradigma dos direitos humanos, se aproximando das declarações internacionais recentes, como os Princípios de Yogyakarta (2017), que reconhece a livre expressão da identidade de gênero como um direito fundamental.

b) Vínculo com as equipes

As relações construídas com as equipes de saúde impactam fortemente na qualidade da assistência à saúde, especialmente para a população trans. A necessidade de criação de vínculos é, segundo Kurt Kloetzel (1999), um dos aspectos essenciais da prática clínica, sendo necessária uma atitude de interesse do profissional em relação às/aos pacientes. Kloetzel chama a atenção para aspectos não biológicos expressos nas demandas de saúde e da importância de um relacionamento entre médico-paciente baseado na mútua cooperação.

A construção do vínculo com a/o usuária/o é colocada por Cecílio e Matsumoto (2006) como uma das dimensões das necessidades de saúde do sujeito, sendo capaz de construir um espaço propício à produção de autonomia a partir da “arte da fala e da escuta entre profissionais

e pacientes”. No período de observação dos atendimentos do ambulatório, foi notório o sentimento de acolhimento e pertencimento àquele local por parte das/os usuárias/os. Estar na unidade e encontrar seus pares promovia uma valorização da auto-estima, o auto reconhecimento no outro e na experiência do outro. As consultas com o endocrinologista costumavam envolver questões além das demandas clínicas da hormonização, tendo sido abordados os sonhos, os projetos de vida, as relações familiares, que conseqüentemente promoviam o fortalecimento do vínculo da equipe com as/os usuárias/os assistidas/os. Sem dúvida, o respeito à identidade, ao nome social, às múltiplas expressões de gênero foram essenciais neste aspecto do cuidado.

Retornando a Kloetzel (1999), os relacionamentos entre médico/equipe – paciente se apresentam em três modelos: técnico, paternalista ou de mútua cooperação. Este último propõe uma verdadeira parceria entre os atores envolvidos. No ambulatório, percebe-se que o médico realiza a tomada de decisão sobre a terapia hormonal de forma compartilhada com as/os usuárias/os, tanto em relação ao início da hormonização, quanto às opções terapêuticas a serem prescritas, que se adequem melhor à necessidade de cada pessoa em seu momento de vida. Um dos homens entrevistados, consciente dos possíveis efeitos psicológicos do hormônio, relatou a opção de aguardar a realização do Exame Nacional do Ensino Médio para iniciar a medicação:

Não envolve só o tratamento hormonal, obviamente envolve ali algumas mudanças psicológicas (...) Eu cheguei nessa conclusão, de que a pressão de muito tempo estudando, sem falar de esconder as mudanças dentro de casa, ficar muito animado com as possíveis mudanças no corpo, ENEM chegando... Todo esse negócio mexe com a cabeça. Vim conversar com o médico sobre a hormonização e remarcar a minha próxima consulta para depois do ENEM. (H4)

A urgência das modificações corporais apresentada pelas/os participantes quase sempre está em descompasso com o tempo necessário para o efeito do hormônio ministrado em dosagens seguras, conforme proposto pelo endocrinologista. Mesmo esse desacordo tem sido negociado e desconstruído com a confiança em relação ao médico que promove a construção do vínculo com ele e toda a equipe, como demonstrado no seguinte relato:

Acho que o que faltava era isso, confiar num médico e ele (o endocrinologista do ambulatório) me passou confiança. Antes eu não tinha como fazer porque não tinha confiança, em relação aos hormônios, nada. (H9)

O relato de H4 mostra que a construção do vínculo entre a equipe e usuárias/os é determinante para promover a autonomia das pessoas trans que utilizam o serviço, aspecto fundamental para a promoção da saúde numa perspectiva integral. Já o relato de H9 evidencia que a confiança na equipe é essencial para a adesão à terapêutica proposta.

Desta forma, é valorizado o respeito às decisões tomadas de forma consciente considerando a/o usuária/o co-responsável do seu cuidado. Esta pesquisa revelou que a população trans atendida no ambulatório se apresenta atenta aos riscos da automedicação: nove, entre as/os vinte participantes relataram o medo em realizar a hormonioterapia sem acompanhamento médico, pelos riscos inerentes a este processo. Da mesma forma, Ahmad (2020) revelou, em outro recorte desta mesma pesquisa, que 32, dentre 41 participantes, conheciam os efeitos adversos da hormonização cruzada, na maioria das vezes a partir de pesquisas na internet, sendo este um fator importante para iniciar/continuar a hormonização com acompanhamento de uma equipe multidisciplinar.

c) Outros Equipamentos

Os caminhos percorridos pela população trans em busca de assistência médica não passa somente pela linha de cuidado do Processo Transexualizador. Ser transexual ou travesti é parte do que a pessoa é, não tornando-se limitada a esta condição de existência, mas carregando em si toda a complexidade sua vida. Restringir a abordagem da saúde trans às mudanças corporais provoca uma limitação na capacidade dos serviços acolherem adequadamente uma parcela significativa da sociedade.

Apesar disso, toda a assistência à saúde de pessoas trans é, se não orientada pelas modificações corporais, limitada por elas no Processo Transexualizador, como lembra Murta (2011), em que este funcionaria como um eixo orientador do acompanhamento de transexuais e travestis. Assim, outros serviços assistenciais pouco se inserem no debate das especificidades da pessoa trans.

Os serviços de urgência e emergência do município foram citados como local de cuidado e as impressões foram muito díspares em relação ao acolhimento. De forma geral, não houve críticas aos atendimentos médicos e, se para algumas pessoas o desrespeito ao nome social instituiu-se como uma barreira para o serviço, em outras situações foram as/os próprias/os profissionais das unidades que orientaram como proceder na garantia deste direito:

Quanto entrei (no consultório) ela (a médica) falou: “Ai, desculpa, por que você não colocou seu nome social?”. Eu disse que falei pro menino na recepção. Aí ela foi lá e falou pra ele: “olha só, quando uma paciente trans, uma mulher trans ou um homem trans chegar, você tem que botar o nome social. Não precisa nem esperar a paciente falar, perguntar se pode ou não que a primeira coisa que você tem que perguntar é qual é o seu nome social”. Aí ela voltou e falou pra mim: “eu jamais vou deixar você ser maltratada, você pode ter certeza, tá? É direito seu! Aqui ou em qualquer lugar

público que você for, se não quiserem por o nome social você pode bater o pé, que é direito seu". (M5)

Percebe-se, no relato anterior, que embora não haja uma ação institucional de inclusão da pessoa, os debates sobre a transexualidade vêm permeando a sociedade, dando visibilidade a este grupo, e com isso, alguns profissionais passam a reconhecer as demandas e garantir os direitos conquistados pela população transexual, podendo ser inclusive agentes de mudanças nos serviços.

A articulação entre os serviços é uma premissa de um sistema de saúde que se propõe a ser integral e universal. Em relação a isto, uma das entrevistadas apresentou o relato de uma articulação incipiente entre os diversos equipamentos da rede de saúde mental da cidade e os ambulatoriais onde era acompanhada:

Eu mesma me internei por que eu estava usando muita droga. Dois dias depois eu fui pra rua, tive alta, usei droga de novo aí me internei de novo (...) Eu já tinha me tratado lá (policlínica) só que eu larguei e agora eu vou retomar pela questão da minha sexualidade. Estou precisando mesmo conversar com a minha psicóloga, a psiquiatra vai mudar a minha medicação... E lá é tranquilo, eu gosto muito da minha psicóloga (...) No posto de saúde eu procuro me cuidar, tenho que fazer exame de sangue, tenho que ir lá no Jurujuba de novo... Estou correndo atrás de tudo sozinha. Eu e Deus. (M2)

No relato acima, percebe-se a construção de vínculo com profissionais em diversos serviços, que se tornaram referência de apoio para a usuária. Ela se insere e se afasta dos serviços de acordo com as suas percepções e necessidades e os serviços mostram algum grau de articulação com o retorno do acompanhamento psicológico, o ajuste da medicação pela psiquiatra, a hormonização e o acompanhamento clínico na policlínica e a realização dos exames na UBS. Wenceslau & Ortega (2015) destacam os benefícios da integração da saúde mental à APS, dentre elas a conexão entre os problemas de ordem física e mental, a ampliação do acesso, a disponibilidade e custo-efetividade, bons resultados clínicos e a promoção dos direitos humanos.

Ainda que essa articulação comece a se desenvolver, não houve, aparentemente, a construção de um Projeto Terapêutico Singular voltado a esta participante, nem mesmo a coordenação do seu cuidado. Essa articulação entre os serviços sinalizam uma potencialidade, mas ainda se precisa avançar em relação a esta integração entre saúde mental e a APS no município, onde esta se responsabilize por todas as dimensões do cuidado.

d) A opção pelo SUS

No Brasil, as operadoras de planos privados e seguros de saúde devem atuar de forma complementar ao Sistema Único de Saúde, este de caráter gratuito, universal e integral. Ocorre que para uma parcela da população, a cobertura de serviços na verdade é duplicada. De forma geral, a utilização dos serviços de saúde do SUS se relaciona com procedimentos de alto custo/complexidade ou em virtude de restrições que constam nas cláusulas dos planos (SANTOS, UGÁ & PORTO, 2008).

Já em relação às/aos entrevistadas/os, mesmo tendo acesso a endocrinologistas e outros especialistas para a hormonização, estes vêm optando por realizar suas consultas ambulatoriais no âmbito do serviço público, utilizando os serviços privados somente para realização dos exames laboratoriais solicitados durante a consulta no ambulatório. Neste caso, a maioria dos itinerários terapêuticos construídos pela população usuária do ambulatório é perpassada pelos serviços privados, fato evidenciado pelas entrevistas de onze participantes, que utilizam planos de saúde, criando um perfil diferenciado do padrão de utilização neste *mix* público-privado.

A população beneficiária de planos de saúde realiza suas consultas médicas, de forma geral, com os profissionais conveniados, buscando as unidades públicas nos casos excepcionais acima citados. Mas no caso da população trans, mesmo com acesso a médicos especializados no rol de profissionais conveniados, esta opta por realizar suas consultas para mudanças corporais no âmbito do serviço público. As cirurgias de transgenitalização, que até a finalização destas entrevistas não estavam na lista de procedimentos cobertos pelos planos de saúde, podem ser apontadas como uma das causas da busca pelos serviços no Sistema Único de Saúde.

Outra explicação pela utilização do ambulatório ao invés dos médicos especialistas conveniados é que o ambulatório respeita a autodeclaração identitária, aspecto muito relevante, sobretudo para quem já passou por outros serviços que tinham como pré-requisito o diagnóstico psiquiátrico de transexualidade. Os relatos revelam que a não obrigatoriedade do diagnóstico é um passo importante para a inclusão dessa população nos serviços de saúde por respeitar as vivências e experiências identitárias de cada um/a e por não condicionar a oferta do cuidado a padrões normatizadores da transexualidade. Neste contexto, H7 explica o motivo de substituir o consultório privado pelo acompanhamento no ambulatório:

Ela (médica endocrinologista) cobrava o laudo psiquiátrico com a justificativa de precisa ver se terá arrependimento, porque se tiver arrependimento, a responsabilidade não é dela, e sim da pessoa. Ela é só um canal para que a pessoa consiga (a medicação). Ela não é Deus. (H7)

Aí quando eu vi, caramba, vai ter um ambulatório aqui, eu já fiquei assim, esperando. Eu já queria sair da minha médica (particular). Eu entrei querendo sair dela, mas era o que eu tinha na hora. Eu não queria fazer por conta, mas eu não queria ficar naquele ambiente horrível, psiquiatrizante, patologizante, transfóbico pra caramba. (H2)

Ainda assim, o ambulatório atende parcialmente às necessidades de saúde de transexuais, uma vez que amplia a oferta de hormonização para a população trans, orienta as/os usuárias/os sobre seus direitos sociais e oferece suporte psicológico para as pessoas que necessitem. Ele apresenta uma assistência voltada somente às especificidades da transexualidade, não sendo capaz de construir abordagens comunitárias e familiares, nem atender outras demandas de saúde, como a realização de exames citopatológicos e assistência ao pré-natal de homens trans, tratamento de doenças crônicas e atendimentos de urgência de resolução ambulatorial.

Isso restringe as dimensões do cuidado da pessoa trans, uma vez que o ambulatório não é capaz de prover esse tipo de assistência, que são competências e atribuições da APS. Uma maior articulação entre estes níveis de atenção é urgente para uma atenção integral e humanizada à saúde.

6.3 REDES INFORMAIS: ATRAVESSANDO O INSTITUÍDO

As Redes de Atenção à Saúde formalmente instituídas por protocolos, leis, diretrizes, muitas vezes são insuficientes para atender às demandas da população. E por insuficiência não digo exclusivamente sobre oferta do serviço, mas sobre outras relações e percepções das/os profissionais de saúde sobre o significado de saúde e adoecimento, de natureza objetiva e subjetiva, que podem atender ou não às necessidades da população na produção do seu cuidado.

Em relação a isso, Merhy et al (2014) discutem que as propostas de organização do sistema por parte dos governos desenham uma modelagem de rede sólida, analógica, previsível e manejável dentro da racionalidade biomédica, mas que esta é atravessada por outras redes e conexões, composta por novos serviços e ações que atendem a diversas outras necessidades das/os usuárias/os. Assim, a rede formal se colocaria como disparadora do cuidado, sendo permeada por outras redes num processo vivo de produção de cuidado.

Essa articulação entre a rede formal e as redes produzidas pela população trans se dá por motivos de ordem objetiva, mas também subjetiva. Como vimos no capítulo anterior, as causas podem ser o desconhecimento de profissionais sobre sexualidade e identidade de gênero, pelo

desrespeito ao nome social, pela escassez de profissionais com competências *transespecíficas*, pela organização do serviço de forma genericada, mas também pela abordagem patologizante proposta pelos serviços de saúde.

A compreensão sobre estes caminhos que atravessam a rede formal foi construída a partir da articulação de 42 UR do *corpus* de análise, que originaram 11 US geradoras dos três temas deste que compõem a categoria *redes informais*. São eles: acesso ao serviços, o poder da internet e a judicialização da saúde.

6.3.1 Produzindo redes para acesso ao serviço

De forma diferente do estabelecido no Processo Transexualizador, as/os usuárias/os do ambulatório entrevistadas/os não têm, de forma geral, a APS como referência inicial para a busca do cuidado. Entre os vinte participantes, quatorze participantes relataram terem conseguido chegar ao ambulatório através da indicação de amigos, de movimentos sociais dos direitos LGBT e pela internet, com o uso de mídias sociais.

Seis participantes informaram que a chegada no ambulatório se deu a partir da indicação de amigos que já estavam utilizando o serviço e, inclusive, as/os acompanham na primeira vez no ambulatório. Ao que parece, a indicação de amigos que já utilizam o serviço e reconhecem a sua qualidade dá segurança para que outras pessoas possam acessá-lo:

Eu sempre tive vontade de me transicionar mas eu sempre tive medo. Aí meu amigo falou: “Tô marcado num médico pra mim ali em Niterói, num ambulatório. Pô ali é muito bom. As pessoas te tratam muito bem, tudo super tranquilo. Você tem vontade de ir lá pra poder conhecer e ver como que é?”. Ai eu falei: “Ah pô, tenho sim” e ele me trouxe. (H6)

Cinco dos vinte participantes relataram ter chegado ao ambulatório a partir da indicação de movimento social de direitos LGBT. Além de orientar as pessoas trans sobre a existência do serviço e como podem utilizá-lo, o movimento social serve como uma forma de “acreditação” do ambulatório, que faz com que a população se sinta confortável em buscá-lo, conforme vemos no relato a seguir:

Eu estou sempre antenado com o GDN. Aí quando eu vi que o GDN ia fazer um negócio aqui, eu falei: “Pô é o GDN!”. Perguntei para algumas pessoas como estava sendo o atendimento, cheguei a falar com uns caras que estão sendo atendidos aqui e já fui sondando como é que estava. Aí quando eu vi que estava funcionando, que não era bobagem, que não era *fake news*, eu vim pra cá. (H2)

O GDN (Grupo Diversidade de Niterói) é uma Organização Não Governamental que atua desde 2014 nos direitos da população LGBT na cidade de Niterói e é um dos principais representantes desta população em Niterói, sendo também quem organiza a Parada do Orgulho LGBT do município. O grupo também oferece suporte psicológico, jurídico, realiza ações culturais, parcerias com os serviços de saúde para prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis e organiza um pré-vestibular para pessoas LGBT, o PreparaNem. Dado ao grande alcance das suas ações, muitas pessoas trans da cidade se referenciam nas ações do GDN e buscam apoio e orientação no grupo.

Outro atravessamento para o acesso à rede formal de assistência à saúde relatado por usuárias/os do ambulatório, especialmente para quem é proveniente de outros municípios⁵, foi a obtenção de informações sobre o acesso ao serviço na internet, a partir de mídias sociais como *Facebook*, *Instagram* e grupos de *WhatsApp*. Nesta pesquisa, que é realizada somente com participantes de Niterói, três pessoas relataram o acesso a partir dessas mídias:

Conheci o ambulatório na internet! Me marcaram no link e falaram: “olha, amiga, abriram um ambulatório trans aqui em Niterói. (M7)

Todas essas redes foram acionadas pela população trans na busca de suas mudanças corporais porque a existência formal da linha de cuidado, que é o Processo Transexualizador, não garantiu que estas pessoas pudessem ser assistidas em suas demandas. O fluxo que tem a APS como porta de entrada não foi utilizado pela maioria das/os participantes da pesquisa.

Para que a APS seja capaz de se colocar como ordenadora do sistema de saúde, serão necessárias ações ativas de busca das pessoas trans, que precisam perceber a unidade de saúde como um espaço protegido. Acreditamos que uma divulgação ampla das ofertas de serviços, a utilização de símbolos que possam indicar à população trans que ela será bem acolhida na unidade de saúde, como uso de bandeiras, cartazes que divulguem o direito ao uso do nome social ou mesmo a divulgação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e transexuais. As unidades precisam construir canais de informação mais dinâmicos, com maior alcance, especialmente para jovens que não se inserem nas ações programáticas tradicionais. É urgente a utilização das mídias sociais para fornecer informação

⁵ O ambulatório, por ser uma unidade de porta aberta, recebe usuárias/os de vários municípios que buscam neste serviço a assistência que não há nas suas cidades. Atualmente, além de residentes de Niterói, o ambulatório recebe usuárias/os de São Gonçalo, Rio de Janeiro, Maricá, Itaboraí e, em menor número, de municípios da Baixada Fluminense (PINTO et al, 2020)

adequada, abrir novas formas de diálogo e buscar usuários e usuárias tradicionalmente invisibilizados pela sociedade.

6.3.2 O poder da internet

A internet, especialmente com a expansão das mídias sociais, como *Facebook*, *Instagram*, *Twitter* e *WhatsApp*, transformou a nossa forma como nos relacionarmos, tornando mais próximo quem antes estava distante, permitindo-nos encontrar pessoas com vivências semelhantes que possam ser compartilhadas. Dentre as/os participantes da pesquisa, oito pessoas relataram utilizar a internet na busca por orientações, cuidados e trocas.

A escassez de profissionais nas redes pública e privada capazes de oferecer a harmonização frente à urgência de se produzirem as modificações corporais são algumas das principais queixas e motivos para a produção de uma rede informal de cuidados. Neste contexto, a internet e as mídias sociais surgem com um papel central para atender às demandas da pessoa trans, se colocando como uma grande fonte de trocas e informação aonde a população trans recorre.

As mídias sociais e as/os *youtubers* se tornaram referências para a orientação do uso de hormônios, mesmo se sabendo dos riscos inerentes à auto-prescrição de medicamentos. No caso dos homens trans, a obtenção da testosterona é dificultada pelo receituário especial controlado. Mas para as mulheres, cujos hormônios não dependem de receituário para a compra, a medicação sem prescrição médica tornou-se prática comum e as mídias, as orientadoras:

Busquei em grupos no *Facebook*, porque hoje em dia tem muitos grupos de transição hormonal, mais pra meninas. Algumas que já fazem tratamento há mais tempo, outras que estão começando agora e pedem umas dicas. (...) E fui no *YouTube* pra poder aprender a auto-aplicação de Perlutan e comecei a me auto-aplicar em casa.(M5)

Eu assisti alguns vídeos no *YouTube*, procurei, levantei essas informações até mesmo pra saber, porque pode causar uma trombose, problemas com fígado, né? Porque ele faz toda retenção do hormônio, tem várias etapas até expulsar do corpo, então tem os prós e os contras... Tudo é risco nessa vida. Se quer melhorar, tem o risco. (M3)

Este fenômeno também foi observado nos estudos de Braz (2019), que identificou que as mídias sociais produzem uma “apropriação criativa dos saberes biomédicos”, onde as pessoas trans trocam informações sobre os tipos de hormônio, efeitos, onde comprá-los, onde obter receitas, exames periódicos que devem ser realizados, melhores unidades de saúde e profissionais, entre outras questões que perpassam a harmonização.

Mesmo no caso dos homens trans, com acesso dificultado às apresentações de testosterona, as mídias sociais são um território importante para a troca de informações sobre serviços, experiências vividas, efeitos colaterais manifestados, e, principalmente, a evolução das mudanças corporais frente ao uso de hormônios. Frossard & Dias (2016), discutem a utilização de grupos de internet na relação entre pacientes e produção de saúde e relatam que estes grupos produzem espaços de comparação entre as experiências pessoais e de gestão de cuidados, circulando informações que até então eram restritas aos especialistas e produzindo novas formas de saberes. Algumas pessoas trans coletivizam estas experiências e as compartilham em canais de YouTube e páginas do Instagram, que tornam-se espelho para quem inicia a hormonização:

Esse meu amigo começou a fazer a transição e fez um canal no YouTube. Ele foi mostrando os médicos que ele foi, pediu pro médico pra gravar e mostrar pras pessoas como que era (...) Hoje em dia o YouTube tem muita demanda sobre isso, né? Tem o canal “transicionando”, tem vários canais de trans que te mostram o dia-a-dia de quando você começa a tomar os hormônios, como você se sente, a perda de cabelo, clitóris crescer... Tem muita coisa! (H6)

As mídias sociais também orientam sobre a forma de uso da medicação. A população trans não se sente confortável em utilizar os serviços de saúde para aplicação do hormônio, pelo medo de ser confrontada na sua identidade de gênero, e assim passam a auto-administrarem a partir do que observaram em vídeos:

Eu fiquei dois anos pesquisando antes de me hormonizar...eu via vídeos da galera se hormonizando... (...) Ai eu falei: “dois anos de youtube, eu devo saber fazer isso!” Eu sei que é uma grande ofensa pra enfermagem, estudam pra caramba...e aí vem um cara dizendo que aprendeu no youtube, mas eu ‘tava’ desesperado. (H9)

A produção de redes informais tem na internet um campo muito fértil, onde se produzem novas formas de integração e colaboração. Uma das ferramentas utilizadas pelas pessoas trans na busca pelo seu cuidado são as campanhas de financiamento coletivo. Assim, as pessoas trans conseguem buscar apoio entre os pares e entre pessoas próximas a fim de obter o recurso para realização das cirurgias para modificação, recurso mais utilizado pelos homens trans no caso da mamoplastia masculinizadora.

Em 2019, a Agência Nacional de Saúde Suplementar definiu, em seu Parecer Técnico No 26/GEAS/GGRAS/DIPRO, que mastectomia, histerectomia, ooforectomia ou ooforoplastia, tiroplastia devem ser de cobertura obrigatória. No período da realização das entrevistas, a ANS ainda estava no processo de regulamentação da oferta de procedimentos cobertos pelos planos privados de assistência à saúde. Sendo assim, mesmo os/as pacientes beneficiárias/os de planos

de saúde, que são maioria das/os participantes da pesquisa, precisaram recorrer a outras formas para realização das cirurgias, sendo a “vaquinha” virtual uma delas.

6.3.3 Judicialização da Saúde

As conquistas dos direitos das pessoas trans se deram não somente a partir das lutas reivindicatórias dos movimentos sociais, mas também através da judicialização das demandas a população (POPADIUK et al, 2017). Alguns serviços relacionados ao Processo Transexualizador foram instituídos pela necessidade de cumprimento de ordem judicial e não por iniciativa do serviço. Como foi o caso da primeira cirurgia de transgenitalização coberta pelo SUS realizada no Hospital Universitário Pedro Ernesto, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), em 2008. Nesse contexto, é comum que a população trans tenha o seu itinerário marcado por ações judiciais e busca por apoio jurídico:

Na busca pela hormonização segura, M5 relatou ter procurado diversos serviços públicos e recebido negativas de atendimento, inclusive no Hospital Universitário Antônio Pedro, hospital federal vinculado à Universidade Federal Fluminense, até que foi orientada a abrir um processo administrativo na Prefeitura de Niterói. Lá, disse ter sido orientada da seguinte forma:

No Antônio Pedro (os endocrinologistas) disseram: “Eu não posso te encaminhar pro IEDE⁶, você vai ter que entrar com um processo judicial” e me deu um endereço que era até aqui na rua da prefeitura pra eu poder ir. (...) Fui lá e a atendente falou: “Aqui a gente não faz esse tipo de processo. Aqui é pra processo para o caso de precisar de algum remédio, pra alguma doença crônica, que o posto ou hospital público não quiser te oferecer. Então você vai ter que procurar um advogado e vai ter que entrar com um processo judicial pra você fazer a terapia hormonal.” (M5)

Este relato se refere a um período anterior ao surgimento do ambulatório especializado na cidade, que se tornou um marco nas trajetórias assistenciais da população trans. Em relação a garantia de outros direitos, como a retificação no nome civil e apoio em situações de violência e preconceito, muitas/os usuárias/os do ambulatório relataram ter contado com o núcleo da Defensoria Pública especializado em direitos homoafetivos e diversidade sexual, conforme informa a participante M3:

⁶ O IEDE – Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione – é o único serviço de saúde do estado do RJ formalmente habilitado no Processo Transexualizador

Eu fui atendida pela Defensoria Pública, no NUDIVERSIS, é um núcleo voltado pra esse tipo de atendimento... A Defensoria atende toda a população, mas lá tem esse tato com as pessoas trans. (M3)

Com a instituição do ambulatório especializado em saúde trans ofertando a terapia hormonal, o itinerário produzido por transexuais no município se tornou mais curto, menos produtor de violências. Ainda assim, a assistência à saúde população trans ainda se organiza e é, muitas vezes, limitada pela oferta da hormonização, desconsiderando a integralidade do cuidado.

6.4 REDES SOCIAIS: AMPLIANDO A PRODUÇÃO DE SAÚDE

O cuidado em saúde se apresenta em diferentes dimensões. Ayres (2014), considerando uma dimensão ontológica do cuidado, recorre ao debate de Heidegger, dando centralidade aos projetos de vida e felicidade, do modo de ser dos humanos, com os modos de compreenderem a si e a seu mundo e com seus modos de agir e interagir.

Essa compreensão do mundo não é produzida isoladamente, ela deve ser observada numa perspectiva histórico-política-cultural. E a forma como cada pessoa se localiza neste contexto de produção de si determinará os graus de adoecimento e sofrimento, suas demandas e necessidades de saúde e produzirá novos projetos de vida, podendo ressignificá-los de acordo com suas experiências. Neste sentido, as redes sociais construídas pelas/pelos participantes puderam construir relações de cuidado que desenvolveram novas formas de ser e viver, produziram novos significados para suas identidades e permitiram o desenvolvimento de novos projetos de vida.

Este movimento de produção destas redes foi promotor de autonomia para as pessoas trans, dialogando com o pensamento de Ayres (2006), que ressalta a relevância da compreensão da/o paciente em relação ao seu próprio corpo, ao meio social onde vive, na sua capacidade de instituir normas que ampliem sua capacidade de sobrevivência e qualidade de vida. Discute que a passividade do sujeito é um empecilho à “cura”, prevenção e promoção da saúde e que toda prática deveria ser avaliada por sua capacidade de influenciar o coeficiente de autonomia das/os pacientes. (AYRES, 2006).

As/os participantes produziram uma ampla rede social de apoio e cuidado na construção dos seus Itinerários Terapêuticos, nas quais é possível citar a família, grupos virtuais, amigos, instituições de ensino e religiosas, além dos movimentos sociais. Vale ressaltar que estas

mesmas redes que foram identificadas como espaços de cuidado, também foram capazes de produzir formas de opressão e violência para determinadas pessoas ou em determinado tempo.

Sobre essa rede, foram identificadas no *corpus* de análise 84 UR, que produziram as 14 US que geraram os 5 temas desta categoria: relações familiares, relações de amizade, religiosidades, movimento estudantil e grupos universitários e movimento social.

6.4.1 Relações Familiares

Nesta pesquisa, foi notado que os conflitos familiares marcaram as trajetórias da maioria das/os entrevistadas/os. Dentre as/os participantes, treze pessoas relataram situações de violência no âmbito familiar e sete pessoas disseram ter encontrado apoio na família para a sua transição.

A família é o primeiro espaço de convivência e socialização para boa parte das pessoas e as relações que se estabelecem no interior deste grupo podem costumam significativamente nas formas de viver de seus membros. Ter mais ou menos apoio, aceitação, respeito vão espelhar mais ou menos qualidade de vida, saúde e autonomia (NEWHOOK et al, 2018; BROWN et al, 2020).

No caso das/os participantes, as experiências de acolhimento ou violência no âmbito familiar foram determinantes da forma como construíram seus itinerários na busca por cuidado em saúde.

Os trechos abaixo mostram que a falta de apoio da família produziu adoecimento, impactando na piora da qualidade de vida:

Minha relação com a família é péssima! Não tenho o apoio de ninguém, vivia na rua, não tenho o apoio de ninguém e não quero saber de ninguém. Eu quero que Deus ilumine o passo de cada um. (M2)

Se meus pais não aceitavam minha homossexualidade, imagina identidade de gênero diferente da que eles enxergavam? Então foi uma coisa que eu reprimi por muito tempo mesmo e, em decorrência disso, acabei desenvolvendo várias coisas. Assim, sou muito ansioso...hoje em dia assim, eu tenho ansiedade fora daqui, essa coisa dos meus pais realmente me deixa mal. (H10)

Minha vida não existiu até ano passado. Ficava tentando provar que era gente. Passei tanto tempo da minha vida tentando provar que eu era gente que eu não fui gente. Eu fui forçando, porque eu era maluco, boiola... Boiola era uma palavra que meu pai usava comigo (...) eu não vejo meu futuro, eu não consigo ver. Eu começo a pensar no futuro e vem: eu sou um bicho estranho, não tem nada pra mim. Eu não sei. Não sei o que é ser feliz. (M4)

A ausência de um suporte familiar foi a maior causa de adoecimento de treze das pessoas entrevistadas. Essas/es participantes relataram que não puderam expressar a sua identidade nos espaços onde viviam, gerando relatos que expressam o embotamento das vidas e a falta de perspectiva. Treze das vinte pessoas entrevistadas relataram conflitos familiares nas suas trajetórias. Expulsão de casa, violências, repressão da identidade, ansiedade e depressão foram relatados pelas/os participantes ao vivenciarem essa experiência negativa, ratificando o relatado em estudos anteriores (LISZEWSKI et al, 2019).

É urgente uma abordagem familiar pelos serviços de saúde, de forma que estes possam receber as famílias que desconhecem ou não sabem como lidar com a transexualidade, para que possam sensibilizar para a importância do acolhimento familiar para as pessoas trans, e as falas das/os participantes que puderam contar com o apoio de suas famílias durante as suas transições mostram. Os relatos indicam que o processo pôde ser realizado com mais segurança, usualmente orientado por uma equipe de saúde, produzindo cuidado:

Meu pai sempre foi mais conservador, fazia piada homofóbica, racista, mas quando a gente contou (ele e o irmão, também trans) ele foi maravilhoso. Foi o melhor pai do mundo mesmo. Tanto que a gente foi com ele em todas as consultas no endócrino que eu tinha particular, foi com ele que eu fui no IEDE buscar informação, foi com ele que eu fui no cirurgião pra ver como é que era o procedimento que eu precisava, ele que tá me ajudando a poupar dinheiro pra cirurgia. É que tá difícil, mas quando ele tem alguma coisinha lá, algum dinheiro, ele me dá. Então é ele que faz tudo pra mim. Sem ele eu não teria chegado até aqui. (H2)

Um dia minha mãe entrou no meu quarto e viu os remédios e falou: “Você tá se drogando? Que monte de remédio é esse aqui dentro do quarto?” Eu sentei com ela e conversei. Ela virou pra mim e falou: “desde pequena eu sempre vi que você era diferente, só que pra mim era uma coisa que ia passar. Mas se você acha que isso é o melhor pra você, se você acha que é o que você quer, eu estou aqui, sou sua mãe e vou te apoiar, independente de qualquer coisa. Só que pelo amor de Deus, não fica usando esses remédios por conta própria, não fica se drogando, porque é perigoso! Mas se você acha que você quer isso pra você, se é assim que você se identifica, você vai continuar sendo meu filho. Não, a partir de hoje não mais meu filho, agora minha filha.” Aí isso pra mim foi a melhor coisa! (M5)

Os estudos sobre o impacto das relações familiares na saúde da pessoa trans ainda são escassos, mas uma revisão recente indicou que relacionamentos familiares positivos podem proteger adolescentes e jovens adultos contra o estigma associado à identidade trans, melhorando as chances de colocá-los em trajetórias em direção a saúde e ao bem estar (BROWN et al, 2020).

Ainda sobre este aspecto, é importante ressaltar a relevância das relações afetivas, das/os cônjuges no processo de transição e de autoaceitação. Em diversas ocasiões, encontramos

mulheres cis acompanhando seus namorados ou maridos que iniciariam ou dariam continuidade à hormonização no ambulatório, apoiando a transição, mesmo que isso significasse um reposicionamento da própria sexualidade: um casal até então homoafetivo que passaria a ser heteroafetivo após a transição.

Estes apoios foram muito importantes para o novo reposicionamento de si, não só em relação à identidade de gênero, mas para a desconstrução das normas binárias impostas pela sociedade, produzindo uma experiência única da própria existência. O relato a seguir mostra como estas relações intra-familiares são capazes de provocar novas potencialidades nessas pessoas:

Meu esposo viu que eu era muito travada, aí ele falou assim: “olha, eu acho que você tem que se aceitar antes de qualquer pessoa. Você não tem que ter vergonha do seu corpo. O corpo é seu e você tem que se amar”. Hoje em dia eu não ligo mais de me chamarem de travesti, mas até então eu morria de medo das pessoas me verem, delas olharem pra mim e dizerem: “ela não nasceu mulher” (...) Então eu acabei pensando que a cirurgia era pra realização de outras pessoas, porque a mim não incomodava em nada. (M5)

Neste trecho, M5 mostra que esta nova compreensão de si, aceitação e empoderamento da sua transexualidade, a partir do apoio do seu esposo, aumentaram sua autonomia, desconstruiu o medo do julgamento e olhares da sociedade e mudaram, inclusive, seus planos de intervenções cirúrgicas. O itinerário terapêutico que M5 traçava na busca de modificações corporais que pudessem adequá-la a uma identidade feminina dentro das normas binárias, foi modificado a partir dessa nova compreensão de sua transexualidade.

Durante as entrevistas, foi possível perceber que as pessoas que não receberam suporte familiar encontravam-se mais reservadas, em uma postura que confrontava com as das pessoas que encontraram apoio na família, que relataram com maior tranquilidade seu processo de transição, suas perspectivas de futuro e planos de vida.

6.4.2 Relações de Amizade

As relações de amizade com outras pessoas trans foram citadas por sete participantes dentre as/os vinte entrevistadas/os como importantes para construção das suas identidades e apoio para a transição. Mais do que isso, estas relações de amizades puderam proporcionar uma experiência de aceitação e posicionamento social de si. Os trechos abaixo mostram o papel importante que o contato com amigos, em sua maioria trans, puderam exercer na produção dessas novas identidades:

Eu fiz esse processo (de transição) muito consciente, de pesquisas sobre mim mesmo e eu acho que eu tive o privilégio de conhecer pessoas muito *fodas*, que me possibilitaram me compreender nesse processo com calma e tranquilidade. (H8)

Eu fui conhecendo pessoas trans e aí as pessoas trans me tratavam no masculino por que entendiam como que era esse processo... E eu fui vendo que eu ia gostando e cada vez menos eu ia gostando do pronome feminino. Eu comecei a usar o pronome masculino, mas ainda assim tinha coisas gritando, não tava satisfeito. Aí comecei a usar *binder*⁷. um *packer*⁸ e depois de um tempo, comecei a questionar se eu queria hormonização ou não. E aí, cheguei na resposta que sim e comecei a me hormonizar. (H9)

O reconhecimento da sua experiência em outras pessoas trans e a criação de uma rede de apoio foram fundamentais nesse processo de transição e autodefinição do gênero por parte das/os participantes, gerando uma rede de suporte para a decisão consciente do início da hormonização.

A utilização das mídias sociais também se colocou como forma de conexão entre pessoas trans, que puderam compartilhar suas vivências e colaborar com um cuidado coletivo em variadas searas:

Tenho algumas amigas trans aqui na cidade com destaque em todo Brasil e a gente se conectou muito pelo Instagram. Hoje em dia, pelo Instagram, a comunidade trans é muito ligada. É muito forte, coisa de eu sair aqui do Rio, ir pra Recife, pra Fortaleza e existir uma rede de apoio em qualquer lugar. (M8)

Algumas experiências de trocas positivas entre as/os membros dessa população, podem não ser vividas da mesma maneira por outras pessoas. De forma diferente dos homens trans, algumas mulheres trans relataram desconforto em se relacionar com outras transexuais e travestis, como demonstra os relatos abaixo:

Nem procuro ter amizade com as trans. Elas são muito problemáticas. Eu tenho uma amiga trans, a dona do salão onde trabalho. Só tenho amizade dela. Eu tenho uma experiência negativa com amizade. Eu tenho pra mim que essa galera que gosta da mesma opção era pra ser unido, mas ninguém é unido a ninguém, por isso eu me afasto. (M1)

Eu não tenho muita amizade com pessoas trans não. É muito difícil, até porque aqui em Niterói, a maioria das meninas que são trans faz programa. E infelizmente há um preconceito muito grande. (...) Rola um tipo de atrito como se fosse: “elas não fazem programa, então elas quebram a gente, porque a gente cobra e elas vão fazer de graça.” (M5)

⁷ Faixa ou colete utilizado para comprimir as mamas e reduzir seus volumes, para torná-las menos visíveis nas roupas.

⁸ Acessório que simula um pênis, normalmente feito de silicone, que pode ter funções de aumentar volume sob as roupas na região da genitália, auxiliar para urinar em pé e utilizar nas relações sexuais.

Percebe-se que o estigma e o preconceito sofrido pelas mulheres trans e, principalmente pelas travestis, segue sendo reproduzido também pela população trans. Sabe-se que, em média, 90% das adolescentes trans migram pra prostituição nas ruas (SANTOS, 2015), especialmente entre as mulheres com as redes sociais de apoio mais fragilizadas. Nesse sentido, nota-se um movimento das mulheres trans entrevistadas de se diferenciarem das travestis, comumente associadas às profissionais do sexo, como lembra Carvalho (2018).

6.4.3 Religiosidades

A maioria das/os participantes da pesquisa disse não ter religião e algumas pessoas deixaram de seguir suas antigas crenças durante a transição de gênero, por considerá-las preconceituosas com a sua existência. Geralmente, as instituições religiosas se colocam como local de cuidado, mas sete participantes se referiram às religiões de forma negativa, identificando-as como barreiras para a boa relação intra-familiar, como demonstram os seguintes trechos das entrevistas:

Minha mãe contou pra minha avó e minha avó foi lá na minha casa, falando que eu não podia ser homem. E eu nem tinha contado que era trans! Disse que eu não podia ser homem, que isso era coisa do diabo. (H3)

Meu pai é militar da Marinha e meus pais são evangélicos, muito evangélicos... Meu pai terminou o seminário para ser pastor. Enfim, tem essa raiz muito da religiosidade mesmo e por isso foi muito complicado na minha adolescência, porque até então eu me entendia como mulher lésbica e eles não aceitavam.(H10)

Dentre as religiões que produziram cuidado e interferiram na construção do itinerário terapêutico das pessoas trans, destacam-se a *Wicca*, que é uma religião neopagã, e o candomblé, religião de matriz africana. Em relação à *Wicca*, foi relatado o contato com a natureza e a celebração entre os pares como fonte de bem-estar:

A *Wicca* acredita nas energias da natureza como ser supremo com tudo, que é deus uma energia do mar, do sol, todos eles são deuses (...) E nós que somos bruxas somos seres da natureza. Então a gente tem um grupo que faz celebrações do sol, que são as estações e a gente se junta (M6).

Já em relação ao Candomblé, Souza et al (2014) já relataram que as religiões afro e o batuque são um dos caminhos percorridos na busca por cuidado, proteção e aceitação da

população trans e travesti. Discutem que as religiões de matriz africana operam como fontes estruturadoras de modelos de identificação a partir das relações com os orixás e que as performances ritualísticas colocam os corpos no centro, produzindo novas leituras de gênero e sexualidade.

Nesta pesquisa, somente dois participantes relataram serem candomblecistas e o relato apresentado mostra como a ritualística acolhe e produz identificação da pessoa trans com as divindades:

Sobre o meu orixá (Logun-Edé), as pessoas confundem muito, falam que ele é metade homem e metade mulher, mas não é isso. Ele viveu seis meses com a mãe e seis meses com o pai, então ele tem masculino e o feminino muito forte nele mesmo, ao mesmo tempo. Por acaso, meu orixá é esse. Assim como a gente nasce com características físicas dos nossos pais biológicos, com os nossos pais espirituais é a mesma coisa. (H9)

Esta tutela do orixá sobre a pessoa cria uma relação de proteção e cuidado, que é potencialmente geradora de saúde e bem estar. O sentimento de pertencimento a um determinado espaço torna-se relevante na produção de redes de apoio e dos itinerários construídos.

6.4.4 Movimento estudantil e grupos universitários

O abandono precoce das atividades escolares é uma realidade de transexuais e travestis no Brasil e no mundo (WINTER et al, 2016). A Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA, 2020) estima que cerca de 70% das pessoas trans não concluiu o ensino médio e que apenas 0,02% encontram-se no ensino superior.

Usualmente, violências de gênero são reproduzidas nos ambientes educacionais desde o ensino fundamental ao ensino superior, provocando um aumento da evasão escolar de travestis e transexuais. As instituições escolares são apontadas como normatizadoras e construtoras de saberes e verdades sobre o corpo, a sexualidade e o gênero, moldando o que seriam os “padrões” adequados de comportamento. Qualquer variação deste padrão situa a pessoa num lugar marcado como hierarquicamente inferior, sendo estas instituições apropriadas para impedir a sedimentação do “anormal” e “desviantes”. Como efeito da demarcação dessas identidades como anormais, as escolas provocam o ajustamento dos gestos, desejos e comportamentos que devem ser disfarçados ou negados nos corpos (FOUCAULT, 1997; LOURO, 2000). E mais do que isso, provocam a expulsão e a exclusão dessas pessoas, pois elas não “cabem” nessa escola.

A violência na escola se anuncia nas falas, gestos e regras, configurando-se como *bullying*, desrespeito ao nome social, atividades orientadas por gênero, dificuldade no uso do banheiro, entre outros exemplos recorrentes de violências sofridas nos ambientes escolares por quem foge às normas sexuais e de gênero. Violências que, muitas vezes, levam à interrupção da trajetória acadêmica e da vida dessas pessoas (RIBEIRO, 2007). Alguns relatos retratam episódios como estes citados:

Eu tive uns problemas no ensino fundamental. Eu não ia ao banheiro de jeito nenhum. Desde sempre, até o ensino médio eu não ia ao banheiro. Tinha uns horários certos de ir ao banheiro, porque eu sabia que não tinha ninguém e eu ia no banheiro dos professores. (M6)

Eu estudei em várias escolas diferentes. Saí de muitas delas, várias, por conta de bullying. Foi bem pesado isso. Aí eu fui pra última escola, onde consegui bolsa, que é o xxx (escola particular frequentada pela elite de Niterói). Lá não tinha bullying, mas tinha exclusão. (H7)

No caso particular das/os participantes da pesquisa, na qual encontramos um grande número de estudantes universitários, alguns provenientes do movimento secundarista, identificamos pessoas que participam de grupos de estudos e coletivos acadêmicos LGBT. Segundo os relatos, estes puderam não só produzir ações que visam garantir o direito dessa população nas universidades ao construir políticas específicas para este grupo, mas também por produzir debates sobre gênero e sexualidade, além de ações de combate à transfobia:

Eu participo do coletivo trans da UFRJ. Não sou ativo muito, mas eu sei que posso sempre recorrer a eles. Tem o coletivo LGBT da UFRJ, que se tiver algum problema nestas questões, esse coletivo vai lançar uma nota, vai marcar uma reunião com o centro acadêmico, com a reitoria ou com a coordenação do curso. Eles fazem ações na calourada, que é um local muito importante, falando que todo mundo é aceito, fazendo a parte mais importante, que é o acolhimento. Eu sei que se eu sofrer transfobia, é só falar com a galera do coletivo que eles vão se organizar pra tomar providencias. (H7)

Eu circulava em muitos grupos de pessoas LGBTI, debates e fui algumas vezes para o Encontro Nacional Universitário de Diversidade Sexual e Gênero, o ENUDSG. Fui em Goiânia e no Rio Grande do Sul. Eles dois em específico foram muito importantes para eu me entender como um cara trans. Eu tive a oportunidade de conhecer alguns caras trans que tinham muita consciência de quem eles eram e do porquê, falar sobre isso de uma maneira tranquila e nesse contato com eles, eu pude compreender a minha transexualidade a partir de um outro lugar (H8)

Isso demonstra a potencialidade da criação dos coletivos na transformação das realidades locais, na apresentação de novos conceitos e novas vivências. O que tradicionalmente é visto como um local de violência e preconceito, o ambiente universitário também se apresenta como

um espaço onde puderam aprofundar o conhecimento sobre gênero e sexualidade, explorar e apresentar suas identidades socialmente, além de ser também ser um espaço de encontro e proteção.

Foi nos ambientes acadêmicos que boa parte das pessoas entrevistadas puderam construir novas formas de ser e se compreender, de produzir e ressignificar seus projetos de vida, de colaborar com suas experiências para qualificar os debates de gênero e sexualidade nos ambientes acadêmicos, algo reivindicado pela população trans como necessário para o desenvolvimento científico na área seja socialmente referenciado, na perspectiva de construção de uma nova sociedade:

Eu quero muito conseguir fazer uma pós. Eu estou com um projeto na faculdade que me interessa muito, que é sobre anarquismo *queer*. E eu estou me dedicando a isso muito por amor, sabe? Eu quero estudar pro resto da vida, sabe? Ser acadêmico mesmo (...) E eu por sorte tenho um professor muito bom. Aí eu fui falando da minha experiência e ele disse: “Cara, isso é teoria política, sabe? Desenvolva isso, coloca em narrativa”. (H7)

Eu estou começando a pensar no futuro agora. Eu não conseguia pensar, achava que eu não ia conseguir chegar aos vinte anos. Eu não tinha essa perspectiva de futuro assim. E agora eu penso que esse ano eu já me formo, já tô pensando em TCC, já estou trabalhando no TCC. Depois quero fazer o reingresso para psicologia, um mestrado. A gente vai achando uns aliados na universidade (H9)

Eu desejo crescer profissionalmente e afirmar a potencialidade de pessoas trans, que é com isso que eu trabalho (na faculdade), desejo ter uma vida afetiva maneira, ter amigos, família, uma vida normal, mas enchendo o saco da sociedade cisnormativa, só isso. (H8)

Essas histórias mostram que é nos ensinos fundamental e médio que transexuais e travestis encontram as maiores dificuldades e que, embora a universidade não seja um ambiente isento de preconceito e violência, ela se tornou um local de suporte e um marco na trajetória de vida das pessoas trans, produzindo em cada um novos projetos de vida, novos conceitos de si, novas perspectivas para compreensão da transexualidade.

6.4.5 Movimentos sociais

Sem dúvida alguma, os movimentos sociais em defesa dos direitos da população LGBT, em especial o Grupo Diversidade de Niterói (GDN), exercem um papel fundamental nas trajetórias de vida da população travesti e transexual no município. A pressão pela abertura de um ambulatório na cidade especializado no atendimento às pessoas trans, inclusive com articulação de emenda parlamentar para este fim, foi uma realização do GDN. Por isso, talvez, o grupo exerce algum nível de “controle social” do ambulatório, identificando e atuando em

situações que desrespeitem a população nesse serviço, demonstrando que o movimento social atuante é capaz de transformar os ambientes institucionais.

Um exemplo desse controle e atuação foi a interferência do GDN em uma situação de desrespeito por parte de uma enfermeira da Policlínica ao pronome de tratamento de uma usuária do ambulatório. Nesta ocasião, o movimento social foi rapidamente acionado pela usuária e o caso culminou com o afastamento da enfermeira do setor após a visita da Comissão de Direitos Humanos da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) no ambulatório.

O GDN, foi citado por oito participantes, como local de cuidado e potencialização de novos projetos de vida, inclusive no âmbito profissional. O grupo, como citado anteriormente, organiza um pré-vestibular para pessoas LGBT, o PreparaNem, que foi mencionado em algumas entrevistas como caminho para a realização de projetos acadêmicos e profissionais:

Poucas pessoas sabem das portas que nós temos abertas. Hoje nós temos um pré-vestibular do GDN, que é pra todas as pessoas assim, né? Transexuais, travestis, gays, que não tinha e que é público(...) Enquanto a gente ficar de braços cruzados, infelizmente nada acontece (...). Então eu penso em fazer um pré-vestibular, porque eu almejo fazer uma faculdade, eu almejo ter uma profissão. Porque é diferente do que as pessoas pensam, né? Acham que nós, transexuais e travestis, nascemos pra trabalhar na beira de esquina, que não nos encaixamos na sociedade, mas eu me encaixo sim. Eu tenho sim vontade de ter uma profissão, de me formar e eu vou correr atrás disso. Essa é a minha meta. (M5)

O movimento social e as ações produzidas por ele colaboram com uma construção de novos projetos de vida, apresentando novos caminhos e novas perspectivas de futuro. Desta forma, torna-se evidente que o Cuidado pode ser exercido por diferentes grupos, pessoas e organizações, não somente pelos serviços de saúde. Inclusive, é importante que os serviços sejam capazes de articular intersetorialmente e interinstitucionalmente as respostas para as necessidades de saúde das pessoas trans, para que o cuidado em saúde seja realizado de forma integral.

Os movimentos sociais LGBT apoiaram as pessoas trans nas suas transições e foram promotores de autonomia e empoderamento, auxiliando na produção de novas expressões de gênero; na legitimação de vivências trans e na desconstrução dos padrões binários a que se referenciavam anteriormente, no processo de assumir uma nova compreensão de si e exibi-la socialmente, como podemos identificar na seguinte fala:

Já estava na militância, essas coisas todas... E aí, o tempo foi passando e a partir de um momento eu comecei a questionar o que são as identidades e fugir dos estereótipos, porque eu poderia ser uma mulher e não demonstrar feminilidade, mas não era o que tava acontecendo. Só que eu tinha muita resistência a me afirmar como homem trans. Por todo esse contato com o feminismo, com a militância, eu já tinha

noção do que é ser um homem na sociedade, um homem cis, com os exemplos que eu tinha de masculinidade... Então eu entendi que eu sou trans. (...) Mas depois que eu comecei a me hormonizar, aconteceu um negócio muito curioso, porque eu comecei a ficar mais feminino do que antes da transição. (H9)

O relato acima, somado a muitos outros apresentados neste capítulo, demonstram a fragilidade da narrativa do “transexual verdadeiro” e evidenciam uma desconstrução do que seria o esperado pela medicina e pela sociedade em relação à vivência uniformizada das pessoas trans. Nesse processo de empoderamento de suas identidades, transexuais e travestis desafiam a medicina e os critérios diagnósticos da transexualidade ao aceitar que certas características dos seus corpos - como as mamas no caso dos homens trans ou o pênis para mulheres trans - não invalidam as suas experiências identitárias e a autodeterminação das suas identidades de gênero.

Borba (2016) argumenta que reconhecer que a transexualidade não está condicionada ao desejo de cirurgia rompe com um dos pilares do diagnóstico médico por desafiar a narrativa homogeneizante, criando o que o autor chama de hiato classificatório. A superação de uma condição de disforia com a genitália para de aceitação e empoderamento da transexualidade afronta os paradigmas do modelo biomédico e as cismas da sociedade, estas pautadas pelo binarismo de gênero.

Construir serviços de saúde que possam dar voz a esta multiplicidade de expressões e identidades de gênero, que supere a visão paternalista na relação entre profissionais e paciente para uma relação promotora de autonomia, que consiga articular as diferentes possibilidades de redes sociais de apoio à pessoa trans são tarefas necessárias e urgentes para repensar o cuidado da pessoa trans.

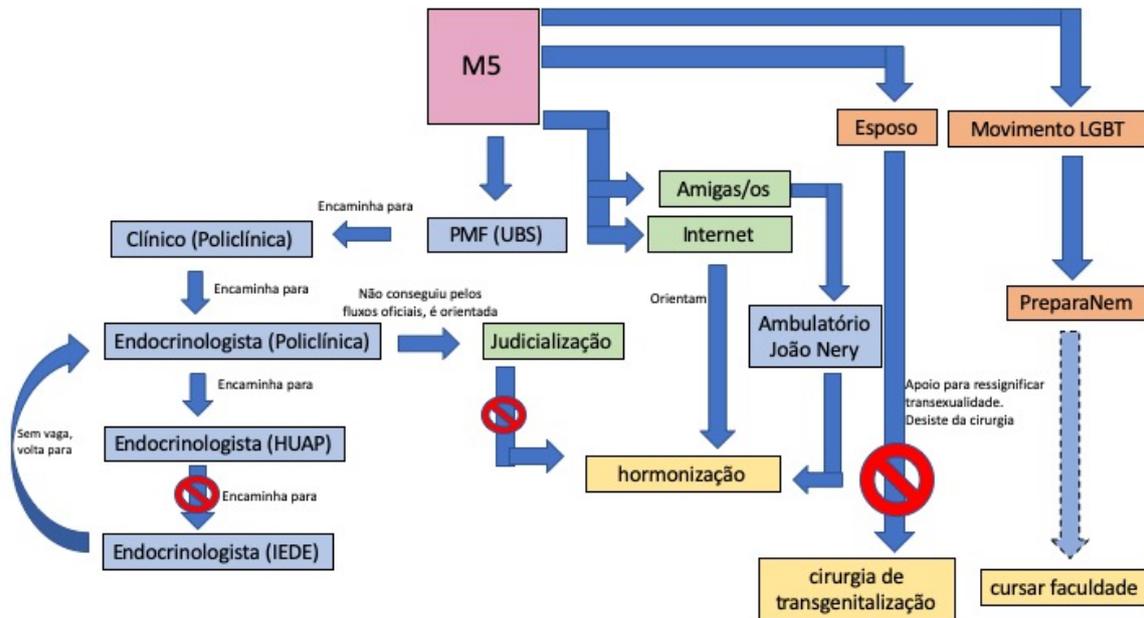
E para além dos serviços assistenciais, as políticas voltadas à população trans devem valorizar uma articulação intersetorial que seja capaz de promover cidadania e contribuir para que essa população ocupe e participe de diversos cenários e espaços sociais, possibilitando a reparação da marginalização histórica a que são submetidas/os e que vem reduzindo os seus espaços sociais de ação às esquinas e às ruas da cidade.

6.5 AS MÚLTIPLAS REDES CONSTRUÍDAS

Os resultados mostraram como os itinerários terapêuticos de transexuais são múltiplos e se relacionam com gênero e classe social, além do acesso aos serviços, às redes sociais de apoio mobilizadas, às percepções que cada indivíduo tem das necessidades de saúde. Mais do que

isso, os itinerários podem ser alterados em seu percurso de acordo com a resignificação de um novo projeto, tal qual percebemos no itinerário de M5, disposto na figura abaixo da seguinte forma: em azul a rede formal; e verde a rede informal e em laranja a rede social.

Figura 4: Itinerário Terapêutico de M5



Fonte: elaboração própria

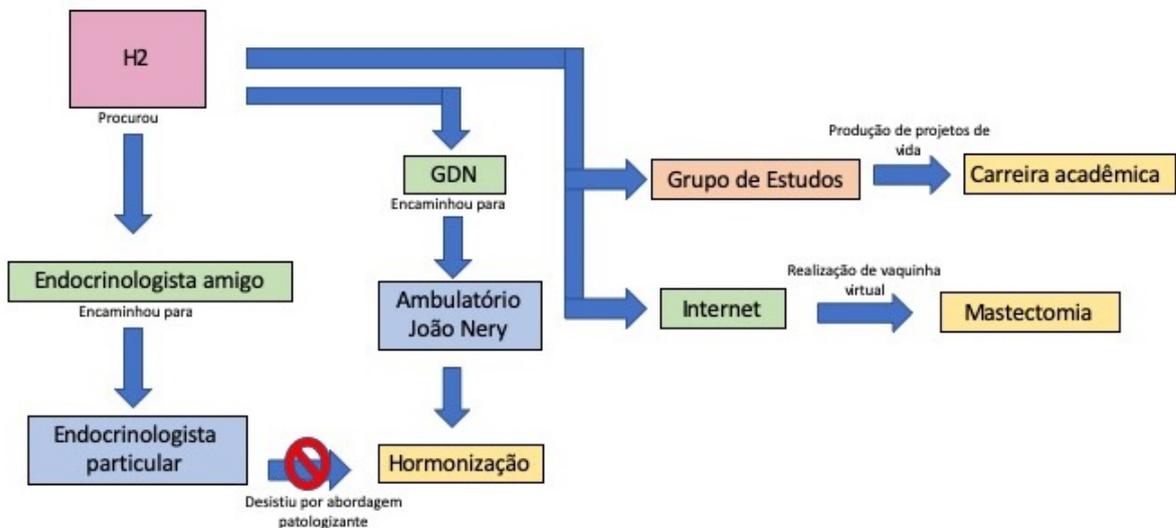
M5 é uma mulher trans, negra, de classe média-baixa. Em entrevista, M5 relatou ter três planos para a vida: a hormonização, a cirurgia de transgenitalização e cursar uma faculdade. Inicialmente, procurou amigas e informações nas mídias sociais para iniciar sua hormonização. Logo após, percebendo o risco de algum efeito colateral, buscou atendimento no PMF próximo à sua residência. De lá, foi encaminhada para o clínico de uma policlínica, que após repudiar a auto-prescrição de hormônios, a encaminhou para o endocrinologista da mesma policlínica. Este endocrinologista também tem uma atitude julgadora e referencia a paciente para o Hospital Universitário Antônio Pedro. No HUAP, M5 teve seu atendimento recusado e foi orientada a buscar atendimento no IEDE. Como este serviço não estava acolhendo novas/os usuários, a paciente retornou à policlínica e foi orientada a iniciar um processo judicial para conseguir iniciar a hormonização em algum serviço de saúde e, depois, realizar sua cirurgia de redesignação sexual.

Em paralelo, M5 começou a acompanhar as atividades de grupos LGBT da cidade e descobriu outras possibilidades profissionais para ela. No momento da entrevista, estava ingressando no pré-vestibular PreparaNem, organizado pelo GDN. Já em relação ao seu desejo

de cirurgia, o itinerário que estava sendo traçado foi alterado a partir do novo reposicionamento da sua transexualidade, produzido a partir do seu relacionamento afetivo, não sendo a construção da neovagina mais um plano de vida.

O itinerário acima contrasta com o de H2, que é um homem trans, branco, de classe média-alta. Seu itinerário terapêutico é mais objetivo na busca por atender suas necessidades de saúde e projetos de vida, conforme vemos na figura abaixo:

Figura 5: Itinerário Terapêutico de H2



Fonte: Elaboração própria

O itinerário traçado por H2 é composto por médico particular amigo da família, que encaminhou para uma endocrinologista conveniada ao plano de saúde e que deu início à hormonização. H2 desistiu de seguir em acompanhamento com esta profissional por considerar sua abordagem patologizante, por sentir-se preso a uma “agenda” que garantisse sua transexualidade. Com isso buscou o GDN que indicou que H2 procurasse o Ambulatório de Atenção à Saúde da População Travesti e Transexual João W. Nery, onde deu seguimento à hormonização.

Para atender seus demais planos e objetivos, traçou novos caminhos. A mastectomia, que até então não estava listada como procedimento autorizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, foi realizada a partir de uma campanha de financiamento coletivo na internet. Já em relação aos seus objetivos profissionais, H2 planeja seguir carreira acadêmica e, para isso, ingressou em grupos de estudos na sua faculdade.

Esses dois exemplos de itinerários mostram como os serviços podem se inserir tornando os fluxos mais descomplicados - inclusive com a possibilidade de hormonização nas UBS -,

viabilizando articulações intersetoriais que apresentem novas potencialidades de vida, superando a visão da transexualidade “verdadeira” e dando lugar às vivências únicas de cada pessoa trans na construção dos seus projetos terapêuticos.

6.6 RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA NÃO ESPERADA

Comecei a frequentar o Ambulatório de Atenção à Saúde da População Travesti e Transexual João W. Nery em junho de 2019, na fase exploratória do campo de pesquisa. Passei a acompanhar as consultas da assistente social e do médico endocrinologista do serviço, conversar com as pessoas que estavam na sala de espera, ouvir suas histórias de vida, me aproximar com este tema, que era tão novo e importante para mim. Entender de onde essas pessoas vieram, como construíram as suas vidas numa sociedade tão preconceituosa, os caminhos que traçaram na busca de felicidade e qualidade de vida era o que me motivava.

Neste processo de escuta da população trans, entendemos, enquanto equipe, que a relação entre pesquisadores e pesquisados não poderia ser unilateral, na qual a população somente nos forneceria dados para o estudo. Nem mesmo poderíamos supor uma neutralidade dos pesquisadores, um falso distanciamento das pessoas e do tema abordado. A nossa equipe estava ativamente no serviço, contribuindo, acolhendo, interferindo nos processos de cuidado do ambulatório.

Durante as entrevistas, notamos um grande desconhecimento da população trans ao que se referia aos seus direitos. Por isso, a equipe de pesquisa optou por desenvolver algumas atividades de educação em saúde na sala de espera, de forma que pudesse ampliar as discussões sobre os direitos expressos na Política Nacional de Saúde de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis.

Para isso, elaboramos um material educativo – *folder* – que foi distribuído às/aos usuárias/os e utilizado como disparador das discussões nas atividades da sala de espera (APÊNDICE 4). Como resultado, houve ótima apreciação das/os usuárias/os, tornando-a uma roda de conversa na qual as pessoas puderam compartilhar suas experiências, trocar informações e relatar suas preocupações de forma horizontal e livre de preconceitos.

As pessoas receberam positivamente o folder por ter uma lista de possível rede de apoio para pessoas trans e alguns propuseram a inclusão de organizações não governamentais. A realização da sala de espera também proporcionou a troca de informações entre o grupo participante sobre locais para se denunciar casos de transfobia, procedimentos para retificação

do registro civil e serviços de saúde e a possibilidade de se usar o nome social na inscrição do Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM), o que gerou entusiasmo entre o grupo para a realização da prova.

A partir das discussões levantadas nas atividades, o folder foi reformulado (APÊNDICE 5), para atender as sugestões que a população trans apresentou durante a atividade. Este novo material está afixado no mural do ambulatório, mas as atividades de sala de espera precisaram ser interrompidas devido à pandemia. As entrevistas também precisaram ser interrompidas e, por isso, iniciamos a análise dos dados coletados.

Esta pesquisa resultou em um capítulo intitulado “Buscas pelo cuidado: o itinerário terapêutico de transexuais no município de Niterói/RJ” no e-book *Atenção, Educação e Gestão: Produções da rede PROFSAUDE – Volume 2*, da Editora Rede Unida no ano de 2020. (APÊNDICE F), onde foram apresentados dados que compõem este trabalho.

Ao frequentar o serviço, também me deparei com algumas dificuldades. A primeira era a insuficiência de profissionais frente à demanda excessiva de usuárias/os do ambulatório. O atendimento em somente um turno semanal, a dificuldade de agendar os retornos, é uma queixa frequente. Somado a isso, os poucos profissionais estão submetidos a contratos precários de trabalho, não há vinculação e estes estão submetidos ao Recibo de Pagamento Autônomo (RPA).

Em algumas ocasiões, em que o endocrinologista não poderia atender, fui convidada a realizar os atendimentos médicos do ambulatório. Como havia acompanhado inúmeras consultas e estudado os protocolos nacionais e internacionais sobre hormonização de pessoas trans, aceitei realizar os atendimentos nestes dias.

No final de 2020, passei a atender em todas as quartas-feiras pela manhã no ambulatório, o que foi uma experiência absolutamente nova, desafiadora e enriquecedora. Pela indisponibilidade de horário, não faço mais os atendimentos desde março de 2021.

Os desafios foram muitos. O primeiro deles foi desconstruir o meu papel como médica no ambulatório. Não sou endocrinologista, que é o que inicialmente as pessoas buscavam no serviço: alguém que possa prescrever seus hormônios. Mas como médica de família e comunidade eu poderia não só prescrever os hormônios, mas compreender de forma integral as necessidades de saúde das pessoas que ali buscavam atendimento. Embora o endocrinologista fosse muito acolhedor, as/os usuárias/os não relatavam outros tipos de queixas e problemas durante a consulta médica além do que seria de competência desta especialidade. Assim, ao perguntar sobre outros sinais e sintomas, surgiram problemas dermatológicos, ortopédicos, emocionais como ansiedade, depressão, conflitos familiares, trabalhistas, mudanças nos

relacionamentos afetivos e conjugais. Em relação a isso, ouvi inúmeras vezes: “mas eu posso falar sobre isso aqui?”. Embora a pesquisa já tivesse me apresentado a dimensão da desassistência dessa população nos serviços públicos e privados, o fato do ambulatório não receber esse tipo de demanda me gerou muita preocupação. Ter um espaço para que estas questões sejam ouvidas é de extrema importância para a qualidade de vida e saúde da pessoa trans.

Bom, quando passamos a olhar o corpo da pessoa trans e não fazer a administração de suas taxas hormonais e o manejo dos efeitos colaterais da hormonização, passamos a perceber outras necessidades. E o serviço não estava pronto para estas necessidades. Não havia balança antropométrica, glicosímetro, esfigmomanômetro, otoscópio, maca ginecológica e material para coleta de exame citopatológico de colo de útero disponíveis. Alguns desses aparelhos foram providenciados pela coordenação do ambulatório e puderam ser utilizados nas consultas, outros ainda não.

Compreendo que este perfil de atendimento não é o propósito do ambulatório, mas talvez este possa ter um papel de matriciamento e qualificação de profissionais de saúde da APS para que o atendimento possa ser descentralizado, ampliando a rede de profissionais capacitados para realizar a hormonização e a assistência à saúde da população transexual do município.

Outro desafio encontrado foi a desarticulação com a rede. Ainda é perceptível que a população trans segue invisibilizada pelos demais serviços do município, como as unidades básicas de saúde, os serviços de saúde mental. As/os usuárias/os ainda apresentam dúvidas e medos em relação ao acolhimento na unidade básica de saúde, ao local onde poderão aplicar seus hormônios, realizar seus exames. Em relação a este último, ainda há uma agravante: é comum que a rede municipal não realize as dosagens de estradiol e testosterona, mesmo quando explicitados nos pedidos. Isso inviabiliza o ajuste da dose da medicação, pois ela é feita justamente a partir destes parâmetros. É essencial que o município não deixe faltar reagentes para a realização destes exames ou o cuidado da pessoa trans fica gravemente comprometido.

Outra questão a ser enfrentada é o fornecimento dos hormônios pela rede municipal. Medicamentos como o valerato de estradiol, acetato de ciproterona e undecanoato de testosterona, muito prescritos na hormonização de pessoas trans, tem um custo muito elevado e, muitas vezes, inviável para transexuais e travestis que frequentam o ambulatório. Alguns municípios já disponibilizam estas medicações para pacientes em acompanhamento na rede municipal. Seria importante viabilizar esta dispensação pela farmácia a fim de evitar as interrupções ou substituições dos hormônios que algumas pessoas realizam por conta própria, pondo em risco suas saúdes.

Por fim, uma dos maiores desafios de ser médica do ambulatório de saúde trans é construir um projeto terapêutico que leve em consideração as mais variadas metas de expressão de gênero de cada indivíduo. A expectativa das intervenções médicas sobre o corpo trans é produzir mudanças corporais que sejam congruentes às identidades de gênero, mas muitas vezes, especialmente neste ambulatório, as identidades de gênero não são binárias, dando mais complexidade ao manejo da hormonização. Homens trans que planejam engravidar, que desejam a pilificação sem a mudança da voz, mulheres trans que desejam manter o uso do pênis na relação sexual, ou que desejam somente apresentar-se socialmente como mulher, sem utilizar hormônios e, por isso, acabam não tendo “indicação” de acompanharem no ambulatório, entre outras situações que rompem com a lógica binária de gênero. Todas essas questões levam à reflexão de que há a necessidade de uma abordagem muito mais integral na assistência médica das pessoas trans do que as contidas em diretrizes e protocolos.

7. CONCLUSÃO

Nos últimos anos houve um aumento das políticas de saúde para a população trans, mas ainda encontramos limitações na sua implantação no município de Niterói, mesmo com as iniciativas do governo municipal com a criação do ambulatório e das ações dos movimentos sociais da cidade.

Os itinerários terapêuticos construídos pelas pessoas trans passaram não só pela rede formal, como pela criação de uma rede informal e, principalmente, pela produção de redes sociais de apoio, se pensarmos em saúde em seu conceito ampliado. Estes itinerários não foram lineares, apresentando múltiplos caminhos que se relacionam com o acesso aos serviços e à capacidade destes atenderem às demandas da população trans, sejam elas de ordem objetiva e subjetiva, aos cruzamentos entre o que está formalmente instituído e os movimentos que a pessoa faz para atender suas demandas e as relações sociais que ela mobiliza nesse processo de produção de cuidado.

Em relação à rede assistencial formal, as/os usuárias relataram como barreiras o desrespeito ao nome social; a escassez e o despreparo de profissionais de saúde; a fragilidade do fluxo definido para realização da hormonização, o medo de sofrer preconceito nas unidades de saúde e também pelas discordâncias nas abordagens dos profissionais que atuam sob uma racionalidade biomédica e patologizante da transexualidade, que não atende às subjetividades dessas pessoas. Estas barreiras foram algumas das causas da produção de novas redes e fluxos que pudessem atender às expectativas das pessoas trans,

Com a instituição do ambulatório especializado em saúde trans, este grupo passou a ser atendido a partir de uma abordagem não psiquiatrizante, aspecto que foi identificado positivamente pelas/os participantes, que puderam construir vínculo com a equipe de profissionais e acreditaram estar recebendo as orientações adequadas às suas demandas por mudanças corporais. Inclusive, esta visão da transexualidade por parte da equipe do ambulatório fez com que pessoas que utilizam planos de saúde optassem pelo tratamento no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Em relação à APS, boa parte das entrevistas evidenciou o uso pontual da APS, como realização de testes rápidos para IST, exames laboratoriais, dispensação de preservativos, mas também foram identificados relatos, dentre as pessoas que usam exclusivamente o serviço público, que apontaram como o vínculo e o acompanhamento longitudinal pelas equipes de saúde da família são potentes produtores de saúde.

Também se nota uma incipiente articulação entre a APS e a rede de saúde mental do município, articulação esta que pode ser vista como uma potente produtora de cuidado. Ainda se percebe uma fragilidade na linha de cuidado do município e na ordenação da rede, sendo necessária uma maior articulação entre os serviços. A APS deve assumir seu protagonismo no cuidado das pessoas trans, utilizando as ferramentas e habilidades do escopo do seu trabalho, observando que o cuidado centrado na pessoa trans compreende também as abordagens familiares e comunitárias, além da competência cultural para o atendimento à população trans, que são fundamentais para reduzir a exclusão social de transexuais e travestis. Para isso, deve-se qualificar os profissionais de saúde que estão neste nível de atenção, podendo o ambulatório realizar um matriciamento das ações desenvolvidas no âmbito da APS.

Em relação à construção de uma rede informal, foram identificadas múltiplas formas de acesso ao ambulatório de saúde trans na busca pela hormonização e modificações corporais, sendo a indicação de amigos, o movimento social LGBT e as mídias sociais mais utilizadas do que a própria referência das unidades de saúde do município. A internet e as mídias sociais passaram a ter um papel significativo nos itinerários terapêuticos ao serem utilizadas para orientar as práticas de saúde - antes restritas aos especialistas -, para produção de novos saberes e cuidados. Outro aspecto relatado foi a utilização da via judicial na busca por assistência médica.

Em relação às redes sociais envolvidas no cuidado dessa população, foi possível identificar a família, amigos, instituições de ensino, religiões e grupos virtuais. Por outro lado, estes mesmos espaços também foram, para outras pessoas, produtores de opressão e violência em outras situações, impactando negativamente na saúde da população trans. A relação que a

pessoa trans estabelece nos espaços em que vive é determinante para a sua qualidade de vida, sendo necessário propor a intervenção dos serviços para que atuem a partir de uma ótica ampliada da saúde.

O ativismo social e a participação em movimentos políticos LGBT foram recursos encontrados para ressignificar a vivência trans, produzindo uma rede cuidadora para a pessoa e transformadora dos espaços institucionais, além de fomentar a produção de novos projetos de vida.

Neste estudo, é possível notar a interseção das categorias de gênero e classe nos relatos das/os usuárias/os do ambulatório para produção dos itinerários terapêuticos. Já em relação à raça, não houve mobilização de novos espaços ou atores nas entrevistas realizadas, mas sim a necessidade de um reposicionamento dos homens trans negros em uma nova realidade, mais violenta e preconceituosa.

Os itinerários que mais mais produziram cuidado foram os que puderam contar com o acolhimento e o respeito às identidades, a articulação da rede de atenção à saúde, a abordagem não patologizante dos serviços e com relações de apoio fortalecidas. Entende-se, desta forma, que a busca pelo cuidado de transexuais se dá em múltiplas dimensões e que é necessário combinar a compreensão da saúde em seu conceito ampliado, mas reconhecer também as especificidades da população trans e a multiplicidade de expressões dessas identidades. Desta forma poderemos traduzir as políticas de saúde trans em um cuidado pautado pelo paradigma da integralidade e dos direitos humanos.

REFERÊNCIAS

- AHMAD, A. F. **“Ah sei lá. Só quero ser eu!” Significados, saberes e práticas da hormonização cruzada na saúde de mulheres e homens trans.** 2020. 97p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós- Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.
- ALMEIDA, C. B.; VASCONCELLOS, V. A. **Transexuais: transpondo barreiras no mercado de trabalho em São Paulo.** Rev. direito GV, São Paulo , v. 14, n. 2, p. 303-333, Aug. 2018 .
- ALVES, P. C. **Itinerário terapêutico e os nexos de significados da doença.** Revista de Ciências Sociais, no 42, Janeiro/Junho de 2015, p. 29-43, 2015.
- AMARAL, D. M. **Os desafios da despatologização da transexualidade: reflexões sobre a assistência a transexuais no Brasil.** 2011. 107 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade do Estado do Rio de Janeiro .Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro. 2011.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. 5th ed. Arlington, American Psychiatric Association, 2013.
- ARAN, M.; MURTA, D.; LIONÇO, T. **Transexualidade e saúde pública no Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, 14(4):1141-1149, 2009.
- ARAN, 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: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 19 [1]: 15-41, 2009.
- ASSIS, M. M. A; JESUS, W. L. A. **Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelos de análise.** Ciênc Saúde Coletiva: 17(11):2865-75. 2012.
- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS. Nota da ANTRA sobre cotas e reservas de vagas em universidades destinadas às pessoas trans. 2020. Disponível online em <https://antrabrasil.org/2020/12/17/nota-antra-cotas-universidades-pessoas-trans/>
- AYRES, J. R. C. M. **Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde.** Interface - Comunic. Saúde, Educ., v.8, n.14, p.73-92, set.2003-fev.2004.
- AYRES, J. R. C. M. **O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde.** Saúde e Sociedade v.13, n.3, p.16-29, set-dez 2004
- BALZER, C.; LAGATA C.; BERREDO, L. **TMM annualreport 2016.** TvT Publication Series. Berlim. Vol.14. 2016. Disponível online em: <https://transrespect.org/wp-content/uploads/2016/11/TvT-PS-Vol14-2016.pdf>Acesso em 23 de junho de 2019.
- BARAL, S. D.; POTEAT, T.; STRÖMDAHL, S.; WIRTZ, A. L.; GUADAMUZ, T. E.; BEYRER, C. **Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis.** Lancet InfectDis. Mar;13(3):214-22. 2013.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. RETO, L. A.; PINHEIRO, A. (trad). São Paulo: Edições 70, 2016.

BELLATO, R.; ARAÚJO, F. S.; MARUYAMA, S. A. T.; RIBEIRO, A. L. **História de vida como abordagem privilegiada para compor itinerários**. In: GERHARDT, T. E.; PINHEIRO, R.; RUIZ, E. N.F.; SILVA JUNIOR, A. G. Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ – ABRASCO, 2016. p. 203-221

BENTO, B. A. M. **O que é transexualidade**. São Paulo: Editora Brasiliense. 2008.

BENTO, B.; PELÚCIO, L. **Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas**. Estudos Feministas, Florianópolis, 20(2): 256, maio-agosto/2012

BENTO, Berenice. **A campanha internacional de ação pela despatologização das identidades trans: entrevista com o ativista AmetsSuess**. Florianópolis: Rev. Estud. Fem. vol.20 no.2 May/Aug. 2012

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis, RJ: Vozes (edição digital). 2017.

BRASIL. **Constituição** (1988). **Constituição** da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado **Federal**: Centro Gráfico, 1988.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília. 1. ed. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. **Brasil Sem Homofobia : Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e Promoção da Cidadania Homossexual**. Brasília, DF. Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria No 1.707, de 18 de agosto de 2008. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível online em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1707_18_08_2008.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria No 2.803, de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível online em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 02, Anexo XXII, de 28 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.

BRAZ, C. **Vidas que esperam? Itinerários do acesso a serviços de saúde para homens trans no Brasil e na Argentina** Cad. Saúde Pública: 35(4):e00110618, 2019.

BROWN, C.; PORTA, C. M.; EINSEMBERG, M. E.; MCMORRIS, B. J.; SIEVING, R. E. **Family Relationships and the Health and Well-Being of Transgender and Gender-Diverse Youth: A Critical Review**. LGBT Health: 7(8):407-419. Nov/Dec. 2020.

BUTLER, J. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Cap. 1. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

BUTLER, J. **Desdiagnosticando o gênero**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 19 [1]: 95-126, 2009

CABRAL, A. L. L. V.; MARTINEZ-HAMÁEZ, A.; ANDRADE, E. I. G.; CHERCHIGLIA, M. L. **Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, 16(11): 4433-4442. 2011.

CAMPUZANO, G. **Recuperação das histórias travestis**. In: CORNWALL, A.; JOLLY, S. Questões de sexualidade: ensaios transculturais. Rio de Janeiro: ABIA. 2008.

CARRARA, S.; HERNANDEZ, J. G.; UZIEL, A. P.; CONCEIÇÃO, G. M. S.; PANJO, H.; BALDANZI, A. C. O.; QUEIROZ, J. P.; D'ANGELO, L. B.; BALTHAZAR, A. M. S.; SILVA JUNIOR, A. L.; GIAMI, A. **Body construction and health itineraries: a survey among travestis and transpeople in Rio de Janeiro, Brazil**. Cad. Saúde Pública: 35(4):e00110618, 2019.

CARRIERI, A. P.; SOUZA, E. M.; AGUIAR, A. R. C. **Trabalho, violência e sexualidade: estudo de lésbicas, travestis e transexuais**. Rev. adm. contemp., Curitiba, v. 18, n. 1, p. 78-95, Feb. 2014.

CECÍLIO, L. C. O. **As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (organizadores). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. 184p.(pp 117-130).

CECÍLIO, L. C. O.; MATSUMOTO, N. F. **Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde** IN: PINHEIRO, P. FERLA, A. A.; MATTOS, R. A. (org). Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio de Janeiro: EdUCS: IMS/UERJ: CEPESQ, 2006.

COLLING, A. **A construção histórica do feminino e do masculino**. In: Strey, m. n.; Lisboa cabeda, s. t.; prehn. D. r. Gênero e Cultura: questões contemporâneas. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. P. 13-38.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. RESOLUÇÃO CFM nº 1.955/2010. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.652/02. Publicada no D.O.U. de 3 de setembro de 2010, Seção I, p. 109-10

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, RESOLUÇÃO Nº 2.265, DE 20 DE SETEMBRO DE 2019. Dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou

transgênero e revoga a Resolução CFM nº 1.955/2010. Publicada no D.O.U. em 9 de janeiro de 2020, seção I, p. 96-97.

COOPER, M. B.; CHACKO, M. CHRISTNER, J. **Incorporating LGBT health in an undergraduate medical education curriculum through the construct of social determinants of health.** MedEdPORTAL;14:10781. 2018.

DE TILIO, R. **Teorias de gênero: principais contribuições teóricas oferecidas pelas perspectivas contemporâneas.** Gênero. Niterói: V.14. n.2. p. 125-148. 1.sem.2014

DEMETRIO, F., SANTANA, E. R.; PEREIRA-SANTOS, M. **O itinerário terapêutico no Brasil: revisão sistemática e metassíntese a partir das concepções negativa e positiva de saúde.** Saúde Debate, Rio de Janeiro, V.43, N. especial 7, p. 204-221. Dez, 2019.

FLORÊNCIO, L. L. F.; SOUZA, K. R., Oliveira ECDS, Cabral JDR, Silva FPD, Silva RAD, Frazão IDS, de Oliveira RC, Abrão FMDS. **Therapeutic itinerary of transsexual people in light of human rights.** Nurs Ethics. Dec. 2020

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R.; **Abordagem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro: 24 (1): 17-27, jan. 2008

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade I: A vontade de saber.** Tradução de ALBUQUERQUE, M. T. C.; ALBUQUERQUE, J. A.G. Rio de Janeiro: Edições Graal, 12ª edição. 1997.

FOUCAULT, M. **Nascimento da Biopolítica: curso dado no College de France (1978-1979).** Edição estabelecida por Michel Senellart; sob a direção de François Ewald e Alessandro Fontana; tradução Eduardo Brandao; revisão da tradução Claudia Berliner. - São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, M. **Segurança, território, população: curso dado no College de France (1977-1978).** Edição estabelecida por Michel Senellart sob a direção de François Ewald e Alessandro Fontana; tradução Eduardo Brandao; revisão da tradução Claudia Berliner. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

GEISLER, A. R. R.; REIS, V. L. M.; SPERLIN, S. **Cidadania e democracia sanitária: refletindo sobre o direito à saúde da população “trans” numa perspectiva de integralidade.** Cad. IberAmer. Direito. Sanit., Brasília, v.2, n.2, jul./dez. 2013

GOMES, R.; MURTA, D. FACCHINI, R.; MENEGUEL, S. N. **Direitos sexuais e suas implicações na saúde.** Ciência&Saúde Coletiva, 23(6):1997-2005, 2018

GERHARDT, T. E. **Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(11):2449-2463, nov, 2006

GERHARDT, T. E.; BURILLE, A.; MÜLLER, T. L. **Estado da arte da produção científica sobre itinerários terapêuticos no contexto brasileiro.** In: GERHARDT, T. E.; PINHEIRO, R.; RUIZ, E. N.F.; SILVA JUNIOR, A. G. Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado,

avaliação e formação em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ – ABRASCO, 2016.p. 27-97

GERHARDT, T. E.; RAMOS, I. C. A.; RIQUINHO, D. L.; SANTOS, D. L. **Estrutura do projeto de pesquisa** . In: GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. (organizadores). Métodos de pesquisa. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. 120 p.

GOLDBLUM, P.; TESTA, R. J.; PFLUM, S.; HENDRICKS, M. L.; BRADFORD, J.; & Bongar, B. **The relationship between gender-based victimization and suicide attempts in transgender people**. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 468–475. 2012.

GOMES, R.; MURTA, D. FACCHINI, R.; MENEGUEL, S. N. **Gênero, direitos sexuais e suas implicações na saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6):1997-2005, 2018

HAAS, A. P.; RODGERS, P.; HERMAN, J. L. **Suicide attempts among transgender and gender non-conforming adults: Findings of the national transgender discriminations survey**. The Williams Institute; American Foundation for Suicide Prevention. 2014. Disponível online em <https://queeramnesty.ch/docs/AFSP-Williams-Suicide-Report-Final.pdf>

HUBNER, L. C. M.; FRANCO, T. B. **O Programa Médico de Família de Niterói como Estratégia de Implementação de um Modelo de Atenção que Contemple os Princípios e Diretrizes do SUS**. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):173-191, 2007

IRINEU, B. A. **10 anos do programa Brasil Sem Homofobia: notas críticas**. Brasília (DF), ano 14, n. 28, p. 193-220, jul./dez. 2014.

JESUS, J. G. **Orientações sobre identidade de gênero : conceitos e termos**. Brasília: Escritório de Direitos Autorais da Fundação Biblioteca Nacional – EDA/FBN. 42p. , 2012.

JESUS, J. G. **Transfobia e crimes de ódio: assassinatos de pessoas transgênero como genocídio**. *História Agora*. São Paulo: p.101-123. 2014.

KLOETZEL, K. **Medicina ambulatorial: princípios básicos**. São Paulo: EPU, 1999.

LANZ, L. **O corpo da roupa : a pessoa transgênera entre a transgressão e a conformidade com as normas de gênero** Curitiba, 2014. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Setor de Ciências Humanas da Universidade Federal do Paraná. 2014.

LISZEWSKI, W.; PEEBLES, J. K.; YEUNG, H.; ARRON, S. **Persons of nonbinary gender - awareness, visibility, and health disparities**. *The New England Journal of Medicine*. 379;25. 20 de dezembro de 2018.

LOURO, G. L. **Corpo, escola e identidade**. *Educação & Realidade*: 25(2): 59-76. Jul/dez. 2000.

LOURO, G. L. **Pedagogias da sexualidade**. In: LOURO, G. L. (org.) *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Ed. Autentica. 2ª edição. 2000. 176p. (pp 7-34)

LUZ, M. T. **Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil hoje**, In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. Cuidado – as fronteiras da integralidade, SP/RJ: IMS – UERJ – HUCITEC - ABRASCO, 2004.

MAGNO, L.; SILVA, L. A. V.; VERAS, M. A.; PEREIRA-SANTOS, DOURADO, I. **Estigma e discriminação relacionados à identidade de gênero e à vulnerabilidade ao HIV/aids entre mulheres transgênero: revisão sistemática**. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública: 35(4):e00112718. 2019.

MAGNO, L.; DOURADO, I.; SILVA, L. A. V., **Estigma e resistência entre travestis e mulheres transexuais em Salvador, Bahia, Brasil**. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública: v. 34, n. 5, e00135917. 2018.

MANGIA, E. F.; MARUMOTO, M. T. **Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores** Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 19, n. 3, p. 176-182, set./dez. 2008.

MAGUEN, S.; SHIPHERD, J. C. **Suicide risk among transgender individuals**. Psychology & Sexuality. Vol 1 – Issue 1: 24-43. 2010

MELO, E. A.; MASKUD, I.; AGOSTINI, R. **Cuidado, HIV/Aids e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no Sistema Único de Saúde?**. Revista Panamericana de Salud Pública [online]: v. 42. Epub. 23, Out. 2018.

MELLO, L.; AVELAR, R. B.; MAROJA, D. **Por onde andam as Políticas Públicas para a População LGBT no Brasil**. Revista Sociedade e Estado – Vol. 27.No 2 - Maio/Agosto 2012.

MERHY, E. E.; GOMES, M. P. C.; SILVA, E., SANTOS, M. F. L., CRUZ, K. T., FRANCO, T. B. **Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua: implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde**. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 52, p. 153-164, out. 2014.

MINAYO, M. C. S. **Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias**. Revista Pesquisa Qualitativa. São Paulo (SP), v. 5, n. 7, p. 01-12, abril. 2017.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. In: MINAYO, M. C. S. Técnicas de pesquisa: entrevista como técnica privilegiada de comunicação. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 261-281.

MONTEIRO, S.; BRIGEIRO, M. **Experiências de acesso de mulheres trans/travestis aos serviços de saúde: avanços, limites e tensões**. Cad. Saúde Pública. 35 (4): e00111318. 2019.

MONTEIRO, S.; BRIGEIRO, M.; BARBOSA, R. M. **Saúde e direito da população trans**. Cad. Saúde Pública. 35 (4): e00047119. 2019.

MULLER, M. I.; KNAUTH, D. R. **Desigualdades no SUS: o caso do atendimento às travestis é “babado”!** Cadernos EBAPE. BR. V. 6, No 2, jun. 2008.

NARANG, P; SARAI, S. K.; ALDRIN, S.; LIPPMAN, S. **Suicide Among Transgender and Gender-Nonconforming People**. Prim Care Companion CNS Disord. Jun 21;20(3):18nr02273. 2018.

NEGREIROS, F. R. N.; FERREIRA, B. O.; FREITAS, D. N.; PEDROSA, J. I.; NASCIMENTO, E. F. **Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais: da Formação Médica à Atuação Profissional**. Revista Brasileira de Educação Médica: 43 (1) : 23-3, 2019.

NEWHOOK, J. T., WINTERS, K.; PYNE, J.; JAMIESON, A.; HOLMES, C.; FEDER, S.; PICKETT, S.; SINNOTT, M.L. **Teach your parents and providers well**. Canadian Family Physician | Le Médecin de famille canadien. Vol 64: MAY/MAI 2018.

NITERÓI. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Plano Municipal de Saúde 2018-2021. Niterói, 2018.

NITERÓI. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde de Niterói. Abril, 2019.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BÓGUS, C. M. **Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde**. Saúde e Sociedade v.13, n.3, p.44-57, set-dez 2004.

OLSON, J.; FORBES, C.; BELZER, M. **Management of the transgender adolescent**. Arch Pediatr Adolesc Med 2011; 165 (2):. 171-176.
Organização Mundial da Saúde (OMS). Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre. Artes Médicas, 1993.

OYĚWÙMÍ, O. **Conceituando o gênero: os fundamentos eurocêntricos dos conceitos feministas e o desafio das epistemologias africanas**. Tradução por LOPES, A. J. CODESRIA Gender Series: Volume 1, Dakar, CODESRIA, 2004, p.1-8

PEREIRA, L. B. C.; CHAZAN, A. C. S. **O acesso das pessoas transexuais e travestis à atenção primária à saúde: uma revisão integrativa**. RevBrasMedFam Comunidade. Rio de Janeiro. Jan-Dez; 14(41): 1795. 2019.

PINHEIRO, R. **Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re)pensar a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org). Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como um valor. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. 404 p

PINHEIRO, R. GERHARDT, T., RUIZ, E. N. F.; SILVA JÚNIOR, A. G. **O “estado do conhecimento” sobre os itinerários terapêuticos e suas implicações teóricas e metodológicas na Saúde Coletiva e integralidade do cuidado**. In: PINHEIRO, R. GERHARDT, T., RUIZ, E. N. F.; SILVA JÚNIOR, A. G. (organizadores). Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ – ABRASCO, 2016.

PINTO, D. L.; COSTA, D. F. P.; CARVALHO, L. C. F.; RIBEIRO, C. R. **Ambulatório de Atenção à Saúde da População Travesti e Transexual João W. Nery: cuidado e respeito**

à diversidade. In: FERNANDES, V. R. et al. *IdeiaSUS: saberes e práticas nos territórios do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2020.

POPADIUK, G.S.; OLIVEIRA, D.C.; SIGNORELLI, M.C. **A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios**. *Ciência & Saúde Coletiva*. 22(5): 1509-1520. 2017.

RIBEIRO, C. R. S. **Uma certa banda de música: representações sobre a homossexualidade numa escola pública**. *Educação & Realidade*: 32(2): 23-48. Jul/dez. 2007.

RIBEIRO, C. R.; ROHDEN, F. **A ciência na mídia e as estratégias de reafirmação da bipolaridade entre os gêneros: o caso do Globo Repórter**. Campinas: *Cad. Pagu*, n. 32, p. 267-299, June, 2009 .

ROCON, P. C.; RODRIGUES, A.; ZAMBONI, J.; PEDRINI, M. D. **Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*. 21 (8):2571-2525. 2016.

ROCON, P. C.; SODRÉ, F.; ZAMBONI, J.; RODRIGUES A.; ROSEIRO, M.C.F.B. **What trans people expect of the Brazilian National Health System?**. Botucatu/SP: *Interface*, 22(64):43-53. 2018.

ROCON, P. C.; SODRÉ, F.; RODRIGUES, A.; BARROS, M.E.; WANDEKOKEN, K. D.. **Desafios enfrentados por pessoas trans para acessar o processo transexualizador do Sistema Único de Saúde**. Botucatu: *Interface*. 23: e180633. 2019.

ROGERS, J.; TESSER-JÚNIOR, Z.C.; MORETTI-PIRES, R. O.; KOVALESKI, D. F. **Pessoas trans na atenção primária: análise preliminar da implantação no município de Florianópolis**, 2015. *Sau. & Transf. Soc. Florianópolis*: v. 7, n. 3, p. 49-58. 2016.

RUFINO, A. C.; MADEIRO, A. P.; GIRÃO, M. J. B. C. **O Ensino da Sexualidade nos Cursos Médicos: a Percepção de Estudantes do Piauí**. *Revista Brasileira de Educação Médica*: 37 (2) : 178 – 185; 2013.

RUIZ, E. N. F.; GERHARDT, T. E. **Etnografando dádivas e fazendo aparecer o cuidado em itinerários terapêuticos: anseios e incursões de uma “primeira viagem”** In: GERHARDT, T. E.; PINHEIRO, R.; RUIZ, E. N.F.; SILVA JUNIOR, A. G. *Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ – ABRASCO, 2016.p. 185-201

SAMPAIO, J. V.; GERMANO, I. M. P. **“Tudo é sempre de muito!”: produção de saúde entre travestis e transexuais**. *Estudos Feministas, Florianópolis*, 25(2): 562, maio-agosto/2017.

SANTOS, C. G. P. **Saúde?! Completo bem-estar psicossocial de um indivíduo: tudo que uma pessoa trans não possui** In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Transexualidade e Travestilidade na saúde*. Brasília: Editora MS: p. 17-24. 2015.

SANTOS, I. S.; UGA, M. A. D.; PORTO, S. M. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1431-1440, Oct. 2008.

SCOTT, J. W. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica**. Educação & Realidade. Porto Alegre, vol. 20, nº 2, jul./dez. 1995, pp. 71-99. Revisão de Tomaz Tadeu da Silva a partir do original inglês: SCOTT, J. W. *Gender and the Politics of History*. New York: Columbia University Press, p. 28-50.1988

SEKONI, A. O.; GALE, N. K.; MANGA-ATANGANA, B.; BHADHURI, A.; JOLLY, K. **The effects of educational curricula and training on LGBT-specific health issues for healthcare students and professionals: a mixed-method systematic review**. Journal of the International AIDS Society:20:21624. 2017

SILVA, N. N.; PEDROSO, G. C.; PUCCINI, R.F.; FURLANI, W. J. **Desigualdades sociais e uso de serviços de saúde: evidências de análise estratificada**. RevSaúdePública; 34(1):44-9;2000.

SOUSA, D.; IRIART, J. **"Viver dignamente": necessidades e demandas de saúde de homens trans em Salvador, Bahia, Brasil** Cad. Saúde Pública. 34(10):e00036318; 2018.

SOUZA, M. H. T.; SIGNORELLI, M. C.; COVIELLO, D. M.; PEREIRA, P. P. G. **Em busca de atendimento à saúde: itinerários terapêuticos das travestis de Santa Maria-RS**. Ciência & Saúde Coletiva, 19(7):2277-2286, 2014.

STOPAL, S. R.; MALTA, D. C.; MONTEIRO, C. N.; SZWARCOWALD, C. L. GOLDBAUM, M. CESAR, C. L. G. **Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde**. São Paulo: Rev. Saúde Pública; vol.5, supl.1; June 01, 2017.

STOTZ, E. N. **Os desafios para o SUS e a educação popular: uma análise baseada na Dialética da satisfação das necessidades de saúde**. IN: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ver – SUS Brasil: cadernos de textos, 2004. 299 p.

TAGLIAMENTO, G. **Direitos humanos e a saúde: a efetivação de políticas públicas voltadas à saúde integral da população trans**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Transexualidade e Travestilidade na saúde*. Brasília: Editora MS: p. 65-79. 2015.

TAQUETTE, S. R. **Análise de dados de pesquisa qualitativa em saúde**. Atas do 5º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa. Investigação Qualitativa em Saúde. Volume 2.

THE YOGYAKARTA PRINCIPLES PLUS 10: additional principles and state obligations on the application of international human rights law in relation to sexual orientation, gender identity, gender expression and sex characteristics to complement the Yogyakarta principles. Geneva, Nov. 2017.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. RevSaúde Pública:39(3):507-14. 2005.

WENCESLAU, L. D.; ORTEGA, F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online] v. 19, n. 55, pp. 1121-1132. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. A major win for transgender rights: UN health agency drops ‘gender identity disorder’, as official diagnosis. Disponível online em: <https://news.un.org/en/story/2019/05/1039531>

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista

Projeto: gênero, sexualidades, diversidades e direitos sexuais e reprodutivos: acesso, inclusão, promoção e educação em saúde na região metropolitana do Rio de Janeiro.

Roteiro de entrevista semi-estruturada para população trans/travestiusuária do Ambulatório João W. Nery

1. CARACTERIZAÇÃO

Nome

Idade

Gênero

Sexualidade/Orientação Sexual

Quanto à formação/escolarização/grau de escolaridade:

Profissão/ocupação:

Quanto à sua raça/cor e etnia, você se considera:

Adota alguma religião?

Fuma? O que? Com qual frequência?

Faz uso de álcool? Com qual frequência?

Usa outras drogas? Qual?

Em relação ao seu estado conjugal, você atualmente é:

Renda mensal individual e familiar:

Cidade e bairro de moradia:

Tem plano de saúde?

Como/Por que escolheu esse nome? Usa o nome social em algum documento?

Já fez a retificação? Por quê?

Telefone de contato:

2. SOBRE SUBJETIVIDADES E PRODUÇÃO DE SAÚDE

2.1 Me conte um pouco da sua vida. Onde nasceu, como foi a infância e adolescência, como foi ou está sendo essa transição pra você?

- 2.2 Qual o seu projeto de vida? Como você vê no futuro?
- 2.3 O que tem feito para construir esse caminho?
- 2.4 Alguém ou alguma coisa te prejudicou/atrapalhou nesse caminho?
- 2.5 Você já esteve em alguma unidade de saúde do município?
- 2.6 O que você buscava?
- 2.7 Você se sentiu acolhido nestes locais? Como foi?
- 2.8 Você conhece a Política de Atenção à Saúde da População LGBT? O que você acha?
- 2.9 O que é felicidade/ser feliz pra você?

3. RELAÇÕES SÓCIO/FAMILIARES

- 2.1- Como a sua família lida com a sua identidade de gênero? Tem apoio familiar? Com quem você está contando desde que começou a fazer a transição?
- 2.2 – Como sua religião lida com a sua identidade de gênero?
- 2.3 - Quais são as suas redes de apoio? Frequenta organizações voltadas para as demandas da população trans?
- 2.4- Como se sente socialmente falando?

4. SOBRE O AMBULATÓRIO DE SAÚDE TRANS JOÃO W. NERY

- 4.1- Como você chegou ao ambulatório? Você veio encaminhado/a de alguma unidade de saúde? Se não, como você chegou até aqui? Quando?
- 4.2 - Há quanto tempo frequenta o ambulatório? Já esteve em quantas consultas?
- 4.3 -Com quem tem se consultado?
- 4.4- O que foi procurar no ambulatório? Qual tipo de tratamento está fazendo no ambulatório?
- 4.5 - Já fez alguma intervenção cirúrgica? Qual? Já fez uso de silicone industrial?
- 4.6 -Você foi atendida em suas demandas? Se não, o que precisa melhorar?
- 4.7- Você tem demanda por cirurgia? Quais? E o que pretende fazer para realizar essa demanda?

4.8- O que considera satisfatório no ambulatório e o que poderia melhorar?

4.9- Antes de vir ao ambulatório você havia procurado ajuda em algum outro lugar/pessoa para resolver questões corporais ou de saúde relacionadas à sua transição?

5. SABERES E PRÁTICAS SOBRE TERAPIA HORMONAL

5.1- Você já usou hormônio alguma vez na vida por conta própria? Qual hormônio? Quem te orientou a usar, por quanto tempo usou? Quem realizava a aplicação e em que local? Caso não tenha usado, por que nunca usou?

5.2- Você está em uso atualmente de algum hormônio? Qual? Quem aplica em você?

5.3- Quais as suas expectativas com relação ao uso do hormônio? Já tem percebido alguma mudança? Qual?

5.4- Você interrompeu o uso do hormônio alguma vez? Por quê?

5.5- O que você sabe sobre os efeitos adversos da terapia hormonal? Quem lhe orientou quanto a isso?

5.6- Já teve algum efeito adverso em razão da terapia hormonal? Qual/quais e como foi?

5.7- Em relação a desejo e prazer, como era a sua vida sexual antes de iniciar a terapia hormonal? E agora, como está? Percebeu alguma diferença?

5.8- Tem filhos/as ou pretende ter? Sabe os efeitos da terapia hormonal sobre a saúde reprodutiva?

5.9- O que você achou do Termo que precisou assinar para começar a terapia? Você leu com atenção, algo te desagradou? Algo te agradou?

6. SABERES E PRÁTICAS SOBRE PREVENÇÃO DE ISTS

6. SABERES E PRÁTICAS SOBRE PREVENÇÃO DE ISTS E HIV/AIDS

6.1- Quando você iniciou a sua vida sexual? Como foi? Com quem?

6.2 - Você hoje tem vida sexual ativa? Tem parceiro/a fixo/a? Há quanto tempo?

6.3- Você se preocupa com prevenção de IST e HIV/Aids? Usa algum método de prevenção? Qual?

- 6.4 - Pode me dizer como se contrai IST: sífilis, gonorréia, herpes genital, HPV, clamídia? Aonde você aprendeu sobre isso?
- 6.5- E você sabe como se contrai HIV/Aids? Por acaso você é portador do vírus?
- 6.6- Você já contraiu alguma IST? Qual? Como isso aconteceu?
- 6.7- Você conhece ou já ouviu falar sobre a PrEp e PEP? O que sabe sobre isso?
- 6.8- Você faz ou já fez uso de PrEp? Se já, por que escolheu esse método? Se não usa, por que não usa?
- 6.9- Se precisar, você sabe qual unidade de saúde disponibiliza a PEP no seu município? Para quem usa PreP ou já usou PEP
- 6.10- Como foi o processo para entrar no programa e pegar o anti-retroviral? Onde você pega?
- 6.11- Como é sua relação com a unidade de saúde onde você pega o antiretroviral? Como é a equipe de saúde

Para os homens - Sobre a construção da masculinidade

- 7.1- Você está satisfeito com o seu corpo? O que pretende alterar? Por que? E como vai alterar?
- 7.2- Como você definiria “ser homem”? O que a pessoa precisa ter para ser chamada de homem?
- 7.3- Como você vem construindo a sua masculinidade trans?
- 7.4- Você já foi a um/a ginecologista? Por que foi? Como se sentiu?

Para homens negros- Sobre a construção da masculinidade

- 7.5- Antes da transição, o que era ser mulher negra para você?
- 7.6- Pra você, o que é ser homem negro trans no Brasil? E no Rio de Janeiro? E no seu bairro?
- 7.7- O que você entende e como você encara a construção da masculinidade negra?
- 7.8- Como você encara o racismo nos serviços de saúde e no atendimento ginecológico para homens negros trans? Já presenciou ou passou por isso recentemente?
- 7.9- Como é o atendimento para o homem negro trans nas consultas ginecológicas?

APÊNDICE B: Quadro Síntese das Unidades de Registro e Unidades de Significação na Análise de Conteúdo

Temas	Unidades de Significação (US)	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20	TOTAL UR	TOTAL CORPUS
Vínculo com equipes de saúde	Respeito ao nome social/genero	1					1		1				1	1	1		1					8	8
	Decisão compartilhada da TH						1								1							2	2
	Acesso ao pré-natal	1																				1	1
	Vínculo com ambulatório		1	1	1	1	1					2	1		2				1			11	9
	Medo de se auto-medicar			1						1	1		1	1	2	1		1				1	10
ESF coordenadora do cuidado	Vínculo com ACS									1												1	1
	UBS para vacina, hormonio e exames			1	1		1	1	1		1					1						7	7
	Fornecimento de camisinha pela UBS									1												1	1
	Teste rápido de HIV		3																			3	1
	Referencia pelo sistema de saúde		2		1	1					1											5	4
	Vínculo da ESF com pessoa/ família				1						2				1							4	3
	Preocupação com sigilo		1		1																	2	2
Barreiras identificadas	Poucos profissionais para a demanda						1				1	1										3	3
	Medicação não disponibilizada no SUS													1								1	1
	Desrespeito ao nome social		2	1				1	1		1		1	1			1					9	8
	Medo de preconceito nos serviços		1											1	1	1		1				5	5
	Internação em enfermaria em oposição a IG	1																		1		2	2
	Constrangimento	1								1									1	1		4	4
	Binarismo nas ações e serviços	1		1				1			2											5	4
	psiquiatrização da transexualidade			2				1			2	1		1	1							8	6
Equipamentos diversos	Uso de serviços de urgência	1	1				1						1	1								5	5
	internação psiquiatrica					2																2	1
	apoio em abrigo para situação de rua					1																1	1
Opção p/ SUS			2				2				1								1		6	4	

Acessos aos serviços e harmonização	Acesso por amigos							1			1				1	1	1		1		6	6	
	Acesso por movimento LGBT			1				2				1	1	1								6	5
	Acesso por divulgação no twitter/whatsapp						1				1								1			3	3
	Harmonização por orientação de amigos		1																			1	1
	amigos profissionais de saúde			3		2					1					1						7	4
Internet	Cirurgia particular/financiamento			1		1	1		1		1								1			6	6
	Acesso por divulgação em mídias sociais						1				1								1			3	3
	Harmonização por mídias sociais								1	1			3		1							6	4
Judicialização da saúde	financiamento coletivo			1											1							2	2
	Defensoria Pública									1												1	1
Relações Familiares	Judicialização DA TH											1										1	1
	Apoio familiar		1	1	1					2		1				1		2				9	7
	Conflitos familiares			1	1	2	1	1			3	1		1	1	2		2		1	1	18	13
Relações de Amizade	Apoio de conjuges					1						1	1		1							4	4
	Grupo de amigos trans		1						1				2	1	1				1			7	6
	grupo de whatsapp													1								1	1
Religiosidades	apoio de amigos de infancia (cis)											1										1	1
	Apoio na religião												2	1		1						4	3
Movimento estudantil e grupos universitários	religião como barreira intra-familiar			1	1	1				1	3			1	1							9	7
	apoio em instituição de ensino			1						2			1	1	1	1						7	6
	Grupo de estudos			1						1				1								3	3
	Pré-vestibular (docente e discente)											1		1								2	2
Movimentos sociais	Bullying									3						1						4	2
	Apoio de organizações LGBT			2			2	1			1		2	1	3			1				13	8
	Resistência a organizações/grupos LGBT		1															1				2	2

Total de UR 232

Total corpus 193

APÊNDICE C – Quadro Síntese da Saturação teórica por tema.

Temas	Entrevistas realizadas por ordem cronológica																			
	H1	M1	H2	H3	M2	H4	H5	H6	M3	H7	M4	M5	H8	H9	H10	M6	H11	M7	M8	H12
Vínculo com equipe	2	1	1																	
ESF como coordenadora		3	1	1					2											
Barreiras encontradas	3	2	1			1							1							
Equipamentos diversos	1				2															
Opção pelo SUS			1																	
Acesso aos serviços e hormonização		1	3			1		1												
Internet			1			1		1												
Judicialização da Saúde									1			1								
Relações Familiares		1	1		1															
Relações de Amizade		1										1		1						
Religiosidades			1										1							
ME e grupos universitários			2							1		1								
Movimento social		1	1																	
NOVAS US POR TEMA	6	10	13	1	3	3	0	2	3	1	0	3	2	1	0	0	0	0	0	0

Fonte: Dados da própria pesquisa. Critério de Saturação, segundo a sistematização de Fontanella et al., .2011

APÊNDICE D – Folder distribuído em sala de espera do ambulatório (frente e verso)

<p>Informações</p> <p>Política Nacional de Saúde LGBT, Brasil, 2013. http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf</p> <p>Acolhimento Grupo Arco-Iris R. Ten. Possolo, 43 - Centro, Rio de Janeiro. Tel (21) 2222-7286/2215-0844</p> <p>GDN - Grupo Diversidade de Niterói Avenida Rio Branco, 627, sobrado. Centro, Niterói. Tel: (21) 3617-0251 PreparaNem (curso preparatório para ENEM) Contato: preparanem@gmail.com</p> <p>Casa Nem Rua Dias da Rocha, 27. Copacabana, RJ. Tel (21) 96829-0296</p> <p>Grupo Pela Vidda (acolhimento à população LGBT vivendo com HIV/AIDS) Av. Rio Branco, 135 - Sala 709 - Centro, Rio de Janeiro. Tel: (21) 2518-3993/2518-1997</p> <p>Transcesso Universidade Salgado de Oliveira—UNIVERSO. R. Marechal Deodoro, 217. Niterói. Tel (21) 2138-4931</p> <p>Centro de Cidadania LGBT Niterói/Leste Fluminense Rua Visconde de Morais, 119. Niterói.</p> <p>Centro de Referência Especializada na Promoção da Cidadania LGBTI de São Gonçalo. Travessa Maria Candida, 40. Mutondo, São Gonçalo. Tel: 3708-7954</p> <p>Conselho LGBT de Niterói Av. Amarel Peixoto, 171, sala 405. Tel: (21) 2620-7970</p> <p>Emprego www.transempregos.org</p> <p>Apoio às famílias de LGBT Mães pela Diversidade https://maespeladiversidade.org</p>	<p>Assistência à Saúde</p> <p>Unidades Básicas de Saúde</p> <p>Ambulatório de Saúde Integral da População Trans João W. Nery—Avenida Amarel Peixoto, 169, 4º andar -Niterói-RJ</p> <p>IEDE - Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione—Rua Moncorvo Filho, 90. Rio de Janeiro</p> <p>ELABORAÇÃO</p> <p></p> <p>UNIRIO Universidade Federal Fluminense MESTRADO EM ENFERMAGEM PPGENF UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO PROFSAUDE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA LEGS LABORATÓRIO DE ESTUDOS EM GÊNERO, SAÚDE E DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS</p> <p>Professora Adriana Lemos Professora Cláudia Regina Ribeiro Mestrando Aiarten Santos Meneses Mestranda Andréa Felizardo Ahmad Mestranda Beatriz Selles Dantas Mestranda Fabiana Albino Fraga</p>	<p>POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DE LÉSBICAS, GAYS, BISEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS</p> <p></p> <p><i>Projeto: Gênero, sexualidades, diversidades e direitos sexuais e reprodutivos: acesso, inclusão, promoção e educação em saúde</i></p> <p>Rio de Janeiro 2019</p>
---	---	--

Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

O que é?

É uma política que reconhece a discriminação e seus efeitos na saúde da população LGBTI.

Você sabia que pode usar seu nome social no ENEM?

E que você pode trocar seu RG em qualquer cartório, sem autorização judicial e sem ter feito a cirurgia de redesignação?

Você sabia que o STF aprovou a criminalização da homofobia em 2019?

E que a Lei Maria da Penha também protege travestis e mulheres trans?

Quais são os objetivos?

- A sensibilização dos profissionais a respeito dos direitos de LGBT para um atendimento adequado;
- Garantir Direito à Saúde;
- Garantia do uso de nome social nos prontuários e sistemas de informação em saúde;
- Promover iniciativas voltadas à redução de riscos e oferecer atenção aos problemas decorrentes do uso prolongado de hormônios femininos e masculinos para travestis e transexuais;
- Oferecer atenção e cuidado à saúde de adolescentes e idosos que fazem parte da população LGBT;
- Eliminação da discriminação e qualquer forma de violência;
- Informação sobre o enfrentamento de preconceito e discriminação;
- Promoção da cidadania e inclusão das pessoas LGBT.

Quais são os seus direitos?

- Inclusão do nome social de travestis e transexuais no Cartão do Sistema Único de Saúde (Cartão SUS) - **Portaria MS nº 1.820, de 13 de agosto de 2009;**
- Atendimento livre de preconceito;
- Acesso a todos os serviços do SUS;
- Informação sobre Hormonioterapia/Acompanhamento;
- Informação sobre como agir em caso de preconceito e discriminação.



APÊNDICE E – Novo folder distribuído em sala de espera do ambulatório (frente e verso)

Conheça seus direitos!

Inclusão do nome social de travestis e transexuais no Cartão SUS

Acesso a todos os serviços do SUS

Atendimento livre de preconceito

Informação sobre como agir em caso de preconceito e discriminação

Informação sobre Hormonioterapia e acompanhamento.

Homofobia é crime! O STF aprovou a criminalização da homofobia em 2019.

Você tem direito de usar o nome social no ENEM.

Você tem direito de trocar seu registro em cartório, sem autorização judicial e sem necessidade da cirurgia de adequação de gênero.

Mulher trans é mulher! A Lei Maria da Penha também protege travestis e mulheres trans.

Você tem direito ao uso do banheiro de acordo com a identidade de gênero.

Elaboração



Professora Adriana Lemos

Professora Claudia Regina Ribeiro

Mestrando Aiarlen Santos Meneses

Mestranda Andréa Felizardo Ahmad

Mestranda Beatriz Selles Dantas

Mestranda Fabiana Albino Fraga

Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais



Orientações e informações para a população trans

Projeto: Gênero, sexualidades, diversidades e direitos reprodutivos: Acesso, inclusão, promoção e educação em saúde.

Rio de Janeiro 2020



Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais



O que é?

Um documento norteador para elaboração de ações em saúde pautadas pela equidade, reconhecendo as necessidades e vulnerabilidades da população LGBT

Quais são seus objetivos?

- . A sensibilização dos profissionais a respeito dos direitos de LGBT para um atendimento adequado;
- . Garantir Direito à Saúde;
- . Garantia do uso do nome social nos prontuários e sistemas de informação em saúde;
- . Promover iniciativas voltadas à redução de riscos e oferecer atenção aos problemas decorrentes do uso prolongado de hormônios femininos masculinos para travestis e transexuais;
- . Oferecer atenção e cuidado à saúde de adolescentes e idosos que façam parte da população LGBT;
- . Eliminação da discriminação e qualquer forma de violência;
- . Informação sobre o enfrentamento de preconceito e discriminação;
- . Promoção da cidadania e inclusão das pessoas LGBT.

Acolhimento

Grupo Arco-Iris
R. Tem. Possolo, 43. Centro, Rio de Janeiro
Tel: (21)2222-7286/2215-0844

GDN – Grupo Diversidade de Niterói
Avenida Rio Branco, 627, sobrado, Centro, Niterói. Tel: (21)3617-0251
PreparaNem (curso preparatório para ENEM)
Contato: preparanem@gmail.com

Casa Nem
Rua Dias da Rocha, 27. Copacabana, RJ.
Tel: (21) 96829-0296

Grupo Pela Vidda (acolhimento à população LGBT vivendo com HIV/AIDS)
Av. Rio Branco, 135, sala 109. Centro, Rio de Janeiro. Tel (21) 25518-3993/2518-1997

Transacesso
Universidade Salgado de Oliveira – UNIVERSO.
Rua Marechal Deodoro, 217. Niterói. Tel (21) 2138-4931

Centro de Cidadania LGBT Niterói/Leste Fluminense
Rua Visconde de Morais, 119. Niterói.

Centro de Referência Especializada na Promoção da Cidadania LGBTI de São Gonçalo.
Travessa Maria Candida, 40. Mutondo, São Gonçalo. Tel: 3708-7954

Conselho LGBT de Niterói
Avenida Amaral Peixoto, 171, sala 405
Tel: (21)2620-7970

Emprego

Transempregos.org

Apoio às famílias de LGBT
Mães pela Diversidade
www.maespeladiversidade.org

Terapia em Grupo

Intertrans
Tel: (21) 99514-2403

Apoio jurídico

NUDIVERSIS – Núcleo de Defesa dos Direitos Homoafetivos e Diversidade Sexual da Defensoria Pública do Rio de Janeiro.
Av. Rio Branco, 147/12
Tel: (21) 2332-6186 e 2332-6344

Assistência à Saúde

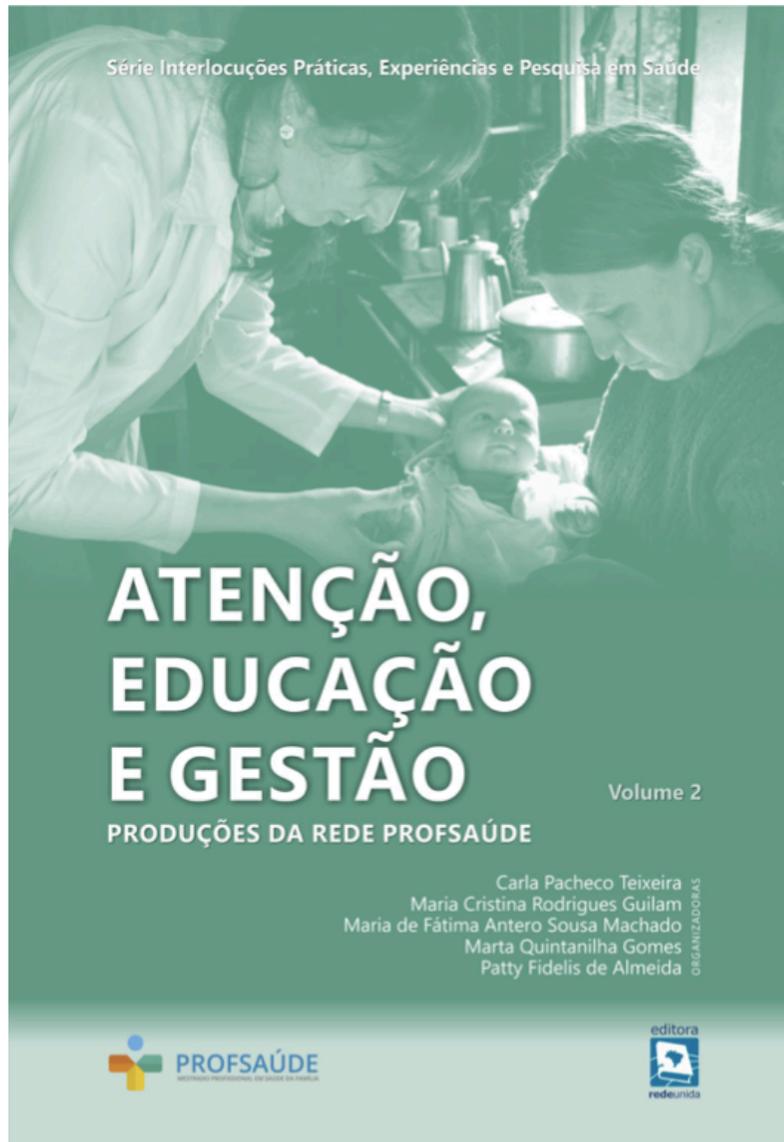
Unidades Básicas de Saúde

Ambulatório de Saúde Integral da População Trans João W. Nery – Avenida Amaral Peixoto, 169, 4º andar. Niterói

IEDE – Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione – Rua Moncorvo Filho, 90. Rio de Janeiro

Informações sobre a Política Nacional de Saúde LGBT. Brasil, 2013.
http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf

APÊNDICE F – Capítulo do e-book *Atenção, Educação e Gestão: Produções da Rede PROFSAÚDE . Volume 2*



BUSCAS PELO CUIDADO: O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE TRANSEXUAIS NO MUNICÍPIO DE NITERÓI/RJ

Beatriz Rodrigues Silva Selles
 Andrea Felizardo Ahmad
 Aiarlen dos Santos Meneses
 Fabiana Albino Braga
 Adriana Lemos
 Claudia Regina Ribeiro

Introdução

Embora saúde seja um direito fundamental do ser humano, uma série de barreiras são interpostas à população trans para a utilização dos serviços de saúde. Desrespeito ao nome social, ausência de exame físico e desconhecimento das especificidades do corpo trans por parte dos profissionais, a ótica binária dos programas de saúde e *generificação* do próprio sistema são realidades que expressam a transfobia institucionalizada nos serviços (Rocon *et al.*, 2016; Rogers *et al.* 2016; Sousa & Iriart, 2018; Rocon *et al.*, 2018; Gomes *et al.*, 2018; Pereira & Chazam, 2019).

A exclusão social e a invisibilidade marcam as histórias de vida da população transexual. As pessoas trans estão mais sujeitas a violência, conflitos familiares, interrupção precoce dos estudos e dificuldades de inserção no mercado de trabalho, tornando a transexualidade reconhecidamente um dos determinantes sociais da saúde (Brasil, 2011).

Na busca por modos para incluir essa população no sistema de saúde, propomos identificar como transexuais do município de Niterói elaboram os caminhos dos seus cuidados e constroem seus itinerários terapêuticos (IT). Dessa forma, podemos compreender as lacunas e potencialidades dos serviços de saúde no que se refere à assistência dessa população, utilizando os itinerários para dar centralidade, voz e visibilidade a este grupo na compreensão dos seus processos de saúde e adoecimento.

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TECLE

Projeto: *Gênero, sexualidade, diversidade e direitos sexuais e reprodutivos: acesso, inclusão, promoção e educação em saúde na região metropolitana do Rio de Janeiro*

Pesquisadora Responsável: Cláudia Regina Santos Ribeiro

Instituição a que pertence: Instituto de Saúde Coletiva/ Universidade Federal Fluminense

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - PPGENF/UNIRIO

Formas de contato com a pesquisadora: Telefone: (21)971975534 / Email: l3cribeiro@gmail.com

Nome do(a) voluntário(a): _____

O(A) senhor(a) está sendo convidado (a) a participar do projeto *Gênero, sexualidade, diversidade e direitos sexuais e reprodutivos: acesso, inclusão, promoção e educação em saúde*, de responsabilidade da pesquisadora Cláudia Regina Santos Ribeiro. O projeto tem por objetivos conhecer e investigar as ações de saúde e de formação profissional voltadas à promoção e acesso à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos das populações LGBTI e de homens heterossexuais cisgênero. Justifica-se pela pouca produção acadêmica sobre o tema, sobretudo na região metropolitana do Rio de Janeiro, onde será desenvolvido.

Será garantida a confidencialidade das suas opiniões bem como o anonimato de todos(as) que participarem, conforme determinações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) que regulamenta as normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos. As entrevistas serão gravadas e realizadas em local acordado entre pesquisadora e participantes buscando proteger a confidencialidade e garantir o conforto físico e psicológico dos/as participantes. Os dados obtidos serão usados somente para fins de pesquisa e estarão resguardados com o uso do computador pessoal da pesquisadora, protegido por senha.

SUA PARTICIPAÇÃO É VOLUNTÁRIA, o que significa que o senhor (a) terá autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como desistir de fazê-lo a qualquer momento, podendo esse consentimento ser retirado a qualquer tempo, sem prejuízos à continuidade do tratamento ou qualquer outra penalização. Não haverá qualquer despesa ou remuneração pela participação, sendo garantido o direito a indenização caso ocorra algum dano proveniente da pesquisa.

Os Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) são compostos por pessoas que trabalham para que todos os projetos de pesquisa envolvendo seres humanos sejam aprovados de acordo com as normas éticas elaboradas pelo Ministério da Saúde. A avaliação dos CEPs leva em consideração os benefícios e riscos, procurando minimizá-los e busca garantir que os participantes tenham acesso a todos os direitos assegurados pelas agências regulatórias. Assim, os CEPs procuram defender a dignidade e os interesses dos participantes, incentivando sua autonomia e participação voluntária. Procure saber se este projeto foi aprovado pelo CEP desta instituição. Em caso de dúvidas, ou querendo outras informações, entre em contato com o Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense (CEP FM/UFF), por e.mail ou telefone, de segunda à sexta, das 08:00 às 17:00 horas: E.mail: etica@vm.uff.br Tel/fax: (21) 2629-9189

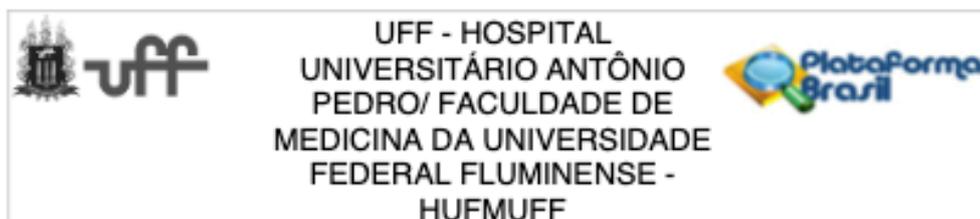
Eu, _____, declaro ter sido informado/a e concordo em participar, como voluntário/a, do projeto de pesquisa acima descrito.

_____, ____ de _____ de _____

(nome e assinatura do/a participante ou responsável legal)

(nome e assinatura do/a responsável por obter o consentimento)

ANEXO B: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Gênero, sexualidade, diversidade e direitos sexuais e reprodutivos; acesso, inclusão, promoção e educação em saúde na região metropolitana do Rio de Janeiro.

Pesquisador: Cláudia Regina Santos Ribeiro

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 10003219.6.0000.5243

Instituição Proponente: Instituto de Saúde Coletiva da UFF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

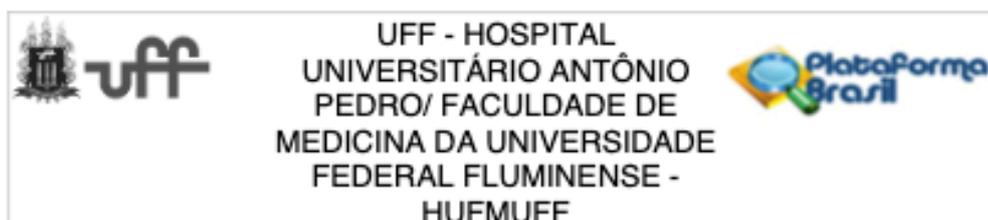
Número do Parecer: 4.043.089

Apresentação do Projeto:

Trata-se de emenda referente ao projeto "Gênero, sexualidade, diversidade e direitos sexuais e reprodutivos: acesso, inclusão, promoção e educação em saúde na região metropolitana do Rio de Janeiro", referente à solicitação de alteração de cronograma.

Esse projeto tem como temas centrais e objetos de investigação as ações de saúde e de formação profissional voltadas à promoção do acesso, cuidado e dos direitos sexuais e reprodutivos das populações LGBTI - lésbicas, gays, bissexuais, travestis, mulheres e homens transexuais e pessoas intersexo e de homens heterossexuais cisgênero, numa perspectiva de gênero na região metropolitana do Rio de Janeiro. Os participantes da pesquisa serão os/as profissionais de saúde de diversos níveis e tipos de atuação e usuários/as pertencentes a essas populações. O projeto justifica-se pela escassez de pesquisas, ações de saúde e investimentos em formação profissional sobre a saúde dessas populações, transformando as poucas experiências em universos pródigos para essa investigação. Seus resultados poderão colaborar para a ampliação das discussões, melhoria desses serviços de saúde e orientação de outros novos. Como opção metodológica, será

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 - 4º Andar (Prédio Anexo)
Bairro: Centro **CEP:** 24.033-900
UF: RJ **Município:** NITERÓI
Telefone: (21)2629-9189 **Fax:** (21)2629-9188 **E-mail:** etica.ret@id.uff.br



Continuação do Parecer: 4.043.039

usada a abordagem qualitativa de cunho etnográfico. E para a análise dos dados, serão usados os preceitos norteadores do método hermenêutico-dialético.

O projeto inicial foi aprovado em 08 de abril de 2019 (parecer deste CEP n° 3.250.583) e uma emenda autorizando a inclusão de membros a equipe e aumento do tamanho amostral, em 05 de abril de 2020 (parecer deste CEP n° 3.955.052).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Identificar, conhecer e analisar ações de saúde e de educação permanente que visem a melhoria do acesso e do cuidado voltados para os homens heterossexuais cisgêneros e a população LGBTI na região metropolitana do RJ.

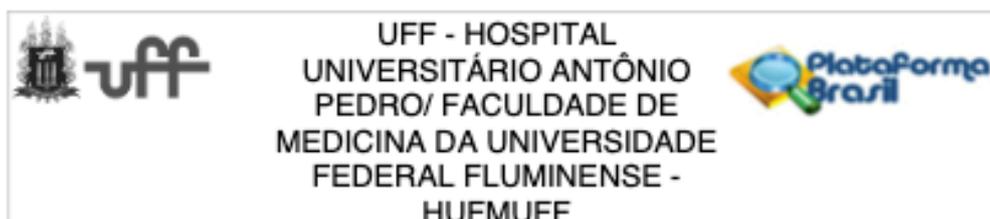
Objetivos específicos:

- a) Identificar e analisar as ações que visem a promoção da paternidade participativa e cuidadora e seus impactos na saúde dos homens, considerando as diversas possibilidades de masculinidades e paternidades;
- b) Conhecer as demandas de saúde da população trans, assim como os facilitadores e as barreiras para a sua satisfação nos serviços de saúde;
- c) Analisar os dois primeiros anos de funcionamento do Ambulatório de Saúde Trans João W. Nery;
- d) Analisar os impactos das ações de educação permanente na qualidade da atenção a essas populações e na formação dos profissionais de saúde;
- e) Produção e publicação de artigos e apresentação dos resultados de pesquisa para os/as participantes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: O risco de vazamento de informações do projeto será neutralizado pelas seguintes ações: uso de gravador e computador pessoais da pesquisadora protegidos por senha. Sobre o risco de desconforto físico e emocional dos/as participantes, os locais das entrevistas serão escolhidos em comum acordo entre as partes visando a privacidade e a garantia do anonimato, assim como o horário e o dia da entrevista. Também será garantido ao/à participante a interrupção da entrevista quando bem quiser, assim como o desligamento da pesquisa respeitando as normas de pesquisa.

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 - 4º Andar (Prédio Anexo)
Bairro: Centro **CEP:** 24.033-900
UF: RJ **Município:** NITERÓI
Telefone: (21)2629-9189 **Fax:** (21)2629-9189 **E-mail:** etica.ret@id.uff.br



Continuação do Parecer: 4.043.089

Benefícios: A pesquisa poderá beneficiar os/as participantes colaborando para a melhoria dos serviços de saúde onde são atendidos e/ou exercem suas funções profissionais. Poderá também ser um canal de fala para usuários e profissionais tornarem suas demandas conhecidas, colaborando para a promoção da saúde dessas populações e melhoria dos serviços, inclusive para os profissionais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente parecer refere-se à emenda do projeto "Gênero, sexualidade, diversidade e direitos sexuais e reprodutivos: acesso, inclusão, promoção e educação em saúde na região metropolitana do Rio de Janeiro", com o objetivo de solicitar prorrogação do prazo de execução do projeto até 31 de março de 2021.

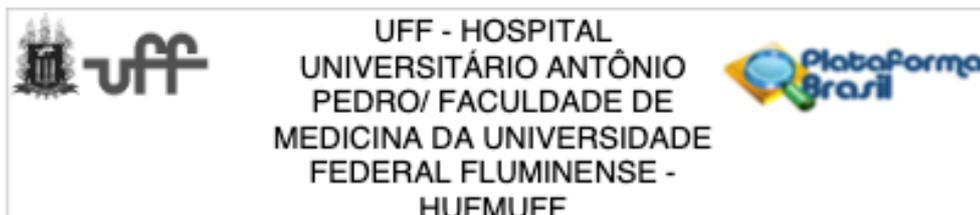
A pesquisa é bastante atual e de fácil execução e analisa as ações de saúde e educação permanente que visam a melhoria do acesso e do cuidado voltados para os homens heterossexuais cisgêneros e a população LGBTI.

Na emenda aprovada anteriormente, referente à inclusão de pesquisadores e aumento do tamanho amostral, o colegiado do presente CEP observou que, no projeto aprovado, o cronograma indicava finalização do projeto em dezembro de 2019, com a etapa de entrevistas finalizando em agosto de 2019. Dessa forma, uma vez que o projeto ainda se encontra em andamento, foi orientado que os pesquisadores apresentassem novo cronograma atualizado, solicitando prorrogação do prazo de execução do projeto em nova emenda, apresentando as justificativas cabíveis.

Na presente emenda, na seção "Justificativa da Emenda", os pesquisadores informaram: "Solicito a prorrogação do prazo de execução do projeto para 31 de Março de 2021, conforme cronograma atualizado."

Dessa forma, não foram apresentados os motivos que levaram a necessidade de alteração do cronograma, que deveriam ter sido elencados pelos próprios pesquisadores. Entretanto, considerando as informações que os pesquisadores forneceram no relatório parcial, aprovado em

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 - 4º Andar (Prédio Anexo)
Bairro: Centro **CEP:** 24.033-900
UF: RJ **Município:** NITERÓI
Telefone: (21)2629-9189 **Fax:** (21)2629-9189 **E-mail:** etica.ret@id.uff.br



Continuação do Parecer: 4.043.039

05 de abril de 2020 (parecer deste CEP nº 3.955.045), pudemos avaliar o andamento do projeto e proceder a avaliação da solicitação da presente emenda.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi apresentado cronograma atualizado, com proposta de finalização do projeto em 31 de março de 2021.

Recomendações:

Vale a pena ressaltar que, no momento de submissão de uma emenda, todas as justificativas devem estar elencadas no documento em questão.

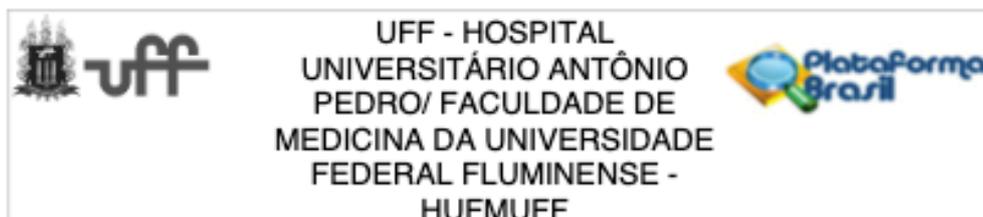
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O colegiado deste CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação desta emenda.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_153778_2_E2.pdf	09/04/2020 12:33:59		Aceito
Outros	RelatorioParcial1.docx	18/02/2020 16:11:31	Cláudia Regina Santos Ribeiro	Aceito
Parecer Anterior	ultimoPBPADECERCONSUBSTANCIAD OCEP3561873.pdf	03/12/2019 12:44:59	Cláudia Regina Santos Ribeiro	Aceito
Outros	CartaoCEP.docx	03/12/2019 12:42:47	Cláudia Regina Santos Ribeiro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto de Pesquisa.doc	03/12/2019 12:25:17	Cláudia Regina Santos Ribeiro	Aceito
Outros	Roteiros de entrevistas.docx	08/03/2019 13:43:10	Cláudia Regina Santos Ribeiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TECLE.doc	08/03/2019 13:40:06	Cláudia Regina Santos Ribeiro	Aceito
Cronograma	Cronograma Pesquisa.docx	08/03/2019 13:39:08	Cláudia Regina Santos Ribeiro	Aceito
Declaração de Instituição e	Anuencia.pdf	26/02/2019 10:41:50	Cláudia Regina Santos Ribeiro	Aceito

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 - 4º Andar (Prédio Anexo)
Bairro: Centro **CEP:** 24.033-900
UF: RJ **Município:** NITERÓI
Telefone: (21)2629-9189 **Fax:** (21)2629-9188 **E-mail:** etica.net@id.uff.br



Continuação do Parecer: 4.043.033

Infraestrutura	Anuencia.pdf	26/02/2019 10:41:50	Cláudia Regina Santos Ribeiro	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Cartadeapresentacaoprojeto.pdf	06/01/2019 10:54:34	Cláudia Regina Santos Ribeiro	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRosto.pdf	06/01/2019 10:51:35	Cláudia Regina Santos Ribeiro	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

NITEROI, 22 de Maio de 2020

Assinado por:
Adriana Rocha Brito
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 - 4º Andar (Prédio Anexo)
Bairro: Centro **CEP:** 24.033-900
UF: RJ **Município:** NITEROI
Telefone: (21)2629-9189 **Fax:** (21)2629-9189 **E-mail:** etica.ret@id.uff.br

ANEXO C: AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE NITERÓI



Secretaria Municipal de Saúde
Fundação Municipal de Saúde de Niterói
Núcleo de Educação Permanente e Pesquisa - NEPP

Autorização de Pesquisa

Autorizamos, segundo o parecer da Secretária de Saúde datado de 15/04/2019 no processo 200013871/2018, a pesquisadora Professora **Claudia Regina Santos Ribeiro**, a iniciar a pesquisa intitulada "Gênero, sexualidade, diversidade direitos sexuais e reprodutivos: Acesso, inclusão, promoção e educação em saúde.

O estudo foi autorizado para ser desenvolvido no Ambulatório de Saúde Trans-João W.Nery, situado na Policlínica de Especialidades Sylvio Picanço.

Aguardamos o resultado em cópia da pesquisa, para o acervo do NEPP e possível apresentação aos profissionais dos setores envolvidos.

Declaro conhecer o teor integral do desenvolvimento deste estudo e os objetivos do mesmo.

Niterói, 09 de maio de 2019.

Denise da Silva Erbas

Denise da Silva Erbas
Denise S. Erbas
Coordenação NEPP
FMS/PMN Niterói
Matr. 143-314

Q NEPP
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO
PERMANENTE E PESQUISA
FMS/MPACAF - NITERÓI/RJ