



Jéssica Iaci Cruz de Andrade

**Experiências da população trans e travesti na Atenção Primária no município do  
Rio de Janeiro**

Rio de Janeiro

2022

Jéssica Iaci Cruz de Andrade

**Experiências da população trans e travesti na Atenção Primária no município do  
Rio de Janeiro**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo Fundação Oswaldo Cruz, como pré-requisito necessário à conclusão do Mestrado Profissional em Saúde da Família. Linha de Pesquisa: Atenção Integral aos Ciclos de Vida e Populações Vulneráveis.

Orientadora: Profa. Dra. Katia Silveira da Silva.

Coorientadora: Profa. Dra. Paula Gaudenzi.

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: Experiences of trans and travesti population in Primary Care in the city of Rio de Janeiro.

Catálogo na fonte  
Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde  
Biblioteca de Saúde Pública

A553e Andrade, Jéssica Iaci Cruz de.  
Experiências da população trans e travesti na Atenção Primária no município do Rio de Janeiro / Jéssica Iaci Cruz de Andrade. -- 2022.  
139 f. : il. ; tab.

Orientadora: Katia Silveira da Silva.  
Coorientadora: Paula Gaudenzi.  
Dissertação (Mestrado em Saúde da Família – PROFSAÚDE) –  
Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2022.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Sistema Único de Saúde.  
3. Pessoas Transgênero. 4. Travestilidade. 5. Acesso aos Serviços de Saúde. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.1098153

Jéssica Iaci Cruz de Andrade

**Experiências da população trans e travesti na Atenção Primária no município do  
Rio de Janeiro**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo Fundação Oswaldo Cruz, como pré-requisito necessário à conclusão do Mestrado Profissional em Saúde da Família.

Aprovada em: 24 de março de 2022.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Marcos Antonio Ferreira do Nascimento  
Instituto Fernandes Figueira/ Fiocruz

Profa. Dra. Márcia Cavalcanti Raposo Lopes  
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz

Profa. Dra. Paula Gaudenzi  
Instituto Fernandes Figueira/ Fiocruz

Profa. Dra. Katia Silveira Da Silva – Orientador  
Instituto Fernandes Figueira/ Fiocruz

Rio de Janeiro  
2022

À memória de todas as travestis e transexuais  
mortas pelo *cistema*.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais, Ana e Jânio, pelo seu amor e por me ensinarem também o ritmo da indignação. Obrigada pelo apoio incondicional.

Ao Glauco Vital, por toda a parceria nos caminhos pela sensibilização profissional voltada à saúde da população LGBTQIA+.

Aos colegas de profissão: Fillipe Tinoco, Bruno Brandão, Daniel Márquez e Marianne Sabino, meu agradecimento por mostrarem e defenderem um cuidado diferenciado à população trans pela saúde da família.

Às professoras Katia Silveira da Silva e Paula Gaudenzi, por todo o aprendizado, obrigada por manterem meu norte.

Ao professor Marcos Antonio Ferreira do Nascimento e à professora Márcia Cavalcanti Raposo Lopes, pelas contribuições ao trabalho.

Ao programa PROFSAUDE e à Fiocruz, pelo incentivo à especialização dos profissionais da Atenção Primária.

Axs participantes, obrigada pela confiança na construção deste trabalho.

Axs pacientes, pelas trocas inestimáveis nestes sete anos de saúde da família.

Ao Sistema Único de Saúde, que representa uma das maiores revoluções do povo brasileiro.

**Artigo 7:**

*A contrassexualidade denuncia o controle atual das práticas transexuais pelas instituições públicas e privadas de caráter estatal heteronormativo, uma vez que estas impõem a mudança de sexo de acordo com modelos anatômico-políticos fixos de masculinidade e feminilidade.*

(PRECIADO, 2017, p. 39).

## RESUMO

O acesso da população trans e travesti ao Sistema Único de Saúde tem sido abordado na literatura sob a perspectiva do processo transexualizador e dos cuidados às pessoas vivendo com o HIV, verificando-se uma crescente discussão sobre a despatologização da transexualidade e a necessidade de se garantir o cuidado integral a essa população. Apesar da Atenção Primária se expandir no Brasil e ter como um de seus princípios a integralidade do cuidado, existem poucos trabalhos que envolvem a temática de cuidados em saúde prestados pela saúde da família à população trans e travesti. Essa dissertação apresenta os resultados de uma pesquisa qualitativa exploratória com o objetivo de analisar as experiências da população trans e travesti sobre o cuidado oferecido pela Atenção Primária no município do Rio de Janeiro. Foram contactadxs oito voluntárixs com experiência em uma unidade da Atenção Primária no município do Rio de Janeiro e que se autodeclararam fora dos padrões tradicionais de identidade de gênero estabelecidos ao nascimento. Xs voluntárxs souberam da pesquisa através de redes sociais voltadas à saúde da população trans e travesti e pela estratégia bola de neve. Seis pessoas aceitaram participar da pesquisa: foram entrevistadxs três mulheres trans, duas travestis e um não-binárie, através do método História Oral de Vida, que permitiu conhecer não somente os aspectos biográficos dxs entrevistadxs como suas percepções relacionadas à assistência em saúde. Os resultados da discussão apresentam as principais demandas em saúde trazidas pelxs entrevistadxs, relacionadas a problemas ou condições comuns à população geral – resolução de demandas agudas, diagnóstico e acompanhamento de doenças crônicas (HIV) e demandas de saúde mental – assim como questões específicas ao cuidado da população trans e travesti, a exemplo das demandas por modificações corporais. As situações de violência foram um aspecto marcante na trajetória de todxs xs entrevistadxs, tendo sido criado um tópico específico para detalhar também as percepções sobre acolhimento e discriminação nas unidades de Atenção Primária. Desta forma, os resultados foram divididos em três categorias: 1) Demandas; 2) Cuidados Específicos; 3) Acolhimento e Violência. Entende-se que a construção de um cuidado mais humanizado pela Atenção Primária envolve não somente a despatologização da transexualidade, como a compreensão das múltiplas vulnerabilidades e dos processos de estigmatização vividos pela população trans e travesti, que trazem impacto direto na construção de suas redes de apoio, assim como sobre sua saúde mental.

Palavras-chave: Atenção Primária. Sistema Único de Saúde. Transexual. Travesti. Transgênero. Serviços de saúde para pessoas transgênero.

## ABSTRACT

The access of trans and *travesti* population to Brazilian National Health System has been approached in literature from the perspective of Transsexualizing Process and caring for people living with HIV, which is possible to verify the growing discussion about transsexuality depathologization and the need to ensure comprehensive care for this population. Despite Primary Care expanding in Brazil and having integrality as one of its principles, there are few works that involve the theme of family healthcare for trans and *travesti* people. This dissertation presents the results of an exploratory qualitative research which aims to analyze trans and *travesti* population experiences of healthcare offered by Primary Care services in the city of Rio de Janeiro. Eight volunteers who had some experience with a Primary Care service in Rio de Janeiro and those who identify their gender outside of traditional gender categories established at birth were contacted. The volunteers knew about the research through social networks focused on trans and *travesti* healthcare and through Snowball sampling. Six people agreed to participate in this research: three trans women, two *travestis* and one non-binary person were interviewed through Oral History Life method, which allowed to know not only the biographical aspects of the interviewees, but also their perceptions about healthcare. The discussion results present the main health demands brought by the interviewees, related to common problems or conditions presented by the general population – resolution of acute demands, diagnosis and monitoring of chronic diseases (HIV) and mental health demands – as well as specific issues for trans and *travesti* population care, as demands for body modifications. Situations of violence were a striking aspect in all interviewee's trajectories, and a specific topic was created to also detail their perceptions about user embracement and discrimination in Primary Care services. Therefore, results were divided into three categories: 1) Demands; 2) Specific Care; 3) User embracement and Violence. It is understood that the construction of a more humanized care by Primary Care involves not only transsexuality depathologization, but also understanding multiple vulnerabilities and stigmatization processes experienced by trans and *travesti* population, which have a direct impact on construction of their support networks, as well as on their mental health.

Keywords: Primary care. Unified Health System. Transexual. Transvestism. Transgender. Health Services for Transgender Persons.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANTRA	Associação Nacional de Travestis e Transexuais
AP	Atenção Primária
APA	Associação Americana de Psiquiatria
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CID	Classificação Internacional de Doenças
DSM	Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBTE	Instituto Brasileiro Trans de Educação
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ONG	Organização Não-Governamental
PVHIV	Pessoas vivendo com HIV
PNISLGBT	Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
PRMFC-SMS-Rio	Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
PSF	Programa de Saúde da Família
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SINAN	Sistema Nacional de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
RFMC	Residência em Medicina de Família e Comunidade

TGU

Transgender Europe

TMM

Trans Murder Monitoring

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Cronologia dos aspectos normativos sobre os cuidados em saúde da população trans no Brasil.....	24
Tabela 2 -	Teses e Dissertações que abordam a vivência da população trans e travestis no SUS e na APS, separados por categorias.....	32
Tabela 3 -	Atributos da Atenção Primária à Saúde.....	36
Tabela 4 -	Fases principais da entrevista narrativa.....	45
Tabela 5 -	Demandas trazidas pelxs entrevistadxs em unidades da Atenção Primária.....	61

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
2	<b>REFERENCIAIS TEÓRICOS E NORMATIVOS</b> .....	15
2.1	<b>TRANSEXUALIDADE: APROXIMAÇÕES CONCEITUAIS E POLÍTICAS</b> .....	15
2.1.1	<b>Do transexualismo às transidentidades: a categoria trans em disputa</b> .....	15
2.1.2	<b>Transfobia no Brasil</b> .....	21
2.2	<b>ASSISTÊNCIA EM SAÚDE E TRANSEXUALIDADE</b> .....	23
2.2.1	<b>Experiências trans nos serviços públicos de saúde</b> .....	23
2.2.2	<b>Aspectos normativos na saúde</b> .....	24
2.2.3	<b>Acesso da população trans ao SUS e à APS</b> .....	30
2.2.4	<b>A Estratégia de Saúde da Família como modelo assistencial</b> .....	35
3	<b>CAMINHOS METODOLÓGICOS</b> .....	43
3.1	<b>DESENHO DO ESTUDO: SOBRE A PESQUISA QUALITATIVA E A HISTÓRIA DE VIDA</b> .....	43
3.2	<b>SUJEITOS E CAMPO DE PESQUISA</b> .....	46
3.3	<b>ANÁLISE DO MATERIAL</b> .....	48
3.4	<b>ASPECTOS ÉTICOS</b> .....	48
3.5	<b>PRIMEIRAS REFLEXÕES ACERCA DA BUSCA POR PARTICIPANTES</b> .....	49
4	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	53
4.1	<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	53
4.2	<b>DEMANDAS</b> .....	60
4.3	<b>CUIDADOS ESPECÍFICOS</b> .....	80
4.4	<b>ACOLHIMENTO E VIOLÊNCIA</b> .....	90
5	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	114
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	118
	<b>ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	135
	<b>ANEXO B - GUIA DE APOIO PARA A ENTREVISTA</b> .....	139

## 1 INTRODUÇÃO

A motivação inicial para a pesquisa resulta principalmente da prática clínica, na qual foram observadas queixas frequentes dxs usuárixs trans em relação a dificuldades de acesso aos serviços de saúde, tanto na atenção básica quanto especializada. Além disso, há relatos sobre o despreparo profissional para acolher as suas demandas gerais e específicas, como aquelas relacionadas ao processo de modificações corporais.

O conhecimento sobre as experiências de pessoas trans na Estratégia de Saúde da Família (ESF) pode contribuir para discussão sobre o aprimoramento do cuidado à saúde da população trans, que se encontra ainda incipiente pela Atenção Primária, o que reflete na formação profissional durante o internato e a residência em saúde da família nas unidades de saúde da ESF.

Outro aspecto a destacar é a vulnerabilidade desta população evidenciada a partir de dados sobre mortalidade por violência. O Brasil lidera o ranking de homicídios da população trans no mundo (BENEVIDES, BRUNA G.; NOGUEIRA, 2020; TRANSGENDER EUROPE, 2021) o que constitui um grave problema de saúde pública. A maioria dos dados sobre violência direcionada a esta população são coletados por Organizações Não Governamentais através de matérias jornalísticas (BENEVIDES, BRUNA G.; NOGUEIRA, 2020), sendo válido lembrar que ainda não há a tipificação do crime de transfobia.

Ademais, é importante lembrar que o estigma social (GOFFMAN, 1982) e as práticas de discriminação estão disseminados no corpo social e, portanto, a experiência da transfobia pode ocorrer - e de fato ocorre - no próprio ambiente familiar, constituindo um dos determinantes mais importantes da vulnerabilidade desta população. A desvinculação familiar leva a uma "árvore de problemas", que se inicia na deserção escolar, baixos níveis educacionais, culminando na dificuldade de inclusão no mercado de trabalho formal, na convivência com situações de violência e nos problemas de saúde de ordem psicológica e física (ROCHA, 2015). Os dados apontam que se trata de uma população vulnerável, ou, como diz Butler (2019), de vidas precárias que, portanto, precisam de acolhimentos específicos.

Um levantamento foi realizado a partir de estudos acadêmicos que relatam as vivências da população trans no SUS e na APS, tendo como base de dados o catálogo de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), a Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) usando-se os descritores: "*transexual*", "*travesti*", "*Sistema Único de Saúde*", "*Atenção Primária*" e "*acesso*" e o critério de exclusão de relatos de experiência, revisões sistemáticas e entrevistas apenas com profissionais da saúde. Destes, foi selecionada

uma amostra de conveniência de nove estudos que analisaram a experiência/ vivência da população transexual e travesti com o sistema de saúde brasileiro através da entrevista direta com os usuárixs. Foram verificados aspectos em comum entre os trabalhos como o desrespeito ao uso do nome social (LOPES JUNIOR; AMORIM; FERRON, 2019; LOVISON *et al.*, 2020; MONTEIRO; BRIGEIRO, 2019; ROCON *et al.*, 2016, 2018; RODRIGUEZ, 2014), complicações relativas ao uso do silicone industrial (ROCON *et al.*, 2016, 2018), o estigma associado ao HIV (GOMES, 2019; MONTEIRO; BRIGEIRO, 2019; ROCON *et al.*, 2016), a centralização do cuidado no médico ou nos ambulatórios do processo transexualizador (FERREIRA *et al.*, 2017; GOMES, 2019; OLIVEIRA, ITAUANE DE; ROMANINI, 2020; RODRIGUEZ, 2014) e a patologização da experiência transexual (OLIVEIRA, ITUANE DE; ROMANINI, 2020; ROCON *et al.*, 2016; RODRIGUEZ, 2014).

Existem ainda poucos estudos que envolvem a temática de acesso e Atenção Primária pela população de travestis, transexuais ou transgêneros (PEREIRA; CHAZAN, 2019). Apesar do reconhecimento da Estratégia de Saúde da Família como modelo assistencial e da expansão das equipes de saúde da família no Brasil e no Rio de Janeiro (JUSTINO; OLIVER; MELO, 2016; PINTO; GIOVANELLA, 2018; SORANZ, 2014), ainda é incipiente a produção de materiais de abrangência nacional para apoio à assistência em saúde para a população trans pela Atenção Primária (LOPES JUNIOR; AMORIM; FERRON, 2019).

Este estudo tem como objetivo analisar a experiência das pessoas trans sobre o cuidado oferecido pela Atenção Primária nos serviços públicos de saúde do município do Rio de Janeiro. Partimos neste trabalho de um pressuposto em relação ao cuidado das pessoas trans e travestis nas unidades de saúde: há discrepâncias entre a assistência prestada nos três níveis de atenção e a demanda dxs usuárixs. No contexto da Atenção Primária, observa-se que a demanda por modificações corporais pode ser uma porta de entrada, muitas vezes não acolhida, o que pode limitar a assistência para o cuidado integral do indivíduo.

## 2 REFERENCIAIS TEÓRICOS E NORMATIVOS

### 2.1. TRANSEXUALIDADE: APROXIMAÇÕES CONCEITUAIS E POLÍTICAS

#### 2.1.1 Do transexualismo às transidentidades: a categoria trans em disputa

O psicanalista Pierre-Henri Castel (2001) elaborou uma cronologia do "fenômeno transexual" a partir do debate entre as escolas psicanalíticas e endocrinológicas/ sociológicas entre os anos de 1910 e 1995. Para tanto ele separa em quatro fases: a primeira (1910-1920) remonta às origens da sexologia, e uma tentativa de despenalização da homossexualidade, objetivo da sexologia (GRANT, 2015). Um marco histórico nesta fase se dá pela primeira referência ao termo transexual, ocorrido em 1910 pelo médico alemão Magnus Hirschfeld através da obra "*Die Transvestiten*" (ARÁN, 2006; LIMA, 2014). Hirschfeld foi também responsável por criar o Instituto de Ciências Sexuais em Berlim, um marco para os estudos que envolvem a sexualidade e a homossexualidade, ao mesmo tempo em que ele coloca o travestismo como uma prática não especificamente homossexual (CASTEL, 2001).

Na segunda fase (1920-1945) há o nascimento do que o psicanalista chama de "*behaviorismo* endocrinológico", que se opõe a algumas construções da psicanálise e é marcado por um desenvolvimento da endocrinologia, que promoverá modificações corpóreas que darão base para as teses sociológicas que surgirão na terceira fase. Neste período é realizada a primeira cirurgia de transgenitalização em uma mulher transexual, em 1931, no Instituto Hirschfeld (ALMEIDA; MURTA, 2013).

A terceira (1945-1975) é mais rica em acontecimentos no meio científico, que ganharam repercussão midiática, além de haver uma conjugação dos campos da endocrinologia com a sociologia. Em 1949 David Cauldwell utiliza o termo "transexualismo" em sua obra "*Psychopathia Transexualis*" e o termo é difundido na década de 50 pelo endocrinologista Harry Benjamin (LOPES, 2017). Benjamin propõe uma escala de orientação sexual, estabelecendo diferenças entre travestismo e transexualismo, bem como a exclusão da homossexualidade, tendo em vista que os pacientes se declaravam heterossexuais (ARÁN, 2006). Em 1952 ocorre na Dinamarca o primeiro caso de maior repercussão midiática, o de Christine Jorgensen, que viveu até os 26 anos como George Jorgensen Jr, ex-soldado norte-americano (ALMEIDA; MURTA, 2013; GRANT, 2015).

Neste mesmo período a primeira brasileira passou pela cirurgia de redesignação em 1969, no Marrocos, e em 1971 o médico Roberto Farina realizou a primeira cirurgia de transgenitalização em território nacional, em São Paulo, em uma mulher trans, Waldirene, tendo

sido acusado em 1978 de lesão corporal pelo Conselho Federal de Medicina e sido absolvido no ano seguinte (ALMEIDA; MURTA, 2013). No campo da sociologia, Talcott Parsons, Erwin Goffman e Harold Garfinkel influenciam pesquisadores da área da psicologia com a teoria dos papéis sociais, e não mais biológico, nos estudos da inter e transexualidade (CASTEL, 2001; GRANT, 2015). John Money, influenciado pelas teorias parsonianas, introduz o conceito de gênero em 1955, retomado por Robert Stoller na década de 60. A retomada de estudos antropológicos com ênfase na sexualidade e construção cultural como os trabalhos de Margaret Mead e Bronislaw Malinowski fornecem o embasamento teórico para a distinção entre sexo biológico e gênero psicossocial (GRANT, 2015), que teve sua separação analítica cunhada na década de 70 no contexto das lutas feministas (OKA; LAURENTI, 2018).

A quarta fase se inicia na década de 70 e é marcada pela reivindicação da despatologização do transexualismo e pela crítica ao cerceamento das liberdades individuais (CASTEL, 2001). Nesta década, o termo "dispositivo" ganha relevância nos estudos de gênero para designar os operadores sexuais do poder (ARÁN; ZAHDAFT; MURTA, 2008).

Um dispositivo também pode ser conceitualizado como uma configuração específica de domínios do saber e de modalidades de exercício do poder, a qual possui uma função estratégica, em relação a problemas considerados cruciais em um momento histórico (FOUCAULT, 1995, *apud* WEINMANN, 2006, p. 17).

O dispositivo da sexualidade no pensamento foucaultiano é de particular interesse no campo da psiquiatria e sexologia. A sociedade ocidental, em especial a cristã, encontrou no sexo uma forma de controlar a sexualidade, através da confissão (RIBEIRO, 1999). Por meio desta prática, a vida sexual das pessoas passa a ser exposta e os desejos categorizados em pecado e não-pecado pela Igreja (ANTUNES, 2013). Segundo Foucault, a partir do século XIX a atividade sexual considerada pecaminosa e anormal passa a ser controlada e incorporada pelas ciências biológicas, em particular a medicina e psiquiatria. O método psicanalítico de tratamento criado por Sigmund Freud é, segundo Foucault, herdeira da tradição confessionária (ANTUNES, 2013) na medida em que condena sem reprimir a fala. Ao contrário, Foucault afirma que nunca se falou tanto sobre o sexo como neste período, o que permanece com outros contornos na contemporaneidade.

Arán, Zaidhaft e Murta (2008) indicam a dimensão normativa, como traz Foucault, como uma forma de poder construída pela sociedade disciplinar ao final do século XVIII e que vai sofrendo metamorfoses até se configurar claramente como um biopoder, o qual não irá necessariamente ser exercido através da opressão ou dominação do indivíduo, mas também em

sua construção. Assim, o biopoder opera através de dispositivos reguladores que não somente sujeitam, mas também formam o indivíduo (ARÁN; Zaidhaft; Murta, 2008).

A ideia de dispositivo da sexualidade de Foucault pode ser aproveitada para pensarmos no dispositivo da transexualidade como aquelas relações que os sujeitos estabelecem com a norma e com a ideia de patologia, fundamentando definições, condições nosológicas, práticas terapêuticas, construções de identidades, entre outros.

Almeida e Murta (2013) e Borba (2014) destacam a necessidade de uma atenção à saúde da população trans que contemple a multiplicidade da experiência transexual, ao invés da confirmação diagnóstica e do reducionismo da descrição psiquiátrica de transexualismo. Para tanto, problematizam a despatologização da transexualidade e do cuidado integral à saúde de transexuais abordando não apenas a perspectiva das ciências médicas, como também nas ciências sociais e humanas. Destacam que a associação entre genitália e sexo, vinculando o comportamento feminino pela presença de vagina e masculino pela presença de um pênis remonta ao século XIX e é uma construção social para manutenção de determinada ordem econômica, política e cultural. Um exemplo anterior ao conceito de transexualidade, que serve de exemplo para englobar a existência de indivíduos que não poderiam ser classificados a partir do binarismo, remonta ao androginismo, concebido genericamente como ambivalência sexual. Se até o século XIX a questão dos corpos e comportamento sexual eram, no ocidente, preocupação da religião e da filosofia moral, a partir de então as ciências médicas delimitaram uma fronteira entre normal e patológico no campo das identidades sexuais (ALMEIDA; MURTA, 2013).

Em 2012, a Associação Americana de Psiquiatria (APA) deixou de classificar a transexualidade como "transtorno de identidade de gênero" substituindo o termo para "disforia de gênero", conforme o quinto Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais DSM-V (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). A décima edição da Classificação Internacional de Doenças (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016), em vigor desde 1994, refere-se à transexualidade no capítulo de doenças e transtornos mentais como "transexualismo", ainda utilizando-se do sufixo que denota patologia. Em 2018 a Classificação Internacional de Doenças retira a transexualidade da lista de doenças mentais na sua 11ª edição, que entra em vigor em 2022 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018), passando a adotar o termo "Incongruência de Gênero" no capítulo de condições relacionadas à saúde sexual. Já a Segunda Classificação Internacional de Atenção primária (WORLD ORGANIZATION OF NATIONAL COLLEGES, ACADEMIES, AND ACADEMIC ASSOCIATIONS OF GENERAL PRACTITIONERS/FAMILY PHYSICIANS, 2009)

engloba a transexualidade no capítulo P (psicológico) no eixo de sintomas, sob o código P09 - Preocupação com a Preferência Sexual (GUSSO, 2020), que inclui os CID-10 F64 a F66.

As mudanças no DSM e no CID podem significar um avanço no processo de despatologização da experiência identitária, fruto do ativismo trans que vinha se mobilizando regularmente desde 2007 e culminou em 2012 na Campanha Internacional "Stop Trans Pathologization" (BENTO, 2012a). No Brasil, ainda não é consenso entre pessoas transexuais a defesa da despatologização; um dos argumentos está relacionado ao acesso de transexuais ao SUS, visto que a associação entre patologia e terapêutica permitiu o acesso às modificações corporais (ALMEIDA; MURTA, 2013). Em contrapartida, o ativismo internacional coloca que a defesa da despatologização e a demanda de cobertura pública pela garantia dos direitos sanitários às pessoas trans não são objetivos excludentes, mas direitos humanos fundamentais. Assim, defendem novos modelos de saúde que não sejam baseados na enfermidade, mas sim com um enfoque baseado na decisão informada (BENTO, 2012b).

Dentro dessa perspectiva, vemos atualmente um movimento de afirmação das identidades trans - as transidentidades -, com o intuito de se distanciar o máximo possível da ideia da condição trans como uma desordem. No bojo da afirmação das identidades, são muitas as discussões, mas uma que se destaca é a posição de colocar em xeque a própria noção de identidade, discutindo a fixidez/fluidez da identidade de gênero. Haveria uma identidade trans? Ou a transidentidade é uma forma de afirmar que toda identidade é trans, isto é, que toda identidade transita, transloca? Porchat (2014), por exemplo, segue o pensamento de Judith Butler de que não há uma essência por trás do gênero ou da identidade e que a fantasia de uma substância é resultado do uso contínuo e insistente da linguagem performativa. De fato, para Butler (2010), o gênero é efeito de diversos discursos e se constrói performaticamente através da reprodução de atos cotidianos e não como resultado do sexo, como algo natural. Assim, diz, o sexo é efeito do gênero, ele mesmo não é algo natural.

Lanz, por sua vez, se refere às pessoas trans como aquelas que transgridem as normas de gênero, incluindo diversas transidentidades: travesti, transexual, cross-dresser, drag queens, andrógenos, não binários (MAMILOS #262, 2020). Para a Lanz (2014), "a não conformidade com a norma de gênero está na raiz do fenômeno transgênero, sendo ela – e nenhuma outra coisa – que determina a existência do fenômeno transgênero". Por transgressão, Lanz não coloca a questão da identidade como gênero-divergente, mas com uma circunstância sociopolítica de não conformidade com o dispositivo binário de gênero.

Preciado introduz o conceito de contrassexualidade com base no pensamento de Foucault, reiterando que "a resistência à produção disciplinar da sexualidade não é a luta contra

a proibição, e sim a contraproduktividade, isto é, a produção de formas de saber-prazer alternativas à sexualidade moderna" (PRECIADO, 2017, p.22). Por meio de sua obra "Manifesto Contrassexual", ele denuncia o controle das práticas transexuais pelas instituições públicas ou privadas, no âmbito das políticas médicas e jurídicas que se referem a mudança de sexo, uma vez que estas reproduzem os modelos anatômico-políticos fixos de masculinidade e feminilidade.

Preciado retoma o conceito de tecnologia, baseado da obra de Michel Foucault e Teresa de Lauretis. Lauretis afirma que o gênero seria produto de diferentes tecnologias sociais, tais como internet, rádio, televisão, cinema ou jornais, e de diversas epistemologias e práticas críticas institucionalizadas, bem como práticas da vida cotidiana (PEREIRA, 2009). Para Preciado, a transsexualidade incorpora as tecnologias sexuais ao intervir diretamente sobre os corpos, sobre as identidades e sobre as práticas sexuais. Ele critica o sexo - como órgão e prática - por ser uma tecnologia de dominação heterossexual que fragmenta o corpo e o reduz a zonas erógenas que estabelecem diferenças de poder entre o feminino e masculino. Nas práticas contrassexuais, ele embasa sua teoria ainda em Teresa de Lauretis e Jacques Derrida ao retomar o conceito de dildo, estabelecido como lugar estratégico entre o falo e o pênis, que seria uma tecnologia sexual indicadora da plasticidade sexual do corpo e da possível modificação prostética de seu contorno (PRECIADO, 2017).

Butler retoma o papel da construção social da orientação sexual e da identidade de gênero, e traz o conceito de performatividade *queer*, através do qual assinala para a força política da citação descontextualizada de um insulto homofóbico pela inversão dos papéis de enunciação, tal como o uso dos termos *hermafroditas*, *loucas*, *caminhoneiras*, *bichas*, *sapas*, *bibas*, *fanchas*, *históricas*, dentre outros (PRECIADO, 2017, p. 27-28). A autodenominação então ganharia uma atribuição positiva, transformando-se em uma forma orgulhosa de manifestar a diferença (PEREIRA, 2006). *Queer*, que no dicionário inglês (CAMBRIDGE UNIVERSITY PRESS, 2020) remete a algo estranho ou incomum, foi assumido por uma vertente dos movimentos homossexuais como contraponto a normatividade e para colocar-se numa perspectiva de oposição e contestação (LOURO, 2001).

A Teoria *Queer* surge na década de 90 como uma política pós-identitária articulada por um grupo de intelectuais bastante diversificado, influenciados pela teoria pós-estruturalista francesa e apoiam-se na desconstrução como método de crítica literária e social (LOURO, 2001). O aspecto subversivo e desconstrutivo da Teoria *Queer* tem influência do filósofo Jacques Derrida, através da crítica ao binarismo ocidental, que se opera não como método

destrutivo, mas pelo questionamento das oposições binárias, dentre elas, a desconstrução de homem/mulher, feminilidade/masculinidade (LOURO, 2001).

Os estudos queer habilitam as travestis, as drag queen, os drag king, os/as transexuais, as lésbicas, os gays, os bissexuais, enfim, os designados pela literatura médica como sujeitos transtornados, enfermos, psicóticos, desviados, perversos, como sujeitos que constituem suas identidades mediante os mesmos processos que os considerados "normais". (BENTO, 2012b, p. 2660).

Bento afirma que não há uma identidade-trans, mas posições de identidade que se organizam através de uma rede de identificações mediada por movimentos de negação e afirmação aos modelos disponibilizados socialmente para se definir o que seja um/a homem/mulher de “verdade” (2012b). Para além da dicotomia entre sexo-natureza *versus* gênero-cultura, Bento retoma a complexidade do conceito de gênero dentro da tecnologia social heteronormativa, operacionalizada por diversas instituições (dentre elas a médica).

Portanto, pelo que vimos até aqui, podemos dizer que há um importante movimento político que visa se afirmar em contraposição à lógica medicalizante relacionada à condição trans, sobretudo pelo entendimento que os espaços medicalizados são espaços de controle que se utilizam de saberes supostamente científicos, mas de fato excludentes de tipos de vida que se diferenciam do sistema heteronormativo e que moldam práticas sociais opressivas nos serviços de saúde.

Portanto, partindo-se da concepção de que os gêneros são uma construção social/cultural concordando com a crítica ao binarismo proposto pela Teoria *Queer* e afirmando o potencial opressor das instituições da saúde em reproduzir normas, esta pesquisa utilizará o termo genérico **trans** para se referir a pessoas que se autodeclaram em desacordo com o sexo/ gênero atribuído ao nascimento. A designação **travesti** será usada ao lado de trans devido ao caráter político nele incluído, cabendo aqui uma crítica ao proposto na Resolução do CFM 2.265/19 (BRASIL, 2019b) onde restringe as pessoas travestis a aceitação de sua genitália. Carvalho (2018) justifica a necessidade política desta separação devido ao processo de ruptura política dentro do movimento e da necessidade de representação para fins de demandas públicas específicas para esta população. O autor coloca que na experiência ativista não há consenso sobre as definições rígidas identitárias, no entanto elas podem ressignificar a categoria estigmatizada ao considerarem as vulnerabilidades sociais, "servindo como pontos fundamentais, mas não determinantes, no deslizamento entre as identidades travesti e transexual" (CARVALHO, 2018, p.15).

Nas entrevistas realizadas em campo, foi considerada a autodeclaração e não foi sugerido qualquer tipo de definição, entendendo-se que elas não são estáticas, mas que também fazem parte do constructo social. Da mesma forma, este trabalho se propõe também a reduzir as disparidades também por meio da linguagem inclusiva. Levando em consideração que a linguagem portuguesa não possui um "gênero neutro" (LAU, 2019) e que "a identidade se reconfigura constantemente a partir das relações sociais que o sujeito mantém nos contextos nos quais está inserido" e que os usos linguísticos são a própria expressão de suas identidades (LAU, 2019, p. 270), optou-se por utilizar o "X" como forma de usar a linguagem como instrumento na luta pela liberação e contra opressões e invisibilizações, já marcantes nos movimentos sociais feministas e LGBTQI (BORBA; LOPES, 2018).

### 2.1.2 Transfobia no Brasil

O Brasil é o primeiro país no ranking de homicídios da população trans, segundo dados do projeto Trans Murder Monitoring (TMM) da ONG Transgender Europe (TGU) em parceria com a revista acadêmica *Liminalis* e divulgados entre 2008 e 2020 (TRANSGENDER EUROPE, 2021). Estes dados incluem o número absoluto de homicídios em diversos países, coletados na internet com a colaboração de ativistas locais e instituições parceiras. O projeto atenta para a subnotificação destes dados, tendo em vista a falta de informações nos relatórios, falha no sistema de monitoramento nacional e omissão da identidade de gênero em caso de homicídios (TRANSGENDER EUROPE, 2018).

A Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA) em parceria com o Instituto Brasileiro Trans de Educação (IBTE) publicaram o Dossiê dos Assassinatos e da Violência contra Travestis e Transexuais no Brasil em 2019 (BENEVIDES; NOGUEIRA, 2020). O documento realiza um levantamento quantitativo dos assassinatos e das violências cometidas contra a população travesti e transexual através de pesquisas de casos em matérias de jornais e mídias veiculadas na internet.

Foram contabilizados, utilizando o ano base 2019, um total de 124 assassinatos (121 travestis e mulheres transexuais e 3 homens trans), 50 tentativas de homicídio (sendo 58% contra profissionais do sexo) e 15 casos de morte por suicídio. Nos casos de homicídio, foi observado que em 43% foram cometidos por armas de fogo, 28% por arma branca e 15% por espancamento, asfixia e/ou estrangulamento. Em 52% dos assassinatos por espancamento apresentam associação com outros métodos cruzados, como tiros, tortura e violência sexual (BENEVIDES; NOGUEIRA, 2020).

O Dossiê dos Assassinatos e da Violência contra Travestis e Transexuais de 2020 aborda ainda questões que sinalizam para a marginalização da população LGBTI, como a idade média em que são expulsos de casa pelos pais (aos 13 anos) e as altas taxas de deserção escolar (72% não possuem o ensino médio e 56%, o ensino fundamental) (BENEVIDES; NOGUEIRA, 2020).

O número de homicídios, em termos absolutos, dificulta a comparação com outros países e um cálculo da magnitude do problema em termos proporcionais. A ausência de dados oficiais sobre o total da população transexual do Brasil impede um cálculo fidedigno da mortalidade proporcional por homicídio neste grupo. O próprio Dossiê aponta para algumas limitações como a ausência de dados demográficos oficiais da população trans, a subnotificação de casos noticiados pela mídia e omissão a identidade de gênero das vítimas, criticando a omissão do Estado e a falta de incentivos financeiros e materiais para realizar tais levantamentos (BENEVIDES; NOGUEIRA, 2020).

Em março de 2018 a Defensoria Pública da União (DPU) enviou uma recomendação ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para a inclusão de dados sociodemográficos da população LGBTI que incluem questionamentos acerca da identidade de gênero e orientação sexual dos entrevistados, além de questões específicas a população trans que permitam estimar como: o quantitativo populacional, a escolaridade média, a faixa salarial e a situação familiar das pessoas trans e sua expectativa de vida. (BRASIL, 2018).

Em junho de 2019, a Comissão de Direitos Humanos e Minorias da Câmara aprovou o projeto PL 7582/14 que criminaliza a homofobia e a transfobia (BRASIL, 2014a), o qual aguarda trânsito em outras comissões (BRASIL, 2019a). O Supremo Tribunal Federal (STF) aprovou na mesma época Ação Direta de Inconstitucionalidade por Omissão (ADO 26/DF) (BRASIL, 2019c) pela qual as condutas homofóbicas e transfóbicas se enquadram na tipificação da lei do racismo de nº 7716/1989 (BRASIL, 1989) até que o Congresso Nacional edite lei específica. A ação não restringe o exercício da prática religiosa segundo sua orientação doutrinária, desde que suas manifestações não configurem discurso de ódio (BRASIL, 2019a). A proposta de lei 7582/14 tipifica o crime de ódio e intolerância motivados, dentre eles, pela orientação sexual e identidade de gênero.

Conhecer os dados sobre violência contra a população trans e travesti é importante ao considerarmos os desdobramentos da violência sobre a saúde física e mental de qualquer pessoa. Ademais, considerando que o estigma de gênero permeia o meio social e as instituições, é importante dar visibilidade aos diferentes tipos de violência experimentados por esta população ao longo da vida como forma de repensar o acolhimento e combate à discriminação.

## 2.2 ASSISTÊNCIA EM SAÚDE E TRANSEXUALIDADE

### 2.2.1 Experiências trans nos serviços públicos de saúde

Rocon *et al.* (2020), em uma revisão integrativa sobre o acesso à saúde da população trans no Brasil, sinaliza para o aumento da produção científica relacionada ao tema após a criação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT em 2011 (BRASIL, 2011). Sobre os desafios do acesso da população trans, ele categoriza o conteúdo dos artigos analisados em 13 itens, dentre eles: discriminação nos serviços e equipamentos de saúde, patologização da transexualidade, acolhimento inadequado, exigência de cirurgia para troca de nome e sexo, falta de qualificação dos profissionais, escassez de recursos e falta de política de atenção básica.

Apesar da portaria do Ministério da Saúde de 2013 (BRASIL, 2013) colocar a integralidade como uma diretriz de cuidado à saúde da população trans e incluir a atenção básica neste processo, faltam ainda redes oficiais de referência e contrarreferência entre a atenção básica e o processo transexualizador (ROCON *et al.*, 2020). A falta de articulação entre a atenção básica, ambulatórios e hospitais contribuem para o aumento das filas de espera dxs usuárixs pelo processo transexualizador (ROCON *et al.*, 2020). O estudo aponta ainda para a falta de aprofundamento na discussão sobre a formação de profissionais da saúde na possibilidade de provocar reais mudanças nos serviços a favor da população trans.

Borba (2014) analisa os obstáculos discursivos para a atenção integral e humanizada às pessoas trans no processo transexualizador brasileiro, a partir das experiências de duas mulheres trans com instâncias classificatórias. Embora separadas, temporal e geograficamente, o autor verifica a produção de performances identitárias influenciadas por uma política narrativo-essencialista, que no caso brasileiro se inclui a exigência de um diagnóstico psiquiátrico para acesso às intervenções corporais. Borba remonta ao papel do conhecimento médico na constituição do Transtorno de Identidade de Gênero pelo DSM-IV e como as instituições classificadoras podem acabar se distanciando da multiplicidade das experiências identitárias através da patologização desta vivência. A dinâmica social entre as instituições de saúde e os indivíduos no âmbito destas classificações pode ser visualizada em dois vetores, um descendente - instituições médicas e seus discursos - e uma ascendente - as pessoas transexuais e suas reais vivências com a transexualidade (BORBA, 2014).

Ao mesmo tempo em que as instituições classificadoras impõem aos usuárixs a necessidade de satisfazer critérios diagnósticos, xs usuárixs - mesmo temporalmente distantes - utilizam-se de uma narrativa estratégica que tem sido apontada na literatura como um mecanismo de resistência. Para reconhecer essa narrativa, Borba (2014) aponta para a

necessidade de alcançar este discurso em um ambiente exterior ao hospital (ou talvez exterior ao consultório: corredores, vendas em frente ao hospital), e sinaliza para o fato de que os próprios profissionais da saúde reconhecerem um "discurso pronto" no ambiente do consultório, além de o percebem como "mentira", e não uma performance de transexualidade para enquadrar-se em protocolos.

Embora exista este "acordo velado" entre usuárixs e profissionais dos programas de transgenitalização através de performances cínicas na relação equipe médica-usuárixs (BORBA, 2014), esta dinâmica de procura por "incoerências" na fala dos usuárixs pode provocar uma homogeneização das vivências trans e impedir um cuidado de fato integral aos usuárixs. Borba sinaliza, no entanto, que apenas humanizar o cuidado à saúde, como sinalizado pela Portaria 1.707/2008 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008a), apesar de crucial, pode não ser efetiva se não considerarmos estas microrresistências narrativo-performativas dentro de um contexto patologizante.

### 2.2.2. Aspectos normativos na saúde

A primeira cirurgia de redesignação realizada em território nacional ocorreu em São Paulo, em 1971, pelo médico Roberto Farina. O Conselho Federal de Medicina interpretou este ato como lesão corporal, tendo Farina sido acusado judicialmente e posteriormente absolvido (ALMEIDA; MURTA, 2013). 26 anos depois, o CFM autorizou os procedimentos cirúrgicos de neocolpovulvoplastia e neofaloplastia e outras intervenções sobre caracteres sexuais secundários em hospitais universitários e públicos adequados à pesquisa, ainda sob caráter experimental (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1997). No ano seguinte, foi realizada legalmente a primeira cirurgia de redesignação sexual, na cidade de Campinas (ALMEIDA; MURTA, 2013). Desde então, pode-se observar algumas evoluções em termos legais e de regulamentação da prática médica sobre os cuidados à população trans, separados cronologicamente a seguir:

Tabela 1 - Cronologia dos aspectos normativos sobre os cuidados em saúde da população trans no Brasil

<b>Resolução/ Portaria</b>	<b>Órgão Responsável/ Ano de divulgação</b>	<b>Descrição</b>
RESOLUÇÃO CFM 1.482/97 (Revogada)	Conselho Federal de Medicina, 1997	Autoriza, a título experimental, as cirurgias de neocolpovulvoplastia, neofaloplastia e ou

pela Resolução CFM  
nº 1.652/2002)

procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários em hospitais universitários e hospitais públicos adequados a pesquisa, para pacientes acima de 21 anos acompanhados por equipe multidisciplinar e com diagnóstico de "transexualismo". Considera como cirurgia plástico-reconstrutiva com propósito terapêutico e que não constitui crime de mutilação previsto no artigo 129 do Código Penal.

RESOLUÇÃO CFM Conselho Federal de  
1.652/2002 (Revogada Medicina, 2002  
pela Resolução CFM  
nº 1955/2010)

Autoriza as cirurgias para adequação do fenótipo masculino para feminino em hospitais públicos ou privados, independente da atividade de pesquisa. Mantém as cirurgias para adequação do fenótipo feminino para masculino apenas para hospitais universitários ou públicos adequados para a pesquisa, ainda em caráter experimental

PORTARIA Nº 1.707, Ministério da Saúde,  
DE 18 DE AGOSTO 2008a  
DE 2008 (Revogada  
pela PRT GM/MS nº  
2803 de 19.11.2013)

Define as Diretrizes Nacionais para o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde - SUS, a serem implantadas em todas as unidades federadas.

PORTARIA Nº 457, Ministério da Saúde,  
DE 19 DE AGOSTO 2008b  
DE 2008

Regulamenta o Processo Transexualizador no âmbito do SUS através de normas para o credenciamento de unidades especializada. Inclui Atenção especializada no Processo Transexualizador na tabela de serviços/classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES e dos Sistemas de Informações

		<p>Ambulatorial e Hospitalar do SUS. Cria os procedimentos específicos para tratamento hormonal, acompanhamento terapêutico no Processo Transexualizador e o procedimento específico para cirurgia de transgenitalização: Redesignação Sexual. Ainda é utilizado o termo transexualismo como diagnóstico.</p>
<p>RESOLUÇÃO CFM Nº 1.955/2010</p>	<p>Conselho Federal de Medicina, 2010</p>	<p>Mantém algumas considerações da Resolução CFM 1.652/2002, como o diagnóstico de transexualismo. Amplia a autorização do procedimento cirúrgico para qualquer estabelecimento, desde que este contemple os pré-requisitos contidos na resolução.</p>
<p>PORTARIA Nº 2.836, DE 1º DE DEZEMBRO DE 2011</p>	<p>Ministério da Saúde, 2011</p>	<p>Institui a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT) no âmbito do SUS, com o objetivo geral de promover a saúde integral da população LGBT, eliminando a discriminação e o preconceito institucional e contribuindo para a redução das desigualdades e para consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo. Coloca objetivos, diretrizes e competências nos âmbitos federal, estadual e municipal na elaboração de estratégias para implementação desta política. O termo transexualismo deixa de ser utilizado desde então.</p>
<p>PORTARIA Nº 2.803, DE 19 DE NOVEMBRO DE</p>	<p>Ministério da Saúde, 2013</p>	<p>Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Coloca como diretrizes de assistência a integralidade</p>

2013

do cuidado a transexuais e travestis (não restringindo à meta terapêutica de transformações corporais), o trabalho interdisciplinar e multiprofissional e a integração das unidades do Processo Transexualizador com a Atenção Básica, tendo esta como porta de entrada. As Redes de Atenção à Saúde (RAS) fica como responsável pela integralidade do cuidado ao transexual e travesti no âmbito do SUS. No componente de Atenção Especializada, são definidas as modalidades ambulatoriais (de acompanhamento pré e pós-operatório e hormonioterapia) e a hospitalar (que inclui a realização de cirurgias). São definidas novas normas para inclusão de unidades no Processo Transexualizador na modalidade ambulatorial. É atualizada a Tabela de Serviço/Classificação do SCNES. Autoriza a hormonioterapia a partir dos 18 anos no Processo Transexualizador e os procedimentos cirúrgicos a partir dos 21 anos, desde que acompanhamento prévio de 2 anos no Serviço de Atenção Especializada do Processo Transexualizador.

RESOLUÇÃO CFM  
nº 2.265/2019

Conselho Federal de  
Medicina, 2019

Dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero e revoga a Resolução CFM nº 1.955/2010. Passa a utilizar o termo incongruência de gênero para referir-se a transexuais e travestis. Resolve que a atenção integral à saúde do transgênero deve contemplar todas as suas necessidades, garantindo o acesso, sem qualquer tipo de discriminação, às atenções básica, especializada e de urgência e emergência.

---

Dispõe sobre o projeto Terapêutico Singular no cuidado específico ao transgênero pela Atenção Especializada. Dispõe sobre o acompanhamento da criança transgênero pré-púbere (Tanner I) sendo vedada intervenções para fins de modificações corporais. Autoriza o bloqueio puberal para adolescentes em estágio Tanner II pelo endocrinologista, ginecologista ou urologista. Autoriza a hormonioterapia cruzada no adulto (a partir dos 18 anos) por médico endocrinologista, ginecologista ou urologista. Reduz o acompanhamento pré-operatório para 01 (um) ano mínimo antes dos procedimentos cirúrgicos, por equipe multidisciplinar.

---

Fonte: Elaborado pela autora.

Pode-se observar que a discussão sobre a saúde da população trans no Brasil se iniciou a nível terciário ou hospitalar, antes de incluir a Atenção Básica neste cuidado. Em 2008 o Ministério da Saúde regulamenta o processo transexualizador e amplia a cirurgia de redesignação no SUS e no sistema privado, ainda restrito a unidades hospitalares, sob a condição de acompanhamento multiprofissional e do diagnóstico de transexualismo (BRASIL, 2008b).

Em 2011 há um marco histórico pela implementação da Política Nacional e Integral de Saúde LGBT (PNISLGBT) através da Portaria Nº 2.836 (BRASIL, 2011), que foi resultado da participação de diversas lideranças, técnicos e pesquisadores na elaboração de um documento de caráter transversal e submetido a consulta pública, antes de ser apresentada e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 2009 (BRASIL, 2012). A política reafirma o conceito de saúde ampliada, uma vez que exigiu que o movimento social buscasse amparo em todas as áreas do Ministério da Saúde, como nas relacionadas à produção do conhecimento, participação social, promoção, atenção e cuidado. Destaca-se, aqui, alguns pontos da portaria:

**Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011**

II - **ampliar o acesso** da população LGBT aos serviços de saúde do SUS, garantindo às pessoas o respeito e a prestação de serviços de saúde com qualidade e resolução de suas demandas e necessidades

VIII - **reduzir danos** à saúde da população LGBT no que diz respeito ao uso excessivo de medicamentos, drogas e fármacos, especialmente para travestis e transexuais;

XII - **prevenir** novos casos de cânceres ginecológicos (cérvico uterino e de mamas) entre lésbicas e mulheres bissexuais e ampliar o acesso ao tratamento qualificado; XIII - prevenir novos casos de câncer de próstata entre gays, homens bissexuais, travestis e transexuais e ampliar acesso ao tratamento;

XVII - **garantir o uso do nome social** de travestis e transexuais, de acordo com a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde; (BRASIL, 2011).

É importante observar que a PNISLGBT não trata da transexualidade como transtorno ou sequer cita critérios diagnósticos para definir pessoas trans e travestis. Após sua divulgação, o Ministério da Saúde lançou a portaria de Nº 2.803 (BRASIL, 2013), já abolindo o termo "transexualismo" dos critérios para acompanhamento em unidades especializadas, além de incluir a Atenção Básica como porta de entrada das pessoas trans ao sistema de saúde:

**Portaria nº 2.803, DE 19 DE NOVEMBRO DE 2013**

Redefine e **amplia o Processo Transexualizador** no Sistema Único de Saúde (SUS).

- Art. 2º São diretrizes de assistência ao usuário(a) com demanda para realização do Processo Transexualizador no SUS:

I - **integralidade da atenção** a transexuais e travestis, não restringindo ou centralizando a meta terapêutica às cirurgias de transgenitalização e demais intervenções somáticas;

II - **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).

Em 2019, uma nova resolução do Conselho Federal de Medicina de nº 2.265 reduz para 01 (um) ano o acompanhamento necessário previamente às modificações corporais através de cirurgias e reforça a orientação do Ministério da Saúde no que tange ao cuidado integral da população trans e travesti no que diz respeito ao acesso pela Atenção Básica. No entanto, nem esta resolução do CFM tampouco a PORTARIA Nº 2.803/2013 do Ministério da Saúde abordam o cuidado relacionado às modificações corporais através da hormonioterapia pelo médico de família e comunidade, embora estejam previstas em protocolos internacionais.

Em 2020 a Coordenação da Atenção Básica da Secretaria de Saúde de São Paulo lançou o Protocolo para o atendimento de pessoas transexuais e travestis no município de São Paulo (SÃO PAULO, 2020), um documento importante para direcionar os profissionais da Estratégia da Saúde da Família no cuidado integral a esta população, sem abrir mão da orientação sobre os cuidados específicos relacionados às modificações corporais.

### 2.2.3. Acesso da população trans ao SUS e à APS

Atualmente, existem 34 unidades cadastradas no Processo Transexualizador, dentre elas unidades hospitalares e ambulatoriais (BENEVIDES, 2020), estando a sua maioria concentrada na região sudeste. Nota-se uma concentração geográfica do atendimento às pessoas que buscam por mudanças corporais, o que faz com que muitas precisem percorrer longas distâncias para obter atendimento (PEREIRA; CHAZAN, 2019).

O acesso da população trans ao Sistema Único de Saúde tem sido abordado em alguns estudos. Em uma revisão integrativa, Rocon e colaboradores (2020) apontam para alguns entraves neste acesso para a população transexual e travesti: 1. Discriminação nos serviços e equipamentos de saúde; 2. Patologização da transexualidade; 3. Acolhimento inadequado; 4. Exigência de cirurgia para troca de nome e sexo; 5. Falta de qualificação dos profissionais; 6. Ausência de política de atenção básica; 7. Escassez de recursos. Apesar de prevista uma política que incluía a Atenção Básica neste cuidado, como a de 2011 que instituiu a Política Nacional de Saúde LGBT (BRASIL, 2011) e a de 2013 que amplia o Processo Transexualizador do SUS (BRASIL, 2013), não foi observada a sua efetivação mesmo após a publicação (ROCON *et al.*, 2020).

Pereira e Chazan (2019) demonstraram que há poucos estudos que envolvam as temáticas de acesso e Atenção Primária pela população de travestis, transexuais ou transgêneros, sendo esse número maior ao se incluir a temática LGBT. Existe ainda uma associação entre acesso e saúde à cirurgia de redesignação ou ao cuidado dos pacientes HIV/SIDA, negligenciando o cuidado integral preconizado pelas diretrizes do SUS. O acesso à APS é multidimensional, podendo seus fatores estarem envolvidos nas esferas política, econômica, social, organizativa, técnica e simbólica (PEREIRA; CHAZAN, 2019). As barreiras de acesso encontradas pelas pessoas trans também é multifatorial. Como apontado por Pereira e Chazan, a barreira já se inicia por uma falta de investimento na APS como local de cuidado à população trans em grande parte dos municípios brasileiros, onde este cuidado centraliza-se nos serviços de média e alta complexidade. Isso pode ainda provocar barreiras de acessibilidade, entendida como barreira geográfica, provocando maior tempo de deslocamento do usuário ao serviço de saúde.

A esfera técnica do acesso parece ser também um dos fatores mais impactantes na satisfação dos usuários com os serviços de saúde, que inclui acolhimento e atendimento não adequado, falta de capacitação profissional e uma deficiência na integralidade do cuidado agravada pelo modelo hospitalocêntrico sem contrarreferência para a APS. No Rio de Janeiro, os usuários que desejam passar por alguma mudança corporal de caráter cirúrgico ou por meio

farmacológico (hormonização), são encaminhados pela AP através do Sistema Estadual de Regulação (SER), passando por uma primeira avaliação no Instituto de Endocrinologia (IEDE, UFRJ), e, caso desejem cirurgia, são encaminhados por este serviço para o Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE, Uerj), fluxo atualizado após reunião da Comissão Intergestores Bipartite em 2019 (RIO DE JANEIRO, 2019).

Ainda há questões sociais que envolvem essa barreira de acesso, como a reprodução de preconceitos e do estigma sexual e de gênero, tanto a nível local - o que gera medo nxs usuárixs de passarem por alguma situação de constrangimento - quanto governamental, através de programas que reproduzem a dicotomia de cuidado em "saúde do homem e saúde da mulher", impedindo a inserção das pessoas que não se encaixam nestas classificações binárias (PEREIRA; CHAZAN, 2019).

Uma ascensão no número de teses e dissertações brasileiras sobre a tríade travestilidade-transsexualidade-saúde foi observada nos últimos vinte anos, com diminuição no enfoque no adoecimento das travestis e de transexuais e aumento do foco nos aspectos sociais, organizacionais e políticos que interferem no acesso dessas pessoas aos serviços de saúde. Grande parte desta produção científica concentra-se no campo da Saúde Coletiva (27%) e utiliza de forma predominante a abordagem qualitativa (82%). São realizadas em Instituições Federais de Educação Superior (65%) e nas regiões sul e sudeste do país (70%) (LIMA *et al.*, 2020).

Após um levantamento feito nas bases do catálogo de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), na Scientific Electronic Library Online (Scielo) e na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) através dos descritores "transexual", "travesti", "Sistema Único de Saúde", "Atenção Primária" e "acesso", foram destacados nove estudos que analisam a experiência/vivência da população transexual e travesti com o sistema de saúde brasileiro através da entrevista direta com xs usuárixs. Dois estudos abordam especificamente a experiência de acesso desta população na Atenção Básica (AMORIM; TEIXEIRA, 2018; GOMES, 2019), e sete abordam o sistema de saúde como um todo (FERREIRA *et al.*, 2017; LOVISON *et al.*, 2020; MONTEIRO; BRIGEIRO, 2019; OLIVEIRA; ROMANINI, 2020; ROCON *et al.*, 2016, 2018; RODRIGUEZ, 2014). Algumas questões pertinentes ao cuidado em saúde e ao acesso foram observadas reiteradas vezes e separadas em categorias, conforme a tabela a seguir:

Tabela 2 - Teses e Dissertações que abordam a vivência da população trans e travestis no SUS e na APS, separados por categorias

<b>Categoria</b>	<b>Estudo</b>
Desrespeito ao Nome Social	LOVISON et al., 2020; MONTEIRO; BRIGEIRO, 2019; ROCON et al., 2016; ROCON et al., 2018; AMORIM, 2018; OLIVEIRA; ROMANINI, 2020; RODRIGUEZ, 2014
Complicações relacionadas ao uso do silicone industrial	ROCON et al., 2016; ROCON et al., 2018; PINTO et al., 2017
Estigma associado ao HIV	GOMES, 2019; ROCON et al., 2016; MONTEIRO; BRIGEIRO, 2019
Modelo de saúde centrado no médico/ambulatório transexualizador	RODRIGUEZ, 2014; FERREIRA et al., 2017; GOMES, 2019; OLIVEIRA; ROMANINI, 2020
Patologização da experiência transexual	OLIVEIRA; ROMANINI, 2020; ROCON et al., 2016; RODRIGUEZ, 2014

Fonte: Temas elaborados pela autora a partir do levantamento.

O desrespeito ao uso do nome social praticado por profissionais da saúde aparece majoritariamente nos estudos como uma das primeiras barreiras de acesso por gerar constrangimento, na triagem, acolhimento ou recepção (AMORIM, 2018; LOVISON *et al.*, 2020; MONTEIRO; BRIGEIRO, 2019; OLIVEIRA; ROMANINI, 2020; ROCON *et al.*, 2016, 2018; RODRIGUEZ, 2014). O uso do nome social surgiu como direito que deve ser respeitado não somente pelos profissionais da saúde, como também garantido nos documentos e formulários relativos ao Sistema Único de Saúde, tendo em vista que há legislação que determina e viabiliza o uso do nome social no Cartão do SUS (BRASIL, 2009).

O uso do silicone industrial no processo de modificação corporal surge nos estudos como uma questão de saúde relatada pelas entrevistadas. Uma das principais justificativas para esta escolha apresentada foi a dificuldade de acesso aos serviços de saúde para acompanhamento do processo de modificação corporal, o que condiciona pessoas trans a aplicações de silicone industrial e hormonização sem acompanhamento médico, sob risco de adoecimento e morte, riscos estes que poderiam ser evitados com incorporação pela e oferta

unidades desses recursos à população trans (ROCON *et al.*, 2018). Foram observadas complicações após o uso de silicone industrial como infecções recorrentes no local da aplicação de silicone industrial, deslocamento da substância para outros órgãos do corpo (testículos, pênis), dificuldade em aderir ao tempo de repouso necessário à recuperação após aplicação por questões financeiras e até mesmo morte (ROCON *et al.*, 2016). A prevalência do uso de silicone industrial entre transexuais e travestis, em um estudo realizado no estado de São Paulo, foi de 49%, a média de idade para a primeira colocação foi de 22 anos e aproximadamente 43% informaram a ocorrência de problemas de saúde decorrente do uso (PINTO *et al.*, 2017b). Ademais de um problema de saúde pública, o uso de hormônios e silicone industrial não deve ser considerado ação inconsequente e isolada, mas contextualizada na "dinâmica real na qual pessoas trans construirão modos de resistências e sobrevivência" (ROCON *et al.*, 2016).

Três estudos abordaram obstáculos para acessar os serviços decorrentes do estigma internalizado e da associação da infecção pelo HIV com suas condições de vida (GOMES, 2019; MONTEIRO; BRIGEIRO, 2019; ROCON *et al.*, 2016). Monteiro e Brigeiro (2019) apontam que, apesar das políticas nacionais de respostas ao HIV/aids focalizarem em ações para mulheres trans/travestis, a prevenção não está entre as suas principais demandas aos serviços de saúde, à exceção das que fazem acompanhamento devido à soropositividade. Xs demais usuárixs descrevem a prevenção e a testagem do HIV como procedimentos subordinados a consultas de saúde para a transição de gênero ou intercorrências gerais. Gomes (2019) relata a oferta para testagem para o HIV na fala de uma usuárix como uma queixa, por não estar relacionada ao problema principal que a levou à Clínica da Família, como uma dor de cabeça. Rocon e colaboradores (2016, p.2520) ressalta a necessidade de "não se moralizar a leitura que é feita sobre o envolvimento de pessoas trans nas redes de contaminação por HIV e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), desenhando-as como grupo de risco responsável por esse problema de saúde pública". Ele ressalta neste estudo ainda a incapacidade ou a indisposição dos serviços de saúde na comunicação com os sujeitos pela educação em saúde, e a necessidade de considerar o contexto de vulnerabilidade vivenciadas por algumas pessoas trabalhadoras do sexo (dentre elas as trans), que precisam ser considerados na construção de intervenções para educação em saúde.

Alguns estudos abordam a centralização do cuidado à saúde da população trans no médico ou nas unidades do processo transexualizador: usuárixs relatam dificuldade que elas enfrentam em encontrar profissionais preparados para atender suas demandas específicas fora do serviço especializado, e este seria o motivo da centralização do cuidado ocorrer no ambiente hospitalar (OLIVEIRA; ROMANINI, 2020). No entanto, isto gera algumas restrições de acesso

e prejudica a autonomia da população trans e travesti, especialmente porque o cuidado prestado nestes serviços é centralizado em tecnologias duras (como a cirurgia transgenitalizadora), havendo um direcionamento das intervenções realizadas pelos profissionais de saúde para averiguar se essas pessoas são "verdadeiras transexuais", como condições implícitas de acesso à cirurgia, o que enfraquece o vínculo entre profissional e paciente (OLIVEIRA; ROMANINI, 2020).

Rodriguez (2014) aponta para o modelo de cuidado ainda ser centrado no médico mesmo em unidades básicas de saúde, o que pode provocar o deslocamento de usuárixs trans para unidades de emergência quando estas não são acolhidas na saúde da família quando o profissional chega no seu limite de consulta e para de atender xs usuárixs. Gomes (2019) analisa a experiência de transexuais e travestis com enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e verifica com a fala dos entrevistados que o enfermeiro desenvolve um papel inexpressivo no que tange às necessidades dos transexuais em ESF, demonstrando pouco ou nenhum envolvimento desse profissional no atendimento integral, além de relações de desrespeito quanto à condição transexual, essas sustentadas em valores morais próprios. Amorim (2018) identificou que as travestis raramente utilizam a Atenção Primária como porta de entrada ao sistema de saúde, devido às experiências como recusa ao atendimento, o acolhimento inadequado e a falta de atendimento às suas necessidades, recorrendo à automedicação e à busca por cuidados alternativos para solucionar seus problemas de saúde. Apesar da criação de ambulatórios especializados ser colocada como uma proposta para minimizar desigualdades na atenção às demandas específicas das travestis, cenas vexatórias são descritas na experiência de assistência por especialistas, como nos casos de mulheres trans na sala de espera para consulta com urologista/proctologista (FERREIRA *et al.*, 2017) ou de homens trans para realização do exame de Papanicolau com ginecologistas (RODRIGUEZ, 2014).

Rodriguez (2014) verifica nas entrevistas que a patologização da identidade trans funciona como uma barreira de acesso à hormonioterapia pela exigência de laudo e acompanhamento psicológico. Para Oliveira e Romanini (2014, p.9): "a apropriação da transexualidade pelo discurso biomédico incide diretamente na vida das pessoas que vivenciam a transexualidade, bem como nas relações que elas desenvolvem com os profissionais de saúde". Estes autores perceberam através de entrevistas com pessoas trans que elas não reconhecem a sua existência e a forma como vivenciam o seu gênero como uma experiência patológica, além de haver uma falta de compreensão das pessoas cisgênero sobre as suas necessidades específicas. Rocon e colaboradores (2016) lembraram que a determinação do

diagnóstico no processo transexualizador parece não ser ainda consenso no âmbito dos movimentos sociais e das universidades, visto que alguns defendem a manutenção do diagnóstico como estratégia para garantir a manutenção dos serviços públicos de saúde, mas também há estudos que apontam o diagnóstico como causador de marginalização, exclusão dos serviços de saúde e até mesmo forma de fugir da problematização do binarismo dos gêneros. Além disso, a existência de uma patologia prévia não é requisito para acessar o SUS de uma maneira geral (ROCON *et al.*, 2016).

#### 2.2.4. A Estratégia de Saúde da Família como modelo assistencial

Em contraponto à definição de saúde proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) com seu enfoque no completo bem-estar físico, mental e social (STARFIELD, 2002), opto por usar a definição exposta na obra de Starfield, da região europeia da OMS, que propõe que a saúde seja definida como:

[...] a medida em que um indivíduo ou grupo é capaz, por um lado, de realizar aspirações e satisfazer necessidades e, por outro, de lidar com o meio ambiente. A saúde é, portanto, vista como um recurso para a vida diária, não o objetivo dela; abranger os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas, é um conceito positivo. (STARFIELD, 2002, p. 91).

Barbara Starfield (2002) apontou que os serviços de saúde têm duas metas principais: otimizar a saúde da população por meio do estado mais avançado do conhecimento (causas de enfermidades, manejo terapêutico das mesmas e o que chama de maximização da saúde) e minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais (STARFIELD, 2002, p. 19). Em sua obra, a autora pontuou que o acúmulo de conhecimento científico favoreceu o crescimento das subespecialidades médicas, que exige mais recursos devido ao uso de tecnologias caras, sem, no entanto, maximizar a saúde, o que ocorre devido ao enfoque da atenção especializada no tratamento de enfermidades, sem considerar o contexto em que aquela doença ocorre e no qual o paciente vive (STARFIELD, 2002, p. 20). Neste sentido, reforçou para a necessidade de um sistema de saúde com enfoque na Atenção Primária não apenas por representar uma redução de custo (STARFIELD, 2002, p. 34) mas sobretudo na obtenção da equidade (STARFIELD, 2002, p. 27). Para demonstrar a importância deste nível de atenção, Starfield define que:

A atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito

incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária. (STARFIELD, 2002, p. 28).

Para caracterizar a Atenção Primária de forma abrangente nos países industrializados, Barbara Starfield (2002) definiu atributos essenciais dos serviços neste nível de atenção (acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado), e atributos derivados ao considerar a família como objeto de atenção (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013), como a orientação familiar e comunitária e a competência cultural, conforme exposto na tabela a seguir:

Tabela 3 - Atributos da Atenção Primária à Saúde

Atributos Essenciais	Descrição
Acessibilidade e Primeiro Contato	É a porta de entrada preferencial ao sistema de saúde, sendo o ponto de início da atenção e o filtro para acesso aos serviços especializados (o médico de família como <i>gatekeeper</i> )
Longitudinalidade	Corresponde a relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde, independente da presença ou ausência de doença
Integralidade	Exige o reconhecimento de uma variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente (seja no espectro orgânico, psíquico ou social) e disponibilidade de recursos para abordá-las, resolvendo a grande maioria das demandas ou por meio de encaminhamento, quando necessário
Coordenação do Cuidado	Disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação, na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento. Depende da Coordenação das diversas ações e serviços para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas

Atributos Derivados	Descrição
Orientação Comunitária	Exige o conhecimento das necessidades de saúde da população adscrita em razão do contexto econômico e social em que vive, além da distribuição dos problemas de saúde e dos recursos disponíveis na comunidade. Envolve a participação da comunidade nas decisões sobre sua saúde.
Centralidade na Família	Considera o contexto e dinâmica familiar para bem avaliar como responder às necessidades de cada membro e o conhecimento dos membros e de seus problemas de saúde.
Competência Cultural	Exige o reconhecimento de diferentes necessidades dos grupos populacionais, suas características étnicas, raciais e culturais, entendendo suas representações dos processos saúde-enfermidade

Fonte: Adaptado de STARFIELD, 2012 e GIOVANELLA *et al.*, 2012

Giovanella e Mendonça (2012) determinam a importância da Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978 para a elaboração do documento, ratificado pela Organização Mundial da Saúde em 1979 e que lançou em âmbito mundial a Estratégia de Saúde para Todos no ano 2000:

Na Declaração de Alma-Ata, a APS é concebida como a atenção à saúde essencial, baseada em métodos e tecnologias apropriadas, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, cujo acesso deve ser garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua plena participação. Pressupõe assim a participação comunitária e a democratização dos conhecimentos, incluindo ‘praticantes tradicionais’ (curandeiros, parteiras) e agentes de saúde da comunidade treinados para tarefas específicas, contrapondo-se ao elitismo médico. Nessa concepção, a APS representa o primeiro nível de contato com o sistema de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível de onde as pessoas residem e trabalham. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 497).

A Declaração de Alma-Ata, contudo, foi criticada por ser um documento abrangente e pouco propositivo (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Nos anos seguintes, foram

implementadas ações com enfoque seletivo através do financiamento de ações internacionais pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e da Fundação Rockefeller, concebidas pela estratégia GOBI (Growth monitoring of young children, Oral rehydration therapy, promotion of Breast feeding, and Immunization), voltadas à saúde infantil e menos abrangentes que os ideais de equidade defendidos na Carta de Alma Ata (GIOVANELLA et al., 2019). A APS seletiva também recebeu críticas por desconsiderar os determinantes sociais no processo saúde-doença e por ser pouco efetiva em países sem um sistema de saúde universal (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Ela foi, no entanto, hegemônica na América Latina nos anos 80 e 90, e regulada pelo Banco Mundial.

O Movimento Sanitarista Brasileiro emprega o termo "Atenção Básica à Saúde" buscando uma diferenciação ideológica e um distanciamento desta Atenção Primária seletiva de cesta restrita e focalizada, e também aproximar-se da ideia de “serviços básicos de saúde”, correspondente a uma cesta de serviços médicos restritos, que antecedeu a Declaração de Alma-Ata (GIOVANELLA, 2018). O referencial de Atenção Primária proposto em Alma Ata, apesar de ter inspirado as primeiras experiências de implantação nos serviços municipais de saúde no final das décadas de 1970 e início de 80, foi substituído em meados da década de 1990 pela concepção de Atenção Básica à Saúde, com a implantação do Programa de Saúde da Família e dos incentivos financeiros, em especial o Piso da Atenção Básica, em 1998 (GIL, 2006). Neste trabalho, serão utilizados ambos os termos Atenção Básica ou Atenção Primária para referir-se aos cuidados prestados neste nível de assistência.

É importante lembrar alguns marcos históricos importantes no processo de expansão das equipes de saúde da família no Brasil. Pinto e Giovanella (2018), ressaltaram que o município passou a ter um lugar privilegiado no desenvolvimento de ações e serviços de saúde a partir da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e da Lei 8.080/90 (BRASIL, 1990). Ao longo da década de 90 foram desenvolvidos o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e posteriormente o Programa de Saúde da Família, em 1994, de maior projeção nacional. Mas foi apenas em 2006, com a criação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), através da Portaria N° 648/GM (BRASIL, 2006), que o PSF se consolidou como estruturante, passando a ser definido como "Estratégia de Saúde da Família" e reorganizando a Atenção Básica no Brasil. É a partir de 2006 então que, ao assumir a Saúde da Família como estratégia, houve uma mudança do modelo assistencial, estabelecendo a equipe multiprofissional como porta de entrada preferencial e de coordenação da atenção na rede (PINTO; GIOVANELLA, 2018). No Rio de Janeiro, a expansão das equipes de saúde da família nos moldes da estratégia gerou impacto positivo na redução de internações por

condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde (ICSAP) entre 2008 e 2015 (SANTOS et al., 2018), o que demonstra um indicador positivo da Estratégia de Saúde da Família como modelo de atenção.

Em 2009, a Atenção Primária do Rio de Janeiro começou a ser reestruturada através da Estratégia de Saúde da Família, ampliando de 3,5% (2009) para 42% (2013) a cobertura da APS neste município (SORANZ, 2014). No Rio de Janeiro ocorreu ainda a ampliação do número de vagas do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal De Saúde do Rio de Janeiro (PRMFC-Rio), com o objetivo de melhorar a qualificação do médico de família e comunidade e ampliar a oferta dessa especialidade na ESF carioca. Para tanto, a oferta de vagas neste programa de residência médica passou de 60 em 2012 para 100 em 2014 (JUSTINO; OLIVER; MELO, 2016).

Para padronizar os atendimentos e aumentar a resolutividade dos profissionais da APS, a Secretaria Municipal do Rio de Janeiro criou em 2011 a Carteira de Serviços, hoje em edição revisada e ampliada (RIO DE JANEIRO, 2016), onde inclui a abordagem de questões relativas à identidade de gênero no capítulo de Promoção à Saúde, como parte da ação de "Fortalecimento do protagonismo dos grupos sociais e das pessoas" (RIO DE JANEIRO, 2016, p. 114), além de citar a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que aborda no Art. 4º o direito a um tratamento humanizado e acolhedor e o respeito ao uso do nome social (RIO DE JANEIRO, 2016, p. 167).

Em 2015, como parte também da qualificação do perfil de egressos dos programas de residência em medicina de família e comunidade a nível nacional, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade formulou o Currículo Baseado em Competências (JUSTINO; OLIVER; MELO, 2016; SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2015). Este documento inclui no capítulo de Atenção à Sexualidade o manejo de demandas relacionadas à sexualidade humana, identidade sexual, homoafetividade, transexualidade e situações de preconceito sexual como competência essencial, e o manejo do uso de hormônios por transexuais como competência avançada para o médico de família.

Aprofundando nos recursos teóricos para abordagem da população trans pelo médico de família, na segunda edição do Tratado de Medicina de Família e Comunidade, é incluído o capítulo de "Queixas relacionadas à sexualidade e transformações corporais na transexualidade", em que aborda a questão da despatologização da identidade trans, o exemplo de outros países onde o cuidado tem sido realizado pela Atenção Primária, o manejo do uso de hormônios como uma das medidas para fins de modificações corporais, o monitoramento

laboratorial durante a hormonização, bem como outros exames utilizados para rastreamento (LOPES JUNIOR; AMORIM; FERRON, 2019, p. 835). Em 2020, a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, através da Coordenação da Atenção Primária à Saúde, lançou o "Protocolo para o atendimento de pessoas transexuais e travestis no município de São Paulo" (SÃO PAULO, 2020), onde apoia a Atenção Básica no acolhimento e cuidado específico a esta população, tendo em vista a posição estratégica da Atenção Primária em oferecer no primeiro nível de atenção: acesso, atenção integral, longitudinalidade e coordenação do cuidado. Este documento não se limita apenas a esclarecer as orientações para hormonioterapia, mas também elucida questões relativas à nomenclatura de maneira inclusiva, denuncia as práticas patologizantes e heterocisnormativas e inclui o cuidado desde a recepção, passando pela assistência médica, de enfermagem e farmacêutica da Atenção Primária, até a regulação para os demais níveis de atenção.

Apesar do avanço considerável da cobertura da Estratégia de Saúde da Família no Rio de Janeiro e do crescimento da produção de documentos que guiam os profissionais da Atenção Primária no cuidado à saúde da população trans, observou-se nos últimos anos uma conjuntura de crise política e econômica no Brasil, com a reorganização das forças políticas conservadoras no país e a assunção de uma agenda neoliberal, antidemocrática e autoritária, com impacto direto ao Sistema Único de Saúde, bem como aos direitos da população LGBTQIA+.

Um dos marcos políticos presenciados em 2016 foi o impedimento da presidente Dilma Rousseff e a condução do seu vice, Michel Temer, à presidência. Neste mesmo período, destacam-se alterações legislativas como a Emenda Constitucional nº 95/2016, congelando os gastos com saúde e educação por 20 anos, acompanhado de um discurso do ministro da Saúde de defesa à criação de planos privados populares (MELO *et al.*, 2018).

Neste cenário, a nova Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) foi pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do SUS, com o seu texto preliminar encaminhado para consulta pública por dez dias. Apesar do curto prazo, houve expressiva contribuição popular, sem que tenham gerado mudanças expressivas no texto original (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018). Diversos atores se posicionaram contra a revisão da PNAB, tais como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), bem como gestores municipais, estaduais e federal, além do Conselho Nacional de Saúde (CNS) ter emitido recomendação contrária à revisão neste tempo (MELO *et al.*, 2018). As modificações introduzidas na nova PNAB promovem a relativização da cobertura universal, a definição de padrões distintos de serviços, a recomposição das equipes e a reorganização do processo de trabalho na AB (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018), bem como a priorização

da chamada AB tradicional em detrimento da ESF, com maior autonomia e flexibilidade para a gestão municipal, o que pode representar o desmonte da ESF (MELO *et al.*, 2018).

Nesta conjuntura política pós-golpe parlamentar que destituiu a presidente eleita Dilma Rousseff do poder, observamos uma série de medidas conservadoras com impacto direto aos direitos das minorias, incluindo a população LGBTQIA+. Em 2016, durante o governo de Michel Temer, ocorreu a extinção do Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos. Em outubro de 2018, Jair Bolsonaro foi eleito presidente da república, o primeiro presidente de ultradireita desde a redemocratização após a ditadura militar. Em 2019, já em seu governo, Bolsonaro assinou a Medida Provisória nº 870, que retirou a população LGBT das diretrizes de direitos humanos, e em abril de 2019, decretou o fim dos conselhos sociais que integravam a Política Nacional de Participação Social (PNPS) e o Sistema Nacional de Participação Social (SNPS), entre eles o Conselho Nacional de Combate à Discriminação de LGBT (PAZ; AMAZONAS; MEDRADO, 2020).

Ao longo do governo do presidente Jair Bolsonaro, ocorreu a pandemia da COVID-19, durante a qual presenciamos uma postura de negacionismo do presidente da república frente às mortes causadas pelo vírus Sars-Cov-2. Caponi (2020) sinaliza para três grandes questões que antecedem à emergência da pandemia para compreender como esta crise sanitária ocorreu no Brasil: 1- questões epistemológicas vinculadas ao negacionismo científico, adotado pelo governo de Bolsonaro desde a campanha eleitoral com seu desprezo pelas universidades, pela pesquisa científica, pelos direitos das populações vulneráveis, pelas comunidades indígenas e da população LGBT, e que na pandemia se traduziu na aceitação de intervenções sem validação científica; 2- questões ético-políticas vinculadas aos direitos humanos, onde destaca-se a apresentação de uma denúncia ao presidente Bolsonaro perante a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) da Organização dos Estados Americanos (OEA), por violações aos direitos humanos na pandemia de Covid-19.; 3- estratégias biopolíticas vinculadas à razão neoliberal no Brasil e no mundo, ressaltando que, com a aparição da pandemia, diversos países se viram obrigados a mudar as estratégias neoliberais e a repensar na necessidade de restabelecer uma saúde pública de qualidade (CAPONI, 2020).

Duarte e César (2020) lembram que o negacionismo não é um fenômeno recente, mas que ele foi usado por Bolsonaro como uma estratégia política de caráter autônomo e eficaz. Os autores traçam um paralelo do cenário de agravamento da crise da democracia brasileira durante a pandemia com o pensamento butleriano de direito ao luto como forma de luta política: para Butler, o luto não é apenas privado, mas reflete uma comunidade política (DUARTE; CÉSAR, 2020). No contexto brasileiro, isso poderia representar – diante da negação de tantas mortes por

covid e da condição de precariedade já imposta a tantas parcelas da população, uma desmobilização política eficaz que nos impossibilita de reunirmos e lutarmos por melhores condições de vida. De certa forma, este trabalho também se propõe a dar voz e sensibilidade à população trans e travesti, já bastante violentada diariamente pela nossa sociedade e invisibilizada também pelo nosso governo.

### 3 CAMINHOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo com metodologia qualitativa, do tipo exploratório, que analisou as experiências de cuidado de usuárixs trans na Atenção Primária, no Sistema Único Saúde (SUS), a partir da experiência dxs próprixs usuárixs através das suas narrativas.

A metodologia qualitativa foi escolhida uma vez que permite desvelar processos sociais pouco conhecidos referentes a grupos particulares:

O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. (MINAYO, 2014, p. 57).

#### 3.1. DESENHO DO ESTUDO: SOBRE A PESQUISA QUALITATIVA E A HISTÓRIA DE VIDA

Para Bourdieu, Chamboredon e Passeron (2005) os arcabouços teórico e metodológico fundamentam a pesquisa, sendo o ponto de partida de qualquer análise, pois eles permitem nos desprendermos do senso comum e dos conhecimentos já existentes em busca de novas maneiras de compreender o objeto, entendido como um recorte de uma totalidade.

A pesquisa qualitativa se difere das pesquisas quantitativas, na medida em que os resultados quantificáveis não são o foco da pesquisa. Ao contrário, a pesquisa qualitativa se configura com base naquilo que é interpretativo e tem como propósito compreender fenômenos sociais a partir do emaranhado de relações que se configuram no campo social. Desta forma, a narrativa dos entrevistados ganha relevância como fontes de compreensão das relações intersubjetivas para compreensão dos acontecimentos sociais em detrimento de critérios de regularidade estatística ou quaisquer regras fixas (GAMBOA, 2003; 2007).

Uma vez que o objetivo desse trabalho foi analisar as experiências da população trans e travesti na Atenção Primária no município do Rio de Janeiro nos serviços públicos de saúde, a pesquisa qualitativa tornou-se a abordagem metodológica mais adequada na medida em que possibilitou uma aproximação com o vivido de cada pessoa trans e permitiu uma análise minuciosa das experiências dessas pessoas nos serviços de saúde.

É importante apontar que a pesquisa qualitativa parte do pressuposto de que o objeto de pesquisa não é estático ou permanente; ao contrário, o assume como uma realidade em construção, oferecendo a possibilidade de redefinição do objeto ao longo do processo. Este posicionamento é oriundo da compreensão de que o campo pode nos fazer confrontar com questionamentos antes sequer pensados (BOURDIEU; CHAMBOREDON; PASSERON, 2005).

Para alcançarmos nosso objetivo de pesquisa entendemos que o método da História Oral de Vida foi a mais indicada, pois a História oral permite compreender a singularidade da história de cada interlocutor e nos aproximar do significado histórico cultural da experiência pessoal (PORTELLI, 2016). Para Bertaux (2010), as narrativas não são apenas uma memória individual, mas reflexões de um coletivo, na medida em que ao contar episódios de sua história, o sujeito está, paralelamente, descrevendo uma sociedade e um grupo social. Assim, as narrativas de vários indivíduos sobre um mesmo episódio podem possibilitar o cruzamento de aspectos comuns às experiências, que correspondem às dimensões sociais e históricas. Além disso, o recurso metodológico da história oral, de vida, permite que vozes geralmente “ocultas” apareçam através das narrativas, as quais foram por muito tempo marginalizadas e silenciadas (THOMPSON, 2002).

Para Bertaux (2010) é importante que o pesquisador tenha em mente que aquilo que escutará nas narrativas de seus interlocutores não é a realidade objetiva, mas a realidade da situação trazida por aquele sujeito. Em outros termos, trata-se de escutar uma biografia no interior de um tempo histórico e, por essa razão, o estudo da memória se torna importante para a análise das narrativas. Pollack (1989, 1992) nos ajuda nesta empreitada, pois além de entender a memória de um indivíduo como um fenômeno coletivo e social, aponta a clivagem entre a memória dominante e as memórias subterrâneas ou marginalizadas que, no limite, podem representar uma forma de resistência à história “*oficial*”.

O ensino da comunicação clínica ao longo da preceptoria da residência em medicina de família já demonstrava através da literatura que o uso de perguntas abertas tem mais evidência de adquirir informações relevantes do que através de perguntas fechadas (SILVERMAN, JONATHAN; KURTZ, SUZANNE; DRAPER, 2013). Levando em consideração o vetor descendente das classificações médicas e o ascendente (das experiências vividas pelas pessoas transexuais) como citado por Borba (2014) e descrito no capítulo anterior a respeito da despatologização da transexualidade, a narrativa de vida foi o método escolhido por entender que teria mais afinidade com a vivência da pessoa trans e para tentar um afastamento da normatividade observada nas instituições de saúde, tendo como foco a narrativa da pessoa:

O sujeito é recolocado em cena, sendo valorizada a sua concepção de mundo e sua dimensão subjetiva. A inovação no processo comunicativo se inicia nas formas de investigação e nos resultados que são alcançados quando a pesquisa segue por esses caminhos, que contemplam o sujeito da ação e, com isso, sua subjetividade, articulando imaginários sociais, construindo identificações e revelando, por meio de sua narrativa de histórias de vida, formas de comunicação da cultura. (PERAZZO, 2015 p. 124).

Na narrativa oral, se o narrador se sentir obrigado a relatar o que o entrevistador quer ouvir, frequentemente recorre ao esquecimento. Porém quando tem a iniciativa de contar uma história, mesmo que não se recorde de todos os detalhes, ele "utiliza-se da capacidade humana de imaginar ou inventar coisas, combinando inteligência e habilidade com seus conhecimentos e meios dos quais dispõe" (PERAZZO, 2015, p. 126). Dando importância a este dado, é importante ressaltar que houve uma etapa de preparação anterior a entrevista, que ocorreu no momento do convite à pesquisa e que incluiu também uma aproximação com o narrador e sua trajetória (SILVA; BARROS, 2010). Essa aproximação foi realizada através de contato telefônico, quando foram expostos o motivo da pesquisa e o modo que seria realizada a entrevista, esclarecidos através da leitura e entrega, por e-mail, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, ANEXO A). A anuência do TCLE foi realizada através de e-mail, assinatura digital ou expressa verbalmente na própria gravação.

As entrevistas foram realizadas através de videoconferência em ambiente virtual pela plataforma Zoom<sup>®</sup>, com horário combinado entre o entrevistado e a pesquisadora, tendo em sua maioria duração média de uma hora. Os custos pelo uso da plataforma foram arcados pela própria pesquisadora.

No dia da entrevista propriamente dita, foi retomado o motivo da pesquisa, iniciada com a pergunta: "Você poderia nos contar sobre como foi a sua experiência na saúde da família?". Além da pergunta disparadora inicial, a entrevista utilizou-se um Guia de apoio (Anexo B) que teve como objetivo ajudar a entrevistadora a não fugir da temática proposta e/ou ajudá-la no desenvolvimento da entrevista caso o entrevistado tivesse dificuldade de falar livremente.

Algumas ferramentas da entrevista narrativa foram utilizadas, conforme o esquema a seguir, exceto pela formulação de questões exmanentes, pelo motivo exposto anteriormente.

Tabela 4 - Fases principais da entrevista narrativa

<b>Fases da Entrevista Narrativa</b>	<b>Regras para a entrevista</b>
Preparação	Exploração do campo.  Formulação de questões exmanentes.
Iniciação	Formulação do tópico inicial para narração.  Emprego de auxílios visuais (opcional).

Narração central	Não interromper.  Somente encorajamento não verbal ou paralingüístico para continuar a Narração  Esperar para sinais de finalização (“coda”).
Fase de perguntas	Somente “Que aconteceu então?”.  Não dar opiniões ou fazer perguntas sobre atitudes.  Não discutir sobre contradições.  Não fazer perguntas do tipo “por quê?”  Ir de perguntas exmanentes para imanentes.
Fala conclusiva	Parar de gravar.  São permitidas perguntas do tipo “por quê?”.  Fazer anotações imediatamente depois da entrevista.

---

Fonte: MUYLAERT *et al.*, 2014.

### 3.2 SUJEITOS E CAMPO DE PESQUISA

O público-alvo da pesquisa foram pessoas trans (mulheres trans, homens trans, travestis e não binários) acima de 18 anos que já tenham tido contato em algum momento da vida com uma unidade de saúde da família do Sistema Único de Saúde. Aqueles que nunca tenham buscado atendimento na Atenção Primária foram excluídos da pesquisa. Foram consideradas pessoas trans aquelas que se autodeterminaram fora dos padrões tradicionais de identidade de gênero estabelecidos ao nascimento e não foi sugerida qualquer classificação. Além da entrevista, foram coletados dados sobre o pertencimento social dxs entrevistadxs (idade, escolaridade, formação, vínculo de trabalho, local de moradia, sexo/gênero, religião).

A busca por participantes ocorreu através da divulgação da pesquisa a partir de ONG's/ Movimentos Sociais (Centro Provisório de Acolhimento IV, Grupo Conexão G de Cidadania LGBT de Favelas, Liga dos Homens Trans, Mães Pela Diversidade), grupos de redes sociais de apoio à população trans (WhatsApp) e pela estratégia Bola de Neve. A amostra foi definida

pelo critério de saturação, encerrando-se a coleta quando novos participantes já não mais apresentaram elementos novos em suas falas.

No que diz respeito a interação entre pesquisador e atores sociais, é importante considerar o contexto de assimetria social na pesquisa empírica, considerando que os pesquisadores têm acesso a determinados bens reais e simbólicos dos quais grande parte da população está excluída, fazendo-se necessário colocar com mais clareza o sentido das investigações e voltando-as para a solução de problemas da população (MINAYO, 2014 p. 212). Neste sentido, é necessário considerar que a formação médica da pesquisadora e o ambiente ambulatorial ou hospitalar podem representar uma assimetria em termos de acesso a cuidados em saúde, caso x entrevistadx pressuponha que a informação dada possa significar um acesso ou barreira a esse cuidado. Tendo em vista que a pesquisa pretende conhecer a experiência mais próxima do real tanto nos seus aspectos positivos quanto negativos, optou-se por buscar participantes e entrevistá-los fora de qualquer unidade do sistema de saúde.

Também não foram entrevistados pacientes diretos da pesquisadora, objetivando minimizar possíveis desconfortos e vieses de informação, tendo em vista que as entrevistas foram realizadas exclusivamente por ela. Ademais, no contexto da pandemia da COVID-19, fez-se necessária a entrevista em ambiente virtual, respeitando-se o distanciamento social para diminuir os riscos de transmissão do novo coronavírus (Sars-Cov-2).

Deslandes e Coutinho (2020) trazem algumas considerações sobre a pesquisa social em ambientes digitais, dentre as quais dizem respeito à linguagem e à própria pesquisa de campo. Em relação à primeira, “as mudanças de expressões corporais e faciais, os subtons vocais, as “piscadelas” do querer significar algo diferente do que se disse nem sempre serão notados” (DESLANDES; COUTINHO, 2020, p.7), assim como determinadas ações como postagens e comentários online não serão compreendidas sem acessar os contextos interacionais que dão inteligibilidade às reações geradas (DESLANDES; COUTINHO, 2020).

O trabalho de campo também ganha uma nova configuração: no lugar no pesquisador imerso em campo, “emprestando o seu corpo e subjetividade” para compreensão do mundo do vivido, na pesquisa digital faz-se necessária uma nova concepção de comunidade/grupo, uma vez que os agrupamentos que emergem das redes sociais não têm uma base territorial, mas laços definidos por um “ciber-lugar” simbolicamente definido em torno de um tema de interesse (DESLANDES; COUTINHO, 2020).

Apesar destas diferenças, as distintas abordagens qualitativas não se propõem à compilação de dados *per se*, seja observacional ou não, mas à produção de um trabalho intelectual, coproduzido nas singulares interações entre sujeitos envolvidos na pesquisa

trabalho de campo, que possibilite uma “descrição densa” das redes de significado que traduzem uma cultura ou uma prática social (DESLANDES; COUTINHO, 2020). Mesmo que a pandemia da COVID-19 tenha adaptado os estudos para as ambiências da pesquisa digital, as interações humanas estão cada vez mais mediadas pela internet, e este modelo amplia um campo de possibilidades onde será fácil recolher muitos dados e explorar as formas que essa socialidade assume em nossos cotidianos, como modula nossas (inter)subjetividades, e como permite a produção de narrativas e performances identitárias (DESLANDES; COUTINHO, 2020). Sobre como se deu a busca e a interação com xs participantes desta pesquisa em ambiência digital será detalhado em tópico específico neste capítulo.

### 3.3 ANÁLISE DO MATERIAL

Após cada entrevista, foram realizadas anotações pela pesquisadora em um diário de campo. O conteúdo do áudio foi gravado e armazenado em um dispositivo de armazenamento externo da pesquisadora, tendo acesso às entrevistas na íntegra apenas a pesquisadora e suas orientadoras. Após a transcrição, o conteúdo das entrevistas foi analisado pela pesquisadora e divididos em três colunas: 1- transcrição na íntegra; 2- texto reduzido (condensação de sentido e generalização); 3- palavras-chave. A partir daí foram desenvolvidas categorias para cada entrevista, e posteriormente para todas as realizadas na pesquisa, em um sistema ordenado que leve em consideração aspectos relevantes tanto para a pesquisadora quanto para os entrevistados (MUYLAERT et al., 2014). Para a interpretação das experiências verbalizadas, foram usados os procedimentos de análise proposto por Schütze (RAVAGNOLI, 2018): Os resultados foram divididos em três categorias principais que serão abordadas na discussão: demandas, cuidados específicos, e acolhimento e violência.

### 3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos respeitam os princípios da Resolução de N° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), que dispõe das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, além da Resolução de N° 510/2016 (BRASIL, 2016), também do Conselho Nacional de Saúde, que trata sobre as normas aplicáveis às pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Este trabalho respeita os princípios de ética em pesquisa como a dignidade e autonomia dx participante, tendo sido assegurada a sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, bem como propõe manter o sentido de sua destinação socio-humanitária (BRASIL, 2012). A participação nesta pesquisa foi voluntária, e a todxs xs participantes foi entregue por via digital (e-mail ou rede social) o Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido (**ANEXO A**), onde foram expostos os objetivos deste estudo, seus possíveis riscos e benefícios, seus aspectos éticos, além do formato em que seria realizada a entrevista.

Devido a pandemia de COVID-19 e com o intuito de minimizar os riscos relativos à transmissão do vírus Sars-Cov-2, as entrevistas ocorreram em ambiente virtual, através de videoconferência pela plataforma Zoom<sup>®</sup>. Existem particularidades relacionadas ao uso de plataformas digitais (já expostas neste mesmo capítulo), e possíveis desvantagens como a diminuição do tempo de contato com x participante que possibilite uma aproximação com sua história de vida, além de riscos relacionados ao uso de plataformas virtuais, como restrição de acesso à internet que dificulte a comunicação durante a entrevista, além de violação de privacidade pelo uso da internet. Garantia ao sigilo de dados dxs participantes, bem como estratégias para minimizar os possíveis riscos que envolvem este estudo, alguns inerentes aos estudos que envolvem a aplicação de questionários e/ou entrevistas (COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS, 2016), também foram expostos aos participantes através do TCLE (**ANEXO A**).

### 3.5. PRIMEIRAS REFLEXÕES ACERCA DA BUSCA POR PARTICIPANTES

A busca por participantes se iniciou através da divulgação por meio de grupos de redes sociais (grupos de saúde voltados para a população trans e travesti, grupos de trabalho de sexualidade e gênero, grupo de preceptores de um programa de residência em saúde da família, todos estes vinculados a profissionais da Atenção Primária do Rio de Janeiro) e diretamente com pessoas vinculadas a ONG's de apoio à população trans e travesti (Centro Provisório de Acolhimento IV, Grupo Conexão G de Cidadania LGBT de Favelas, Liga dos Homens Trans, Mães Pela Diversidade). Sobre a comunicação direta com lideranças de ONG's voltadas para a população trans e travesti, algumas ficaram sem resposta e outras com sucesso na divulgação e esclarecimento do projeto, porém sem haver retorno de participantes voluntárixs para a pesquisa.

Xs participantes desta pesquisa souberam do estudo através de algum grupo de saúde voltado à população trans e travesti, ou de pessoas vinculadas a estas redes (amigxs ou profissionais da saúde). A primeira reflexão sobre esta busca ativa por participantes se dá em relação à integração destes com alguma rede de apoio e à criação de vínculos (seja ela voltada para a saúde, seja voltada para um grupo social específico, neste caso grupos voltados para mulheres trans e travestis de mídias sociais). Ao longo das entrevistas, foi verificado que essas e outras redes de apoio muitas vezes ajudaram xs entrevistadxs em situações que envolviam cuidados em saúde (como o processo de hormonização) e judiciais (como a retificação do

nome), além de representarem coletivos (como coletivos trans e travestis em ambiente universitário, ou com recorte racial). No entanto, sabemos que há diversas pessoas trans e travestis que não estão ligadas a essas redes e não captá-las é um limite da pesquisa. Há ainda o fato de que algumas pessoas podem não ter se sentido identificadas por essas classificações divulgadas no projeto (“trans” ou “travesti”) mas que se identificam com um gênero diferente daquele que lhe foi atribuído ao nascer. Também não captamos essas pessoas.

Nas entrevistas propriamente ditas, xs participantes mencionaram que os termos usados atualmente são relativamente recentes em sua experiência de vida, tendo citado outros termos para se identificarem na fase da infância ou adolescência (e que não necessariamente satisfaziam a sua própria necessidade de explicar ou entender a sua identidade). Algumas também alegaram a falta de representação das travestis nos espaços sociabilidade, de estudo e de trabalho ao longo de suas trajetórias de vida, estando muitas vezes associadas de forma estigmatizada à prostituição, à pobreza ou às pessoas vivendo com o HIV (PVHIV). A familiarização com o termo trans ou travesti foi variada entre xs entrevistadxs: alguns conheceram esses termos nas instituições de saúde, outros através da internet ou de amigxs/colegas de trabalho, mas pareceu ser crucial para a reconstrução de suas próprias identidades e talvez até para uma libertação em relação a padrões e estigmas postos pela família e pela sociedade.

Outra limitação da pesquisa foi a busca de participantes realizada por meio eletrônico, escolhido em decorrência da pandemia, que excluiu participantes de menor poder aquisitivo para equipamentos eletrônicos e que não têm acesso às mídias sociais. Vale lembrar que a participação para a pesquisa depende de um recurso eletrônico (celular, computador ou tablet) e de acesso à internet, o que não é a realidade de toda a população, tampouco da população trans e travesti. Apesar da tentativa de buscar pessoas em maior situação de vulnerabilidade (como abrigos para pessoas trans e travestis), não houve nenhum retorno de voluntárixs deste local. Houve uma desistência durante a pesquisa devido às limitações técnicas para o uso da plataforma sugerida.

Apesar das possíveis falhas em se alcançar pessoas em extrema vulnerabilidade ou mesmo em reconhecer as diversas particularidades e variabilidades nas vivências de pessoas trans e travestis com a Atenção Primária, a ideia de integração com um coletivo apareceu na fala dxs entrevistadxs, que nos seus relatos não se limitavam a contar as suas experiências pessoais, mas também pontuavam que a própria vivência talvez não representasse o que acontece habitualmente com muitas pessoas trans e travestis.

No entanto, falar no lugar de outras pessoas trans e travestis passou a ideia de um lugar de identidade grupal em relação àquelas que não poderiam ou não conseguiriam ter voz naquele espaço, seja qual for o motivo delas não terem chegado àquele lugar de entrevistadx, mas que poderia ser, inclusive, por não reconhecerem seu próprio lugar de sofrimento ou vulnerabilidade. Algumas relataram experiências de amigas ou explicitaram as vivências trans de maneira geral, realizando recortes de gênero, raça e escolaridade para dizer que sua própria experiência poderia representar uma situação privilegiada em relação às pessoas que não estariam ali presentes na pesquisa. É possível então que a pesquisa tenha falhado em alcançar pessoas em situação de maior vulnerabilidade, seja pelo meio escolhido para a busca, seja pelas classificações utilizadas no convite, seja pela falha de alcançar pessoas com baixo vínculo ou rede de apoio, mas acreditamos que as falas relatadas ainda assim representam em alguma medida o coletivo de pessoas trans ou travestis.

Como pesquisadora, fui aconselhada por um amigo trans a exercer um olhar cuidadoso nesta busca por participantes, tendo em vista que muitxs poderiam se sentir usadxs como objeto de pesquisa por não haver um retorno direto em termos de cuidados em saúde. Tendo em vista que os benefícios deste estudo não se traduzem nestes cuidados de maneira direta, uma das minhas preocupações se deu já no começo do trabalho de campo, sobre como seria o olhar dxs possíveis participantes sobre a pesquisa. As respostas surgiram durante a aproximação com xs voluntárixs, uma vez que muitxs justificaram seu interesse pelo estudo como forma de retribuir ou denunciar determinado cuidado recebido nas unidades de saúde, demonstrando que tais experiências foram bastante heterogêneas, mas que também o espaço da pesquisa foi usado para dar voz ao público trans e travesti.

Caminhando neste propósito de dar visibilidade às suas histórias, em muitos momentos xs participantes trouxeram não somente a problemática dos estigmas relacionados a questão de gênero, como também situações de violência resultantes de preconceito racial, de classe social, da prostituição e do HIV, e por isso um tópico específico foi criado para abordá-los, além das suas experiências em unidades da Atenção Primária, como objetivo inicial do trabalho.

É válido aqui pontuar que, como profissional da saúde, cis, parda (descendentes de brancos e ameríndios) e de classe média, coloco-me em um lugar de privilégio social discrepante às pessoas neste estudo entrevistadas, e considero importante pontuar que este lugar pode inclusive reproduzir alguns preconceitos ou dificultar a análise das vulnerabilidades às quais a população trans e travesti está exposta cotidianamente, em sua grande maioria não vivenciadas pela própria pesquisadora. Por outro lado, como mulher, feminista, antirracista, anticapitalista, pesquisadora e defensora do Sistema Único de Saúde e dos direitos da população

LGBTQIA+, compreendo que esta pesquisa é fruto também de uma luta para dar visibilidade à população trans e travesti e ao SUS, assim como representa um questionamento às normas sociais que perpetuam opressões em diversos contextos, inclusive nos sistemas de saúde. É válido pontuar que o processo de transcrição das falas aqui compartilhadas resultou em trechos mais longos por uma própria dificuldade da autora em “cortá-las”, justamente por entender que elas – muitas vezes silenciadas socialmente – nos ensinam.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1. APRESENTAÇÃO

Foram contactadas oito pessoas e entrevistadas seis participantes. Um dxs participantes, homem trans, que se voluntariou para a pesquisa, apresentou dificuldades para utilização da plataforma de videochamada escolhida, não tendo sido possível gravar a entrevista pois não era possível escutar o áudio pelo celular. Ocorreram ao todo duas desistências, a primeira por razões técnicas, outra sem justificativa relatada. Das seis pessoas entrevistadas, duas se identificaram como travesti, duas como mulher trans/ travesti, uma como mulher trans e um como gênero-fluido. Duas participantes se identificaram como pretas, duas como parda, uma como branca e uma como cabocla. Três participantes possuem o ensino médio completo e três o ensino superior incompleto. A faixa etária variou entre 21 e 38 anos. Quatro são naturais da cidade do Rio de Janeiro, uma de Nova Iguaçu/ RJ e uma de Itacoatiara/ AM. Das seis entrevistadas, três moram em comunidades no Rio de Janeiro. As experiências relatadas envolvem principalmente clínicas localizadas nas áreas programáticas 1.0 (duas Clínicas de Família), 2.1 (dois Centros Municipais de Saúde), 3.1 (um Centro Municipal de Saúde) e 5.1 (uma Clínica de Família), o que concentra as experiências em sua maior parte no eixo zona sul/ centro da cidade do Rio de Janeiro. Destas unidades da Atenção Primária, três contam com o programa de residência médica em saúde da família, duas nunca tiveram e uma teve o programa descontinuado em 2020. A todos os participantes foi solicitado que escolhessem um pseudônimo que pudesse indentificá-los na pesquisa. Um breve resumo do perfil dxs participantes está exposto a seguir.

#### **Larissa**

A primeira pessoa a se voluntariar foi Larissa, de 34 anos que escolheu este pseudônimo por representar o primeiro nome escolhido por ela que representava o gênero feminino. Isso ocorreu ainda em sua terra natal, no interior do Amazonas. É estudante de enfermagem e se autodefine como cabocla e travesti, colocando este como um lugar político de combate aos estigmas associados de forma pejorativa a essa população.

Larissa me contou, a partir da primeira pergunta sobre pseudônimo, toda a sua trajetória de vida, desde a sua cidade de Itacoatiara/AM, passando pela capital, Manaus, até chegar ao Rio de Janeiro. Mesmo vindo do interior, sua pequena cidade pareceu ter sido um local de liberdade de expressão, onde ela podia ser feminina, com unhas grandes e usar as roupas que quisesse. Quando me contou que precisou sair em busca de melhores condições de trabalho e de uma formação acadêmica, a ida para a capital significou também uma mudança de sua

aparência, que voltou a ser masculina, em grande parte pelo receio da discriminação pela população local. Ao mesmo tempo, em Manaus ela integrou diversos grupos que representavam a comunidade LGBT, período em que ela diz que estava mais engajada que atualmente. Larissa sofreu uma tentativa de homicídio próximo à sua residência em Manaus, motivado por homofobia. Desde então refere ter passado por crises de ansiedade e pânico.

Ela refere que o episódio de violência foi crucial para a sua vinda ao Rio de Janeiro. Larissa acredita que o fato ocorrido e sua vinda ao Rio a afastou do engajamento político, no entanto ela demonstra manter vínculos com grupos voltados para a população trans e travesti, e no momento também está participando de um projeto de extensão universitária voltado para mulheres em situação carcerária.

Larissa é estudante universitária e foi informada pelo coletivo trans da universidade sobre a ocorrência de reuniões de um grupo voltado para a saúde da população trans e travesti na Clínica da Família onde trabalho, tendo participado de uma reunião em 2019. Soube da pesquisa através de um grupo de WhatsApp voltado para a saúde da população trans e travesti, tendo entrado em contato diretamente comigo perguntando se poderia colaborar.

No momento Larissa é bolsista universitária do curso de enfermagem, residindo no alojamento universitário. Por conta de um incêndio neste mesmo alojamento, precisou se mudar e dividir o aluguel com amigas temporariamente em um bairro da zona norte do Rio de Janeiro, período em que teve a experiência com a Atenção Primária em um Centro Municipal de Saúde (CMS) da AP 3.1. Larissa também faz acompanhamento em uma unidade federal terciária, especializada, a Fiocruz, como participante de um projeto de pesquisa voltado para a população trans e travesti, do qual soube através de um cartaz no alojamento universitário. Apesar de ter procurado a Atenção Primária para consultas pontuais, precisou também de atendimento na AP para resolver os encaminhamentos trazidos pela atenção secundária, no qual encontrou algumas limitações.

A experiência de Larissa com o CMS foi marcada por algumas dificuldades e uma das quais, que ela trouxe com bastante expressividade, é em relação ao desrespeito ao uso do nome social, o que trouxe situações de constrangimento nesta unidade. Sua trajetória de vida demonstrou que o vínculo com o território influenciou de diferentes maneiras o seu processo de transição.

Larissa me apresentou a mais duas participantes da pesquisa, a Jade e a Nick.

## **Jade**

Jade relata ter escolhido este pseudônimo pela personagem de uma novela, que, diz, é uma pessoa intensa como ela. Ela tem 33 anos, é nascida e criada em Nova Iguaçu, região da baixada fluminense e teve uma experiência pontual em um Centro Municipal de Saúde localizado em um bairro da Zona Sul do Rio (AP 2.1), pois era a unidade mais próxima do seu local de trabalho. Nesta época, trabalhava como cuidadora de idoso.

Identifica-se como uma mulher trans e parda - “mas não ligo se me chamarem de travesti”, diz - tem ensino médio completo e no momento está desempregada. Conheceu a Larissa através de um grupo de mídia social voltado para pessoas trans e travestis para tirar dúvidas sobre a hormonização. Jade relatou que a consulta que teve no CMS foi pontual e urgente, devido a uma alergia que apresentou no rosto, e sentiu que foi bem atendida, desde o guichê até o atendimento no consultório, sentindo-se respeitada. Na época, morava na comunidade da Maré, mas por conta do trabalho de cuidadora passava a maior parte da semana dormindo na casa onde trabalhava. Não chegou a fazer cadastro ou receber visita do agente nos nove meses que esteve na Maré. Também faz acompanhamento em uma unidade terciária cadastrada no Processo Transexualizador, no entanto conseguiu este acompanhamento por meios próprios, e não através de encaminhamento pela Atenção Primária.

Jade relata que se identificava como menina na infância, quando via o corpo da sua mãe e imaginava que, ao crescer, também desenvolveria mamas. Durante o seu desenvolvimento na infância e adolescência, observou influências externas, especialmente pela família e pela escola, que tentavam encaixá-la em papéis específicos para meninos. Criada em um ambiente familiar com influência evangélica, relata tentativas de “conversão” pela Igreja, numa época que ainda se identificava como homossexual, embora essa classificação não seja reconhecida por ela. Parte da motivação para sair de casa e que levou à sua estadia na Maré se deu por não encontrar apoio dentro do seu lar. Embora tenha retornado para a casa dos pais em Nova Iguaçu, relata ainda dificuldades para respeitarem o uso do nome social, tanto pela família quanto pela comunidade. Atualmente faz acompanhamento em uma unidade próxima à sua residência em Nova Iguaçu e em uma unidade do Processo Transexualizador. Devido ao recorte desta pesquisa, a experiência com a unidade de outro município não foi detalhada para discussão.

## **Sexta**

Le terceira entrevistada foi Sexta, pseudônimo escolhido por ser o seu dia favorito. Sexta solicitou que usasse os pronomes neutros ile/dile ao se referir a sua pessoa, questão de também problematiza no contato com profissionais da saúde da família. Sexta tem 21 anos,

identifica-se como pessoa não-binária ou gênero-fluido e como prete. Ele é natural do Rio de Janeiro e morador de uma comunidade da Zona Norte do Rio, sendo acompanhado em uma Clínica da Família da AP 1.0. Estuda o segundo período do curso de artes cênicas e soube da entrevista através de um grupo de whatsapp voltado para pessoas trans, criado por profissionais de uma unidade de saúde da família da AP 2.2. Sexta conheceu este grupo a partir da publicação de um amigo pelo facebook, tendo participado de um único encontro, que, apesar de ter sido pontual, le ajudou a esclarecer muitas dúvidas em relação a pessoas não-binárias, tais como questões sobre retificação do nome, uso de hormônios, além de ter ouvido relatos e debatido sobre problemas relacionados ao atendimento com profissionais envolvidos no Processo Transsexualizador.

Sua experiência na Clínica da Família traz alguns incômodos relativos ao desrespeito ao uso do nome social, que atribui ao fato dos agentes comunitários le conhecerem desde a infância, o que supostamente dificultaria tratá-lo fazendo uso de um pronome neutro. No entanto, Sexta também traz justificativas de ordem religiosa para não ser tratada como gostaria. Ao mesmo tempo, se surpreendeu com o atendimento de um profissional médico, que perguntou se desejaria que le tratasse com o pronome neutro.

Sexta sempre morou na comunidade em que nasceu e hoje mora sozinho após sua mãe ter se mudado para outro município devido ao trabalho. Ele traz lembranças especialmente da relação com sua mãe, a qual acompanhava no trabalho de empregada doméstica aos finais de semana em condomínios da Barra da Tijuca. Já nesta época, Sexta percebia comportamentos discriminatórios a partir dos moradores locais contra a sua mãe, notando situações de racismo e trazendo críticas em relação às diferenças de classe. Sua experiência na escola também traz reflexões sobre uma sensação de não-pertencimento no ambiente escolar, relatando situações de exclusão por ser uma criança favelada estudando em uma escola particular, mas também questões de gênero, demonstrando que nessa época já tentava desafiar os papéis impostos para meninos e meninas nas brincadeiras da escola. Em algumas situações, percebeu que ao desafiar alguns padrões, como entrar nas brincadeiras “para meninos”, conseguia influenciar outras meninas a participar da brincadeira também. Sexta compartilha a sensação de pertencimento em relação às comunidades negra, LGBT, trans, comunidade favelada e das pessoas que foram designadas mulheres ao nascer.

## Nick

Nick também ficou sabendo do projeto de pesquisa através da Larissa, onde conheceu em um projeto de pesquisa para pessoas trans. Nick tem 31 anos, se autodefine como mulher trans, parda, natural do Rio de Janeiro e mora atualmente na mesma comunidade em que nasceu, localizada na Zona Oeste do Rio de Janeiro. Além da Clínica da Família de seu território (localizada na AP 5.1), faz acompanhamento em outras duas unidades de ambulatório especializado: no serviço de infectologia da Fiocruz e em uma unidade do processo transexualizador.

Logo no primeiro contato telefônico para esclarecer sobre a pesquisa, Nick mostrou-se interessada em compartilhar a sua experiência especialmente no que diz respeito ao seu cuidado com relação ao HIV pela Atenção Primária, tendo trazido diversas críticas aos profissionais da unidade, questão que foi central ao longo de sua entrevista. Embora tenha iniciado rapidamente o tratamento para o HIV, o que identifica como positivo, relata não se sentir segura em relação à confidencialidade do seu diagnóstico. Nick mora na comunidade desde que nasceu e refere sua insegurança em relação aos agentes comunitários - que são trabalhadores que também moram no território - quanto a ser um revelador do seu diagnóstico para outros moradores. Isso faz com que sinta desconforto na convivência de espaços comuns na própria comunidade (por exemplo, na academia onde faz musculação). Ela aponta especialmente para linguagens não verbais, como olhares e sussurros que trazem incômodo e insegurança de ter seu tratamento continuado ali. Embora relate que a clínica da família ainda hoje realize busca ativa para saber do seu acompanhamento, ela prefere mantê-lo na unidade terciária.

Nick também traz a questão da retificação do nome como um evento importante no ambiente de saúde por sentir que houve mudança no tratamento já na porta de entrada da clínica da família (antes, apenas com o nome social, havia a desculpa que o nome não podia ser alterado no sistema, e o documento retificado legitima e obriga o profissional de saúde a chamá-la pelo nome corretamente). Ela relata ainda que através da clínica da família foi encaminhada para uma unidade do processo transexualizador para acompanhamento hormonal, pois o médico de família não realizava aquele acompanhamento. Antes desta referência, Nick chegou a usar hormônios por conta própria em quantidades excessivas, chegando a fazer “vitaminas” com cartelas de anticoncepcionais para acelerar o processo de modificação corporal, o que resultou em uma internação por um quadro de hepatite. Desempregada no momento, ela relata que a atividade física regular (musculação) a ajudou a manter uma vida mais saudável e “disciplinada”, e que o apoio familiar a ajudou a manter-se longe da prostituição, embora assinala a influência da Igreja em determinado momento da sua vida (quando ainda se

reconhecia como *gay*), para atender as expectativas da família em ser um “menino normal”. Ela aponta como um marco em sua transição uma festa que foi com suas amigas e uma delas sugeriu que usasse roupas femininas. A partir de então passou a se identificar com o gênero feminino.

### **Letícia**

A quinta entrevistada foi Letícia, de 29 anos, que se autodefine como travesti transexual e branca. Natural e residente em um bairro da Zona Sul do Rio de Janeiro, possui ensino médio completo, já trabalhou como figurinista e está desempregada no momento. Letícia soube da pesquisa através do seu antigo médico de família, que na época do seu acompanhamento era residente em sua unidade de referência, um Centro Municipal de Saúde na AP 2.1, e com o qual possui vínculo até hoje. Também faz acompanhamento na Fiocruz, em um projeto de pesquisa voltado para a população trans e travesti, tendo ingressado no projeto a partir da retificação do nome pelo Programa da Justiça Itinerante.

Letícia iniciou seu acompanhamento na Atenção Primária após ter descoberto que estava infectada pelo HIV, colocando o acolhimento e o acompanhamento recebidos na AP como positivos, devido a rapidez na realização dos exames, início do tratamento, e pelo fato do médico que a atendeu ter lhe passado tranquilidade em relação à doença. Letícia relata que apesar de ter o nome retificado, os exames que realiza na Atenção Primária para acompanhamento do HIV ainda são impressos com seu nome anterior de nascimento. De forma diferente da Nick, Letícia não traz a questão do sigilo como um problema no seu acompanhamento pela saúde da família, não tendo percebido nenhuma situação de exposição em relação ao seu diagnóstico. Ela fala abertamente sobre o seu diagnóstico do HIV, tanto quanto a sua identificação como travesti, colocando como pontos importantes para se combater o estigma associado a ambos.

Tendo crescido em Itaipuaçu, região interiorana de Maricá, foi expulsa de casa pelo seu pai quando revelou para a família que era *gay*. A vinda para o Rio de Janeiro, ao mesmo tempo, foi uma busca por liberdade que acredita que não conseguiria encontrar na cidade do interior, tampouco na casa do seu pai, que é referido por ela como uma pessoa racista e transfóbica. Letícia se lembra de passar pela Lapa com o pai, que é taxista, e vê-lo falar com as travestis de forma pejorativa. Ao mesmo tempo, ela discursa sobre a ausência da figura das travestis em outros espaços durante a sua juventude, como local de estudo, trabalho ou outros locais de convívio social, com as quais pudesse ter uma troca já naquela época. Ao começar a trabalhar, ela se lembra de ter inicialmente criado vínculo afetivo com colegas não-binários, até ter

conhecido uma travesti com a qual teve uma maior identificação, além de ter sido uma figura que representou, para ela, a possibilidade de ser travesti fora do contexto de prostituição.

### **Milena**

A sexta entrevistada foi Milena, de 38 anos, que se autodefine como travesti e preta. Milena é natural do Rio de Janeiro, moradora de uma comunidade da região central do Rio de Janeiro, local onde também nasceu e cresceu. Tem o ensino superior incompleto e trabalha como profissional do sexo. Soube da pesquisa através de sua médica de família, que a acompanha em uma Clínica de Família na AP 1.0. Ela relatou que já havia participado de uma pesquisa com um residente desta mesma clínica, e considera importante que profissionais demonstrem interesse em ouvir pessoas trans e travestis. Além de sua unidade de saúde da família, ela faz acompanhamento em um projeto de pesquisa da Fiocruz voltado para a profilaxia da infecção pelo HIV (PrEP). Milena desde o primeiro contato telefônico e durante a entrevista fez questão de falar não somente de sua própria experiência com unidades de saúde, mas de compará-las com as vivências de suas amigas e de outras pessoas trans e travestis, chamando a atenção para a necessidade de um olhar diferenciado para esta população.

Apesar de atualmente viver na comunidade em que nasceu e cresceu, ela lembra que seu processo de transição foi marcado pela saída de casa e uma ruptura na relação com seus pais por estes não aceitarem a sua identificação com o gênero feminino. Ela relatou que, apesar de se identificar com o gênero feminino desde a infância, tentou ainda atender aos padrões colocados pela família, inclusive tendo iniciado a faculdade de marketing, um desejo do pai. Relata que, próximo a concluir o curso, estava mais madura e percebeu que não se encaixava mais em padrões masculinos naquele meio de trabalho e familiar. Milena refere ter saído de casa para realizar a sua transição, com a realização da cirurgia de aumento das mamas. Para isso, mudou-se para outra comunidade do Rio de Janeiro e começou a se prostituir para conseguir pagar pela cirurgia, trabalho que mantém até hoje para conseguir comprar um imóvel e sair da comunidade. Além das dificuldades relacionadas ao conservadorismo da família no seu processo de transição, ela pontua a discriminação contra trans e travestis na favela, através da violência física, da dificuldade de se estabelecer um diálogo sobre gênero com a comunidade e de se efetivar medidas legais que apoiem os direitos desta população.

A partir da análise das entrevistas, foram identificados temas mais relevantes referentes às experiências das entrevistadas.

## 4.2 DEMANDAS

Para dar início às entrevistas, foi solicitada a escolha de um pseudônimo para identificar xs entrevistadxs e realizada uma pergunta disparadora sobre a experiência que tiveram nas unidades de saúde da família. Trata-se de uma pergunta bastante ampla, tendo a resposta sido heterogênea entre xs participantes. Nem todxs xs entrevistadxs iniciaram a conversa relatando suas próprias experiências em unidades de saúde da Atenção Primária, como foi o caso de Larissa, em que a escolha do pseudônimo disparou um relato sobre a sua trajetória de vida desde a sua cidade natal, local onde foi identificada pela primeira vez com o nome feminino. Milena, por sua vez, iniciou a entrevista relatando que sua experiência não corresponde à realidade da população trans e travesti, que, pela vulnerabilidade, necessita de um olhar específico voltado aos cuidados em saúde.

*Milena: Sei que todo mundo precisa, está todo mundo numa situação vulnerável, mas aí a gente está falando de um grupo específico abandonado. Abandonado em todos os sentidos.*

O fato de Milena não resumir seu relato à sua própria experiência com a unidade de saúde e de se referir a um grupo social específico traduz a reflexão de um coletivo a partir das narrativas individuais, como exposto por Bertaux (2010), e se repetirá com frequência na fala de outrxs entrevistadxs.

A maioria dxs entrevistadxs iniciou a fala relatando os motivos da busca pela unidade de saúde e sobre como foram acolhidxs nesses espaços. Os relatos envolveram demandas de saúde agudas, diagnóstico e seguimento de doenças crônicas (como o HIV), cuidados relacionados à saúde mental e acompanhamento que envolve cuidados específicos à população transgênero (dentre eles o respeito ao uso do nome social/ retificado e questões relacionadas ao processo de modificação corporal). Neste percurso, que pode ter como fim o atendimento em consultório, a coleta de sangue, a vacinação, a aplicação de medicação, o cadastro na unidade e comunicação para resolução de demandas em saúde (muitas sem necessidade de atendimento em consultório), xs usuárixs relataram encontros com diversos profissionais tais como agente comunitário de saúde, enfermeiro, técnico de enfermagem e médico.

Desta forma, foram compartilhadas pelxs entrevistadxs diversas percepções sobre o processo de trabalho nas unidades de Atenção Primária com diferentes categorias profissionais, não sendo possível, no entanto, analisar a relação delxs com cada profissional da estratégia da saúde da família pois em muitas ocasiões xs próprixs entrevistadxs não passaram pela experiência com todos estes profissionais, e alguns não souberam relatar com qual profissional

recebeu determinado atendimento. Apesar disso, foi possível identificar alguns entraves para o acesso ao sistema de saúde a partir deste encontro, que esbarram na comunicação e no despreparo profissional ao realizar o acolhimento dxs usuárixs no sistema de saúde, especialmente no que tange ao uso do nome social/ retificado e ao uso adequado dos pronomes de tratamento. Além disso, ao tentar identificar nas entrevistas as demandas em saúde, buscou-se entender os sentidos da integralidade do cuidado oferecido pela Atenção Primária e a percepção sobre a resolutividade oferecida a partir das solicitações trazidas pelxs entrevistadxs.

Uma das principais dificuldades encontradas na pesquisa, previamente ao trabalho de campo, foi especificar na literatura as principais demandas em saúde trazidas pela população trans e travesti. Mesmo assim, a questão da integralidade do cuidado é apontada como uma necessidade a ser discutida sobre a saúde desta população (PEREIRA; CHAZAN, 2019), que muitas vezes tem acesso ao sistema de saúde a partir de programas de prevenção ou tratamento do HIV (GOMES, 2019; ROCON *et al.*, 2016; MONTEIRO; BRIGEIRO, 2019) ou a partir do processo transexualizador (OLIVEIRA; ROMANINI, 2020).

Entendendo que a Atenção Primária é a porta de entrada ao Sistema Único de Saúde e que não existem critérios específicos para o atendimento em suas unidades, tais como são exigidos nos ambulatórios de especialidade ou voltados para pesquisa, buscou-se a partir desta pesquisa de campo expor a diversidade das demandas em saúde trazida pelxs seis entrevistadxs, bem como avaliar a resolutividade na resposta a essas demandas.

Ao longo dos relatos sobre os motivos de procura de uma unidade de saúde da família, foram explicitados também os entraves relacionados ao acesso a essas unidades, relacionados a comunicação com os profissionais, que serão detalhados mais adiante.

Um breve resumo das demandas mencionadas das seis entrevistas está exposto a seguir:

Tabela 5 - Demandas trazidas pelxs entrevistadxs em unidades da Atenção Primária

Demandas	Relatos
	<p><b>Larissa:</b> “Fui, fui atendida pela enfermeira. E também pelo médico, uma vez que eu tive a garganta inflamada. Tive amidalite, então tive que ir lá para ser atendida também.”</p>
	<p><b>Jade:</b> “Eu tive um inchaço de... Uma reação alérgica de um lado do rosto. E inchou meu rosto (...) Aí o médico me atendeu super bem. Passou o remédio... Passou tipo uns cinco dias. Aí eu tomei o remédio e melhorou.”</p>

<p><b>Demandas</b> <b>Agudas</b></p>	<p><b>Sexta:</b> “De primeira como eu falei, era coisa mais básica. Dor de cabeça ou algo do tipo.”</p> <p><b>Sexta:</b> “Uma picada de aranha”.</p> <p><b>Letícia:</b> Eu já tinha procurado, eu não lembro porquê... Porque uma vez eu fiquei doente, fiquei gripada, foram duas vezes...”</p> <p><b>Milena:</b> “Eu fui por que eu tive uma infecção urinária.”</p> <p><b>Milena:</b> “É bom, eu lembro que eu fui tirar ponto também...”</p> <p><b>Milena:</b> “... acho que eu fui com diarreia, febre, já fui com coisas assim.”</p>
<p><b>Acolhimento associado ao processo de modificações corporais</b></p> <p><b>Acolhimento associado ao processo de modificações corporais (cont.)</b></p>	<p><b>Larissa:</b> “... Eu lembro que eu fui fazer esse cadastro e eu fui também atendida, mas não lembro se foi no mesmo dia. Porque, lá da Fiocruz, eu tinha um exame para fazer de hormonioterapia que não estava dando para fazer, daí eu fui fazer lá.”</p> <p><b>Larissa:</b> “As outras vezes, acho que eu fui umas 4 vezes lá, só para aplicação do hormônio injetável.”</p> <p><b>Larissa:</b> “Sim, tem o caso também da... do SISREG. Do peito, do silicone. Que o médico da Fiocruz passou o encaminhamento, disse que eu tinha que entrar pelo SISREG, e que para isso eu tinha que ir na clínica da família.”</p> <p><b>Sexta:</b> “Então, especificamente dessa vez... foi recente que eu fiz minha última coleta de sangue e especificamente essa era justamente uma coleta de sangue pra iniciar uma conversa sobre hormonização.”</p> <p><b>Sexta:</b> “Eu fui lá especificamente pra procurar a cirurgia, mas eu já aproveitei pra tirar certas dúvidas sobre hormonização (...) Se não me engano chama faloplastia e a outra é a retirada de ovários.”</p> <p><b>Letícia:</b> “... Nunca me ajudaram em nada nem hormonalmente, nem tratamentos psicológicos, em relação à minha transição tá?”</p> <p><b>Nick:</b> “... pra conseguir o tratamento hormonal foi na Clínica da Família (...) Depois que você joga no SISREG, é esperar a resposta do SISREG... Então eu consegui o</p>

---

tratamento dos especialistas lá, que me encaminhou pro Moncorvo Filho no Centro e agora recentemente, em novembro do ano passado, eu fui lá pra fazer a rinoplastia.”

---

**Nick:** “... Aí foi aonde fez todo um cadastro, né?... E aí foi aonde eu fui incluída e comecei, né? Porque, independente da fofoca, a questão do HIV, eles são muito responsáveis, né? Eles sabem que é uma coisa pra ontem, então eles tratam... correm atrás mesmo pra o quanto antes você começar a ser acompanhada. Então, nesse caso, eu tive sorte por isso, porque foi muito rápido pra eu começar já a ir no médico, tomar remédio e tudo o mais.”

**HIV:**  
acompanhamento,  
complicações e  
ações de  
prevenção

**Nick:** “Porque o HIV não tava sendo controlado, então eu comecei a ter as doenças oportunistas. E aí eu comecei a... voltei a ir lá. Mas eu não queria me tratar lá, né?”

**Letícia:** “sempre fui muito bem tratada em relação a todos os meus exames, inclusive os doutores sempre me passaram uma bateria de exames para fazer, mas isso em relação ao HIV né? Não tenho nada a reclamar, sempre peguei os remédios lá...”

**Milena:** “Hoje eu ainda vou lá às vezes pegar preservativo, eu ligo para a minha agente e peço, me dá um preservativo, me dá um lubrificante...”

**Milena:** “Já fiz também exames de DSTs.”

**Sexta:** “... uma coisa que sempre perguntam é se eu namoro, sempre perguntam isso nos meus atendimentos. Quando eu falava que sim me ofereciam isso [exames para IST's], agora que eu falo que não, não me oferecem mais.”

---

**Demandas de  
saúde mental**

**Larissa:** “Ah, eu fui lá porque eu fui diagnosticada pela psiquiatra, lá da Fiocruz também, com agorafobia. Só que aí ela disse que eu não precisava tomar remédio nem nada, mas que eu tinha que fazer um tratamento psicológico. (...) disse que ia me ligar, que ia falar comigo e o telefone já estava registrado, mas nunca entrou em contato.”

**Letícia:** “... Nunca me ajudaram em nada nem hormonalmente, nem tratamentos psicológicos, em relação à minha transição tá?”

**Milena:** “Não acompanha, não tem psiquiatra lá.”

---

**Milena:** “E eu não estava só numa crise de taquicardia, eu estava num pânico, eu já estava fazendo uma depressão, eu já tinha que ter um acompanhamento de um especialista.”

<b>Demandas judiciais</b>	<b>Sexta:</b> “Eu fiquei sabendo por um amigo, que me indicou [grupo de saúde trans]. Era de uma publicação do Facebook e eu fui lá. Fui uma vez e foi uma experiência ótima ter essa troca com essas pessoas, ainda mais que eu tava já só no início pra saber como era o processo de retificação e tudo mais. E como sempre eu era sempre a única pessoa não binária dali, mas no geral foi muito legal.”
-------------------------------	---

Fonte: Elaborado pela autora.

A partir dos relatos, é possível observar que nem todas as demandas são relacionadas à saúde, como foi no caso de Sexta, que procurou uma unidade da Atenção Primária para tirar dúvidas sobre o processo de retificação do nome. As unidades de saúde da família no Brasil são organizadas a partir de um território adscrito, e, no Rio de Janeiro, xs usuárixs podem localizar via internet sua unidade de referência que será responsável por seu acompanhamento e cuidado longitudinal. Apesar da organização por territórios, é comum que usuárixs busquem outras unidades da Atenção Primária para a resolução de demandas agudas, sendo geralmente orientados a buscar a sua unidade de referência quando há necessidade de acompanhamento longitudinal. É também comum que algumas pessoas busquem atendimento em locais que não estejam próximos ao seu local de moradia devido aos processos de estigmatização envolvidos com sua condição (de saúde), como ocorre com as pessoas que vivem com HIV/AIDS (ZAMBENEDETTI; DA SILVA, 2015).

Este foi o caso de Sexta, que, a partir de amigos e da divulgação por mídias sociais, localizou uma unidade fora de seu território que realizava grupos voltados para usuárixs trans, que o ajudou a tirar dúvidas em relação a aspectos jurídicos e de saúde. A realização de grupos é uma prática preconizada para a prevenção e promoção à saúde pela Atenção Primária, e foi demonstrado, no caso de Sexta, como foi útil para esclarecer dúvidas específicas à população não-binária que não costumam ser abordadas na prática rotineira da Atenção Primária:

*Jéssica: E você sentiu que essa experiência [do grupo] te ajudou a compreender algumas coisas relacionadas à saúde e a população trans? No que você acha que ajudou o grupo?*

*Sexta: Sim, com certeza porque foi compartilhado muita coisa que eu não sabia, coisas básicas. Como eu disse, eu tava no processo inicial de retificação e que tenho muitas dúvidas é que sempre que tem são feitas as leis para pessoas trans, tem um déficit que é não pensar em pessoas não binárias né. Aí eu sempre me pergunto, e é uma coisa que eu tinha muita dúvida no início, é se vai me incluir e se eu tinha o direito de retificação por ser uma pessoa não binária. Teve muita coisa que compartilharam em questão*

*de saúde, sobre hormônios. Uma coisa que eu vejo que acontece bastante na área médica é não informar, por exemplo, coisas que cortam efeito de certo remédio, o que acontece muito com o anticoncepcional. Também era a mesma coisa com o hormônio, se eu não me engano era fumar cigarro. Homens trans que estão tomando hormônio não podem fumar cigarro se não corta o efeito, e essas pessoas compartilharam lá que não foram informadas e tiveram complicações. Essas coisas, que mesmo os profissionais da área não tinham preparo. Outra coisa relacionada à cirurgia, pelo menos naquela época, é que pra começar a hormonização e qualquer tipo de transição, essas pessoas precisavam de um laudo psiquiátrico/psicológico que uma pessoa só no Rio de Janeiro poderia dar e essa pessoa era completamente despreparada. Além do conceito de ter um laudo, que é taxar ser uma pessoa trans como um problema psiquiátrico, esse laudo é dado por uma pessoa cis. Como uma pessoa cis pode entender e julgar se você é uma pessoa trans? E o jeito que era feito o atendimento era sempre questionando qualquer coisa. Tinha um menino lá que compartilhou que foi questionado só porque era feminino e etc. Naquela época falaram que ele era o único que podia dar isso, mas se não me engano hoje qualquer psicólogo pode dar. Inclusive eu voltei pra terapia agora, e a pessoa que eu tô disse que já deu um laudo pra hormonização pra uma pessoa. Então, acho que já pode ser feito por outros profissionais.*

A experiência com grupos na Atenção Primária pode ser útil não somente pelo contato com os profissionais de saúde, mas também pelo contato com outros usuáries do sistema: imaginando-se a alegoria de uma galeria de espelhos, é no espaço grupal onde circulam as ansiedades, os papéis e as identificações que possibilita aos participantes um espaço de troca, e é a partir também dessa interação complexa de experiências humanas que nascem diversos fatores terapêuticos tais como universalidade, altruísmo, compartilhamento, aprendizagem interpessoal, dentre outros (YALOM; LESZCZ, 2006).

No caso das pessoas transexuais que costumam sofrer violências e estigmas, o papel do grupo ganha um colorido especial. Estes espaços de encontro permitem, muitas vezes, que se promova fissuras no processo de estigmatização (MAGNO; DOURADO; DA SILVA, 2018) e que se possa criar identificações que são fundamentais para os processos de subjetivação dessas pessoas (GAUDENZI, 2020).

A partir do relato de outros usuáries do sistema de saúde dentro do grupo, Sexta conseguiu sanar algumas dúvidas em relação ao processo de retificação do nome e em relação ao processo de hormonização, além de verificar alguns entraves de acesso ao sistema a partir da experiência dos usuáries com profissionais de saúde em uma unidade do processo transexualizador. O processo de retificação do nome e gênero em documentos de identificação foi visto, portanto, como uma necessidade apresentada, no caso de Sexta orientada a partir de um grupo da ESF, e de outros entrevistados a partir de sua rede social.

Além de Sexta, Jade também teve uma experiência com um CMS fora de seu território. Refere que na época morava em uma comunidade da zona norte do Rio e não chegou a procurar atendimento pois passava a maior parte do tempo em seu local de trabalho. Ela relata uma demanda aguda devido a uma crise alérgica, e refere ter sido bem acolhida desde o guichê até o atendimento em consultório, relatando ter sua demanda atendida. Refere não ter retornado mais à unidade.

*Jade: Eu tive um inchaço de... Uma reação alérgica de um lado do rosto. E inchou meu rosto. Inchou, inchou... E aí eu fui porque a moça que trabalhava lá comigo falou "vai no posto, porque já tá ficando muito grave". Tava muito inchado. Ele foi inchando. Primeiro, eu achei que poderia ser dente, mas num tinha dente estragado nem nada. Aí depois começou a inchar, inchar, inchar... Eu dormi e acordei assim. Dormi lá no serviço. E aí eu ficava no serviço de sexta até terça à noite. E aí... Nesses dias... Acho que eu fui numa segunda? Acho que fui numa segunda... Aí fui era.... Na parte da noite. Eles me atenderam super bem. Aí o médico me atendeu, eu passei por todo o processo lá, né? Lá na recepção... Depois me encaminharam pra aguardar um médico. Enfim... Aí... É... Depois eu... Aí o médico me atendeu super bem. Passou o remédio... Passou tipo uns cinco dias. Aí eu tomei o remédio e melhorou.*

A resolução de demandas agudas também é preconizada pelo primeiro nível de atenção em saúde. Apesar de ser um atendimento por vezes pontual, este encontro pode ser oportunizado para a oferta de outros cuidados, tais como exames para rastreamentos de doenças de acordo com o sexo biológico e a faixa etária (como colpocitologia oncótica ou Papanicolau, aferição da pressão arterial, rastreamento de infecções sexualmente transmissíveis – IST - assintomáticas, etc). Exames para rastreamento (detecção precoce de doenças em pessoas saudáveis) e de investigação, devem ser oferecidos pela Atenção Primária à Saúde, bem como o tratamento e acompanhamento de pessoas infectadas pelo HIV. Tendo em vista que a oferta de serviços preventivos e curativos faz parte da abrangência ou integralidade do cuidado (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012), foi perguntado diretamente aos entrevistados sobre a oferta de determinados tipos de exames nas suas experiências com unidades de saúde da família, tendo as respostas sido bastante variadas entre os entrevistados, mas também em relação aos tipos de exames, como neste relato de Sexta:

*Jéssica: E uma outra coisa, você sentiu que o momento foi aproveitado pra oferecer exames de rotina geral? Eu não sei quais foram os exames que você fez, mas, por exemplo, pessoas que têm vida sexualmente ativa, são oferecidos exames pra fazer teste pra IST. Foi aproveitado o momento ali pra fazer esse tipo de exame, chegou a ser aproveitado o momento pra oferecer esse tipo de exame?*

*Sexta: Não. Então, uma coisa que sempre perguntam é se eu namoro, sempre perguntam isso nos meus atendimentos. Quando eu falava que sim me ofereciam isso, agora que eu falo que não, não me oferecem mais. O que eu acho engraçado porque eu continuo podendo ser sexualmente ativa sem estar namorando, mas eu particularmente sei que esses exames são oferecidos lá e inclusive eu já fiz. Mas não me ofereceram não me ofereceram esse tipo de exame específico.*

*Jéssica: E outras maneiras de cuidado como verificar pressão arterial, chegou a ser falado?*

*Sexta: Sim, sempre fazem isso.*

*Jéssica: Falar sobre a questão dos exames de rastreamento, como, por exemplo, câncer de colo de útero. Chegaram a abordar isso com você? Falar sobre esse exame, tirar dúvidas em relação a isso?*

*Sexta: Não.*

É interessante observar na fala de Sexta que alguns encontros na saúde da família foram oportunizados para oferta de alguns cuidados, como aferição da pressão arterial e exames para IST's, no entanto, este último condicionado a um status de relacionamento, não tendo o profissional questionado em relação às práticas sexuais, e por fim deixando de ofertar o rastreamento para IST's ou aconselhar sobre outros rastreamentos. A oferta do exame de colpocitologia oncótica (Papanicolau) é uma estratégia de rastreamento que reduz expressivamente a morbimortalidade por câncer de colo de útero e é recomendada pelo Instituto Nacional do Câncer e pelo Ministério da Saúde para pessoas com colo do útero na faixa etária entre 25 e 64 anos que já tiveram vida sexual (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021). No caso de Sexta, único entrevistado não-binário e que nasceu com sexo biológico feminino, por ter 21 anos, não estaria na faixa etária para rastreamento, faltando ainda averiguar a questão da vida sexual para saber se haveria indicação de, no futuro, realizar o exame, tendo em vista que ele estaria indicado apenas àquelas pessoas que já tiveram relação com penetração vaginal (SÃO PAULO, 2020).

Além disso, pode ser um exame desconfortável especialmente às pessoas transmasculinas uma vez que o uso prolongado da testosterona pode provocar atrofia cervical e vaginal, além de poder representar uma invasão para alguns usuárixs, não devendo ser o exame uma condição para o acompanhamento, mas sim uma oportunidade para explicar as indicações e benefícios do rastreamento aos homens trans e pessoas transmasculinas no momento do contato com o profissional de saúde (SÃO PAULO, 2020).

Sexta, ao longo da entrevista, problematiza uma questão importante sobre o sexo biológico e o gênero para abordagem pelos profissionais da saúde:

*Sexta: Então, tem perguntas específicas dentro da unidade baseado no seu sexo, por exemplo. Do tipo "ah, você tá em uma gravidez" e essas coisas*

*podem passar muito despercebidas se você for um homem trans que parece cis né, esse tipo de pergunta vai passar despercebido. Então precisa saber que aquela pessoa é trans pra saber como atender ela. (...) Você chega em uma certa idade, tem uma propensão maior de ter certa doença e precisa fazer certos exames. Esses exames não vão ser oferecidos pra você se você é cis. Por exemplo, mulheres trans precisam fazer exame de próstata e homens trans precisam fazer exame de mama, então tem que ter essa diferença pra saber como atender aquela pessoa.*

Sexta relata a importância de identificar no cadastro dx usuárix tanto o sexo biológico como o gênero com o qual a pessoa se identifica, pois isso melhoraria o acolhimento a estas pessoas na medida em que os profissionais teriam ciência dos possíveis tipos de cuidado que devem ser ofertados por conta do sexo biológico de nascimento. Ademais, além dos cuidados em relação aos rastreamentos, a identificação do sexo biológico e da identidade de gênero poderia melhorar o acolhimento através da identificação de demandas específicas, como no caso da hormonização:

*Sexta: É uma coisa mais direta sobre isso, seria normalizar e incluir na ficha a pergunta sobre preferência de pronomes e ter mais opções de gênero também, porque as únicas opções que têm são feminino e masculino. (...) Essas pessoas terem uma conversa direta com pessoas trans e também mapear as pessoas trans sendo atendidas, assim como são mapeados homens, mulheres, raça, status social. Porque cada uma dessas pessoas podem apresentar demandas diferentes, principalmente pessoas trans que dependem muito de demandas da saúde pública com hormonização, transição e etc. Então deveria ter esse mapeamento de pessoas trans e conversar com as pessoas trans dessas unidades sobre o que elas precisam específico.*

Entendendo a questão da hormonização como uma demanda específica da população trans e travesti, ela será abordada com mais detalhes mais adiante. No momento, importa enfatizar que a condição trans não está sendo considerada no cadastro dos serviços como uma das possibilidades de identificação de si e que isso é de extrema relevância pois além de afirmar, no subtexto, a inexistência da condição trans e com isso reforçar a invisibilidade e o estigma direcionado a estas pessoas também inviabiliza as necessidades de saúde específicas desse grupo social.

Ainda sobre as demandas trazidas espontaneamente pelxs entrevistadxs nos encontros com profissionais da Atenção Primária, as experiências foram bastante diversas. Enquanto Jade relatou uma experiência positiva quando teve uma crise alérgica, Larissa conta que também precisou procurar a unidade para resolver uma faringite, tendo passado então por uma interconsulta com enfermeiro e médico de um Centro Municipal de Saúde da Zona Norte, e

relata que, apesar de ter sua demanda atendida, a comunicação foi ríspida e neutra, não tendo sido também o momento oportunizado para a oferta de outros cuidados. Além da resolução de demandas agudas, em diversos momentos xs entrevistadxs trouxeram demandas após consulta com unidades especializadas (contrarreferência) ou solicitando encaminhamento a um especialista (referência):

*Jéssica: Você foi atendida por algum médico ou enfermeiro?*

*Larissa: Fui, fui atendida pela enfermeira. E também pelo médico, uma vez que eu tive a garganta inflamada. **Tive amidalite**, então tive que ir lá para ser atendida também. Fui atendida por um médico, **mas ele quase não falou comigo também**. Pedi para eu abrir a boca para olhar, anotou umas coisas, foi só isso também, **não teve muito contato não**. E aí passou o remédio e tudo bem. Mas, com a enfermeira, **também foi um tratamento meio neutro** assim, perguntou algumas coisas, depois mandou eu ir lá falar com o médico.”*

*Jéssica: Eles não oportunizaram um momento para **oferecer algum outro tipo de cuidado** em saúde?*

*Larissa: Não, não. Ah, **eu fui lá porque eu fui diagnosticada pela psiquiatra**, lá da Fiocruz também, **com agorafobia**. Só que aí ela disse que eu não precisava tomar remédio nem nada, mas que eu **tinha que fazer um tratamento psicológico**. Quando eu cheguei lá para falar, a moça [agente comunitária] disse que não tinha, que ela estava muito ocupada, a psicóloga, que tinha muito paciente, eu acho, e que ela ia tentar me encaixar em algum dia, algum momento quando tivesse vaga. (...) **disse que ia me ligar, que ia falar comigo e o telefone já estava registrado, mas nunca entrou em contato**.*

*Jéssica: E isso foi quando, mais ou menos?*

*Larissa: Gente, **isso faz uns 3 anos, 2 anos e pouco**.*

Além da oferta do cuidado integral à pessoa, a Atenção Primária é responsável pela coordenação do cuidado, um dos atributos da Atenção Primária concebidos por Barbara Starfield.

A essência da coordenação é a disponibilidade de informação acerca dos problemas prévios, o que requer a existência de prontuário de acompanhamento longitudinal (ao longo da vida) do paciente, o envio de informação adequada ao especialista (referência) e o seu retorno ao generalista (contrarreferência) após o encaminhamento a profissional especializado, para apoio na elucidação diagnóstica ou na decisão e no manejo terapêuticos. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012 p. 504).

Importa pensar, portanto, como a Atenção Primária está atuando neste sentido. Cinco dxs seis entrevistadxs fazem acompanhamento em um ambulatório especializado para acompanhamento à população trans e travesti, seja para fins de modificações corporais, seja para acompanhamento e tratamento do HIV ou para profilaxia da infecção do HIV (PrEP). Três

conseguiram este acompanhamento por meios próprios, e duas foram encaminhadas por um profissional da Atenção Primária.

No relato de Larissa há uma demanda de saúde mental identificada em um acompanhamento prévio em um ambulatório voltado à população trans e travesti, onde faz acompanhamento multiprofissional, incluindo atendimento psiquiátrico. Ela relata a necessidade de seguimento com acompanhamento psicológico, trazendo uma contrarreferência do especialista, no entanto, seu “acolhimento” se restringiu a aguardar uma data para agendamento.

É válido lembrar que Larissa faz acompanhamento em um Centro Municipal de Saúde, cujo formato é diferente de uma Clínica da Família no município do Rio de Janeiro. Os Centros Municipais de Saúde contam com uma equipe de saúde da família e com ambulatórios especializados, que, no entanto, são agendados através do Sistema Nacional de Regulação (SISREG). Quando o usuário é atendido em uma unidade de Atenção Primária e é identificada uma demanda com necessidade de encaminhamento ao especialista, o médico de família insere a solicitação neste sistema e o usuário aguarda para ser avisado sobre a data e local do agendamento. Entretanto, é de responsabilidade da saúde da família o atendimento e acompanhamento de demandas de saúde mental, como previsto na carteira de serviços da Atenção Primária tanto do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020) quanto da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2016), cabendo aí a crítica em relação a ausência de atendimento profissional para a demanda trazida por Larissa. Além disso, algumas unidades de saúde da família contam com o apoio matricial do Núcleo Ampliado da Saúde da Família (NASF), que se configuram como equipes multiprofissionais integradas às equipes de saúde da família auxiliando no atendimento compartilhado, que pode incluir, dentre outras demandas, também aquelas relacionadas à saúde mental (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE., 2008b).

Sabemos que apesar da extrema importância da integração da saúde mental na Atenção Primária à Saúde, particularmente para esta população, as formas de operacionalizar essa integração ainda está pouco clara e há inúmeros desafios para que a APS possa ocupar um papel estratégico para as ações de saúde mental no Sistema Único de Saúde (WENCESLAU; ORTEGA, 2015). Alguns outros entrevistados trouxeram a dificuldade no atendimento relacionado às demandas de saúde mental, como neste relato de Milena:

*Jéssica: ... E deixa eu te fazer uma pergunta, por que você falou, mas eu não entendi se você tem esse tipo de atendimento dentro da clínica da família,*

*you said that you are for everything that you lived, you have questions about anxiety, psychiatric treatment, and how is the clinic of the family in this accompaniment?*

*Milena: Não acompanha, não tem psiquiatra lá.*

*Jéssica: Mas tu fala com a tua médica de família desses problemas de ansiedade?*

*Milena: Falei, eles falam: ai, mas aí talvez vai ter uma psiquiatra aqui na quinta-feira, não sei o que, e essas coisas é para ontem, por que a minha ansiedade ela desencadeia doença, por exemplo, ela começa com um zumbido no ouvido, labirintite e a crise do pânico, porque eu fico com medo de cair na rua. E aí me bate um desespero que eu ando para um lado, para o outro, para um lado, para o outro, e aí o remédio vem e controla. Então eu não posso esperar uma psiquiatra numa quinta-feira, não.*

Na vivência como profissional de saúde da família, é comum ouvir na fala de pacientes a solicitação de um especialista para resolução de um problema de saúde específico, como solicitar ginecologista para uma queixa ginecológica, um ortopedista para atender uma demanda relacionada à dor, um cardiologista para investigação de uma dor no peito, dentre outros. Alguns estudos demonstram que a satisfação dos usuários com unidades de saúde da família diminui quando constatada a ausência de especialistas nestes serviços (RONZANI, 2008) e quanto maior o tempo de espera em relação ao encaminhamento para a realização de exames ou para atendimento com outras especialidades médicas (FERTIG, ADRIANA; BRAGA, FABRÍCIO SOARES; WITT, 2013). Esta menção à necessidade de um profissional especialista pelos usuários da saúde da família não é exclusiva da população transgênero e tem relação com a percepção sobre resolução de suas demandas em saúde. Tal percepção pode estar relacionada à própria construção do modelo biomédico ou mecanicista, onde, como decorrência inevitável do aprofundamento no conhecimento dos pedaços do organismo, aparecem as super e subespecializações, desbancando o antigo clínico geral (BARROS, 2002).

Norman e Tesser (2019) apontam que a medicina de família e comunidade tem sido uma das especialidades médicas a se contrapor ao modelo de saúde biomédico e propor novos modelos para a abordagem holística do cuidado, incorporando novos modelos explanatórios e de práticas da medicina tradicional e complementar. Além disso, destacam que modelos universais orientados pela Atenção Primária apresentam melhores desfechos em saúde para a população, maior equidade e menores custos do que sistemas não organizados pela APS.

Nas entrevistas, essa insatisfação com a ausência de especialistas é compreendida então como uma não resolução das demandas trazidas pelxs entrevistadxs. Além de questões que envolvem a abordagem da saúde mental, surgiram também demandas não atendidas em relação às modificações corporais e também em relação ao tratamento do HIV.

*Letícia: Em relação à ajuda do SUS não nunca tive nenhuma ajuda. O Jorge [nome fictício], meio fora, tentou me ajudar falando que tinha psicólogos que atendiam pessoas de graça, me lembro que a gente teve conversa sobre isso, mas não foi efetivo e nada através do SUS nem da clínica da família. **Nunca me ajudaram em nada nem hormonalmente, nem tratamentos psicológicos, em relação à minha transição tá?***

*Jéssica: Como é que poderia ter sido ajudado?*

*Letícia: Talvez seria um programa de inclusão, de fazer bateria de exames recorrente, fazer um acompanhamento médico nessas pessoas com endocrinologista que eu acho que é muito importante e possivelmente fazer distribuição de remédios controlados para que elas possam fazer um tratamento hormonal, não fiquem colocando qualquer remédio sem acompanhamento de endócrino, que possam ajudar a elas a fazer uma retirada desses hormônios que ainda são anticoncepcionais, seria melhor ainda se elas tivessem um acompanhamento psicológico em paralelo. Eu acho que esse seria o mínimo a ser feito.*

Nesta fala, Letícia traz a sua percepção sobre a questão do acompanhamento hormonal e de saúde mental, ressaltando a importância desses cuidados em relação à população trans e travesti, não somente apontando a falta de um acompanhamento profissional com especialista como também a indisponibilidade de exames e de medicações hormonais pelo SUS. De fato, não há uma política pública que descentralize a dispensação de medicamentos hormonais para a Atenção Primária. É importante ressaltar que algumas queixas ou demandas que estão no escopo da atenção especializada acabam sendo transferidas para a atenção básica por uma lacuna da própria assistência a nível secundário ou devido a ausência ou ineficácia do sistema de encaminhamento aos especialistas. Em contrapartida, experiências com programas que tiveram o cuidado descentralizado para a atenção básica, como no caso do diagnóstico, tratamento e acompanhamento das PVHIV, surgiram na fala dxs entrevistadxs de forma positiva, como neste relato de Letícia:

*Jéssica: Como foi sua chegada na clínica...? Desde a recepção até chegar no consultório?*

*Letícia: Foi tudo bem, eu tava bem triste, me identifiquei, já tinha um cadastro no sistema, me levaram para o médico, o Jorge [nome fictício] me examinou inteira, eu tirei a roupa e tal tananã, tananã, eu ainda não tinha dito que eu era trans, estava quieta ali, foram muito cuidadosos comigo, já me solicitaram uma bateria de exames, **me explicaram tudo, para eu não ficar preocupada, que eu ia ter todos os remédios sempre que eu precisasse, que ao contrário do que todo mundo fala, abriu muito minha cabeça essa conversa, conversaram comigo numa boa, com muito carinho, tentando me acalmar e me deixando muito segura, que eu teria uma vida saudável.** Eu já comecei a fazer todos os exames, demorou, até o exame de sangue sair são 30 dias, você fica numa ansiedade e tal mas quanto ao restante de tratamento foi muito bom, só fiquei um pouco aflita nesse tempo que demora, até todos os exames saírem é tipo uns 2 meses, e para você iniciar o tratamento é importante fazer todos os exames. **Quando voltei lá para fazer o segundo exame, já fazendo o***

*tratamento, para ver o CD4 essas coisas, eu já me apresentei como Letícia e botaram lá no meu nome social, já havia nome social mas aí eu fiz a retificação no mesmo ano e tento até hoje mudar e não consigo.*

Letícia aponta no seu relato que os profissionais de saúde lhe passaram tranquilidade em relação ao diagnóstico do HIV, tendo sido oferecido exames para acompanhamento, além das medicações para o tratamento. Na entrevista, ela trouxe o enfoque na relação com seu médico de família e comunidade, demonstrando a criação de vínculo com este profissional:

*Letícia: Nós trocamos contato como te falei no início da conversa, foi interesse dele. **No sentido de querer ajudar outras pessoas trans e travestis.** Ele fez algumas perguntas e pesquisas comigo tipo ‘Lê isso aqui tá certo? Isso aqui tá errado?’ Ele mandou que a galera estava com dúvida sobre as questões de gênero, no cadastramento de pessoas. Qual é o gênero dessa pessoa? Tinham muitas coisas que a galera do atendimento não sabia. Ele falou ‘Lê o que que é Queer?’ Eu explico para ele olha Queer não deveria nem tá aí, ninguém pode ser gênero Queer, Queer é uma teoria que questiona a normatividade da sociedade, não é um gênero. Existe essa relação com ele que é ótima. A gente se dá muito bem, ele me ajuda muito. **Meu namorado também se viu soropositivo no meio de uma pandemia, então o Jorge [nome fictício] ajudou muito a ver, o Jorge olhou o exame dele e falou logo logo você vai ficar indetectável e intransmissível, essa relação ajudou muito a gente a ficar mais calmos e a seguir com mais segurança.***

A formação de vínculo entre médico e paciente pode facilitar no processo de autonomia e participação deste no tratamento do HIV (MONTEIRO; FIGUEIREDO, 2009). Letícia compartilhou no seu relato sobre essa relação como uma troca de “*interesses mútuos*”, tanto por seu médico esclarecer e ajudar em relação ao acompanhamento do HIV, quanto por tirar dúvidas sobre como melhorar o acolhimento à população trans e travesti. Ela relatou que seu médico, que na época era residente da unidade onde faz acompanhamento, forneceu seu contato telefônico, mudou seu nome no sistema de prontuário, a tranquilizou em relação ao diagnóstico, priorizava o atendimento para entrega da receita do HIV, além de ter demonstrado empatia em relação às questões de gênero, reconhecendo algumas dificuldades relacionadas ao cuidado à população transgênero. Embora Letícia reconheça a falta de cuidado dentro do SUS em relação às demandas de saúde mental e às relacionadas às modificações corporais, ela mantém até o momento da entrevista seu cuidado em relação ao HIV na unidade de saúde da família, mesmo o profissional não estando mais na unidade e mesmo fazendo acompanhamento em uma unidade especializada, por conta de um projeto de pesquisa voltado para a população trans.

Além de Letícia, Nick também procurou uma unidade de saúde da família para iniciar o tratamento para o HIV. Importante apontar a relação de vulnerabilidade entre a condição trans

e a infecção pelo HIV. Conforme indicam Dourado (2017) e Silva et al (2020), existem taxas desproporcionalmente maiores do HIV entre mulheres transexuais e travestis, assim como o sexo comercial, condições que potencializam o preconceito social e que culmina em rejeição social e representações de “abjeção” às pessoas consideradas fora dos padrões cis-heteronormativos. Silva et al (2020) sinalizam para o despreparo da equipe de saúde da Atenção Primária frente ao cuidado da população trans e travesti que convive com o HIV, destacando-se limitações no que se refere aos recursos humanos, materiais, éticos e assistenciais.

Em relação ao acolhimento e tratamento do HIV pela Clínica da Família, Nick reconhece que seu acompanhamento foi iniciado de maneira rápida, no entanto traz percepções diferentes daquelas de Letícia no que se refere ao sigilo, especialmente por conta da interface o profissional da saúde da família (agente comunitário) com a comunidade.

Hoje, ela segue o cuidado em relação ao HIV em um ambulatório especializado de pesquisa voltado à população trans, demonstrando certo alívio por não depender mais exclusivamente da Atenção Primária para este cuidado. Silva et al (2020) também sinalizam para a solicitação de encaminhamento a outros níveis de atenção (hospitalar) pela população trans com o HIV, por conta de situações de discriminação permeada pelo desrespeito na garantia de direitos do reconhecimento do nome social. As significações do HIV/aids para mulheres transexuais referenciam o estigma social associado tanto à identidade de gênero quanto à condição presente no cotidiano na vivência com o HIV, incluindo-se nas instituições de saúde (SILVA et al., 2020b).

*Nick: Então, a minha experiência **começou quando eu descobri o HIV**, em 2014... Então eu comecei a ir lá, né? Só que o meu começo de HIV foi muito difícil, as medicações, né? Porque eu não me adaptei à primeira, tanto que acordei toda empolada, né? Aí já na segunda, eu me adaptei, mas o meu olho ficou muito amarelo, a minha pele. O meu cabelo caía, assim, drasticamente, caía muito. E a nossa vaidade é o cabelo, né? Isso em 2014, né? Então por conta própria eu resolvi parar com a medicação, automaticamente eu não precisei mais da Clínica da Família, né? A não ser que eu ficasse doente, que aí eu tinha que ir lá pra ir no médico. Mas aí, fora isso, eu fiquei um bom tempo lá porque eu não tava mais sendo acompanhada, só que aí eu **comecei a ter muitas doenças oportunistas**, né? Porque o HIV não tava sendo controlado, então eu comecei a ter as doenças oportunistas. E aí eu comecei a... voltei a ir lá. **Mas eu não queria me tratar lá, né? Porque... infelizmente a... Eu sempre tive bons resultados na Clínica da Família, mas, ainda mais quando se fala de HIV, as agentes da Clínica da Família, em específico, elas comentam entre si de você, né? Elas falam pras outras pessoas. Ainda mais as que bebem, né? Eu já ouvi relatos de estarem no bar bebendo, você passar e ela simplesmente comentar da sua doença, do que ocorreu com você. Então eu, graças a Deus, quando eu precisei voltar com a medicação do HIV, eu já conhecia a Fiocruz, né? **Que eu retifiquei a minha documentação lá, então*****

*eu já conhecia lá, já sabia que tratava, então eu já fui direto pra lá. Mas, é... pra conseguir o tratamento hormonal foi na Clínica da Família. E graças a Deus eu também tive uma agente muito maravilhosa, que ela sempre correu atrás, tipo, tava sempre ali cobrando e tal. Embora muitas das vezes nem dependesse dela, né? Depois que você joga no SISREG, é esperar a resposta do SISREG. Mas, assim, ela sempre foi muito positiva. Então eu consegui o tratamento dos especialistas lá, que me encaminhou pro Moncorvo Filho no Centro e agora recentemente, em novembro do ano passado, eu fui lá pra fazer a rinoplastia. Era uma coisa que eu nem tinha expectativa, porque uma amiga minha cismênera, levou um ano pra ela conseguir, né? Então eu falei “Eu vou lá como quem não quer nada e seja o que Deus quiser.” e saiu agora em abril, pra eu poder fazer o nariz, né? Aí fui encaminhada lá pro Hospital dos Servidores, né? Aí acabou que eu vou fazer o nariz e o peito, né?*

Nick, ao contrário de outras entrevistadas, teve uma boa experiência nos processos de encaminhamentos às unidades especializadas em relação ao processo de modificações corporais, que incluíam as demandas por cirurgia plástica e hormonização. Mesmo assim, em relação aos encaminhamentos, ela ainda acrescenta:

*Jéssica: Você procura a Clínica da Família pra resolver outros problemas de saúde? Ou como que é isso?*

*Nick: Não, como eu te disse, né? Por exemplo, no IEDE no Centro, se eu precisar de um cardiologista lá tem, se eu precisar de uma fono lá tem, se eu precisar de um dermatologista lá tem. É muito menos trabalhoso do que eu ir pra Clínica da Família, eles vão me enfiar no SISREG pra ver quando que vai ter um médico, entendeu? Então nos outros hospitais, eu tenho uma coisa direta, eu não preciso ir pro SISREG. Eu simplesmente falo “Eu preciso”, eles me marcam e pronto. Entendeu? A Clínica da Família é mais agora um controle pra saber se eu estou me cuidando. Como agora, recentemente, eles me ligaram, falando que tinha uma consulta minha marcada pra saber do HIV. Então eu falei “Gente, mas eu nem trato mais aí, já tô tratando em outro lugar, não marquei nada.”, aí eles: “Ah, então tá tudo bem, se você tá dizendo que tá cuidando, que tá tudo ok, beleza!”. Então, literalmente, a Clínica da Família é mais pra um controle, pra saber que eu tô viva e me cuidando.*

Nick traz o atraso no agendamento de consultas com especialistas pelo sistema de regulação como um entrave na resolução de determinadas demandas em saúde. Ronzani e Silva (2008) interpretam a demanda por médicos especialistas pelos usuários e a insatisfação com a saúde da família frente a outros centros de saúde como reflexo da importância das ações curativas na Atenção Primária. A crítica, na trajetória de implementação de serviços do primeiro nível de atenção no Brasil, se dá que, ao invés deste campo propiciar a integração da ação curativa com ações de prevenção e promoção da saúde, o que se assiste são a filas de espera por atendimento especializado (Ronzani e Silva, 2008). Ao mesmo tempo, verifica-se na própria fala de Nick uma certa percepção de eficácia referente a determinados cuidados

prestados em relação aos usuários com HIV pela Clínica da Família, como vigilância, agilidade e disponibilidade da medicação para início do tratamento.

*Nick: Assim, eu rodei bastante, né? Porque, como eu te disse, em 2014 (dois mil e quatorze) meio que a Clínica da Família também tava começando, né? Então... era muito novo. Então eu cheguei em duas unidades e na segunda eles disseram “Não, você tem que ir na Clínica da Família do seu bairro.”, aí foi aonde eu procurei e a agente pegou e me informou de tudo, né? Ela anotou meu número e tal, abriu até um prontuário, né? Porque, embora eu morasse aqui, ela nem sabia que eu existia, né? Aí foi aonde fez todo um cadastro, né?... E aí foi aonde eu fui incluída e comecei, né? **Porque, independente da fofoca, a questão do HIV, eles são muito responsáveis, né? Eles sabem que é uma coisa pra ontem, então eles tratam... correm atrás mesmo pra o quanto antes você começar a ser acompanhada. Então, nesse caso, eu tive sorte por isso, porque foi muito rápido pra eu começar já a ir no médico, tomar remédio e tudo o mais.***

Tanto Nick quanto Letícia apontam para a eficácia do tratamento do HIV em unidades de saúde da família quando abordam o acesso ao atendimento médico e às medicações. No que tange aos cuidados prestados em relação ao acolhimento de pessoas com o HIV, Letícia e Nick trouxeram percepções e vínculos distintos em relação à equipe de saúde da família. Nick, desde o contato telefônico realizado para falar sobre a pesquisa e durante a entrevista, trouxe a questão do sigilo, especialmente em relação aos profissionais da Atenção Primária, que convivem com ela na comunidade. Melo, Maksud e Agostini (2018) sinalizam para alguns marcos históricos na descentralização do cuidado de pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) pela Atenção Primária, como a introdução de novas tecnologias diagnósticas na APS entre 2011 e 2012 (os testes rápidos), e a adoção de diretrizes e recomendações de incentivo ao acompanhamento de PVHA pelo Ministério da Saúde. No entanto, alguns desafios ainda são encontrados para efetivar a descentralização do cuidado pela APS, tais como o tensionamento entre APS e atenção especializada, acesso, confidencialidade e estigma na APS, e modo de organização e funcionamento das equipes de saúde da família, levando-se em consideração a organização por território geográfico e a preferência de alguns usuários em serem acompanhados longe de onde vivem por conta da exposição e do estigma (MELO; MAKSUD; AGOSTINI, 2018).

Chuengue e Franco (2018) analisam questões éticas que envolvem o cotidiano de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde a partir de suas narrativas e problematizam algumas implicações sobre o fato deste profissional ser da comunidade, como o paradoxo da dupla inserção (institucional e comunitária) deste trabalhador na relação com os usuários. Se por um lado o ACS pode trazer para a equipe de saúde informações importantes que ultrapassam o problema de saúde específico e contribuem na elaboração de um projeto terapêutico singular,

por outro lado observa-se o desrespeito ao sigilo e à privacidade dx usuárix fora do contexto da clínica, bem como uma tentativa de controlar ou interferir na autonomia dxs mesmxs. Seoane e Fortes (2009) analisam a questão do direito à privacidade e confidencialidade sob a ótica dxs usuárixs através de entrevista direta com xs mesmxs. Verificou-se que, xs entrevistadx visualizam o Agente Comunitário de Saúde como um profissional facilitador de acesso à instituição de saúde, ao mesmo tempo em que foi demonstrada preocupação em relação a revelação de algumas enfermidades tais como AIDS, tuberculose, câncer, doenças da próstata e o diabetes.

Nick também trouxe pontos positivos na relação com a profissional ACS na fala anterior quando menciona a ajuda em relação a questão dos encaminhamentos e aqui nesta fala quando aborda o cuidado em relação ao HIV:

*Nick: ... Aí em 2014 (dois mil e quatorze) houve esse emagrecimento, aí ele [médico de família] pediu o HIV e foi aonde eu descobri, né? Aí pesquisei em sites, como é de praxe de qualquer pessoa que descobre algo, né? Só que as informações eram antigas e eu tinha isso na minha cabeça, né? Então não sabia que eu precisava de um acompanhamento. Foi onde começou a minha saga de Clínica da Família, né? (...) **Aí foi aonde eu procurei o agente... Enfim, dessa minha agente em específico, não porque foi minha, eu não tenho nada a reclamar. Muito pelo contrário, ela foi muito prestativa, ela correu atrás de tudo, pra eu começar a me tratar, pra eu começar com as medicações, né? Porque assim que você descobre é o primordial, você começar a medicação, pra você baixar a tua carga viral, né? E foi aonde eu iniciei as coisas lá, entendeu?***

Mesmo assim, como mencionado anteriormente, a questão da privacidade e do sigilo foi primordial na fala de Nick para ter optado por realizar o acompanhamento do HIV em outra unidade, especialmente pela relação do profissional inserido na comunidade onde vive:

*Nick: **É. Pra tu ter noção, eu comecei com uma agente, aí depois... Isso que ainda foi pior, porque a primeira agente... Eu comecei com uma agente maravilhosa, a Ana [nome fictício], aí depois dela botaram uma outra menina, e essa menina estudou comigo, fofoqueira nível hard, então você imagina, eu precisei falar com ela! E eu tenho certeza que ali ela espalhou pra Deus e o mundo. Eu acho que se ela me visse na rua passando, “Ih, aquela lá tem HIV!”.*** Aí eu tive que fazer com ela, depois tiraram ela, botaram uma outra menina. E essa outra menina, pra você ter noção, eu tô treinando numa academia que essa menina treina e o irmão dela também. Então, tipo assim, já tem o preconceito de trans... Aí o irmão dela, tipo assim, eu não preciso chegar num lugar gritando “Oh, chegou a mulher trans.”, eu sou um ser humano. E, a menos que você tenha um interesse em mim, eu não preciso dizer a minha orientação, né? *Que eu sou uma mulher trans. E esse irmão dela falava comigo de boa e, do nada, esse irmão dela simplesmente parou de falar comigo. Tipo assim, um belo dia ela tava na academia, o irmão*

*chegou, me cumprimentou e foi falar com ela. Desse dia em diante, o irmão dela não falou mais comigo. Eu não duvido nada que ela, não só disse que eu era uma mulher trans, quanto a minha sorologia, entendeu?*

Aqui, Nick traz tanto a questão do sigilo e privacidade em relação ao HIV, quanto da identidade de gênero na relação com o profissional Agente Comunitário, cuja forma de exposição gera desconforto nos espaços de convivência que ultrapassam os limites da unidade de saúde e das relações com outros membros da comunidade. Fica evidente a condição de dupla vulnerabilidade daquelas pessoas trans que são também soropositivas, pois são discriminadas pelas duas condições e ainda vivem o fantasma de suas condições serem reveladas como condições interligadas o que aumenta o estigma associado.

Siqueira-Batista e colaboradores (2015) em um estudo qualitativo com aplicação de questionários semiestruturados a profissionais da estratégia de saúde da família (médicos, enfermeiros e agentes comunitários) categorizaram cinco grandes grupos de problemas bioéticos enfrentados pela equipe da ESF, sendo o mais citado dentre eles os relacionados ao sigilo (proteção de elementos pertinentes ao paciente como resultado de exames e conteúdo do prontuário) e à confidencialidade (resguardo de informações fornecidas diretamente pelo paciente ao profissional de saúde), ressaltando, ainda, a necessidade urgente de se incluir a bioética na formação de todo profissional atuante na ESF.

Ainda sobre a questão de gênero na relação com os profissionais de saúde, Sexta aborda essa relação em especial com o profissional Agente Comunitário ao relatar sua experiência em relação ao uso do nome social:

*Sexta: ... é engraçado, como porque tanto meu nome civil quanto meu nome social têm as duas primeiras sílabas, sempre quando alguém que não sabe meu nome social me chama de Rê [fictício], eu finjo que tão me chamando pelo meu nome. **Mas uma coisa bem desconfortável que aconteceu com isso foi minha vizinha que ficou confusa do porque tinha outro nome ali, ficou "ué, quem é Renato?" e eu falei "ah, sou eu". E ela começou a me questionar sobre o porque eu tinha mudado meu nome, usou Deus no meio da conversa e ficou tipo "ah, quando a gente morrer - ou o mundo acabar, algo do tipo -, Deus vai chamar pelo seu nome. Você acha que Deus vai gostar desse seu nome?" e eu falei "sim, eu me dei e eu gosto dele. Por que ele não gostaria?". Então também teve esse questionamento, meio que "eu não estou confortável com essa sua mudança" e ela falou "ah, então eu vou te chamar de Rê, os dois têm Rê". E tipo, essa pessoa nem perguntou se eu queria ser chamada de Renato, se tava tudo bem me chamar de Rê. Tem que ser o que é confortável pra aquela pessoa. Também, se tratando de nome social, uma das perguntas deveria ser quais os pronomes você quer e essa pessoa não perguntou. Então, claramente não tem nenhum preparo ali e ela me deixou super desconfortável com isso.***

A relação de Sexta com a profissional não foi iniciada neste encontro, tampouco nos limites geográficos da Clínica da Família, assim como de outros usuáries da saúde da família que cresceram e fazem o acompanhamento longitudinal nas unidades, tendo trocas com profissionais que convivem diretamente no território e conhecem suas histórias. Temos aqui um pequeno recorte na fala de Sexta e não o acesso à complexidade da relação que foi construída com a agente comunitária de seu território ao longo da vida. Na conversa entre ele e sua Agente Comunitária observa-se um não-reconhecimento por parte da profissional da identidade de gênero autodeterminada por Sexta, bem como da adoção do nome social escolhido. A ACS trouxe uma justificativa de cunho religioso para esta recusa, bem como pelo fato de conhecê-lo desde a infância sob o gênero designado ao nascimento, remetendo à uma não-aceitação divina para tal mudança de gênero e nome. Também nesta troca, observa-se a adoção de “meio-termo”, no caso a escolha por parte da agente de um apelido que remeteria tanto ao nome de nascimento quanto ao nome social, embora essa escolha não tenha sido feita como parte de um acordo mútuo.

A análise da influência da religião nas comunidades e na área da saúde, é um campo complexo que envolve dinâmicas tanto de apoio à comunidade quanto de resistência à visibilidade da população LGBTQI+ e aos direitos sexuais e reprodutivos, que não se limitam à esfera de ações individuais, mas também tem avançado no campo político (MACHADO, 2017). Borret (2019) analisa a influência do Pentecostalismo em uma comunidade do Rio de Janeiro, verificando a capacidade da Igreja de gerar apoio social e auxiliar os moradores a lidar com o sofrimento social, ao mesmo tempo em que *“oferece aos seus integrantes uma perspectiva de construção de discurso em que escolhas e comportamentos considerados ruins ou desviantes podem ser lidos como fruto da ação do mal, do diabo, de forças ruins agindo sobre eles”*. Natividade (2009) reconhece duas estratégias utilizadas entre evangélicos conservadores em relação ao reconhecimento e à visibilidade LGBTQI+: acolhimento e combate. Tais dinâmicas não são contraditórias, mas se reforçam mutuamente. Em seu levantamento bibliográfico, ele analisa as respostas de segmentos religiosos conservadores à diversidade sexual, verificando as dinâmicas de enfrentamento que um discurso de *acolhida e transformação* pode ser mobilizado no interior do combate.

Sob a perspectiva de Sexta nesta dinâmica, observa-se uma posição de resistência dele às justificativas de cunho religioso trazidas pela profissional.

A disciplinarização dos corpos de forma que estes correspondam aos padrões de gênero socialmente determinados para o seu sexo biológico não é prática discursiva exclusiva das religiões, mas também das ciências e das tradições culturais (PERES; TOLEDO, 2011). O

ordenamento, regulação, controle, vigilância ou estigmatização dos corpos são ferramentas do biopoder, estratégia que opera não somente no âmbito da sexualidade sob a ótica da heteronormatividade, mas em todas as esferas sob o pretexto de desenvolver o bem-estar dos indivíduos e das populações (PERES; TOLEDO, 2011).

Preciado (2017), faz uso do conceito de contrassexualidade para se referir a uma tecnologia de resistência, que provém indiretamente do pensamento de contraprodutividade de Michel Foucault, para quem a melhor forma de resistência à produção disciplinar da sexualidade não seria a luta contra a proibição, e sim a produção de formas de prazer-saber alternativas à sexualidade moderna. Podemos interpretar a resposta de Sexta à profissional ACS e sua proposta de utilização de pronomes neutros como uma resistência uma vez que ela se situa fora das oposições homem/mulher, masculino/feminino, homossexual/heterossexual do sistema binário de gênero. Outras formas de resistência foram encontradas da fala dxs entrevistadxs e serão abordadas em tópico específico.

Vimos aqui a variedade de demandas trazidas pelxs entrevistadxs, em sua grande maioria comuns a qualquer usuárix do SUS, bem como algumas percepções sobre o acesso presentes em outros estudos com usuárixs de unidades de saúde da família. Mesmo ao recorrer às unidades para a solução destas demandas, percebemos algumas limitações relacionadas ao acolhimento e ao despreparo profissional relacionadas a questões de gênero. Nos tópicos a seguir, vamos abordar com mais profundidade as demandas que entendemos como específicas à população transgênero, como aquelas relacionadas às modificações corporais, e questões relacionadas ao acolhimento e performances de resistência dxs usuárixs.

### 4.3 CUIDADOS ESPECÍFICOS

No tópico anterior vimos que, apesar da Atenção Primária ser resolutiva em cerca de 80 a 90% das demandas da população, em situações específicas a equipe de saúde da família pode lançar-se da coordenação do cuidado para encaminhar x usuárix para atendimento da atenção especializada. A portaria de nº 2803/2013 do Ministério da Saúde dispõe sobre os cuidados prestados pela Atenção Básica dentro do processo transexualizador e prevê a integralidade do cuidado a partir do acolhimento humanizado, respeito ao nome social e encaminhamento a atenção especializada no processo transexualizador (BRASIL, 2013). Nas entrevistas, verificou-se que as unidades da Atenção Primária foram utilizadas para alguns recursos visando o processo de modificações corporais, tais como realização de exames laboratoriais, aplicação de hormônios e solicitação de encaminhamentos para fins de hormonização, cirurgia de redesignação e outras intervenções cirúrgicas. Embora a liberação de medicamentos hormonais

(estrógenos, ciproterona ou testosterona) esteja prevista na Portaria do MS nº 2803/2013 (BRASIL, 2013) apenas para a modalidade ambulatorial de média complexidade, a falta de acesso às medicações hormonais pelas unidades de saúde da família foi relatada como uma barreira de acesso. Observou-se ainda a percepção de despreparo profissional frente às demandas por modificações corporais. As experiências em relação ao acolhimento relacionadas ao direito ao uso do nome social foram diversas.

Durante as entrevistas, foi perguntado diretamente aos entrevistados como se auto identificavam, sem sugerir qualquer termo em específico, embora tenha se relatado que a pesquisa se voltava para o público trans e travesti. Embora não tenha sido um objetivo direto da pesquisa entender o processo da construção identitária, optou-se por trazer aqui algumas falas por entender que as instituições de saúde muitas vezes podem agir como instâncias classificadoras e patologizar ou homogeneizar as vivências trans (BORBA, 2014). Em primeiro lugar, trago uma fala de Letícia, que aborda um pouco a ideia de transição:

*Letícia: Transicionar não significa tomar hormônio, significa que na sua cabeça você se identifica com outro gênero. Então esteticamente você não precisa ter nenhuma modificação, não necessariamente você precisa modificar seu corpo com processo de cirurgia ou alteração hormonal, não tem essa necessidade, é uma questão mesmo de você realmente se assumir dessa forma, então você pode ter um bigode, você pode ter barba e você se identificar como transgênero. Teoricamente é assim que funciona, tanto que na minha retificação de nome diz claramente na sentença que eu não preciso provar nada hormonalmente para eu ser do sexo feminino, isso está na minha sentença, então em juízo eu tenho essa proteção. Respondendo à sua pergunta eu só simplesmente me vi como mulher trans, cheguei lá e quis assumir isso para eles e eles foram super generosos e cuidadosos com isso em relação a estar ali naquele momento. Em relação à ajuda do SUS não nunca tive nenhuma ajuda. O Jorge [nome fictício do médico de família] meio fora, tentou me ajudar falando que tinha psicólogos que atendiam pessoas de graça, me lembro que a gente teve conversa sobre isso, mas não foi efetivo e nada através do SUS nem da clínica da família. Nunca me ajudaram em nada nem hormonalmente, nem tratamentos psicológicos, em relação à minha transição tá?*

A fala de Letícia aqui é pertinente para compreender que o processo de transição não necessariamente envolve modificações por meio de intervenções médicas, tampouco enquadradas em normas fixas de gênero feminino e masculino, para que uma pessoa seja compreendida como transgênero, mas aponta também para a falta de acesso às medicações e tratamento hormonal pela Atenção Primária, que podem ajudar neste processo de afirmação identitária. Nesta mesma crítica, Sexta relata sobre suas perspectivas em relação aos tipos de modificações que deseja neste momento de sua vida:

*Sexta: Uma coisa que eu acho que é muito única minha, que é difícil explicar pra pessoas cis, é que **minha vivência de gênero é uma vivência múltipla, ela tá relacionada à tudo em mim. Não só a coisas tradicionalmente ligadas à gênero, como roupas, a forma como você se porta, seu nome e etc. Eu ligo isso à uma multiplicidade de coisas. Então eu sempre falo que minha transição nunca vai acabar, porque a minha experiência gênero em si é a minha experiência de vida. Aliás, teve uma coisa muito prática e direta pra essa minha transição que foi bem recente, eu fiz uma vaquinha pra transição, mas aí veio a pandemia e eu não consegui fazer. Então veio aquela disforia e tudo mais, e aí meu amigo me ajudou a fazer essa vaquinha, que me ajudou a comprar coisas que me fizeram a me sentir mais eu e ter euforia de gênero. E uma coisa que eu tive que explicar muito pras pessoas, que começaram a duvidar que eu tava fazendo isso por causa da minha euforia e eu só queria tirar uma certa vantagem, foram os acessórios que eu comprei. Porque as pessoas não entendiam como eu podia relacionar acessórios ao meu gênero e até coisas femininas, porque as pessoas presumiram que eu ia comprar gravatas, ternos. E eu tive que explicar que eu vivencio meu gênero dessa forma, não como é a expectativa da sociedade. É uma vivência muito única sobre isso, então minha transição é constante.***

A experiência identitária ganha uma dimensão temporal, no que aqui Sexta chama de sua “vivência de gênero”. Foram observadas experiências bastante heterogêneas no que tange a experiência identitária dxs demais entrevistadxs, bem como o uso transitório de termos e classificações, influenciadas muitas vezes pela cidade de moradia, pelas relações com família, amigxs e igreja, ou mesmo nas interações com redes sociais via internet ou com instituições de saúde. A não presunção da forma como a pessoa quer expressar o seu gênero é trazida aqui por Sexta não como uma crítica direta aos profissionais da saúde, mas à sociedade como um todo, onde podemos traçar um paralelo com o pensamento de Butler e a ideia de gênero como algo performático e impermanente (BUTLER, 2010).

Estas designações transitórias e por vezes sugeridas pelo meio social, também foram experimentadas de formas diferentes pelxs entrevistadxs. Alguns relatam um atraso na autoidentificação por serem designados como *gays* ou homossexuais na infância e adolescência, no entanto estes termos nem sempre ganharam uma conotação negativa, como no caso de Larissa, que relata que sua identificação com o gênero feminino começou em sua cidade natal, no interior do Amazonas, referindo um acolhimento nas suas relações com amigas e família:

*Larissa: ...eu acho que eu posso usar o pseudônimo Larissa, que é como me chamavam desde pequena, lá na minha cidade pequena. Meu nome era Larissa. Lá, todo mundo me chamava de Larissa, porque eu tinha algumas amigas e tinha essa coisa de colocar nome de gente famosa. Tinha lá a Bárbara de... tipo, sobrenomes impactantes. As minhas amigas me chamavam de Larissa Kathryn Matarazzi. Todas elas tinham nomes pomposos. (...) Ah, eu devia ter uns 13, 14 anos, 15... A minha mãe, a minha família é super de*

*boa com isso. Meus vizinhos, todo mundo é. É tipo minha zona de conforto, entende? A minha família, todo mundo adorava as minhas amigas, as minhas amigas bichas, que eram travestis, bichas, nessa época a gente não tinha muito isso delimitado, né? Mas a gente era super afeminada, com unhas grandes, pintadas, super maquiagem e tudo, mas naquela época eu me identificava como bicha mesmo, ainda. Com todos esses códigos, esses signos e tudo, que nos colocavam nesse lugar feminino. E, hoje, quando eu penso nisso, eu acho superinteressante, super legal, que nessa época eu vivia de boas, super tranquila, e hoje já não é mais tanto assim. Aqui, mais ou menos, mas em Manaus era uma coisa, assim, super pesada.*

Já na experiência de Jade, a designação de homossexual na infância e adolescência não representou de fato uma autoidentificação, que apenas se firmou quando descobriu o termo transexualidade e os recursos para modificações corporais pela internet:

*Jade: Eu comecei a achar que eu era somente homossexual [aos 18 anos]. Mas aquilo não encaixava comigo, eu sempre gostei de rapazes héteros... Eu sempre gostei de rapazes héteros, não gostava de ficar com outros gays... Então, assim, eram vários detalhes que eu não me enquadrava no **homossexualismo**. Mas eu não tinha referências do que era... Sobre o transexualismo... Transexualidade, né?... **Eu não tinha referência sobre a transexualidade**. Então, assim, me vestir somente pra, assim, sair, essas coisas eu não fazia. Porque eu não queria aquilo só, não queria me vestir, no final de semana ou pra ir numa festa. Eu tinha amigas que faziam isso e hoje são trans... São transexuais. Mas eu não me identificava assim. Eu queria uma coisa do dia a dia, cotidiana. Me vestir de mulher e me manter como uma mulher na minha vida. Aí, só me vestir, pra poder sair, eu não fazia isso. Mas eu sempre tive essa vontade, e aí foi quando eu descobri os **hormônios na internet**.*

Hanauer e Hemmi (2019) demonstram como o processo de autoidentificação pode ser algo importante e decisivo na vida das pessoas trans, representando um marco que descreve a descoberta do não pertencimento à identidade de gênero conforme designada em seu nascimento. Helsinger (2019) vem apontando como essa experiência da descoberta inaugura um novo nascimento o que muitas vezes está ligada a uma fantasia de autoengendramento - colocando-se na origem de sua própria constituição. A ruptura com a ideia de origem /filiação provocaria um enorme desamparo em que a pessoa trans se vê confrontada com o medo de perder os vínculos – sobretudo familiares - e, muitas vezes há o risco de suicídio. O que vai modular os riscos, diz a autora, é justamente o quão de alianças o sujeito pode contar nesse processo de transição. Portanto, é fundamental tanto que os profissionais da saúde tenham dimensão do risco envolvido com a problemática trans como que se coloquem como rede de apoio a estes sujeitos.

Nesta pesquisa, verificou-se que o processo de autoidentificação inclui diferentes experiências relacionadas às nomenclaturas e redes de apoio. As experiências de Larissa e Jade demonstram essa diversidade, quando ambas em determinado momento de suas vidas foram designadas como *gays*, porém Larissa estava em um contexto de apoio e acolhimento em seu meio social, e Jade em um contexto de tentativa de “reparação” ou “correção” pela família e pela Igreja:

*Jade: Então, eu sempre morei em Nova Iguaçu. A minha mãe, na época com a minha mãe, com meu pai e com meu irmão. Aí eu só fui mesmo começar a fazer a transição com 29 anos. Depois de 29 anos eu comecei a minha transição. Foi um baque pra minha família, porque minha família é evangélica, enfim... No começo eles... Eu já tinha... Eu sempre tive esse jeito, desde criança sempre me achei menina. Mas aí eu fui pra escola, via a diferença entre meninos e meninas, aí aquilo me frustrou, eu não tinha informação, achava que era homossexual. Mas aí eu não me sentia bem... Tanto que, como a minha família é da igreja, eu tentei várias vezes entrar pra igreja pra largar "essa vida", entre aspas, né? Aí, só que nunca dava certo e eu nunca tava contente em ser rotulada como um homossexual...*

Ao mesmo tempo em que as modificações corporais não representam uma prerrogativa para a autodeterminação do gênero, elas são usadas como um recurso para uma *passabilidade cis*. Paulino, Machin e Pastor-Valero (2020) apontam em uma pesquisa etnográfica como este processo representa uma estratégia de sobrevivência em um meio social violento, mais do que uma mera reprodução de normas vigentes. Entendendo então a importância do acesso às tecnologias hormonais, verificou-se na fala dxs entrevistadxs que ele ocorreu também de maneira heterogênea, contando algumas vezes com ajuda parcial da unidade de saúde da família para o acesso à informação, como na experiência de Sexta com o grupo voltado à população trans e travesti, ou através de encaminhamentos às unidades especializadas. Além das redes de saúde, xs entrevistadxs relataram outras redes de apoio para orientação sobre a hormonização, como no caso de Jade que acessou às informações pela internet, ou neste relato de Nick:

*Nick: Então, por conta própria mesmo, se eu não me engano, foi 22 (vinte e dois) ou 23 (vinte e três) que eu comecei a usar, que foi até quando eu comecei a treinar, né? Que eu queria pegar corpo, porque eu sempre fui bem magrinha. Aí uma conhecida minha, que é enfermeira, falou “Nossa, eu tenho uma amiga trans que ela treina e uma vez por mês ela toma uma cartela de anticoncepcional batida na vitamina.”. Aí tá, eu comecei uma cartela uma vez por mês. Só que não adianta, né? A gente nunca vê como a gente tá e a gente sempre quer mais, quer mais. Aí eu comecei a tomar cartela, depois eu fui pra duas, depois eu fui pra três. Chegando a quatro cartelas uma vez por semana, toda semana, pra pegar corpo. Mas nisso, eu já tava imensa, já não tava nem mais com corpo, tava gorda. Só que eu não*

*percebia isso, né? Foi aonde em 2011 (dois mil e onze) eu tive a hepatite que, a princípio, era medicamentosa devido ao efeito dos hormônios, né?*

Aqui, Nick relata uma complicação relacionada ao uso de hormônios como parte de uma tentativa de acelerar o processo de modificação corporal. Não cabe aqui validar ou não o acesso às tecnologias de gênero exclusivamente pelas unidades de saúde, tendo em vista que não necessariamente ele está relacionado a um procedimento menos doloroso ou com menos complicações, como já apontado por Monteiro e Brigeiro (2019). Os autores apontam para algumas dificuldades de acesso de pessoas trans e travestis aos serviços de saúde, que nem sempre contemplam as demandas por modificações corporais, e verificam práticas informais compartilhadas nas redes de pares, como a autoadministração de hormônios, que não necessariamente está condicionada ao acompanhamento conjunto com um profissional de saúde, tendo em vista que, na percepção dxs usuárixs, estes retiram-lhe a autonomia sobre o processo.

Para acesso a este recurso pelo processo transexualizador, Monteiro e Brigeiro (2019) apontam algumas dificuldades como o tempo de espera, o predomínio da lógica binária de gênero e patologização da saúde como critério de acesso. Nesta pesquisa, a ausência de acesso à hormonização pela Atenção Primária foi associada a ausência de acesso às medicações, bem como a um despreparo profissional:

*Jade: Mas eu tô falando assim, na questão mesmo da hormonização eles não sabem o que fazer ainda. Eles não têm um... Eu senti isso. Que eles não sabiam muito fazer... Eles só fizeram o atendimento do que eu tava precisando, não perguntaram se eu fazia tratamento hormonal, se poderiam me indicar pra algum outro lugar, não fizeram isso... Me trataram muito bem, mas senti essa falta de me encaminhar, sabe? Perguntar, sabe? "Você faz o tratamento hormonal? Você faz o tratamento hormonal por conta própria?". Nunca perguntaram isso. **Eu acho que seria legal se eles tivessem mais essa preocupação de "ah, uma pessoa trans? Ah, vamos ver se ela faz o tratamento hormonal direitinho, se faz o tratamento normal por conta própria, se a pessoa sabe os riscos de fazer tratamento hormonal por conta própria, se a gente pode indicar pra um lugar que faça o tratamento hormonal..., né?***

*Jéssica: ... você sentiu que os profissionais ali tavam preparados pra poder te dar alguma orientação ou resolver o seu problema?*

*Nick: Não, não. Porque, na verdade, eles nem te orientam. **Eu acho que, de fato, eles nem tem esse preparo mesmo, entendeu? É igual você querer endócrino de plano de saúde? Tipo assim, não servem de nada! De fato, tem que ser um endócrino pronto pra você, pessoa trans. E é exatamente a Clínica da Família, entendeu? Eu acho que eles nem tentam se atualizar pra te falar, entendeu? Eu acho que eles pegam informação de Google, fala aquilo ali e tá tudo certo.***

*Sexta: Eu sabia que poderia me ajudar mais superficialmente. Como o médico mesmo falou, que não estava muito preparado, ele sabia só o superficial pra me tirar mesmo essas dúvidas. A outra pessoa também, que me tratou como eu queria, foi justamente procurando esse atendimento específico antes da pandemia, só que ela não sabia absolutamente nada disso, só falou que iria me transferir pro atendimento da UFRJ, se não me engano, que é onde fazem isso. Então lá teve uma coisa mais superficial que ele disse. Se não me engano, tem um acompanhamento hormonal lá, que ele não faz ainda porque tá ainda aprendendo. Mas em geral, foi uma coisa mais básica sobre isso e não tirou minhas dúvidas justamente dos detalhes sobre essas coisas.*

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), através da PNSILGBT dispõe em seu artigo 2º que objetiva “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” e em seu artigo 4º que compete ao Ministério da Saúde “elaborar protocolos clínicos acerca do uso de hormônios, implante de próteses de silicone para travestis e transexuais”. Em relação a prescrição médica, a portaria do Ministério da Saúde de nº 2803 de 2013 permite que pessoas trans e transexuais recebam hormonização para fins de modificações corporais a partir dos 18 anos, enquanto a resolução do Conselho Federal de Medicina de nº 2265 de 2019 reconhece os benefícios e possibilidade de hormonização cruzada a partir dos 16 anos de idade, pela atenção especializada (São Paulo, 2020). Nestas resoluções e portarias, não é esclarecido o papel do médico de família e comunidade na prescrição de medicamentos hormonais para a população trans e travesti, não havendo uma política para descentralização da prescrição hormonal pela Atenção Primária. No entanto, existem protocolos nacionais e internacionais voltados para os cuidados a esta população pela Atenção Primária, incluindo a prescrição hormonal. O Protocolo para o Atendimento de Pessoas Transexuais e Travestis no Município de São Paulo (SÃO PAULO, 2020) salienta que muitas pessoas já se apresentam ao serviço de saúde usando hormônios, muitas vezes de forma inapropriada, e que cabe ao serviço de Atenção Primária realizar o acolhimento orientando o uso de hormônios de forma mais apropriada sob a ótica da redução de danos, e encaminhar para o serviço de especialidade quando a equipe de saúde julgar necessária. Verificou-se nesta pesquisa que não ocorreu orientação específica sobre o processo de hormonização.

A experiência com os encaminhamentos também foi bastante heterogênea. Nick foi a única que obteve resposta em relação às demandas por modificações corporais, conseguindo através da unidade de Atenção Primária encaminhamentos para hormonização e para intervenções cirúrgicas, conforme mencionado no tópico anterior. No caso de Larissa, não

obteve qualquer resposta em relação a solicitação de encaminhamentos tanto para intervenção estética quanto para acompanhamento psicológico:

*Larissa: Sim, tem o caso também da... do SISREG. Do peito, do silicone. Que o médico da Fiocruz passou o encaminhamento, disse que eu tinha que entrar pelo SISREG, e que para isso eu tinha que ir na clínica da família. Cheguei lá na clínica da família, para fazer esse processo todo, e ninguém sabia fazer nada. O povo lá da frente, dos guichês lá, as atendentes não sabiam o que fazer com aquilo de forma alguma. Chamaram outra pessoa lá dentro, que não sabia também. E aí eu fiquei, assim, "mas e aí, o que a gente vai fazer?". Aí elas disseram que iam resolver e iam me chamar, e aí a mesma coisa: nunca me chamaram para nada. Acho que era para fazer o atendimento lá, né, com algum especialista, ou então o médico geral, não sei, para encaminhar para alguém, o psiquiatra, não sei... para encaminhar para o SISREG, normal, né. Mas isso não aconteceu.*

Embora não tenha sido encontrado um estudo específico que analise o impacto do sistema de regulação no âmbito específicos dos cuidados voltados à população trans e travesti, já existem algumas críticas relacionadas à gestão em diferentes âmbitos do SUS, demonstrando que estas falhas não são exclusivas a atenção a esta população. Pinto e colaboradores (2017a) apontam para alguns desafios no Sistema Nacional de Regulação (SISREG) no município do Rio de Janeiro, relacionados especialmente ao tempo de espera para agendamento para determinadas especialidades como oftalmologia, cardiologia, urologia, dentre outros. Uma das principais dificuldades mencionadas está relacionada à oferta de vagas, tendo sido verificado muitas vezes que ela é menor que a capacidade instalada nas unidades conveniadas ao SUS. No Rio de Janeiro, o encaminhamento para o processo transexualizador era realizado via SISREG até 2019, tendo este fluxo sido transferido para o Sistema Estadual de Regulação (SER) desde então. Embora a Atenção Primária seja considerada a porta de entrada do SUS e o caminho formal para a realização dos encaminhamentos, grande parte dxs entrevistadxs conseguiram inserção em uma unidade especializada para acesso às tecnologias de gênero por meios próprios:

*Jade: ... ao Pedro Ernesto foi através de... Eu tava num... Numa mercearia aqui na rua da minha tia, perto de casa também, e um moço tava comentando sobre... Que ele trabalhava lá, no Pedro Ernesto... E ele sabia que tinha cirurgias, que muitas trans faziam as cirurgias... E aí ele foi e falou com a moça do bar, a moça da mercearia foi e me falou, e eu corri atrás.*

*Jéssica: Ah, tá, não foi no encaminhamento pela clínica da família então.*

*Jade: Não. E aí a Fiocruz eu conheci através da Larissa, que ela falou "Jade, tá tendo um ônibus itinerante que tá retificando o nome lá na Fiocruz, vai lá". Eu falei "tá, Larissa, eu vou", aí fui eu e uma amiga minha*

*que mora em Mesquita, na Baixada também, e nós fomos e participamos do processo todo, foi rápido que o juiz deu a sentença, foi muito rápido... E aí conseguimos a sentença e fomos correr atrás da retificação. Eu só não consegui retificar ainda a carteira de trabalho porque também começou a pandemia e aí... É um processo... Pra retificar, eu tinha que... É um processo, primeiro você retifica a identidade, depois o título, depois o CPF, depois a carteira de trabalho. (...) Eu não sei como é que se fala... **Era um projeto... Que tinha... Que muitas mulheres trans tinham conseguido da hormonioterapia.** Só que quando eu fui lá, na época, pra retificar o nome, já tinha fechado. Igual o da redesignação. Já tava fechada a fila. E não tinha proximidade de abrir. E lá também. Aí, o que que aconteceu? Pra gente... **Eu achei uma atitude legal deles também: pra gente poder retificar nome, a gente tinha que fazer exame de HIV, essas coisas. Se desse positivo, já ficava lá por causa do tratamento.** Então achei muito legal isso. E depois eu também fui lá pra fazer... **Que eu gosto de fazer exames a cada período, né? Pra ver se tá tudo ok. E lá eu sempre fui bem atendida, eles sempre fizeram, graças a deus deu tudo certo. Aí eles fizeram esse, esse jogo... Porque quem já... Eu conheci meninas que descobriram que estavam infectadas e fazem o tratamento lá até hoje. E tão bem de saúde, graças a deus, não tão... Tão fazendo o tratamento direitinho...***

Hanauer e Hemmi (2019) analisam os itinerários terapêuticos de pessoas trans para o acesso às tecnologias de gênero, verificando que as redes de cuidado em saúde tanto no processo de identificar-se como transexual quanto na adoção de medidas que possam tomar em relação às modificações corporais perpassam as instituições de saúde, podendo envolver família, amigos, relações interpessoais ou conteúdo midiático. Tais relações podem representar ora um apoio à sua condição, ora uma rejeição (HANAUER; HEMMI, 2019). Como na fala de Jade, algunsxs entrevistadxs relataram o apoio de amigas para o acesso à informação sobre hormonização, processo de retificação do nome e acesso ao sistema de saúde, bem como relatam uma troca com outras pessoas trans e profissionais de saúde como retribuição a esta troca. Em algumas situações, como nos relatos de Jade, Nick, Letícia e Milena, o apoio familiar foi determinante para realizar o processo de modificações corporais no próprio lar ou condicioná-lo à sua saída deste meio:

*Milena: **Eu, quando eu me assumi, quando eu, eu sempre fui trans, eu nasci assim, assim como você nasceu uma mulher cis. Então a partir do momento que eu me descobri trans, eu não pude fazer a transição dentro da minha casa, senão meus pais também me expulsariam.** Eles não aceitavam eu de mulher dentro de casa, então o que é que eu fazia, eu me montava, eu me arrumava e saía na casa de amigas, então o meu processo de transição, ele foi mais demorado, eu tenho 38, eu vim botar peito com 27 anos, por que na casa dos meus pais, eles não aceitavam. E ela deixava claro isso para mim: aqui de mulher você não fica. Há 20 anos atrás, eu tinha esse cenário, da marginalidade, da prostituição, me esperando. Eu tinha esse cenário da violência, muito perigoso, e eu sempre fui uma pessoa muito medrosa. Então eu não tinha peito para encarar aquilo. **E durante muito tempo eu me matei,***

*fiquei dentro da casa dos meus pais, sendo uma pessoa que eu não era, não que eu ficasse falando grosso, mas assim, eu não podia ser quem eu sou, ter as minhas vaidades, acordar com a minha camisola, superamos, viramos a página, mas assim, foi um processo, eu saí, tive que morar com amigo, voltei, o meu pai adoeceu, na doença, a gente se reencontrou. E aí a gente ficou amigos, na verdade, não éramos inimigos, mas se afastou. Ele faleceu, acredito que com muito remorso, porque quando cheguei para visitá-lo, ele chorou muito. Então assim, é e não é, você entende que assim, eu paguei um preço para não ter que ir cedo para a rua. Eu tinha meu trabalho, que eu tinha medo de botar meu peito e ser mandada embora. Eu tinha um grupo que falava pensa bem, eu tinha um grupo que falava vai ser feliz. E dentro de casa, não podia levar esse tema. Então assim, todas as atitudes que a gente faz no nosso corpo, são vocês que decidem. Isso é cruel, porque assim, eu querer ser feliz e depender de você me aprovar, por que chegar uma babá, mulher cis na sua casa para cuidar do seu filho, é uma coisa, chegar uma trans é outra.*

Milena reitera que as modificações corporais não foram uma condição para considerar-se trans, mas que as condições de aceitabilidade em seu meio familiar não lhe permitiram uma vivência trans em sua completude. Leticia, por sua vez, foi expulsa de casa ao relatar sua orientação sexual para o seu pai quando tinha apenas 16 anos, na época em que ainda se identificava como homem gay. Se por um lado, não recebem apoio no seio familiar durante a sua vivência identitária, por outro, continuam recebendo experiências de negação da sua autoidentificação no ambiente de saúde da família ao buscar recursos para fins de modificação corporal, como nesta fala de Larissa:

*Larissa: ... Eu lembro que eu fui fazer esse cadastro e eu fui também atendida, mas não lembro se foi no mesmo dia. Porque, lá da Fiocruz, **eu tinha um exame para fazer de hormonioterapia** que não estava dando para fazer, daí eu fui fazer lá. **Aí nisso eu tive um problema, nessa coisa do cadastro.** (...) E aí, no atendimento mesmo em que eu fui, a enfermeira me tratou super bem. Mas, aí eu fui na recepção, passaram no sistema e tudo, e aí eu fui esperar lá, né. **Aí eu fui fazer o exame** e a moça falou assim, pediu para as pessoas que iam ser atendidas para entregar o documento de que ia ser atendido mais a identidade. **Sendo que eu não tinha um documento retificado, né, e aí eu tive que entregar o RG com o nome morto, mas antes eu perguntei da moça se eu podia entregar minha carteirinha e ela disse que não.** (...) Aí eu... eu... porque eu fui lá vários dias, **para aplicar hormônio e tudo... sim, mas aí quando ela me chamou, ela chamou pelo nome morto.** Ela não lembrava. Eu deixei avisado, mas ela não lembrava. Apesar de no sistema da carteirinha do SUS ter o nome social, eles não pegam pelo sistema. Lá, na hora de chamar para fazer o exame, é esse sistema de pegar a identidade da pessoa, aí não tem como. **E aí ela chamou pelo nome que estava lá, eu fingi que não ouvi, fiquei ainda 5 ou 6 minutos esperando, uma pessoa foi na minha frente. Aí eu fui falar lá com ela, e de novo passar pelo constrangimento, né, falar, dizer.** Às vezes a pessoa vai achar que não é nem um problema, não se coloca no lugar, não tem empatia, acha que é exagero – mas não foi o caso dela, ela pediu desculpas e tudo e aí me colocou lá para dentro. **Mas aí é um constrangimento, porque as pessoas perceberam e estava cheio de gente lá,***

*né. Mas eu já sou uma pessoa que estou vivida nisso, já sei que vou passar por essas coisas e tudo, já sou macaca velha. Mas tem muitas meninas que não vão nem no sistema por causa disso, já se abalam logo e não vai mais.*

Podemos entender as experiências no meio social e nas unidades de saúde como uma negação à existência dos corpos trans - quando Milena relata que, ao conviver com seus pais, por muito tempo “se matou” por não conseguir expressar no corpo as mudanças almejadas, e quando Larissa relata que, ao buscar uma unidade de saúde da família para aplicar hormônio foi chamada pelo seu “nome morto” e não pelo qual escolheu e reinventa a sua nova identidade. São corpos que se reconstroem, que não cabem nas nomeações e delimitações propostas pela normatividade, e por isso desviantes, ou como Butler nomeia, abjetos (SILVA; ALVIM, 2020).

Entendendo que o controle normativo nas vivências trans pode ser exercido por diversas instâncias e sob diferentes formas, optou-se por descrever em tópico específico as diferentes experiências de violência, mas também de acolhimento dxs entrevistadxs, encontradas tanto no ambiente da saúde da família quanto em outros contextos de sociabilidade.

#### 4.4 ACOLHIMENTO E VIOLÊNCIA

Ao relatar suas experiências de acesso com as unidades de saúde da família, xs entrevistadxs relataram não somente suas relações com os profissionais da Atenção Primária, mas também familiares, relacionadas ao meio escolar, de trabalho, amizade, comunidade, e com redes voltadas ao público trans e travesti. Tais relações lhes conferiram muitas vezes uma rede de apoio ou de limitação à possibilidade da vivência identitária, esta última com diferentes níveis de gravidade. Entendendo a relevância da invisibilidade contra a população trans e travesti, inclusive em situações de violência extrema (BENEVIDES; NOGUEIRA, 2020), foi perguntado diretamente axs participantes se vivenciaram alguma situação de transfobia na Atenção Primária, tendo surgido experiências de violência na relação com profissionais nas unidades de saúde da família, mas também ao longo da vida em outros contextos.

Entendendo que a violência permeia a vida de pessoas trans e travestis ao longo de sua trajetória, é preciso conceituá-la e compreender seus atores. Minayo (2007) ressalta para a dificuldade em se estabelecer uma conceituação precisa sobre a violência, entendendo-a como um fenômeno complexo e multicausal. Frequentemente confundida com agressividade – esta, um impulso nato necessário à sobrevivência-, a violência é um fato humano e social, que consiste no uso da força, do poder e de privilégios para dominar, submeter e provocar danos a outros (indivíduos, grupos e coletividades), além de ser histórica e poder apresentar formas peculiares em diferentes sociedades (MINAYO, 2007). Há formas de violência que persistem no tempo e

se estendem por diversas sociedades, podendo muitas vezes serem naturalizadas, tais quais a violência de gênero e as diferentes formas de discriminação de raças. Apesar de histórica, a violência tem solução quando analisada junto com as modalidades mais sutis, escondidas e simbólicas, para ampla discussão nos diferentes segmentos sociais para a promoção de ações no campo da gestão pública.

Além da violência por acidentes violentos, existem violências que geram sérias consequências para a vida pessoal e social, tais como: violência criminal (por meio de agressão), violência estrutural (a qual *“diz respeito às mais diferentes formas de manutenção das desigualdades sociais, culturais, de gênero, etárias e étnicas”*), violência institucional (*“que se realiza dentro das instituições, sobretudo por meio de suas regras, normas de funcionamento e relações burocráticas e políticas, reproduzindo as estruturas sociais injustas”*), violência interpessoal (quando a interação produz danos morais, psicológicos ou físicos), violência intrafamiliar (muitas vezes associado a violência doméstica, ambos dizem respeito aos conflitos familiares transformados em intolerância, abusos e opressão), violência autoinfligida (os suicídios, as tentativas, as ideações de se matar e as automutilações) e violência cultural (*“que se expressa por meio de valores, crenças e práticas, de tal modo repetidos e reproduzidos que se tornam naturalizados”*). A violência cultural se apresenta inicialmente sob a forma de discriminações e preconceitos que se transformam em verdadeiros mitos, prejudicando, oprimindo ou às vezes até eliminando os diferentes. Nela se inclui o que chamamos de grupos vulneráveis e se destacam três tipos específicos: violência cultural de gênero, racial e contra pessoa diferente (MINAYO, 2007).

No campo das violências de gênero, a transfobia tem sido discutida como uma forma específica de exclusão e violência contra as pessoas que constroem suas expressões sexual e de gênero diferente da cis heteronormatividade (PERES; TOLEDO, 2011). Nos anos 1990, o *Queer* ganhou força enquanto movimento político e teórico dentro do campo das identidades sexuais, de gênero e das diversidades por orientação sexual, como políticas de ação de grupos de pessoas que divergiam das normativas da heterossexualidade (PERES; TOLEDO, 2011). Embora alguns autores utilizem o termo homofobia de forma universal para se referirem à homofobia, lesbofobia e transfobia como a mesma categoria de violência, ele não representa as especificidades das experiências das pessoas transgêneras (SOARES, 2018). A vida de todas as pessoas dissidentes das normativas heterossexuais de gênero é atravessada por processos de estigmatização, que, em última análise, gera desigualdade social na medida em que faz com que alguns grupos sejam desvalorizados e outros sintam-se superiores (PERES; TOLEDO, 2011). No caso específico das travestis, dos transsexuais e dos transgêneros, essa desigualdade

está presente em todas as etapas de vida e podem ser observadas logo nas primeiras experiências vividas de discriminação, estigmatização, violência e exclusão, que não se restringem ao ambiente familiar, outrossim se estendem a diversos espaços de sociabilidade e que dificultam a inserção no mercado de trabalho formal. Em relação às travestis, estas são empurradas para a marginalidade e muitas vezes recorrem à prostituição para sobreviver, mas que no imaginário coletivo, naturaliza a associação destas com a prostituição (PERES; TOLEDO, 2011). Desta forma, é necessário um olhar especial à população trans e travesti devido a um cruzamento entre as questões sociais, econômicas e étnico-raciais, onde existe uma grande probabilidade de que fiquem mais expostas, aumentando suas vulnerabilidades (SOARES, 2018).

Apesar de não ter sido utilizado nesta pesquisa um instrumento específico para mensurar a qualidade do acolhimento oferecido pelos profissionais da Atenção Primária, pudemos perceber a partir da análise dos relatos dxs entrevistadxs que grande parte da insatisfação em relação ao serviço estava atrelada ao desrespeito ao uso do nome social ou retificado pelos profissionais da saúde e pela sua não-adoção no sistema, tais como prontuário e formulários como receitas, exames e guias de encaminhamento. Sexta define claramente o desrespeito ao uso do nome social como uma situação de transfobia:

*Sexta: ... falando especificamente como é o tratamento de pessoas trans, nunca teve nenhum... eu vejo que tem absolutamente zero preparo né, porque não tem essa coisa básica de perguntar o seu nome. Ainda que são pessoas que são vizinhas a mim, são pessoas que me conhecem desde pequena e não precisam perguntar o meu nome, elas usam meu nome civil né? E quando eu fui mudar meu nome e agora elas veem meu nome social elas ficam "ué?", alguma coisa assim né. E mesmo olhando meu nome social, elas continuam me chamando pelo meu nome civil, elas não perguntam pelos meus pronomes, etc. Enfim, acho que tiveram duas pessoas que se mostraram preparadas pra atender pessoas trans, de perguntar os pronomes e nome que eu preferia. Mas assim, eu sou atendida lá já faz mais de dez anos e só duas pessoas estavam preparadas pra isso. Então, no geral, é muito bom, mas tem essa parte ainda de... isso já é uma dificuldade no meu dia a dia né, mas pessoas que estão ali literalmente pela saúde das outras pessoas deveriam estar duplamente preparadas pra essas coisas. Mas não tem esse certo preparo, etc."*

*Jéssica: Você chegou a sentir que você sentiu transfobia nesse ambiente, nessa unidade de saúde?*

*Sexta: Assim, só essa suposição de gênero pra mim já é uma grande violência. Mas uma coisa que foi mais direta foi sobre essa pessoa que me questionou sobre meu nome, colocou Deus na conversa, acho que foi a forma mais direta de transfobia que eu sofri lá.*

O direito ao uso do nome social é respaldado pelo artigo 4º da portaria do Ministério da Saúde de nº 1820 de 2009 (BRASIL, 2009), que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários

da saúde. Essa temática é abordada em diversos estudos que tratam de problemas enfrentados por pessoas trans e travestis no sistema de saúde, atentando que viabilizar o uso do nome social tanto oral quanto nos documentos e prontuários, é viabilizar o caminho para se concretizar a atenção integral em saúde (SILVA *et al.*, 2017).

Considerando a Atenção Primária como porta de entrada ao sistema de saúde, é evidente a importância deste nível de atenção, que tem a integralidade como cotidiano de trabalho, mas onde também ocorrem ações humanas passíveis de gerar conflitos. Xs entrevistadxs trouxeram na relação com as diversas categorias profissionais da saúde da família a questão do despreparo para o uso do nome social e do nome retificado, bem como o uso de pronomes inadequados à autoidentificação de gênero. Dentre os diversos fatores que poderiam promover conflitos, Sexta traz aqui a relação com uma profissional que o conheceu em outras fases da vida, reiterando a manutenção de uma identidade anterior à sua autodeterminação, neste caso sob justificativas de cunho religioso. Entendendo que os profissionais da saúde da família trabalham também com a longitudinalidade do cuidado, isto é, “a assunção de responsabilidade longitudinal pelo usuário com continuidade da relação equipe/usuário ao longo da vida, independentemente da ausência ou da presença de doença” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p.503), e considerando também as experiências identitárias como performances não-fixas, passíveis de transformação ao longo do tempo, é preciso entender as relações destes profissionais com as modificações vividas pelxs usuárixs trans ao longo da vivência identitária.

É possível fazer uma associação desta tensão com os limites colocados pelo sistema heteronormativo, que aqui se mescla entre instituição de saúde e instituição religiosa, muitas vezes não permitindo espaço para novas possibilidades de escolha de gênero. Ao mesmo tempo, “há aqueles para os quais a norma causa estranheza, que a norma em sua dimensão de engessamento não impede a busca por novas possibilidades, por transformação, transgressão, atualização do que está instituído, sedimentado” (SILVA; ALVIM, 2020, p.6), que de certa forma resistirão a esta norma. É preciso atentar, como trazido pelxs próprixs entrevistadxs, que nem todas as pessoas trans e travestis terão resiliência e seguir o acompanhamento nas unidades de saúde se estas instituições reproduzirem discursos normativos ou não possibilitarem a vivência identitária.

Nos relatos aqui compartilhados, embora estejam expostas as relações interpessoais entre xs entrevistadxs usuárixs do SUS e os profissionais de saúde da família, entende-se que os esforços para o combate à transfobia exigem uma discussão ampla da gênese destas vulnerabilidades e da participação do Estado na superação delas, como a garantia de direitos e proteção social. Para tanto, é necessário, mais uma vez, dar visibilidade à população trans e

travesti como sujeitos vulneráveis, que necessitam ter fortalecidas suas funções protetivas. O conceito de vulnerabilidade ganhou destaque no campo da saúde coletiva, em especial no contexto da pandemia de HIV/Aids na década de 80, quando os estudos sobre vulnerabilidade emergem questionando as abordagens de risco e o cuidado em saúde. Embora, naquele contexto, tenha-se propagado a noção de “comportamento de risco” (que apenas serviu para transferir a responsabilidade do estado de saúde sobre os indivíduos e camuflar a estigmatização e a intolerância aos grupos considerados de risco), diversos autores trouxeram uma perspectiva mais complexa da vulnerabilidade, dentre elas a “chance de exposição das pessoas ao adoecimento, decorrente de um conjunto de componentes individuais, sociais e programáticos, bem como a maior ou menor disponibilidade de recursos protetivos a essas situações” (DIMENSTEIN; CIRILO NETO, 2020, p.5). Tal noção é importante ao pensarmos nos cuidados em saúde da população trans e travesti, exposta a múltiplas vulnerabilidades, a partir de políticas públicas e institucionais. O que vemos na perspectiva de vulnerabilidade e assistência social no Brasil, ainda é um modelo centrado na família, que acarreta maiores dificuldades do exercício protetivo e exacerba desigualdades de gênero (DO CARMO; GUIZARDI, 2018). Na perspectiva das políticas públicas, como mencionado com a PNSILGBT de 2011, no entanto é necessária ainda a sensibilização de gestores para colocar em prática um cuidado mais humanizado.

*Larissa: ... lá, eles sempre me atenderam com bastante educação e tudo. A gente percebe que algumas pessoas têm, sim, uma dificuldade de como tratar a gente, mas a gente vê que elas se esforçam. Algumas, né. Outras, não. Às vezes a pessoa peca por falta de conhecimento mesmo. Tem pessoas que é maldade, mas tem pessoas que pecam mesmo pela falta de conhecimento. E eu consigo reconhecer isso nas pessoas quando eu percebo, né. Então, aí a gente sempre tem que ficar ensinando, mas é isso, né, vamos lá! Porque muitas dessas pessoas também são trabalhadoras, vêm de lugares periféricos, de uma educação não muito lá essas coisas, e não se discute muito isso por aí, né. Então, a primeira vez que eu fui lá, elas me trataram no masculino, mesmo elas sabendo que tinha, que podia colocar o nome social e tudo, mesmo assim elas ficavam nessa dubiedade, entendeu? Às vezes masculino, às vezes feminino, me deixava muito... não confusa, me deixou um pouco triste sim. Isso foi quando eu fui me inscrever, quando comecei a morar lá e fui levar comprovante de residência, essas coisas. Então, aconteceu isso.*

Através da fala de Larissa é possível desdobrar também a questão da vulnerabilidade dos próprios profissionais da estratégia de saúde da família, em especial da categoria dos agentes comunitários de saúde, muitas vezes moradores de regiões habitacionais precárias ou de favelas, negros ou pardos, também oriundos de classe social menos favorecida. Embora não

tenha sido uma pauta de estudo nesta pesquisa, compreender o perfil social desta categoria profissional poderia ajudar a compreender também as vulnerabilidades as quais estas pessoas estão expostas e a pensar em ações programáticas que podem auxiliar no cuidado e na qualificação destes profissionais.

A respeito da qualificação profissional no ambiente da saúde da família, é sabido que a Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma política instituída pelo Ministério da Saúde por meio das Portarias nº 198/2004 (BRASIL, 2004) e nº 1.996/2007 (BRASIL, 2007) com o objetivo de qualificar e transformar a prática dos profissionais inseridos nos serviços públicos de saúde, com base nas necessidades e dificuldades encontradas no sistema. A Atenção Primária é de particular interesse para consolidação da EPS na construção de vínculo entre equipe e usuários (FERREIRA *et al.*, 2019), ademais, a EPS faz parte do Plano Operativo para implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (PNSILGBT) como estratégia para o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na população LGBT (POPADIUK; OLIVEIRA; SIGNORELLI, 2017). Alguns estudos que analisam implementação da PNSILGBT confirmam que lacunas de formação/ capacitação específica para abordam de pessoas LGBT, sobretudo na academia e na Atenção Primária, alertando para a necessidade de modificação dos currículos nos cursos de saúde (SILVA *et al.*, 2020a).

Verificando as dificuldades na adesão ao uso do nome social nas unidades de saúde da família, grande parte dxs entrevistadxs trouxeram a retificação do nome e gênero no documento de identificação como um fator de proteção:

*Jade: Então, assim... Às vezes dá um certo receio. Eu tinha mais receio quando eu não era retificada. Hoje em dia eu já não tenho tanto receio. Porque eu chego: "Jade", "Jade", acabou. Mesmo se eles percebem que eu sou uma mulher trans... Mas também... Hoje em dia eu não ligo muito não (...)*  
***Eu só não gosto, por exemplo, assim, se a pessoa for me destratar por causa disso. Me tratar mal... Em qualquer lugar. Mas eu só ficava muito receosa quando eu não era retificada. Hoje em dia eu vou... Mais segura porque tá ali, Jade, Jade, não vai ter como ninguém bater de frente ou ficar me olhando de maneira... Enfim. (...) Em todos os lugares era muito complicado, porque as pessoas ficam me olhando com uma cara assustada. Eu não sabia...***  
***Aí... Por exemplo, me tratavam no feminino. "Senhora", não sei o que, "a senhora poderia me dar a sua identidade?". Dava a identidade. Aí o que que acontecia quando eu dava a identidade? Começavam a me tratar no masculino.***

*Nick: Então, não se falava nem nome social em 2014 (dois mil e quatorze). É, tipo assim, você que lute, é teu nome de nascença e você vai ter que engolir, né?*

*Jéssica: Uhum. Você sentiu que não... naquele momento não foi respeitado o teu nome social...*

*Nick: Não foi nem perguntado... Não, assim... é uma coisa óbvia, né? Então quando eu conversei com ela, eu falei “Meu nome é NICK.” né? **Mas quando você dá os dados, você é obrigado a botar o teu nome biológico ali, né?... Teu nome que tá na identidade. Mas não foi perguntado como você quer ser chamado e tal, entendeu?** Tanto que eu lembro que já houve uma vez de eu ser atendida e aparecer bem escrachadão lá o meu nome no letreiro, né? Então... Aí isso eu mudei... **mudaram o agente da minha rua, um agente homem, pra variar, né? E, tipo assim, a mesma coisa que nada, bem aquele homem hétero na bolha dele, heterossexual de antigamente.** Então quando eu retifiquei o nome, eu fiz questão de ir lá com a certidão de nascimento, esfregar na cara dele e falar “Olha, muda aí, agora é NICK, você vai ter que engolir!”*

A grande maioria dxs entrevistadxs relataram a obrigatoriedade de se apresentar documento com registro civil para identificação nas unidades de saúde da família, mesmo tendo outro tipo de documento com referência ao nome social, o que por vezes gerou conflito na comunicação com os profissionais devido a confusão do uso de pronomes de tratamento e resistência ao uso do nome social pelos mesmos. Muitxs relataram que a retificação do nome acabou sendo um fator de proteção para evitar tais situações de constrangimento, além de terem trazido dúvidas sobre o processo de retificação como uma demanda em saúde, como no relato de Sexta em tópico anterior. O processo de retificação do nome também foi trazido como algo burocrático e por vezes fora da realidade financeira de grande parte da população trans e travesti ao longo dos anos. Antes do julgamento ADI 4.275, todas as pessoas transexuais precisavam judicializar suas demandas de retificação de dados, sem haver um critério legal para deferimento ou indeferimento da demanda (SOUSA, 2019). As resoluções dos casos dependiam, em grande parte, da exigência de cirurgia transexualizadora ou laudo médico indicando que a pessoa transexual era portadora de uma patologia, verificando-se a reprodução de ideais normativos também no campo do direito (SOUSA, 2019). No relato dxs participantes, verificou-se que a presença do Programa da Justiça Itinerante, vinculado à Fiocruz, auxiliou na desburocratização do processo de retificação do nome e na participação de programas de pesquisa voltados à população trans e travesti, demonstrando que ações institucionais podem ser violentas e gerar um impacto negativo na vida dxs usuárixs do sistema de saúde.

Mesmo com nome e gênero retificado, algumxs participantes permaneceram com problemas em relação à identificação em formulários como receitas e exames, além de alteração no cadastro do prontuário eletrônico:

*Letícia: Eu sou travesti transsexual, transgênero na verdade, e assim que comecei minha transição, que foi próximo também, que eu decidi fazer minha*

*transição hormonal e fazer a retificação de nome, é, eu, bom, eu fiz minha alteração de nome né? Lá no posto de saúde do \*\*\*\*\* [bairro], e até hoje uma coisa que me incomoda muito que eles não tiraram, porque assim, existem duas coisas, o nome social e o nome, e aí eu posso me identificar só com o nome social e não ter retificado meu nome ou posso retificar meu nome e o meu nome antigo não precisa mais falar, tem que mudar o meu nome normal, de registro, porque foi exatamente isso que eu mudei, **eu não tenho mais nome social, a minha retificação de nome é um novo nome. E eles não mudam, já tentei fazer isso várias vezes, várias vezes, então eu acho que o sistema está sempre fora do ar, eu tenho essas complicações burocráticas em relação a esse posto do \*\*\*\*\* [bairro], isso me incomoda muito porque assim, né? Eu tive um processo burocrático muito longo para fazer tudo isso então, eu corri atrás de muita coisa, esperei um tanto de tempo, justamente porque eu não gostaria mais de ver o meu nome ali e eles não mudam isso sabe, isso me incomoda de várias formas, inclusive minha receita de HIV que veio, a última, veio lá Marcelo [nome fictício] e eu falei ‘não, não é isso’, ela ‘Ah’, eu falei ‘Você poderia mudar, eu estou aqui com minha identidade’, ela ‘Ah o sistema tá fora do ar’, nunca consigo, nunca consigo e aí já tô tipo aí tá tudo certo, não vou ficar criando problema com isso.’***

*Pesquisadora: “A receita sua da TARV impressa com nome social e que não é mais nome social é nome retificado, mas com nome anterior de nascimento. Você dá o nome retificado e eles falaram que era um problema do sistema?”*

*Letícia: “Falaram que o sistema tava fora do ar, não poderia fazer a alteração naquele momento, para eu voltar a tentar outro momento. Já tentei várias vezes, está sempre fora do ar, então não tem muito mais o que fazer. **É muito chato isso, eles ainda botam em negrito, o NOME CIVIL, é em negrito assim PÁ, tipo, então para que que serve o nome social, né? Até para as pessoas que não são retificadas, porque se é um nome social precisa tá impresso? Não né? Um pouco indelicado.***

O sistema de prontuário eletrônico no Rio de Janeiro sofreu diversas modificações ao longo dos últimos anos, não tendo sido identificado nestas entrevistas qual sistema foi utilizado naquele contato pois o enfoque se deu na relação com os profissionais. No entanto, foi verificado em algumas falas que o sistema de informação representou um entrave para a utilização do nome social e do nome retificado, sendo essa dificuldade algumas vezes associada ao próprio sistema, e em outras como barreira ligada à relação com o profissional no momento de realização do cadastro. Atualmente, o sistema utilizado em grande parte do município do Rio de Janeiro é o E-SUS Atenção Básica, que inclui em seu formulário a inclusão dos campos de identidade de gênero e nome social. Além do prontuário eletrônico, é realizado um cadastro no sistema de Cadastramento de Usuários do Sistema Único de Saúde (CADSUS/ CABWEB), onde ficarão registrados dados pessoais dos usuárixs, tais como nome civil, nome social, data de nascimento, território de nascimento e de moradia atual, raça/etnia, contato, ocupação, escolaridade, dentre outros. Alguns dados pessoais contidos nestes sistemas de informação serão reproduzidos em formulários como receituários, solicitação de exames, atestados e

encaminhamentos pelo Sistema Nacional de Regulação (SISREG), ferramenta utilizada na Atenção Primária para coordenação do cuidado para outras redes de atenção.

Uma questão problematizada é a de encaminhamentos de pessoas trans às especialidades de acordo com seu gênero de nascimento. No caso de homens trans que, por exemplo, necessitem de consulta com ginecologista e que tenham seu gênero retificado no sistema para o masculino, tem seu agendamento bloqueado uma vez que ele é limitado ao gênero feminino. A questão trazida por Letícia sobre os formulários é pertinente na prática da saúde da família uma vez que ela reproduz a violência institucional e não garante as suas necessidades específicas em saúde de acordo com seu sexo biológico.

Apesar de alguns entraves relacionados especialmente ao uso do nome social ou do nome retificado, que foram percebidos em situações diversas como violência, despreparo profissional ou mesmo falha do sistema, foram relatadas algumas experiências positivas no acolhimento:

*Milena: Como é que eu descobri, deixa eu lembrar aqui, como eu fui parar lá. Então, a agente comunitária foi na minha mãe, e aí ela pegou, fez o nosso cadastro, e aí eu senti que ela estava um pouquinho mais carinhosa comigo assim, você quer que eu bote outro nome, aí eu falei: não, eu já tenho o meu nome, não sei o que e tudo mais.*

*Sexta: Um pouco antes da pandemia eu ia começar esse acompanhamento em específico [hormonização], mas por causa da pandemia eu fiquei com medo de ir em hospitais. Mas agora eu voltei com isso e o médico que me atendeu foi uma das pessoas que eu disse que teve a sensibilidade de me tratar, perguntar meus pronomes e com ele foi muito confortável. Ele perguntou até sobre pronomes neutros, que ninguém nunca tinha me perguntado, foi totalmente compreensivo e disse que ainda tava aprendendo sobre isso. Ele também disse que eu era a primeira pessoa não binária que ele tinha atendido, que tinha atendido poucas pessoas trans, mas eram homens ou mulheres, e foi exatamente por isso que ele falou do pronome neutro. E mesmo assim, ele já tinha essa sensibilidade.*

*Letícia: Nós trocamos contato como te falei no início da conversa, foi interesse dele [médico de família]. No sentido de querer ajudar outras pessoas trans e travestis. Ele fez algumas perguntas e pesquisas comigo tipo 'Lê isso aqui tá certo? Isso aqui tá errado?' Ele mandou que a galera estava com dúvida sobre as questões de gênero, no cadastramento de pessoas. Qual é o gênero dessa pessoa? Tinham muitas coisas que a galera do atendimento não sabia. Ele falou 'Lê o que que é Queer?' Eu explico para ele olha Queer não deveria nem tá aí, ninguém pode ser gênero Queer, Queer é uma teoria que questiona a normatividade da sociedade, não é um gênero. Existe essa relação com ele que é ótima. A gente se dá muito bem, ele me ajuda muito. Meu namorado também se viu soropositivo no meio de uma pandemia, então o Jorge [fictício] ajudou muito a ver, o Jorge olhou o exame dele e falou logo*

*logo você vai ficar indetectável e intransmissível, essa relação ajudou muito a gente a ficar mais calmos e a seguir com mais segurança.*

A demonstração de interesse e empatia foram fatores trazidas pelxs entrevistadxs que ajudaram a estabelecer vínculo e confiança mútua na relação com os profissionais da saúde. Scholze e colaboradores (2009) em uma reflexão sobre o acolhimento na Atenção Primária, identificam afeto, empatia e alteridade como maneiras adequadas de atuar no acolhimento, com foco em especial na alteridade, como exercício da observação participante, assumindo um distanciamento da realidade do outro, mas adotando o seu ponto de vista e buscando experimentar a realidade cultural alheia, reconhecendo-o não como objeto, mas como sujeito relacional em suas singularidades.

Na perspectiva butleriana da representação que marca a diferença, as vidas que não se enquadram ou identificam nas representações e personificações instituídas como normas ficam desprovidas de humanidade (SILVA; ALVIM, 2020). Pessoas com um estigma também estão sujeitas a discriminações, muitas vezes tendo reduzida suas chances de vida, ao ser afastada do que é considerado humano (GOFFMAN, 1982). Goffman (1982) traz a noção de estigma a partir do sujeito e sua característica distintiva: “assume o estigmatizado que a sua característica distintiva já é conhecida ou é imediatamente evidente ou então que ela não é nem conhecida pelo presentes e nem imediatamente perceptível por eles?” (GOFFMAN, 1982 p. 14). Trago aqui as ideias de humanização, normatização e estigma por sua relação direta nas vivências dxs entrevistadxs com seu meio social e repercussão sobre a percepção de cuidado pela saúde da família:

*Nick: Assim, na moral da história, a Clínica da Família, eu como sempre consegui muito as coisas lá, tanto que as minhas amigas até falavam “Nossa, eu nunca consigo, eu nunca... dá ruim.”. Então eu sempre tive uma positividade em conseguir as coisas. **O meu único relato é exatamente esse ponto, eles comentam de você, eles falam de você. Independente de ser trans, de ser cis, eles comentam sobre a sua vida. O que é inadmissível, né? Porque você acaba sendo obrigada a passar por um agente, passar por um enfermeiro, pra então você chegar no médico. Então, tipo, você acaba contando a tua vida pra todo mundo, na tua obrigação, uma coisa que seria de confiança e você acaba ficando ali, né, na boca do povo. Então esse é o meu único, a minha única queixa, assim né? A questão do nome, então, por eu não ir muito lá, então se eu passei por isso foi duas, uma vez no máximo, de gritar meu nome lá naquele letreiro, né, o nome antigo. Só que quando isso acontecia, eu já tava mais evoluída, eu já não me constrangia tanto como antigamente. Então eu nem ligava, chamava lá o fulano de tal e eu levantava e ia pro meu atendimento, né?***

*Jéssica: E aí com você, quando você foi fazer a coleta de sangue, te chamaram, você já tava com o nome retificado ou você que ir lá antes de retificar o nome pra fazer exame de sangue?*

*Nick: Não, já aconteceu antes da retificação, de chamarem e gritarem meu nome. A gente vai, né amor? (risos) Até porque eu já morei aqui antes de eu me descobrir NICK [pseudônimo], né? Então, assim, as pessoas sabem o teu nome, né? É inevitável, mas graças a Deus hoje eu não sofro mais esse tipo de zoação, né? Eu sofria muito lá atrás, quando eu me descobri, né? Então, assim, vamos lá, vamos ser atendida. Mas recentemente também, graças a Deus, eu já retificada, quando vieram entregar o papel do SISREG pra cirurgia... Porque tem uma menina aqui na rua que também se chama NICK [pseudônimo], né? Mas você vê o descaso, porque tá lá o endereço, pegarem e entregarem o meu papel na casa dessa menina. Aí, no caso, a menina veio aqui entregar o papel. Aí você imagina se eu não tô retificada, olha aí meu nome na boca do povo, né? Que ia tá lá no papel o meu nome.*

A questão do sigilo e da confidencialidade pelos profissionais da estratégia de saúde da família é abordada em alguns estudos como uma associação direta à percepção dos usuários sobre o acolhimento profissional, independente da questão da transexualidade (SEOANE; FORTES, 2009; SIQUEIRA-BATISTA *et al.*, 2015). Nick traz a necessidade do sigilo profissional em relação à identidade de gênero e em relação ao HIV especialmente nas relações que permeiam a vida social, tendo em vista as situações de discriminação que viveu na comunidade. Faz-se necessário ressaltar a existência do estigma e discriminação associados tanto ao HIV quanto à transexualidade, que intensificam as múltiplas vulnerabilidades. A questão do sigilo foi apontada como um fator de proteção para Nick, mas a experiência identitária e a vivência com o HIV é trazida com outros contornos por Letícia:

*Letícia: Eu também tinha uma certa estigma em relação ao HIV, eu via no lugar de uma falta de cuidado, eu não via as travestis na televisão, eu não via travesti representando ninguém então, ainda assim eu só via travesti ali na Glória, claro que existia um nicho mas eu não convivia ainda nele, essa representação do soropositivo que me conectou, que me fez assumir, eu me vi num lugar assim, agora não tenho mais porque fingir alguma coisa para ninguém, porque, o estigma, eu sabia que as pessoas têm preconceito com isso, porque quando você conhece uma pessoa e você diz que é soropositivo, a pessoa vai se afastar, se ela não tem conhecimento ela vai se afastar, talvez ela nunca mais fale com você, talvez ela não queira mais contato com você porque elas não conhecem, elas não têm entendimento de tratamento, de antirretrovirais, elas não têm nenhum conhecimento, na sua grande maioria...(...) então é muito importante tirar o estigma para as pessoas saberem que isso não mata mais, pelo contrário, eu me sinto muito mais forte do que nunca, então esse medo já não existe mais entende? Eu acho que por muito medo eu fiz coisas que não deveria ter feito, se eu tivesse mais orientação, porque o raio pode cair em qualquer lugar, algum descuido seu, pode cair, as pessoas não sabem o que é PREP, PEP, direito, então se descuidou? Vai tomar o PEP, eu podia ter feito isso, não fiz, não é sobre confiar no outro, é sobre confiar em você mesmo.*

Diversos autores têm demarcado os processos de estigmatização vividos por transexuais e especialmente pelas travestis, e as respostas que esses personagens produzem para se afirmarem enquanto expressões que exigem respeito e solidariedade para suas demandas sociais, políticas e existenciais (PERES; TOLEDO, 2011). Peres e Toledo (2011) destacam para os diversos desdobramentos que os estigmas podem gerar na vida dos dissidentes da heterocisnormatividade: se por um lado podem gerar linhas emancipatórias que revertem o conceito negativo que lhes é atribuído, por outro podem evidenciar a disciplinarização e regulação de seus corpos, desejos e expressões sexuais, de gêneros e de existências, sob ação do biopoder. Considerando que os processos de estigmatização também geram esse lugar de abjeção, devemos considerar o sofrimento físico, psíquico, bem como a perda de liberdade de ir e vir desta população. As experiências de Letícia e Nick demonstram as diferentes respostas frente a estes processos de normatização, que se desdobraram também em percepções de cuidado diferentes pela unidade de saúde da família. A questão do sigilo para Nick teve um peso muito maior que a levou a descontinuar seu tratamento para o HIV pela Atenção Primária, enquanto Letícia relatou falar abertamente em relação ao seu diagnóstico e à sua autoidentificação como travesti como forma de protestar contra o preconceito associado a ambos:

*Letícia: Eu poderia dizer que é uma forma de você se apresentar no socialmente que é tipo 'Não sou travesti não sou' mas é a mesma coisa, é a mesma coisa, é exatamente igual, **então quando eu me apresento ser travesti, eu tô reivindicando um termo para de-ses-tig-ma-ti-zar, tirar o estigma desse peso, né?** Porque ele não pode ser destinado a pessoas que vivem em situação de rua porque são desiguais, a gente tem o mesmo corpo, não é porque ela vive numa situação de rua marginal e é da prostituição, né? E tem um silicone industrial, o que que difere? É só por isso, não. Nós somos pessoas iguais, porque é só por uma questão de alteração de corpo, né? **Então a travesti passa por isso, a gente reivindica, a nossa comunidade reivindica esse termo pra, né? Unificar e tirar essa carga, tentar talvez higienizar esse termo, do que outra coisa.***

É preciso considerar que o preconceito, o estigma e a transfobia e seus possíveis impactos na vivência identitária podem também exigir diferentes formas de cuidado. Nick, Milena e Sexta, vivem em favelas no Rio de Janeiro, tendo sido relatadas dificuldades relacionadas à vivência identitária no espaço da comunidade, associadas à violência física e à dificuldade em se estabelecer um diálogo sobre questões de gênero e de se estabelecer medidas legais para a criminalização da transfobia.

*Milena: "... a comunidade ela tem essa coisa de também ser mais cruel com a gente, com todo mundo como uma comunidade no geral. Mas assim, é mais cruel."*

*Pesquisadora: "Como?"*

*Milena: Ah, o seu direito de ir e vir, eu peguei uma época que na própria comunidade também as pessoas criticavam muito, jogavam bolsas de lixo, zoavam muito, discriminavam muito. Então assim, eu ainda tinha aquilo, se eu descer para comprar um pão e ser zoada, ia chegar no ouvido da minha mãe. É um mundo paralelo, você vai fazer o que, você vai brigar no meio de um prato. Então assim, você fala: meu Deus, hoje melhorou muito, como é que eu vou viver aqui, como é que vai ser, eu já estou cheia de problema dentro de casa, cheia de problema na escola, cheia de problema, sabe, e aí quando eu ouço as pessoas falarem assim: foi o que você escolheu. É muito dolorido, e ainda que fosse minha escolha, ela deveria ser respeitada. Porque eu te respeito como mulher, como médica, como mãe, não sei se você é, ou como casada, e por que você não me respeita como o ser que eu sou? (...) Então é muito complicado, então assim, começa lá da infância, a comunidade, eu até hoje, não acho que a comunidade é um local bom de se viver para travestis e transexuais. Como é que eu vou querer que o menino da farmácia faça um, o menino da marcenaria conheça meu gênero. E aí se ele falar que não, o que é que eu faço, eu chamo a polícia? No outro dia eu estou na rua, né? Ou na rua ou morta. Então vou ter que engolir aquilo. Entende o que eu estou te dizendo? Ali a gente não tem muito assim, olha, vem aqui que eu vou te dar uma aula de gênero, ah, me respeita, se você não me respeitar, eu vou ligar para o disque transfobia. No tráfico, não existe, né? Então assim, ali tem que engolir a seco, fingir até que não está ouvindo. Você falar, ele, está bom, está bom. Por que não...*

Metade dxs entrevistadx são moradorxs de comunidade. Ribeiro e Lago (2001) analisam o perfil social da população residente de favelas na metrópole do Rio de Janeiro, verificando uma distância no espaço social nesta oposição favela/bairro, uma vez que nos espaços de favela concentram-se segmentos sociais que apresentam maiores desvantagens no acesso às oportunidades, como os mais jovens, os não-brancos e os de baixa escolaridade. Ademais, uma pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2011) demonstrou que, considerando a distribuição de domicílios urbanos em favelas de acordo com o chefe de família, tem-se que, até 2009, essa proporção era representada por 40,1% de homens negros, 26% mulheres negras, 21,3% homens brancos e 11,7% mulheres brancas. Levando-se em consideração a importância destes dados sociodemográficos, e que a maioria dxs entrevistadx da pesquisa se considera parda ou preta, também foi verificado na fala dxs entrevistadx que sofreram situações de racismo:

*Sexta: ... quando eu era menor, minha mãe trabalhava... ela era... é doméstica o termo? Não sei, mas ela trabalhava pra outras pessoas e ela sempre trabalhava pra famílias na Barra. Então quando eu era criança, ela sempre*

me levava com ela. **E desde criança eu já tava inserida nesse mundo e via essa diferença de classe e ficava "meu Deus, como alguém pode ter essas coisas aqui e pode ter todo esse dinheiro, esse luxo?"** E via que essas pessoas ficavam em casa se divertindo, e eu ficava "como é que essas pessoas podem ter tudo isso ficando em casa, sem estar trabalhando? E minha tá aqui todo final de semana trabalhando e ganhando tão pouco e a gente não tem essas coisas". **Eu sempre percebi isso, sempre percebi que eram pessoas brancas e via as colegas da minha mãe, que era pessoas negras.** Então, desde criança eu já percebia isso, tipo, eram todas mulheres. **Como a gente sempre ficava muito na Barra, eu via como tratavam minha mãe, de ver os olhares tortos pra ela e pra mim. Mesmo que ela fosse nova em algum lugar, já mandavam ela pra parte dos empregados, nem perguntavam porquê ela tava ali, se tava ali pra visitar alguém. Tipo "essa preta aqui é empregada".** Então sempre foi muito fácil pra eu observar, eu ver isso. Sempre percebi minha mãe uma pessoa tão batalhadora ali, não sei o que, e de um certo jeito, ela queria fazer daquilo uma coisa feliz. Me tendo ali, ela não queria demonstrar infelicidade tendo a filha dela ali. Só que eu percebia minha mãe triste ou não gostando de alguma coisa. **E eu sempre pensava "vou fazer coisas diferentes, vou fazer algo pra mudar isso aqui".** Então foi nessa lógica que eu comecei a me explorar como pessoa e sair... **porque vendo isso eu também comecei a me questionar sobre o porquê eu preciso brincar disso, porquê eu tenho esse brinquedo, porquê eu tenho essa roupa, porquê eu não posso ter aquele carrinho, porquê eu não posso ter essa blusa com dinossauro.** Eu era uma criança que eu percebia essas coisas, então... foi disso, que eu falei "então vou querer fazer coisas que eu realmente quero". Só que tinha ainda o empecilho da minha mãe né, porque ela que comprava minhas roupas, decidia o que ia pagar pra mim, o que eu ia fazer, mas... é, ela me apoiava até um certo nível. Eu queria fazer judô... é muito engraçado porque quando eu fazia isso na escola, era literalmente ninguém fazendo, **as meninas de um lado brincando de pique-pega ou boneco e os meninos de outro jogando futebol. E eu ia jogar futebol e de repente na próxima semana, estavam as meninas jogando também.** Aí eu entrei pro judô, as meninas decidiram entrar pro judô. Eu vi que era só uma pessoa fazer que outras pessoas faziam também, então eu quis continuar incentivando isso. E eu via que realmente algumas coisas não eram só pra menino, mas é porque as pessoas têm medo de serem vistos como menino e de enfrentar essa regra que criaram pra gente.

Jéssica: ... você falou que isso influenciou nas suas decisões. Assim, você acha que teve com a sua mãe, observar o trabalho dela, como é que foi isso pra você?

Sexta: **É porque eu vi que era um lugar em que as pessoas já pressupunham em que a já gente não pertencia, então eu decidi que era um lugar que eu ia pertencer, que eu ia ocupar aquele lugar.** Essa lógica, desse raciocínio de "ah, ela não pertence aqui por causa da raça dela", daí eu percebi também coisas do tipo "ah, você não pode jogar bola porque você é menina". Então foi basicamente daí, foi levando a mesma lógica, o mesmo raciocínio pra outras áreas.

Aqui Sexta menciona a pressuposição de um lugar social com base na cor dentro das relações sociais no ambiente de trabalho de sua mãe, tendo trazido também a pressuposição de papéis sociais de gênero no ambiente escolar. É importante ressaltar a questão do racismo como um tipo de violência em suas diferentes dimensões (pessoal, interpessoal e institucional), e que, apesar da profundidade dos seus efeitos deletérios, produz a naturalização das inequidades

(WERNECK, 2016). O racismo institucional ou estrutural “desloca-se da dimensão individual e instaura a dimensão estrutural, correspondendo a formas organizativas, políticas, práticas e normas que resultam em tratamentos e resultados desiguais” (WERNECK, 2016, p.54). Ainda que neste trabalho não se tenha aprofundado em sua base histórica brasileira, é necessário apontar para o papel do racismo na determinação das condições de vida e saúde em especial da população negra e parda. Os mecanismos que perpetuam o racismo institucional podem ser analisados sob a ótica um dispositivo do biopoder, na medida em que gerenciam a vida da população sob um olhar racial. Segundo López (2012):

(...) se relacionarmos o conceito de racismo institucional com o de vulnerabilidade, particularmente na sua dimensão programática, evidencia-se uma continuidade de raciocínio ao se pensarem mecanismos e condições institucionais para "fazer viver" e "deixar morrer" determinados segmentos da população, em conformidade com uma biopolítica. (LÓPEZ, 2012, p.130).

Sobre o racismo e seus efeitos, Zamora (2012) aponta para as disparidades no acesso à saúde e à educação pela população negra, incluindo-se dados de escolaridade e renda menores entre a população negra e parda, bem como dados sobre morte violenta, maior entre negros, pobres entre 15 e 24 anos no Brasil. Ademais, o PIB per capita é menor entre mulheres negras brasileiras, incidindo sobre elas uma tríplice discriminação: de raça, de gênero e de classe social (ZAMORA, 2012). Aqui, cabe o conceito de interseccionalidade, cujas origens remontam ao movimento do feminismo negro norteamericano da década de 70, mas que ganhou notoriedade na década de 90 e que “remete a uma teoria transdisciplinar que visa apreender a complexidade das identidades e das desigualdades sociais por intermédio de um enfoque integrado”(HIRATA, 2014, p.62). Este enfoque interseccional consideraria a interação das categorias de sexo/gênero, classe, raça, etnicidade, idade, deficiência e orientação sexual na produção e na reprodução de desigualdades sociais (HIRATA, 2014), ao mesmo tempo que trata da forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo destes sistemas discriminatórios, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento (WERNECK, 2016).

A intersecção das identidades sociais permite uma compreensão adequada da produção de inequidade e da maior vulnerabilidade da população trans e travesti à violência. Neste relato, Milena conta como a discriminação em seu ambiente familiar em relação à sua identidade de gênero a levou à saída de casa e à necessidade de se prostituir para sobreviver. E como a condição da prostituição a deixou exposta a situações de violência física com ameaça à integridade de sua própria vida:

*Milena: ... Então assim, isso na década de 2000, 98, 99. Então quando eu olhei aquilo e olhei a pressão da minha casa, eu falei bom, eu vou ter que aturar a minha mãe e meu pai, me monto na rua, saio com as meninas, mas era muito perigoso. Então assim, **eu fui até onde eu também aguentei, por que tem uma hora que você fala assim: eu preciso ser eu.** E quando eu falo assim: eu vou alugar alguma coisa para eu viver, eles caíram de pau, pararam de falar comigo. **E aí eu fui viver a minha vida, e aí me virando, tive que me prostituir para ajudar a pagar meu aluguel,** porque eu trabalhei numa empresa também. Fui para a rua, e aí enfim, aí fui para a rua. (...) **Então assim, a rua é a mesma coisa, você coloca a cabeça no carro e leva um extintor de incêndio na cara. As pessoas tacarem pedra, você não poder trabalhar muito de lado, você tem que ficar sempre numa atividade.** Então isso faz com que você não se torne, é difícil você pegar uma pessoa dali que vai conseguir sentar e falar olha, isso, isso e isso, porque sei lá, tem gente que não quer tocar nem no assunto, que machuca.*

Milena relatou em sua entrevista que estudou faculdade de marketing, ambiente no qual se deparou com alguns estereótipos de gênero, como “trabalhar de terno e gravata”, além de não ter encontrado no ambiente familiar o apoio que desejava para afirmação de sua identidade de gênero, condições que a fizeram largar a faculdade, sair de casa e se prostituir. Desta forma, percebe-se como a violência de gênero esteve presente em diferentes contextos de vida, e que culminaram em agravamento de sua condição de vida.

Assim, percebe-se que as violências acompanham a trajetória de vida das pessoas trans e travestis em diferentes níveis e contextos sociais. Almeida e Vasconcelos (2018) apontam para as dificuldades de inserção no mercado de trabalho formal pela população transexual e travesti, encontrando diversos desafios tais como preconceito e transfobia, documentação (registro civil e certificado de reservista), uso de banheiro, vestiário e uniforme, baixa escolaridade e evasão escolar involuntária e linguagem corporal e verbal. Os autores ressaltam o preconceito e a transfobia como principal barreira de acesso ao mercado de trabalho formal, especialmente pela população transexual e travesti ser estigmatizada e vinculada a posturas socialmente reprováveis, tais como envolvimento com drogas, violência e prostituição (ALMEIDA; VASCONCELOS, 2018). Moreira e Monteiro (2012) sinalizam ainda para os tipos de violência no cotidiano da prostituição, tais como física, moral, sexual e psicológica. Bento (2011), por seu turno, faz referência ao aparato normativo do heteroterrorismo que provoca uma série de abjeções, o que se dá de diversas maneiras: desde a patologização diagnóstica até atos de violência física e assassinatos cruéis de transexuais.

A violência apareceu também na fala dxs entrevistadxs associada à saúde mental. Larissa, que viveu em sua cidade natal uma experiência de acolhimento e de afirmação de sua

identidade de gênero, conta as diversas modificações que passou ao se mudar para Manaus, quando estava em busca de novas oportunidades de vida. Ela relata que, neste novo território, percebeu uma sociedade mais preconceituosa, o que lhe causou uma mudança em seu comportamento, aparência e percepção de bem-estar, tendo adotado uma aparência mais masculina e deixado de usar o nome pelo qual se identificava em seu meio social. Sua experiência em Manaus culminou em uma situação de violência extrema com tentativa de homicídio, que impactou diretamente em sua saúde mental:

*Larissa: Eu percebo na fala das pessoas, no comportamento das pessoas. Assim, na fala delas numa roda de amigos, que muitas vezes as pessoas são muito... como que eu posso dizer... são muito cruéis em relação a alguns comentários, entendeu? Então, depois de um tempo eu já me aceitei também, entendeu? Eu já me tornei, sim... eu sempre fui um pouquinho afeminada, mas ficava nessa coisa do medo e tudo. E aí, eu acho que eu não lembro de, assim, deixei de ser bicha e agora sou essa bicha não muito afeminada, entendeu? Eu só lembro de sair da minha cidade e, quando eu fui para Manaus, era um medo de ser agredida, de não ser aceita, de não conseguir um emprego e tudo. Mas, eu sofri preconceito só mesmo em relação a ser gay lá. Com essa identidade gay, por conta do que as pessoas falavam. E eu também fui agredida na rua. Lá em Manaus, eu sofri uma tentativa de homicídio uma vez, quando eu estava voltando da casa de um amigo, que eu tinha ido beber com ele. Mas, nisso, eu estava com identidade masculina e tudo, mas era uma bicha, andava rebolando e tudo. E aí eu fui visitar um amigo, que é da minha cidade, o Rogério [fictício], amigo de infância, que é também gay, e quando eu voltei, de manhã, umas 5h30, 6h, era perto da minha casa. Perto, assim, uns 3 quarteirões. Eu passei pela Passarela do Samba, que é lá onde tem o carnaval, e aí vários homens, vários meninos, que era bem onde tinha uma pista de skate, começaram a me chamar de bicha. “Ei, bicha! Não sei o quê, olha a bicha”. Eles estavam bem alterados de bebida, de drogas, e começaram a correr atrás de mim. E eu corri mesmo, saí correndo. Só que tinha outros mais à frente, que estavam voltando de algum lugar, entendeu? Então, esses me seguraram. E eles me bateram muito, bateram, bateram, bateram muito mesmo. Eu fiquei toda machucada, minha roupa ficou toda rasgada. Meu short, ele ficou só assim por um fio. Eu cheguei em casa correndo, segurando a roupa, porque a roupa estava toda caindo e eu toda machucada. O rosto todo machucado. Nessa época, eu ainda morava com a Manuela [fictício], que é essa menina que eu moro com ela hoje também, aqui. Essa foi a única agressão física que eu tive, que foi a mais pesada mesmo, que eu comecei a desenvolver ansiedade, eu tive pânico. No trabalho – nessa época, eu trabalhava em um museu, era estagiária do museu – e eu passei umas duas semanas que a minha chefe me afastou, ela disse que eu podia ir para casa, porque ela tinha percebido que eu não estava bem. Quando eu ia comprar almoço para a gente, uma vez eu fui, depois do ocorrido e, tipo, eu não conseguia ficar no meio daquele monte de gente dentro do restaurante, sabe, deu vontade de correr. Eu voltei para o museu, falei com ela que eu não tinha conseguido ficar lá, deu uma vontade de correr imensa. **E é um medo incontrolável, que você não sabe porque está sentindo isso. Você está em um ambiente seguro, sabe, aquilo já passou, mas, na sua cabeça, é como se todas aquelas pessoas te ameaçassem de alguma forma. Acho que isso foi algo que foi crucial para eu vir para o Rio de Janeiro. Porque, depois disso,***

*teve essa coisa de eu começar a estudar, ficar triste, ficar muito angustiada com isso. Depois disso, os anos foram se passando, fiquei 2 anos desempregada, e aquilo tudo me atormentando, não conseguia me relacionar muito bem com as pessoas. E aí foi disso que eu vim para o Rio de Janeiro, entendeu? Na louca mesmo, sem dinheiro nenhum. Me curar da depressão aqui.*

Não são incomuns os homicídios de pessoas trans e, muitas vezes, parecem ser ignorados pelas instancias formais do Estado, pela sociedade civil, pela mídia, o que reflete a hierarquização das mortes. Bento (2011) refere que são comuns as notícias de pessoas transexuais e travestis assassinadas no Brasil sem que haja apuração e punição dos/as culpados/as, evidenciando que algumas mortes merecem mais atenção que outras.

O Dossiê de Assassinatos e Violências contra Travestis e Transexuais divulgado anualmente pela ANTRA (BENEVIDES; NOGUEIRA, 2020) reforça para a subnotificação de dados estatísticos governamentais sobre a violência contra a população LGBTIQ+ devido à falta de acolhimento adequado, que muitas vezes dificulta a efetivação de denúncias formais. O documento reforça para essas barreiras em especial sobre a população trans, mesmo em casos notificados, pois são qualificados como constam no registro civil, desconsiderando a sua identidade de gênero (BENEVIDES; NOGUEIRA, 2020). Polidoro e colaboradores (2020) analisaram entre 2014 e 2018 o padrão e a qualidade da informação relacionada à violência em um estado brasileiro, mediante a análise das notificações do Sistema Nacional de Notificação (SINAN), destacando para a necessidade de aprimoramento da vigilância das violências, em especial na qualificação dos campos de orientação sexual, identidade de gênero e motivação da violência. Os autores ressaltam neste estudo a importância do preenchimento de dados como raça/cor em todos os instrumentos de coletas de dados adotados pelos serviços de saúde, como maneira de expor as inequidades produzidas historicamente pela escravidão, assim como os campos de orientação sexual e identidade de gênero, muitas vezes ignoradas pelos profissionais da saúde sob a falsa percepção de que estes dados não se correlacionam com a saúde dos indivíduos ou sob concepções enviesadas de cunho moral-religioso (POLIDORO; CUNDA; CANAVESE, 2020). A adoção das variáveis relacionadas à orientação sexual e identidade de gênero a partir de 2014 pelo SINAN possibilitou relacionar os casos notificados às situações de homo/lesbo/trans/bifobia e a característica geral da violência cometida contra os autodeclarados LGBT, no entanto, o instrutivo do preenchimento da motivação da violência interpessoal e autoprovocada precisa ser melhorado de forma a tornar essas motivações mais nítidas e como estratégia para no enfrentamento intersetorial e interseccional da violência (POLIDORO; CUNDA; CANAVESE, 2020).

Silva e colaboradores (2021) apontam para o maior risco de doenças mentais, incluindo transtornos de ansiedade, entre a população transgênero. Através de uma revisão da literatura, os autores identificam alguns fatores que podem estar relacionados a este aumento, tais como o estigma e a violência, exclusão relacionadas à sua identidade e/ou expressão de gênero e o isolamento da população, reforçando, ainda, que o apoio social e familiar e a redução da discriminação podem proteger essas pessoas da ansiedade (SILVA *et al.*, 2021). É interessante o enfoque nos desdobramentos relacionados ao estigma social, como a violência vivida pelas minorias de gênero, e seus impactos à saúde mental, em substituição à associação da transexualidade como uma desordem mental, considerando os diversos estudos que discutem necessidade da despatologização da transexualidade como condição para o cuidado integral às pessoas trans (ALMEIDA; MURTA, 2013). Helsinger (2019) salienta para o maior risco de suicídio entre populações vulneráveis (refugiados, prisioneiros, indígenas, lésbicas, *gays*, transgêneros e intersexuais), destacando o ato suicida como um fenômeno multicausal e comumente associado a uma deterioração do contexto social onde o indivíduo vive. Contrapondo-se a uma representação “suicidógena” da pessoa transexual - o que apenas conduziria, em última instância, à patologização (HELSINGER, 2019, p. 200) - este risco na população transgênero está comumente associado a ausência de apoio familiar, a transfobia, a dificuldade para o acesso ao processo transexualizador e para alterar o registro civil (HELSINGER, 2019), e, sobretudo, modulado pelas alianças com as quais o sujeito pode contar dentro desta experiência antinormativa:

Afinal, o sujeito contraria as normas sociais e as tecnologias de atribuição do sexo/gênero operadas pelo aparato familiar, médico e jurídico, o que coloca em questão a experiência de assujeitamento e o sistema de nomeação através do qual se constituiu, o que torna iminente uma série de perdas sobretudo, de vínculos afetivos (HELSINGER, 2019, p. 199).

A necessidade de se considerar a invisibilidade de dados sobre violência e seu impacto sobre a saúde da população trans parece evidente quando Milena aponta para um silenciamento das próprias trans e travestis por conta da sua condição de sofrimento – na maioria das vezes já silenciadas pela própria sociedade, que, como vimos anteriormente, perpetua algumas violências normalizando determinados preconceitos/ estigmas. Este dado reforça ainda mais para a importância de se dar voz às populações com maiores riscos de sofrerem violência:

*Milena: ... Então, é muito complicado, e as meninas na hora que for te dar um depoimento, elas não conseguem nem, uma ou outra vai conseguir, ou vão falar, não, é normal, porque não tem nem noção mais, eu não sei se*

*you are understanding the situation, you lost, it is as if you had been talking to a druggie, between aspas, like this, the situation there is so critical that you lost the meaning of life. And as you lose, you say: ai não, a clínica é boa, eu vou lá, fui atendida, mas não é o que você quer saber, por que o atendimento é o mínimo, também se não for atendida, meu amor, mata logo, né. **You want to know our social welcome question, and for this, you get one here, for example, is born and raised in a community that has no access to anything, and does not need to be trans like this, when you talk to a person who is there, who does not have much knowledge of many things, she will not give you much information, especially, of those that have ruined life.***

Refletindo ainda sobre as trajetórias de vida dxs entrevistadxs, permeadas por situações de violência em diferentes contextos e sob diversos estigmas – de gênero, do HIV, da prostituição, de raça e de classe social, foi possível observar nas falas também que estes mesmos estigmas dão lugar a representações sociais em no seu processo de autoidentificação, no sentido de uma identidade grupal. Em muitas situações, como forma de advogar por determinados grupos específicos que sofrem violência estrutural.

*Jéssica: Então aproveitando que você tá falando isso, que comunidades você representa?*

*Sexta: Não sei se eu... seria representar... porque eu acho que essa palavra é bem forte, mas das que eu pertencço, pelo menos, das comunidade negra, da comunidade LGBT, da comunidade trans, da comunidade favelada, da comunidade de pessoas que foram designadas mulheres. É, acho que são essas só, pelo menos. (...) Então, tem lugares que eu acho que deveriam ser ocupados pela gente. Por exemplo, lugares de representação política, no geral, não tem como a gente fazer política pra todo mundo sendo que todo mundo não tá representado lá dentro na política. E tem outros lugares que eu acho que não deveriam existir, como de bilionários. (...) Bilionário não deveria existir, independente da raça ou do gênero dele, ele continua contribuindo pra essa opressão financeira que existe né. Seria mais disso, dessa diferença de onde a gente precisa ocupar e onde a gente precisa exterminar. De quais lugares a gente precisa destruir. (...) Foi engraçado porque eu comecei esse processo de me desmascarar antes de eu achar que eu tinha né, porque eu comecei... eu sempre tento me ligar muito às comunidades minoritárias e marginalizadas que eu não pertencço, justamente pra eu entender.*

Sobre as representações sociais de sexo e gênero, alguns autores apontam que elas não são espaços estáticos de resistência, mas em constante construção (CARAVACA-MORERA; PADILHA, 2017). Estes autores sinalizam que a reconstrução do binarismo sexo-gênero representaria a pluralização e flexibilização dessas identidades, considerando que suas construções são mediadas por uma sociedade que valida uma postura cisnormativa (CARAVACA-MORERA; PADILHA, 2017). A representação das travestis surgiu na pesquisa

como um lugar político de questionamento às normas de gênero, de reivindicação por visibilidade social e de produção de cuidado às demais travestis, considerando os diversos estigmas carregados por estas pessoas e que aumentam a sua carga de sofrimento, que incluem não somente questões relacionadas ao gênero, como também de recorte social e de raça.

Butler toma as travestis, transexuais e transgêneros como corpos abjetos, insignificantes e esquecidos pelas políticas públicas, mas que através destes mesmos corpos, oferecem resistência à heteronormatividade ao questionar as normas hegemônicas de práticas sexuais, de desejos, de gênero e de sexo, impostas pelo próprio biopoder por meio de suas biopolíticas regulatórias (PERES; TOLEDO, 2011). Ainda sobre a visão butleriana os autores afirmam:

compreender a abjeção deste outro modo pode levar as travestis, os(as) transexuais e os(as) transgêneros ao enfrentamento político sobre as desigualdades sociais e sexuais, as iniquidades de gêneros, as violências estruturais, as transfobias (medo, nojo, aversão pelas expressões de TTT), os machismos e os racismos, pois começam a se inserir nos movimentos sociais e a intensificar forças que lhes dêem garantias de poder exercer o direito de "ser" e de "viver" (PERES; TOLEDO, 2011).

Em fevereiro de 2022, através da postagem de uma das participantes em uma rede social, soube da morte de uma entrevistada, compartilhada com o seguinte anúncio: “Ela foi suicidada pela família”. Entrei em contato com xs participantes para dividir o ocorrido e verificar a concordância dxs mesmxs sobre relatar este acontecimento. Foi unanimidade que tal fato não poderia ser negligenciado por sua relevância para a comunidade trans. Nesta reaproximação, xs participantes relataram a questão da depressão e do suicídio sob a perspectiva da marginalização dos corpos trans pela sociedade cisheteronormativa, tendo sido enumerados pelxs mesmxs os diversos fatores que interferem na saúde mental das pessoas trans, tais como a falta de suporte no núcleo familiar, os relacionamentos afetivos/ sexuais que discriminam e matam corpos trans e a falta de políticas que estimulem a contratação e inclusão de pessoas trans no mercado de trabalho formal. Reitero a fala de uma das participantes ao mencionar sobre a morte de sua amiga:

*Acho importante falar disso para mais uma vez a gente mostrar como a sociedade nos joga na marginalização, doença e suicídio por apenas quisermos ser quem nós somos. Isso não pode ser esquecido ou negligenciado, por isso eu digo que ela foi suicidada como muitas outras. Não será a última, infelizmente.”*

A expressão usada na própria postagem, “suicidada”, retira o caráter individual do fenômeno suicídio e revela os diversos agentes por traz do ato que, em última instância, levou

à violência autoprovocada. “Suicidada” desvela as violências cometidas pela sociedade, que nega a existência das transidentidades e que marginaliza os corpos trans. Tampouco podemos estabelecer uma representação suicidógena das pessoas trans (HELSINGER, 2019), e sim considerar a falta de apoio e de vínculos afetivos que muitas vezes levam a uma condição de sofrimento. Ela, como tantas outras, morreu por apenas ser quem era, mas a sua existência foi também um enfrentamento à heterocisnormatividade.

Considerando que as pessoas trans são alvo de discriminação e violência que culminam diretamente em sua saúde mental, e considerando ainda que xs entrevistadxs desta pesquisa relataram que tais demandas não foram solucionadas pela Atenção Primária, é necessário mais uma vez reforçar para a necessidade de se garantir que os serviços de saúde estejam preparados para o acolhimento adequado a esta população. Para garantir a qualidade do atendimento às demandas de saúde mental da população em geral, deve-se garantir não somente o preparo adequado pelos profissionais da Atenção Primária como também a comunicação entre as redes, como o apoio matricial através do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a coordenação do cuidado com as Redes de Atenção Psicossocial (RAPS), ambas previstas nas respectivas portarias de nº 154/2008 e de nº 3088/2011 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008b; BRASIL, 2011).

No âmbito do profissional de saúde, olhando-se para a necessidade de ofertar um acolhimento adequado, que não patologize a vivência trans e que ao mesmo tempo considere o sofrimento mental decorrente das experiências de discriminação e violência em suas trajetórias, parto da perspectiva problematizada por Helsinger (2019) na qual devemos atentar que as expressões transfóbicas se dão tanto no campo social quanto institucional. Tal como no campo da psicanálise, onde a contratransferência negativa do psicanalista- em uma busca pelo “transexual verdadeiro” – pode provocar sensação de inadequação e desamparo (HELSINGER, 2019), a prática clínica do médico de família e comunidade pode reproduzir transfobia se esta não tiver seu foco no sofrimento psíquico. O campo das ciências psi têm defendido um cuidado mais humanizado às pessoas trans em torno da discussão da despatologização, em especial devido às exigências de laudo psiquiátrico para a autorização de procedimentos cirúrgicos. No âmbito da prática dos profissionais da saúde da família, embora não sejam exigidos laudos para o acompanhamento longitudinal de qualquer pessoa, é importante estar atento a práticas que reproduzam normas que tentem encaixar as pessoas trans na ótica da cisheteronormatividade, como de fato ocorreu nos relatos desta pesquisa ao ser desrespeitado o nome social, por exemplo. A negação às existências trans também ocorreu com a falta de acolhimento adequado em relação às suas demandas de saúde mental. Um cuidado mais humanizado às pessoas trans

e travestis pelo profissional da Atenção Primária compreenderia, dentro de uma perspectiva mais micropolítica, uma maior visibilidade às pessoas trans nas unidades de saúde, compreendendo que as redes de apoio são fundamentais na construção de afetos e que são na maioria das vezes frágeis nesta população. Sob esse aspecto devemos repensar inclusive a questão de acesso à unidade de saúde pelo território, considerando que muitxs usuárixs de fato migram devido às violências que sofrem já no ambiente familiar.

Sobre a construção de redes entre a população trans e travesti, podemos entendê-la sob a perspectiva da própria vivência de violência em seu meio social. Os enfrentamentos e resistências ao biopoder estão na própria existência das travestis e transexuais, “uma vez que suas vidas recebem, com cada vez mais força, potencialidade de imposição e violência dos processos de estigmatização” (PERES; TOLEDO, 2011, p.274). A resistência ao biopoder se manifesta de diversas formas na vida de travestis e transexuais, desde a infância até a interlocução com pessoas com as quais estabelecem um sentimento de pertencimento e de produção de uma expressão, com as quais criam vínculos de cumplicidade e organizam estratégias de afirmação de suas singularidades (PERES; TOLEDO, 2011).

Ao mesmo tempo, essa resistência vem ganhando contornos políticos na medida que se manifesta nos movimentos sociais, com a conscientização de determinados segmentos da própria população sobre os direitos da população trans e travesti. Carvalho (2018) aponta para mudanças na arena do ativismo trans, ressaltando duas políticas públicas que se mostraram chaves para seu desenvolvimento: o processo transexualizador, que permitiu acesso às tecnologias de modificação corporal e a sanção estatal da possibilidade destas transformações, e os decretos municipais e resoluções de conselhos universitários autorizando o uso do nome social por pessoas trans em ambiente escolar, com a diminuição da evasão escolar e aumento da escolaridade trans (perceptível na criação de coletivos universitários trans). Ao mesmo tempo, as produções das Ciências Sociais – em especial aquelas alinhadas à Teoria Queer – contribuíram para uma reivindicação e ressignificação das categorias estigmatizadas na luta política e na disputa de linguagem (CARVALHO, 2018). Não seria possível desconsiderar questões de classe e de vulnerabilidades sociais que traçam pontos também divergentes nesta luta, em que o uso reverso das valorações estigmatizantes pode, como no caso das travestis, ser um fator muitas vezes de proteção como também de reconhecimento nesta luta. Por isso, finalizo esta seção com o depoimento de Larissa:

*Larissa: Hoje, eu me identifico como travesti. [pausa] Travesti fica nesse grande guarda-chuva de pessoas transexuais, mulher trans e tudo, mas,*

*como uma questão política, eu prefiro falar e me identificar como travesti mesmo. Porque travesti tem essa coisa do estigma, né, foi colado um estigma na travesti, o termo surgiu de forma pejorativa. E aí se tem o peso marginal disso, que as travestis são aquelas que estão se prostituindo, são aquelas que são perigosas, são aquelas que a qualquer momento vão assaltar alguém, fazer uma maldade, alguma coisa. Foi um termo pejorativo e é um termo que, hoje, está sendo ressignificado pelas mulheres trans e travestis, as antigas, né, e aí eu acho muito significativo eu buscar essa coisa: ah, eu sou uma travesti enfermeira, eu sou uma travesti que estou dentro de uma universidade federal conceituada no mundo, na América Latina, eu sou a travesti que está aqui estudando. Eu acho que tem um peso muito maior do que se falar “a mulher trans”, porque eu acho que a mulher trans também foi uma... eu acho interessante também, mas eu acho que é uma busca... como que eu posso dizer... eu acho que é complicado, é bem complicado, porque dá a impressão de que a gente está querendo chegar no modelo da mulher cis. É como se a gente tivesse um modelo e estivesse querendo chegar o máximo possível nesse ideal que é ser uma mulher. E aí a travesti não é muito isso, né. Embora eu queira sim, claro, ter a minha prótese, queira retirar de mim algumas características masculinas e tudo, que ainda me incomodam e tudo, mas isso como travesti, eu não quero ter uma mulher cis como o ideal que eu queira chegar. É uma coisa que, quando a gente vai fazer um recorte de classe e um recorte de raça, isso é algo que impacta muitas meninas, que impacta a possibilidade de chegar nisso. É ruim quando você leva em consideração que a maioria das meninas jamais vai conseguir chegar nesse ideal que é ser o mais parecido possível com uma mulher cis, porque você vai precisar fazer muitas cirurgias, fazer rosto, colocar peito e isso faz com que muitas meninas façam... façam... [pausa] como é que eu posso dizer... coloquem silicone industrial, né, se aventurem num ambiente que não é muito seguro, por conta dessa busca desse ideal que é ser a mais feminina, a mais passável e tudo, e é problemático em relação a isso, né. Não é uma realidade que eu acho que é legal. Que deixa algumas pessoas tristes, deixa as meninas que não podem chegar, ficar numa depressão, tem muito mais disforia do que necessariamente precisaria ter, porque tem esse apelo de ser isso, de ser esse ideal. Por isso que eu acho complicado, eu acho bem complicado. Quando eu disputo essa coisa da travesti e da mulher trans, eu sempre trago isso. Essa coisa da travesti, embora ela também seja uma mulher trans, é um outro gênero, né, é a travesti. Podemos ter a mulher cis, nós podemos ter a mulher trans e podemos ter a travesti, entendeu? A gente vê a travesti como outro gênero mesmo e é um gênero feminino. Não deixa de ser feminino, as pessoas não podem tratar a gente no masculino porque a gente é travesti, porque a gente é a travesti, não é o travesti.*

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa se dedicou a analisar a experiência de pessoas trans e travestis sobre o cuidado oferecido pela Atenção Primária no Sistema Único de Saúde no município do Rio de Janeiro. A pesquisa foi realizada em plena pandemia de COVID-19 o que limitou a aproximação com o público trans e travesti, bem como com lideranças de ONG's voltadas para essa população. De fato, algumas tentativas de contato diretamente com o público e com lideranças ficaram sem respostas.

Além disso, a realização da entrevista exclusivamente por via online, pode ter falhado em alcançar pessoas com extrema vulnerabilidade social. No entanto, apesar desse limite do estudo, o uso da história oral de vida permitiu conhecer não somente os aspectos biográficos dxs entrevistadxs, como também reflexões sobre diversas situações de violência vivenciadas ao longo de suas trajetórias, que trouxeram aspectos de pertencimento a determinados grupos vulneráveis, não tendo essas identificações se restringido à população trans/travesti, como também a outros grupos estigmatizados, como o das pessoas vivendo com HIV/Aids, o das pessoas que vivem em favelas e o das pessoas que sofrem discriminação racial.

Quanto à relação dxs sujeitxs com a Atenção Primária, observaram-se diferentes vivências quanto ao acesso, predominando as barreiras de acesso devido a fatores limitadores relacionados à comunicação com profissionais, que desvelaram situações de discriminação especialmente atreladas a identidade de gênero e ao acompanhamento das PVHIV, mas também limitações associadas a uma dificuldade na resolução de demandas em saúde para o acolhimento relacionado à saúde mental e às modificações corporais. Também foram revelados fatores facilitadores como para a continuidade do cuidado na Atenção Primária, como o vínculo a profissionais da equipe de saúde da família e o rápido diagnóstico e tratamento das PVHIV, que teve sua política de cuidado descentralizada para a Atenção Primária nos últimos anos.

As experiências de acolhimento e violência surgiram espontaneamente como dado mais marcante na fala dxs entrevistadxs após a realização da pergunta norteadora, que foi voltada à experiência na Atenção Primária – ou mesmo em seguida à pergunta sobre a escolha do pseudônimo. Apesar das vivências compartilhadas terem sido bastante heterogêneas, as dinâmicas de apoio e rejeição relatadas ao longo de suas trajetórias reforçam a situação comum de violência e vulnerabilidade vividas pelas pessoas trans em diferentes contextos e sob diversos estigmas, tendo também desdobramentos em relação a percepção de cuidado prestado pela equipe de saúde da família.

Xs entrevistadxs relataram procurar a unidade de saúde da família para cuidados relacionados a resolução de queixas agudas, rastreamento e tratamento para o HIV, para

demandas relacionadas a saúde mental, e para as que envolvem o processo de modificação corporal e de retificação do nome.

A percepção sobre o cuidado prestado pela Atenção Primária foi bastante heterogênea. As experiências relatadas como positivas estiveram ligadas à demonstração de empatia e respeito ao uso do nome social e dos pronomes de tratamento pelos profissionais da equipe de saúde da família. A experiência com grupos voltados à população transgênero também demonstrou atender às demandas sobre retificação do nome e para tirar dúvidas sobre os processos de modificação corporal. No atendimento às demandas para modificações corporais, apenas uma entrevistada obteve resposta com relação ao agendamento para a atenção especializada. Nos cuidados prestados para acompanhamento de pessoas vivendo com o HIV/Aids, as duas entrevistadas com HIV reconheceram a eficácia em relação a agilidade para realização de exames diagnósticos e para iniciar o tratamento pela Atenção Primária, no entanto tiveram percepções distintas em relação ao acolhimento por questões referentes ao sigilo. O relativo sucesso em relação aos cuidados prestados às PVHA pode estar relacionado às políticas do Ministério da Saúde que incentivaram a descentralização do cuidado pela APS.

Algumas experiências negativas em relação aos cuidados prestados pela saúde da família puderam ser entendidas a partir da perspectiva de estigma e violência vivida pela população transgênero. Um dos desafios mencionados foi a dupla inserção do profissional da saúde da família na unidade de saúde e na comunidade, em relação às dificuldades vividas com relação ao sigilo do HIV e o respeito à vivência identitária, como a adoção do nome social ou retificado e dos pronomes de tratamento. A comunidade também foi relatada como um local de dificuldades em se estabelecer um diálogo sobre gênero por questões de ordem religiosa ou relacionadas à violência extrema, além de obstáculos para se efetivar penalidades em situações de transfobia.

Dificuldades relacionadas ao uso do nome social foram encontradas tanto na comunicação com os profissionais da estratégia de saúde da família como na sua adoção no sistema de cadastramento eletrônico, gerando situações de constrangimento. A retificação do nome surgiu como um fator de proteção em relação ao acolhimento, embora nem sempre ele fosse adotado no cadastro eletrônico. Tal questão acabou dificultando o acesso aos serviços, como consultas, realização de exames e administração de hormônios. O desrespeito ao uso do nome social é recorrente nos estudos que abordam questões relativas ao acesso da população trans ao sistema de saúde. Apesar da existência de políticas que assegurem esse direito, parece não haver medidas efetivas para regular o seu uso nas unidades de saúde.

Questões relativas à saúde mental surgiram como demanda em saúde pelos entrevistados. É válido lembrar que a população trans está sob maior risco de transtornos mentais, incluindo os transtornos de ansiedade, em decorrência do estigma, violência e exclusão, tendo sido frequente os relatos de transfobia – incluindo violência extrema com tentativa de homicídio – pelos participantes desta pesquisa. Os entrevistados demonstraram não reconhecer a unidade de saúde da família como um espaço de cuidado à saúde mental, que pareceu estar relacionada a falta de uma abordagem direta pelos profissionais da saúde da família. Cabe à Atenção Primária o cuidado integral e coordenado, na abordagem do sofrimento mental de pessoas trans e travestis, considerando o seu histórico de violência e verificando a sua rede de apoio, pois é competência do médico de família e comunidade a abordagem de saúde mental de sua população, podendo lançar mão do apoio matricial quando necessário.

Nos cuidados relativos aos processos de modificações corporais, verificou-se o despreparo profissional para orientar sobre a hormonização, além da expectativa deste cuidado ser ofertado pela Atenção Primária. Não existe uma política específica que descentralize a dispensação de medicações hormonais pela APS, tampouco um protocolo nacional que oriente os profissionais da Atenção Primária sobre o processo de hormonização, no entanto já existem algumas iniciativas a nível municipal orientando cuidados relativos à população transgênero, que inclui o acompanhamento hormonal. O Ministério da Saúde reconhece o papel da Atenção Primária ou Atenção Básica no cuidado integral à população transgênero, e no âmbito do processo transexualizador sua atuação como coordenadora para os serviços especializados tanto para hormonização como para modificações corporais cirúrgicas, no entanto sabe-se que estes serviços se concentram no eixo sul-sudeste do país e existem longas filas de espera para a absorção dos usuários.

A saúde de família é um ambiente estratégico para o cuidado à população trans e travesti, considerando-se a crescente discussão e luta em torno da despatologização das vivências trans. Tem-se apontado para dificuldades relacionadas ao cuidado integral desta população no Sistema Único de Saúde, dentre elas a centralização do cuidado nos serviços de cuidado a PVHA ou no processo transexualizador, bem como para a exigência de laudo psiquiátrico para acesso às modificações corporais. A Atenção Primária não exige condições pré-estabelecidas para o acompanhamento longitudinal dos usuários, o que poderia ser visto como um ponto positivo de partida para o acesso da população trans e travesti ao SUS. No entanto, observam-se outros desafios relacionados aos estigmas carregados historicamente pelas pessoas trans e travestis, que permeiam a sua vida social e refletem também na reprodução de práticas transfóbicas e cisheteronormatizadoras pelos profissionais da saúde da família. Apesar de, nas

vivências aqui relatadas, o contato com o profissional de saúde parecer ter exposto ainda mais as violências pelas quais a população trans está vulnerável, sua posição intermediária – e da estratégia de saúde da família como um todo - entre comunidade e sistema de saúde pode potencializar políticas de saúde voltadas a esta população se estas forem materializadas e descentralizadas para a APS.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. B. DE; VASCONCELLOS, V. A. Transexuais : trans pondo barreiras no mercado de trabalho em São Paulo. **Revista Direito GV**, v. 14, n. 2, p. 302–333, 2018.

ALMEIDA, G.; MURTA, D. Reflexões sobre a possibilidade da despatologização da transexualidade e a necessidade da assistência integral à saúde de transexuais no Brasil. **Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)**, n. 14, p. 380–407, 2013.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5. ed. Porto Alegre: [s.n.].

AMORIM, J. DE F.; TEIXEIRA, É. R. Atendimento Das Necessidades Em Saúde Das Travestis Na Atenção Primária. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 41, n. 3, p. 759–773, 2018.

ANTUNES, P. P. S. **Travestis envelhecem?** 1. ed. São Paulo: Annablume, 2013.

ARÁN, M. A transexualidade e a gramática normativa do sistema sexo-gênero. **Ágora**, v. IX, n. 1, p. 49–63, 2006.

ARÁN, M.; ZIDHAFT, S.; MURTA, D. Transexualidade: corpo, subjetividade e saúde coletiva. **Psicologia & Sociedade**, v. 20, n. 1, p. 70–79, 2008.

BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e Sociedade**, v. 11, n. 1, p. 67–84, 2002.

BENEVIDES, BRUNA G.; NOGUEIRA, S. N. B. **Dossiê dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2019**. São Paulo: [s.n.].

BENTO, B. Na escola se aprende que a diferença faz a diferença. **Revista Estudos Feministas**, v. 19, n. 2, p. 549–559, 2011.

BENTO, B. A Campanha Internacional de Ação pela Despatologização das Identidades Trans: Entrevista com o ativista Amets Suess. **Revista Estudos Feministas**, v. 20, n. 2, p. 481–484, 2012a.

BENTO, B. Sexualidade e experiências trans: do hospital à alcova. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2655–2664, 2012b.

BERTAUX, D. **Narrativas de vida: a pesquisa e seus métodos**. [s.l.] Natal, UFRN: EDUFRN; São Paulo: Paulus, 2010.

BORBA, R. Sobre os obstáculos discursivos para a atenção integral e humanizada à saúde de pessoas transexuais On the discursive obstacles for a comprehensive and humanized trans-specific healthcare Acerca de los obstáculos discursivos para la atención integral y hu. **Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)**, p. 66–97, 2014.

BORBA, R.; LOPES, A. C. Escrituras de gênero e políticas de *différance*: Imundície verbal e letramentos de intervenção no cotidiano escolar. **Revista Linguagem & Ensino**, v. 21, n. 0, p. 241–285, 2018.

BORRET, R. H. D. E. S. **Pentecostalismo , sofrimento social e cuidado na Atenção Primária à Saúde : uma etnografia na Favela do Jacarezinho Pentecostalismo , sofrimento social e cuidado na Atenção Primária à Saúde : uma etnografia na Favela do Jacarezinho**. [s.l.] Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2019.

BOURDIEU, P; CHAMBOREDON, J-C; PASSERON, J.-C. A construção do objeto – O fato é construído: as formas da demissão empirista. In: **Ofício de sociólogo**. [s.l.] Editora Vozes, 2005.

BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 1.996, DE 20 DE AGOSTO DE 2007 - Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Disponível em:

<[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996\\_20\\_08\\_2007.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html)>. Acesso em: 12 out. 2020

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 198/GM Em 13 de fevereiro de 2004 - Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências**. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/13150.htm>

l. Acesso em: 03 out. 2020

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 457, DE 19 DE AGOSTO DE 2008.**

Disponível em:

<[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0457\\_19\\_08\\_2008.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0457_19_08_2008.html)>. Acesso em: 04 out. 2020

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 154, DE 24 DE JANEIRO DE 2008**

- **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.** 2008. Disponível em:

<[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html)>. Acesso em: 20 nov 2021

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011: Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Disponível em:

<[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. Acesso em: 20 nov 2021

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 2.803, DE 19 DE NOVEMBRO DE 2013.** Disponível em:

<[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803\\_19\\_11\\_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html)>. Acesso em: 04 out. 2020

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE.

**RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012.** Disponível em:

<[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>. Acesso em: 04 out. 2020

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE.

**RESOLUÇÃO Nº 510, DE 7 DE ABRIL DE 2016.** Disponível em:

<[https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22917581](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22917581)>. Acesso em: 04 out. 2020

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Deteção**

**precoce.** Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/controlado-cancer-do-colo-do-utero/acoes-de-controlado-deteccao-precoce>>. Acesso em: 12 out 2021

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE SAÚDE DA FAMÍLIA. **CARTEIRA DE SERVIÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (CaSAPS) MINISTÉRIO DA SAÚDE - BRASIL.** Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTQ1MQ==>>. Acesso em: 12 out 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 648/GM DE 28 DE MARÇO DE 2006: aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o programa saúde da família (psf) e o programa agentes comunitários de saúde .** Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648\\_20060328.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf)>. Acesso em: 04 out. 2020

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 1.707, DE 18 DE AGOSTO DE 2008. (Revogada pela PRT GM/MS nº 2803 de 19.11.2013): Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três es.** Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1707\\_18\\_08\\_2008.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1707_18_08_2008.html)>. Acesso em: 04 out. 2020

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Nº 154, de 24 de janeiro de 2008: Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).** Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html)>. Acesso em: 12 out 2021

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 1.820, DE 13 DE AGOSTO DE 2009: dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde.** Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820\\_13\\_08\\_2009.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html)>. Acesso em: 04 out. 2020

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 2.836, DE 1º DE DEZEMBRO DE 2011: Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde**

**Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT).** Disponível em:

<[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836\\_01\\_12\\_2011.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html)>. Acesso em: 04 out. 2020

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS.** Disponível em:

<[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_lesbicas\\_gays.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf)>.

Acesso em: 04 out. 2020

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 2.803, DE 19 DE NOVEMBRO DE 2013.** Disponível em:

<[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803\\_19\\_11\\_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html)>. Acesso em: 04 out. 2020

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988.** Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 12 out 2021

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.**

Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 04 out. 2020

BRASIL. SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **AÇÃO DIRETA DE**

**INCONSTITUCIONALIDADE POR OMISSÃO 26 DISTRITO FEDERAL.** Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/ADO26ementaassinada.pdf>>.

Acesso em: 04 out. 2020

BUTLER, J. **Problemas de gênero: feminismo e subversão de identidade.** 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

BUTLER, J. **Vida precária: os poderes do luto e da violência.** Belo Horizonte: Autêntica.

189 pp.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **PL 7582/2014**. Disponível em:

<<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=616270>>.

Acesso em: 04 out. 2020

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Direitos Humanos aprova criminalização da homofobia e da transfobia**. Disponível em: <[https://www.camara.leg.br/noticias/559453-direitos-](https://www.camara.leg.br/noticias/559453-direitos-humanos-aprova-criminalizacao-da-homofobia-e-da-transfobia/)

[humanos-aprova-criminalizacao-da-homofobia-e-da-transfobia/](https://www.camara.leg.br/noticias/559453-direitos-humanos-aprova-criminalizacao-da-homofobia-e-da-transfobia/)>. Acesso em: 04 out. 2020

CAMBRIDGE UNIVERSITY PRESS. **Cambridge Dictionary**. Disponível em:

<<https://dictionary.cambridge.org/pt/>>. Acesso em: 04 out. 2020

CAPONI, S. Covid-19 no Brasil: Entre o negacionismo e a razão neoliberal. **Estudos Avancados**, v. 34, n. 99, p. 209–224, 2020.

CARAVACA-MORERA, J. A.; PADILHA, M. I. Representações sociais do sexo e gênero entre pessoas trans. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 6, p. 1305–1313, 2017.

CARVALHO, M. “Travesti”, “mulher transexual”, “homem trans” e “não binário”: interseccionalidades de classe e geração na produção de identidades políticas. **Cadernos Pagu**, n. 52, 2018.

CASTEL, P.-H. Algumas reflexões para estabelecer a cronologia do “fenômeno transexual” (1910-1995). **Revista Brasileira de História**, v. 21, n. 41, p. 77–111, 2001.

CHUENGUE, A. P. G.; FRANCO, T. B. O reconhecer e o lidar dos agentes comunitários de saúde diante da bioética: entre a ética do cuidado e os poderes disciplinares. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, n. 4, p. 1–18, 2018.

COMISSÕES INTERGESTORES BIPARTITES. **Ata da 6ª Reunião Ordinária da CIB/RJ**.

Disponível em: <<http://www.cib.rj.gov.br/atas-das-reunioes/616-2019/junho/6514-ata-da-6-reuniao-ordinaria-da-cib-rj.html>>. Acesso em: 04 out. 2020

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS. Tabela De Riscos E Providências Para Minimizar Os Riscos Para Os. **Instituto Federal Catarinense**, n. 47, 2016.

COMITÊ TÉCNICO DE SAÚDE INTEGRAL LGBTI / COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO. Protocolo para o atendimento de pessoas transexuais e travestis no município de São Paulo. p. 1–133, 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **RESOLUÇÃO CFM nº 1.482 /97**. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/1997/1482>>. Acesso em: 04 out. 2020

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**. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-2.265-de-20-de-setembro-de-2019-237203294>>. Acesso em: 04 out. 2020

DEFENSORIA PÚBLICA GERAL DA UNIÃO. **RECOMENDAÇÃO CONJUNTA DRDH-RJ/GT-LGBTI Nº 01/2018**. Disponível em: <[https://www.dpu.def.br/images/stories/pdf\\_noticias/2018/RECOMENDACAO\\_IBGE.pdf](https://www.dpu.def.br/images/stories/pdf_noticias/2018/RECOMENDACAO_IBGE.pdf)>. Acesso em: 04 out. 2020

DESLANDES, S.; COUTINHO, T. Social research in digital environments in COVID-19 times: Theoretical and methodological notes. **Cadernos de Saude Publica**, v. 36, n. 11, 2020.

DIMENSTEIN, M.; CIRILO NETO, M. Abordagens conceituais da vulnerabilidade no âmbito da saúde e assistência social. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 15, n. 1, p. 1–17, 2020.

DO CARMO, M. E.; GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos de Saude Publica**, v. 34, n. 3, 2018.

DOURADO, M. I. C. **Vulnerabilidade ao HIV/aids e sífilis na população de travestis e transexuais e seus modos de vida em Salvador-Bahia**.

DUARTE, A. DE M.; CÉSAR, M. R. DE A. Denial of politics and denialism as a policy: Pandemic and democracy. **Educacao and Realidade**, v. 45, n. 4, p. 1–22, 2020.

FERREIRA, B. DE O. et al. Vivências de travestis no acesso ao SUS. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 4, p. 1023–1038, 2017.

FERREIRA, L. et al. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 120, p. 223–239, 2019.

FERTIG, ADRIANA; BRAGA, FABRÍCIO SOARES; WITT, R. R. A PERCEPÇÃO DO USUÁRIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA SOBRE O. **Revista de Enfermagem**, v. 9, n. 9, p. 1–13, 2013.

GAMBOA, S. A. S. Pesquisa Qualitativa: superando tecnicismo e falsodualismo. **Rev. Contrapontos**, v. 3, n. 3, p. 393–405, 2003.

GAUDENZI, P. Ressonâncias Trans: reflexões sobre o encontro clínico. In: **Ensaio sobre transexualidades: diálogos entre psicanálise e estudos de gênero**. [s.l.] Calligraphie Editora, 2020.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: Sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saude Publica**, v. 22, n. 6, p. 1171–1181, 2006.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de Saude Publica**, v. 34, n. 8, 2018.

GIOVANELLA, L. et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cadernos de Saude Publica**, v. 35, n. 3, 2019.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. DE. Atenção Primária à Saúde. In: **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. [s.l.] Fiocruz, 2012. p. 1112.

GOFFMAN, E. **Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada**. 4a ed. [s.l.: s.n.].

GOMES, D. D. F. **PERCEPÇÕES DE USUÁRIOS TRANSEXUAIS SOBRE O CUIDADO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: o desafio do reconhecimento e do rompimento da invisibilidade**. [s.l.] UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE,

2019.

GRANT, C. **DIREITO, BIOÉTICA E TRANSEXUALIDADE: Um estudo sobre os limites e as possibilidades de ampliação da tutela jurídica das experiências trans.** [s.l.] Universidade Federal da Bahia, 2015.

GUSSO, G. Classificação Internacional de Atenção Primária: capturando e ordenando a informação clínica. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1241–1250, 2020.

HANAUER, O. F. D.; HEMMI, A. P. A. Caminhos percorridos por transexuais: em busca pela transição de gênero. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe8, p. 91–106, 2019.

HELSENGER, N. M. **OS RISCOS DO “SEGUNDO NASCIMENTO”: O QUE NASCE E O QUE MORRE?** [s.l.] UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, 2019.

HIRATA, H. Gênero, classe e raça Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. **Tempo Social**, v. 6, n. 1, p. 61–73, 2014.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Retrato das desigualdades de gênero e raça.** 4. ed. Brasília: IPEA, 2011.

JUSTINO, A. L. A.; OLIVER, L. L.; MELO, T. P. DE. Implantação do programa de residência em medicina de família e comunidade da secretaria municipal de saúde do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1471–1480, 2016.

LANZ, L. **O corpo da roupa: a pessoa transgênera entre a transgressão e a conformidade com as normas de gênero.** [s.l.] UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, 2014.

LAU, H. D. Pensando fora do sistema: uma reflexão sobre a linguagem não-binária. **Uniletras**, v. 41, n. 2, p. 262–282, 2019.

LIMA, R. R. T. DE et al. Análise bibliométrica de teses e dissertações brasileiras sobre travestilidade, transexualidade e saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, 2020.

LIMA, F. **Corpos, gêneros, sexualidades: políticas de subjetivação.** Porto Alegre: UNIDA,

Rede, 2014.

LOPES, A. J. Transexualidades – psicanálise e mitologia grega. **Pulsional Revista de Psicanálise**, n. 47, p. 47–72, 2017.

LOPES JUNIOR, A.; AMORIM, A. P. A.; FERRON, M. M. Queixas relacionadas à sexualidade e transformações corporais na transexualidade. In: **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. 2a ed ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 835–845.

LÓPEZ, L. C. O conceito de racismo institucional: Aplicações no campo da saúde. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 16, n. 40, p. 121–134, 2012.

LOURO, G. L. Teoria queer: uma política pós-identitária para a educação. **Revista Estudos Feministas**, v. 9, n. 2, p. 541–553, 2001.

LOVISON, R. et al. Travestis e transexuais: despindo as percepções acerca do acesso e assistência em saúde. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 1, p. 167–172, 2020.

MACHADO, M. DAS D. C. Pentecostais, sexualidade e família no Congresso Nacional. **Horizontes Antropológicos**, v. 23, n. 47, p. 351–380, 2017.

MAGNO, L.; DOURADO, I.; DA SILVA, L. A. V. Stigma and resistance among travestis and transsexual women in Salvador, Bahia State, Brazil. **Cadernos de Saude Publica**, v. 34, n. 5, 2018.

MAMILOS #262: **VIVÊNCIAS TRANS**. Entrevistada: Letícia Lanz. Entrevistadoras: Ju Wallauer e Cris Bartis. B9. 31 jul 2020. *Podcast*. Disponível em: <<https://open.spotify.com/episode/4nUgEX5ZiYH7fUcETAOU9g>>

MELO, E. A. et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 38–51, 2018.

MELO, E. A.; MAKSUD, 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**, v. 42, p. 1–5, 2018.

MINAYO, M. C. DE S. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. **Impactos da Violência na Saúde**, p. 21–42, 2007.

MINAYO, M. C. DE S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2014.

MONTEIRO, J. F. A.; FIGUEIREDO, M. A. DE C. Vivência profissional: subsídios à atuação em HIV/Aids. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 19, n. 42, p. 67–76, 2009.

MONTEIRO, S.; BRIGEIRO, M. Experiências de acesso de mulheres trans/ travestis aos serviços de saúde: avanços, limites e tensões. **Cadernos de Saude Publica**, v. 35, n. 4, 2019.

MOREIRA, I. C. C. C.; MONTEIRO, C. F. DE S. A violência no cotidiano da prostituição: invisibilidades e ambiguidades. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 5, p. 954–960, 2012.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. DE. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 11–24, 2018.

MUYLAERT, C. J. et al. Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. spe2, p. 184–189, 2014.

NATIVIDADE, M. Sexualidades ameaçadoras: religião e homofobia(s) em discursos evangélicos conservadores. **Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana**, v. 0, n. 2, p. 121–161, 2009.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Seguindo os passos de McWhinney: da medicina de família à medicina tradicional e complementar. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. 16, 2019.

OKA, M.; LAURENTI, C. Between sex and gender: An exploratory bibliographic study of health sciences. **Saude e Sociedade**, v. 27, n. 1, p. 238–251, 2018.

OLIVEIRA, ITAUANE DE; ROMANINI, M. (Re)escrevendo roteiros (in)visíveis: a trajetória de mulheres transgênero nas políticas públicas de saúde. **Saude e Sociedade**, v. 29,

n. 1, p. 1–14, 2020.

OLIVEIRA, M. A. DE C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 66 Spec, p. 158–164, 2013.

PAULINO, D. B.; MACHIN, R.; PASTOR-VALERO, M. “Pra mim, foi assim: homossexual, travesti e, hoje em dia, trans”: performatividade trans, família e cuidado em saúde. **Saude e Sociedade**, v. 29, n. 4, p. 1–11, 2020.

PAZ, D.; AMAZONAS, M. C. L. DE A.; MEDRADO, B. Revisão da Literatura Sobre Homofobia: Escolhas, Argumentos e Exercício Reflexivo em Pesquisa TT - Literature Review on Homophobia: Choices, Arguments and Reflexive Exercise in Research TT - Revisión de la Literatura Sobre Homofobia: Elecciones, Argumen. **Psicol. ciênc. prof.**, v. 40, p. e215726–e215726, 2020.

PERAZZO, P. F. Narrativas Oraís de Histórias de Vida. **Comunicação & Inovação**, v. 16, n. 30, p. 121–131, 2015.

PEREIRA, L. B. DE C.; CHAZAN, A. C. S. O Acesso das Pessoas Transexuais e Travestis à Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 14, n. 41, p. 1795, 2019.

PEREIRA, P. P. G. A teoria queer e a Reinvenção do corpo. **Cadernos Pagu**, n. 27, p. 469–477, 2006.

PEREIRA, P. P. G. Violência e tecnologias de gênero: tempo e espaço nos jornais. **Revista Estudos Feministas**, v. 17, n. 2, p. 485–505, 2009.

PERES, W. S.; TOLEDO, L. G. Dissidências existenciais de gênero: resistências e enfrentamentos ao biopoder. **Rev. psicol. polít.**, v. 11, n. 22, p. 261–277, 2011.

PINTO, L. F. et al. A regulação municipal ambulatorial de serviços do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro: avanços, limites e desafios. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1257–1267, 2017a.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. The family health strategy: Expanding access and reducing hospitalizations due to ambulatory care sensitive conditions (ACSC). **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1903–1913, 2018.

PINTO, T. P. et al. Silicone líquido industrial para transformar o corpo: Prevalência e fatores associados ao seu uso entre travestis e mulheres transexuais em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saude Publica**, v. 33, n. 7, p. 1–13, 2017b.

POLIDORO, M.; CUNDA, B. V.; CANAVESE, D. Vigilância da violência no Rio Grande do Sul: panorama da qualidade e da quantidade das informações no Sistema de Informação e Agravos de Notificação (SINAN) de 2014 a 2018. **Revista Saúde em Redes**, v. 6, n. 2, p. 195–206, 2020.

POLLAK, M. Memória, Esquecimento, Silêncio. **Estudos Históricos**, v. 2, n. 3, p. 3–15, 1989.

POLLAK, M. Memória e identidade Social. **Estudos Históricos**, v. 5, n. 10, p. 200–212, 1992.

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. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1509–1520, 2017.

PORCHAT, P. **Psicanálise e Transexualismo - Desconstruindo Gêneros e Patologias com Judith Butler**. Curitiba: Juruá, 2014.

PORTELLI, A. **História Oral como arte da escuta**. São Paulo: Letra e Voz, 2016.

PRECIADO, P. B. **Manifesto contrassexual: práticas subversivas de identidade sexual**. São Paulo: n-1 edições, 2017.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **LEI Nº 7.716, DE 5 DE JANEIRO DE 1989**.

Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/17716.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17716.htm)>.

RAVAGNOLI, N. C. DA S. R. A entrevista narrativa como instrumento na investigação de

fenômenos sociais na Linguística Aplicada. **The ESpecialist**, v. 39, n. 3, p. 1–14, 2018.

RIBEIRO, L. C. D. Q.; LAGO, L. C. DO. A OPOSIÇÃO FAVELA-BAIRRO NO ESPAÇO SOCIAL DO RIO DE JANEIRO. **SÃO PAULO EM PERSPECTIVA**, v. 15, n. 1, p. 144–154, 2001.

RIBEIRO, M. O. A sexualidade segundo Michel Foucault: uma contribuição para a enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 33, n. 4, p. 358–363, 1999.

RIO DE JANEIRO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL DO RIO DE JANEIRO. SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA. **Carteira de Serviços: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde - Rio de Janeiro**,. 2. ed. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de Atenção Primária, 2016.

ROCHA, C. **Familias y diversidad sexual: Sistematización de la Reunión Satelital realizada en el marco del IV Encuentro Universitario de Género, Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos: Nuevos retos para la investigación y la política pública**. [s.l.: s.n.].

ROCON, P. C. et al. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 21, n. 8, p. 2517–2525, 2016.

ROCON, P. C. et al. O que esperam pessoas trans do sistema único de saúde? **Interface: Communication, Health, Education**, v. 22, n. 64, p. 43–53, 2018.

ROCON, P. C. et al. Acesso À Saúde Pela População Trans No Brasil: Nas Entrelinhas Da Revisão Integrativa. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 1, p. 1–18, 2020.

RODRIGUEZ, A. M. M. **Experiências de atenção à saúde e percepções das pessoas transgênero, transexuais e travestis sobre os serviços públicos de saúde em Florianópolis/SC, 2013-2014**. [s.l.] Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

RONZANI, T. M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários Brazil's Family Health Program according to healthcare practitioners, managers and users. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 23–34, 2008.

SANTOS, L. P. R. DOS et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde, 2008-2015: uma análise do impacto da expansão da ESF na cidade do Rio de Janeiro.

**Cadernos Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 178–183, 2018.

SANTOS FILHO, JOSÉ CAMILO DOS; GAMBOA, S. S. Quantidade-qualidade: para além de um dualismo técnico e de uma dicotomia epistemológica. In: **Pesquisa educacional: quantidade-qualidade**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SCHOLZE, A. DA S.; JUNIOR, C. F. D.; SILVA, Y. F. E. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade?

**Interface: Communication, Health, Education**, v. 13, n. 31, p. 303–314, 2009.

SEOANE, A. F.; FORTES, P. A. DE C. A percepção do usuário do Programa Saúde da Família sobre a privacidade e a confidencialidade de suas informações. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 1, p. 42–49, 2009.

SILVA, A. DE C. A. DA; et al. Implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI LGBT) no Paraná, Brasil.

**Interface**, v. 24, p. 1–15, 2020a.

SILVA, R. G. DA et al. Vulnerabilidade em saúde das jovens transexuais que vivem com HIV/aids. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 73, n. 5, p. e20190046, 2020b.

SILVA, R. R. DA et al. Estresse de minoria de gênero e seus efeitos na saúde mental como fator de risco para depressão em pessoas transgênero: Revisão da literatura. **Research,**

**Society and Development**, v. 10, n. 3, p. e51610313693, 2021.

SILVA, F. F.; ALVIM, M. B. [TRANS] EXISTÊNCIA: CORPOS ERRÁTICOS, GESTICULAÇÕES POLÍTICAS DE RESISTÊNCIA. **PSICOLOGIA & SOCIEDADE**, v. 32, p. 1–16, 2020.

SILVA, L. K. M. et al. Uso do nome social no Sistema Único: De Saúde: elementos para o debate sobre a assistência prestada a travestis e transexuais. **Physis**, v. 27, n. 3, p. 835–846, 2017.

SILVA, V. P.; BARROS, D. D. Método história oral de vida: contribuições para a pesquisa

qualitativa em terapia ocupacional. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 21, n. 1, p. 68–73, 2010.

SILVERMAN, JONATHAN; KURTZ, SUZANNE; DRAPER, J. **Skills for Communicating with Patients**. 3. ed. [s.l.] CRC Press, 2013.

SIQUEIRA-BATISTA, R. et al. (Bio)ética e estratégia saúde da família: Mapeando problemas. **Saude e Sociedade**, v. 24, n. 1, p. 113–128, 2015.

SOARES, L. S. **Cuidado em saúde e transfobia: percepções de travestis e transexuais de duas regiões do Rio de Janeiro: Maré e Cidade de Deus, sobre os serviços de saúde**. [s.l.] Fundação Oswaldo Cruz, 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. (BRASIL). **Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade**. [s.l.: s.n.].

SORANZ, D. R. O Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do município do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 9, n. 30, p. 67–71, 2014.

SOUSA, T. S. Retificando o gênero ou ratificando a norma? **Revista Direito GV**, v. 15, n. 2, p. 1–28, 2019.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002.

THOMPSON, P. História oral e contemporaneidade. **Revista de História Oral**, v. 5, p. 9–28, 2002.

TRANSGENDER EUROPE. **TMM Update Trans Day of Remembrance 2018**. Disponível em: <<https://transrespect.org/en/tmm-update-tdor-2018/>>.

TRANSGENDER EUROPE. **Trans Murder Monitoring: absolute numbers (2008 - Sept 2020)**. Disponível em: <<https://transrespect.org/en/map/trans-murder-monitoring/>>.

WEINMANN, A. DE O. Dispositivo: Um solo para a subjetivação. **Psicologia e Sociedade**,

v. 18, n. 3, p. 16–22, 2006.

WENCESLAU, L. D.; ORTEGA, F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: Perspectivas internacionais e cenário brasileiro. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 19, n. 55, p. 1121–1132, 2015.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saude e Sociedade**, v. 25, n. 3, p. 535–549, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision**. [s.l.: s.n.].

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics (ICD-11 MMS): Eleventh Revision**. 11. ed. [s.l.: s.n.].

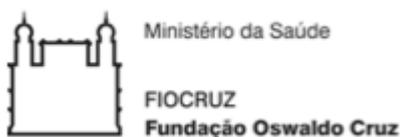
WORLD ORGANIZATION OF NATIONAL COLLEGES, ACADEMIES, A. A. A. O. G. P. **Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2)**. 2. ed. Florianópolis: [s.n.].

YALOM, IRVIN D.; LESZCZ, M. **PSICOTERAPIA DE GRUPO: TEORIA E PRÁTICA**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

ZAMBENEDETTI, G.; DA SILVA, R. A. N. O paradoxo do território e os processos de estigmatização no acesso ao diagnóstico de HIV na atenção básica em saúde. **Estudos de Psicologia**, v. 20, n. 4, p. 229–240, 2015.

ZAMORA, M. H. R. N. Desigualdade racial, racismo e seus efeitos. **Fractal : Revista de Psicologia**, v. 24, n. 3, p. 563–578, 2012.

## ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

**Título da Pesquisa:** "EXPERIÊNCIAS DA POPULAÇÃO TRANS E TRAVESTI NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO"

**Pesquisadora:** Jéssica Iaci Cruz de Andrade (E-mail: jessicaiaci@gmail.com; Telefone: 21 982070470)

**Instituição Responsável:** Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz)

**Endereço:** Av. Rui Barbosa 716 – Flamengo, Rio de Janeiro - Brasil; CEP: 22.250-020

**Participante:**

Prezadx participante,

Você está sendx convidadx a participar da pesquisa "**EXPERIÊNCIAS DA POPULAÇÃO TRANS E TRAVESTI NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**", desenvolvida por Jéssica Iaci Cruz de Andrade, discente do **Mestrado Profissional em Saúde da Família** da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), sob orientação das professoras **Kátia Silveira da Silva e Paula Gaudenzi**.

O objetivo central do estudo é analisar a experiência das pessoas trans e travestis sobre o cuidado oferecido pela Atenção Primária no Sistema Único de Saúde (SUS). O convite à sua participação tem o intuito de compreender quais são as demandas de saúde da população trans e travesti e sua satisfação com os cuidados prestados.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento.

TCLE versão ( ) \_\_\_\_\_  
 Rubrica participante

\_\_\_\_\_  
 Rubrica pesquisadora

Você não será penalizadx de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, desistir da mesma, ou mesmo recusar-se a responder qualquer questão da entrevista, sem necessidade de explicação ou justificativa para tal. Contudo, sua participação é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lx será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar da pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação consistirá em relatar a sua história de vida a partir da entrevista à pesquisadora do projeto, através de videoconferência online pela plataforma Zoom<sup>®</sup>, que será gravada em arquivo de áudio no computador da pesquisadora. Participarão da entrevista apenas x entrevistadx e a pesquisadora, sendo fornecida uma senha de acesso para acessar a plataforma, que deverá ser instalada no celular, tablet ou computador de ambos. O tempo de duração da entrevista será de aproximadamente uma hora. Uma vez concluída a etapa de coleta de dados, as entrevistas serão armazenadas em uma unidade de disco rígido externa, não sendo mantida qualquer mídia em plataforma virtual, ambiente compartilhado ou “nuvem”. Terão acesso às entrevistas na íntegra a pesquisadora e suas orientadoras. Os arquivos de áudio serão enviados para profissional transcritor, sem a identificação dxs entrevistadx, através de um dispositivo de armazenamento (*pendrive*), sendo solicitada a devolução do mesmo após a transcrição das entrevistas. A pesquisadora compromete-se em garantir a confidencialidade das informações e da privacidade dxs participantes, respeitando-se os princípios éticos expostos na Resolução de N<sup>o</sup> 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, referente às normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. O custo pelo uso da plataforma de videoconferência e pagamento para transcrição das entrevistas será arcado apenas pela pesquisadora.

O benefício indireto relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de dar subsídios futuros à capacitação profissional se forem identificados fatores que envolvam práticas profissionais que não satisfaçam as necessidades da população trans e travesti.



TCLE versão ( ) \_\_\_\_\_  
Rubrica participante

\_\_\_\_\_  
Rubrica pesquisadora

A escolha do ambiente virtual para a entrevista visa minimizar os riscos relativos à transmissão do vírus Sars-CoV-2, responsável pela pandemia de COVID-19. Apesar deste benefício, há algumas desvantagens da aplicação de entrevistas por via virtual, como a diminuição do tempo de contato com o participante que possibilite uma aproximação com sua história de vida, além de riscos relacionados ao uso de plataformas virtuais, como restrição de acesso à internet que dificulte a comunicação durante a entrevista, e violação de privacidade pelo uso da internet. Ademais, há possíveis riscos inerentes aos estudos com aplicação de entrevistas, tais como invasão de privacidade; responder a questões sensíveis; tomar o tempo da pessoa ao responder a entrevista. A pesquisadora se compromete a minimizar desconfortos, tais como garantir a liberdade para não responder questões constrangedoras; garantir a não violação e a integridade dos documentos (danos físicos, cópias, rasuras), assegurar a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas. A respeito do ambiente virtual, a entrevistadora se compromete a não acessar informações que não foram fornecidas pelo participante, como por exemplo, o endereço IP. Os participantes da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano previsto ou não no termo de consentimento e resultante de sua participação no estudo, além do direito à assistência integral, têm direito à indenização, conforme item § 2 do Art. 19 da Resolução Nº 510/2016. Apesar da entrevista não ocorrer em uma unidade de saúde, atendimento psicoterápico será oferecido caso a entrevistadora identifique que o mal-estar manifestado pelo participante derive da própria pesquisa.

Você tem permissão para acesso aos resultados da pesquisa, que também poderão ser divulgados em palestras dirigidas ao público participante, artigos científicos e na dissertação.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz) através do e-mail ([cepiff@iff.fiocruz.br](mailto:cepiff@iff.fiocruz.br)), telefone (2554-1730) ou fax: 2552-8491. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite



TCLE versão ( ) \_\_\_\_\_  
Rubrica participante

\_\_\_\_\_  
Rubrica pesquisadora

os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Você receberá uma cópia idêntica do TCLE assinada pela pesquisadora. Caso concorde em participar da pesquisa, você poderá manifestar sua aprovação através de email, assinatura digital ou verbalmente na própria gravação.

Eu, \_\_\_\_\_, portadorx do CPF número \_\_\_\_\_, autorizo, voluntariamente, que as informações fornecidas por mim sejam utilizadas nessa pesquisa.

Declaro que li e entendi todo o conteúdo deste documento.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Pesquisadora que obteve o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:

Nome: Jéssica Iaci Cruz de Andrade

Assinatura:



TCLE versão ( ) \_\_\_\_\_  
Rubrica participante

  
\_\_\_\_\_  
Rubrica pesquisadora

## **ANEXO B - GUIA DE APOIO PARA A ENTREVISTA**

### **GUIA DE APOIO PARA A ENTREVISTA**

1. No relato da pesquisa você será identificadx por um pseudônimo (um outro nome que não o seu). Qual nome você gostaria de escolher e porquê da escolha?

2. Esta pesquisa objetiva analisar a experiência das pessoas trans sobre o cuidado oferecido pela Atenção Primária nos serviços públicos de saúde, você poderia nos contar sobre como foi a sua experiência na saúde da família?

3. Por que você procurou a Clínica da Família (se for alguma morbidade perguntar se esta queixa é recente ou antiga. Se antiga, se tem motivo para não ter ido antes)?

4. Como você se sentiu ao chegar e como foi sua experiência desde a porta de entrada até o atendimento com os profissionais da ESF (agente comunitário de saúde, enfermeiro, médico, técnico de enfermagem)? Qual foi o profissional que atendeu?

4.1 Trabalho do Agente Comunitário de Saúde: verificar na fala da pessoa entrevistada como é percebido o trabalho do agente comunitário e o tratamento em relação ao seu acompanhamento: cadastro, visita, respeito ao uso do nome social (na comunicação e nos documentos: cartão do SUS, prontuário etc.). Ao entrar na clínica da família, como foi recebido por este profissional? Como foi sua experiência na sala de espera?

4.2 Trabalho do Médico e Enfermeiro: observar como são percebidos os cuidados com relação a estes profissionais. As pessoas trans sentem que suas demandas são atendidas por estes profissionais? Sentem que estão preparados tanto em termos de comunicação quanto de resolução de demandas? Que tipos de demandas em saúde costumam levar a estes profissionais? Os profissionais ofertam cuidados em termos de prevenção e promoção à saúde? São oferecidos exames de rastreamento? Que tipo de foco é dado em relação ao cuidado de IST's? Sentem que são respeitados? Na comunicação clínica, é respeitado o nome social? Que tipo de preconceito observam em consultas? Alguma vez perceberam que alguma intervenção lhes foi imposta?

- 4.3 Trabalho do técnico de enfermagem: Já tiveram algum tipo de problema com relação a coleta de sangue? O nome social foi respeitado ao chamar para colher exames? Tiveram algum problema ao aplicar medicações na unidade?
5. Você acredita que a sua identidade de gênero influenciou na forma de tratamento/ cuidado oferecida pelos profissionais? Por quê?
6. Você notou alguma diferença no acompanhamento com profissionais de saúde antes e depois das modificações corporais? Qual?
7. Se você acompanha o processo de modificação corporal com profissionais de saúde, você se sente satisfeito com o resultado?
8. Você já deixou de frequentar algum serviço de saúde? Por quê?
9. Como foi construído o vínculo com a Clínica da Família que o acompanha agora? Já precisou mudar de unidade devido a mudança de território? Checar o motivo de permanência/ evasão do território de moradia e as possíveis redes de apoio criadas no local.
10. Você gostaria de sugerir alguma outra forma de cuidado ou acompanhamento?
11. Gostaria de acrescentar algo ou tem alguma dúvida?