



UNIVERSIDADE TECNOLÓGICA FEDERAL DO PARANÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TECNOLOGIA E SOCIEDADE

MICHELLE RODRIGUES CARDOSO

“A PRINCIPAL DIFICULDADE É CONSEGUIR FAZER MAIS”:
DESAFIOS ENCONTRADOS NO COTIDIANO DE TRABALHO EM
UM SERVIÇO DE SAÚDE ESPECIALIZADO NO ATENDIMENTO
DE PESSOAS TRANS

DISSERTAÇÃO

CURITIBA

2018

MICHELLE RODRIGUES CARDOSO

“A PRINCIPAL DIFICULDADE É CONSEGUIR FAZER MAIS”:
DESAFIOS ENCONTRADOS NO COTIDIANO DE TRABALHO EM
UM SERVIÇO DE SAÚDE ESPECIALIZADO NO ATENDIMENTO
DE PESSOAS TRANS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Tecnologia e Sociedade da Universidade Tecnológica Federal do Paraná como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Tecnologia e Sociedade – Área de Concentração: Tecnologia e Sociedade. Linha de Pesquisa: Tecnologia e Trabalho.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Nanci Stancki da Luz.

CURITIBA

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

C268p
2018
Cardoso, Michelle Rodrigues
"A principal dificuldade é conseguir fazer mais" : desafios encontrados no cotidiano de trabalho em um serviço de saúde especializado no atendimento de pessoas trans / Michelle Rodrigues Cardoso.-- 2018.
131 f. : il. ; 30 cm

Disponível também via World Wide Web
Texto em português com resumo em inglês
Dissertação (Mestrado) - Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Programa de Pós-graduação em Tecnologia e Sociedade. Área de Concentração: Tecnologia e Sociedade. Linha de Pesquisa: Tecnologia e Trabalho, Curitiba, 2018
Bibliografia: f. 116-126

1. Transexualidade - Aspectos sociais - Brasil. 2. Transexuais - Saúde e higiene - Política governamental - Brasil. 3. Cuidados médicos ambulatoriais - Avaliação. 4. Assistência médico-social. 5. Hospitais - Aspectos sociológicos. 6. Hospitais públicos - Serviços de ambulatório - Avaliação. 7. Violência nos hospitais. 8. Hospitais - Serviços - Avaliação. 9. Pessoal da área médica e pacientes - Aspectos sociais - Brasil. 10. Política de saúde - Brasil. 11. Saúde pública - Brasil. 12. Tecnologia - Dissertações. I. Luz, Nanci Stancki da. II. Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Programa de Pós-graduação em Tecnologia e Sociedade. III. Título.

CDD: Ed. 23 – 600

Biblioteca Central da UTFPR, Câmpus Curitiba
Bibliotecário: Adriano Lopes CRB-9/1429

TERMO DE APROVAÇÃO DE DISSERTAÇÃO Nº 518

A Dissertação de Mestrado intitulada "**A principal dificuldade é conseguir fazer mais**":
**Desafios encontrados no cotidiano de trabalho em um serviço de saúde especializado
no atendimento de pessoas Trans.** defendida em sessão pública pelo(a) candidato(a)
Michelle Rogrigues Cardoso no dia **29 de junho de 2018**, foi julgada aprovada em sua
forma final para a obtenção do título de Mestre em Tecnologia e Sociedade, Linha de
Pesquisa – Tecnologia e Desenvolvimento, pelo Programa de Pós-Graduação em
Tecnologia e Sociedade.

Prof^a. Dr^a. Lindamir Salete Casagrande - (UTFPR)
Prof^a. Dr^a. Grazielle Tagliamento - (UTP)
Prof^a. Dr^a. Valéria Melki Busin - (UNEMAT)
Prof^a. Dr^a. Nanci Stancki da Luz - (UTFPR) - *Orientadora*

Curitiba, **29 de junho de 2018.**

Prof^a Dr^a Marília Abrahão Amaral
Coordenadora do PPGTE



À Nina e Alisson

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Professora Doutora Nanci Stanki da Luz por oportunizar e orientar esta pesquisa e pelo apoio para que eu permanecesse vinculada ao programa durante o período de gestação e licença maternidade. Minha profunda admiração pela sua luta diária para construção de uma universidade mais humana e democrática, que se refletiram como inspiração durante o processo de elaboração desta pesquisa.

Expresso a minha gratidão às Professoras Doutoras Grazielle Tagliamento, Lindamir Salete Casagrande e Valéria Melki Busin pelas valiosas contribuições na banca examinadora e pela participação na banca de defesa.

Manifesto a minha gratidão a todas as profissionais que concederam as entrevistas que embasam esta pesquisa e que enfrentam os desafios do cotidiano de trabalho para ofertar uma assistência em saúde de forma humanizada. Meu profundo respeito e admiração.

Agradeço a minha colega Kaciane Daniella Almeida pelo acolhimento no programa e pelas contribuições vinculadas ao campo da educação.

Agradeço a todos/todas professores/professoras e funcionários/funcionárias do Programa de Pós-graduação em Tecnologia e Sociedade da UTFPR.

Agradeço ao meu companheiro Alisson A. Martins e a Dayane Andreatta que possibilitaram as condições necessárias no meu cotidiano para que essa pesquisa fosse operacionalizada. Durante esse processo tive a tranquilidade de que minha filha estava em boas mãos.

CARDOSO, Michelle Rodrigues. **“A principal dificuldade é conseguir fazer mais: desafios encontrados no cotidiano de trabalho em um serviço especializado no atendimento de pessoas Trans.** Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Tecnologia e Sociedade. Universidade Tecnológica Federal do Paraná – Paraná. 2018.

RESUMO

Algumas políticas públicas foram elaboradas para diminuir as lacunas referentes ao acesso das pessoas Trans aos serviços de saúde, como o processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Portaria nº 2.803/2013 do Ministério da Saúde, e que prevê uma linha de cuidados integrando todos os níveis de atenção da rede para as pessoas que necessitam realizar modificações corporais. Porém, a efetivação das políticas públicas voltadas à saúde das pessoas Trans não ocorre apenas por meio de decisões legislativas e publicações de portarias, mas, sobretudo a partir de ações no cotidiano de trabalho dos serviços de saúde e na relação entre profissionais e usuários/usuárias. Partindo desse pressuposto, o objetivo geral dessa pesquisa é compreender as dificuldades encontradas pelas profissionais de saúde que atuam em um serviço especializado no atendimento de pessoas Trans. Para alcançar o objetivo supracitado, foi operacionalizada uma pesquisa qualitativa com as profissionais de um serviço ambulatorial especializado no atendimento de pessoas Trans, localizado na região sul do Brasil. Como ferramenta para coleta de informações, utilizou-se entrevistas guiadas por pautas e a análise dos dados foi realizada por meio de procedimentos da análise de conteúdo. As participantes relataram dificuldades para consolidação de equipe, lacunas em relação ao processo formativo e obstáculos para articulação do serviço com outros níveis de atenção da rede pública de saúde da região.

Palavras-chave: Transexualidade – Profissionais – SUS – Trabalho

CARDOSO, Michelle Rodrigues. **"The main difficulty it's be able to do more": challenges found in the everyday work of a specialized health service in the care of Trans persons.** Masters dissertation. Postgraduate Program in Technology and Society. Federal University of Technology – Paraná. 2018.

ABSTRACT

Some public policies were developed to reduce lacks related to Trans people access to health services, such as the gender reassignment process in the Unified Health System (SUS), instituted by Ministerial Directive nº 2.803/2013 of the Ministry of Health, which provides a caring line with an integrative approach between all levels of attention of the SUS to the people who need corporal modifications. However, the fulfillment of public policies aimed to Trans people health does not succeed only through legislative decisions and ordinances, but mainly from actions in the everyday work of health services and in the relationship between professionals and users. Based on this assumption, the general aim of this research is to understand the difficulties met by health professionals who work in a specialized service in the care of Trans people. To reach this aim, we did a qualitative research with the professionals of an outpatient clinic service specialized in the care of Trans people, located in Southern Brazil. We use interviews by guidelines as a tool for information gathering and, after this, we did the data analysis through content analysis procedures. The participants of the research reported difficulties in team consolidation as well as gaps in professional training processes and obstacles on the articulation of the service with other levels of public health network attention of region.

Keywords: Transsexuality – Health Professionals – SUS – Work

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1 – Valores, idade e quantidade para procedimentos ambulatoriais. .	46
Tabela 2 – Valores, idade e quantidade para procedimentos hospitalares.	48
Tabela 3 – Comparativo entre os valores dos procedimentos cirúrgicos ofertados pelo SUS e pela rede privada.....	52

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 PROCESSOS DE PATOLOGIZAÇÃO VIVENCIADOS PELAS PESSOAS TRANS	14
2.1 Gênero, corpo e estigma	14
2.2 Manuais e Classificações	23
2.3 Políticas Públicas Nacionais em Saúde	35
2.4 O SUS e a Hierarquia dos Modelos Tecnológicos	42
2.4.1 Tecnologias e Técnicas de Modificação Corporal disponíveis no SUS ...	45
3 ASPECTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA DE CAMPO	54
3.1 Objetivo geral e objetivos específicos:	54
3.2 Desenho da Pesquisa e Procedimentos para Coleta e Análise dos Dados	54
3.3 Considerações sobre o instrumento de coleta de dados	56
3.4 Primeiros contatos com o local de pesquisa	56
3.5 Participantes da Pesquisa	57
3.6 Aspectos Éticos	58
4 DESAFIOS ENFRENTADOS EM UM SERVIÇO ESPECIALIZADO NO ATENDIMENTO DE PESSOAS TRANS	59
4.1 Caracterização do local de pesquisa	59
4.2 Desafios vivenciados no cotidiano do serviço	62
4.2.1 Desafios iniciais para composição de equipe	62
4.2.2 Motivações Pessoais e Estratégias para Assistência	69
4.3 Processo formativo das profissionais inseridas no serviço	78
4.3.1 Processo de Educação Formal	79
4.3.2 Processo de Educação não Formal	88
4.4 Dificuldades Relacionadas à Articulação na Rede de Serviços da Região	95
4.4.1 Articulação com a Atenção Básica	96
4.4.2 Articulação com a Atenção de Alta complexidade	103
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	110
REFERÊNCIAS	116
APÊNDICE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Termo de Consentimento para Uso de Imagem e Som de Voz (TCUIV)	127

1 INTRODUÇÃO

O interesse da autora em realizar este estudo partiu das dificuldades encontradas na rede de saúde para atender de forma integral, tanto as mulheres Trans, quanto crianças e adolescentes Trans, que, em seu dia-a-dia enfrentam dificuldades de acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Devido à ruptura com a lógica arbitrária de que o sexo biológico deve corresponder ao gênero, as pessoas Trans¹ enfrentam no seu cotidiano processos de estigmatização, discriminação e rupturas com laços sociais.

O sistema binário sexo-gênero pressupõe uma concordância entre sexo e gênero que deve ocorrer da seguinte forma: o sexo é visto como algo natural, biológico, orgânico e o gênero reflete o comportamento e os papéis que as pessoas deverão desempenhar. Ou seja, se a pessoa nasceu com pênis, logo, pertence ao gênero masculino e deverá ter comportamentos, exercer papéis e ocupações ditas masculinas; se nasceu com vagina, logo, pertence ao gênero feminino e, portanto, os comportamentos, papéis e ocupações deverão ser aqueles pré-estabelecidos para o gênero feminino, sendo que, nos dois casos, a heterossexualidade é compulsória (DOMINGOS, 2015).

Esse sistema binário é responsável por produzir e reproduzir corpos padronizados para sociedade por meio da ideia de que o gênero deve refletir o sexo e que todas as esferas que constituem os sujeitos estão amarradas a essa determinação prévia: “a natureza constrói a sexualidade e posiciona os corpos de acordo com as supostas disposições naturais” (BENTO, 2006, p. 19).

A quebra da norma entre sexo-gênero-desejo discutida por Bento (2006) e Jesus (2013) traz consequências severas no cotidiano das pessoas Trans que se tornam alvo de preconceito e têm seus direitos humanos negados, tais como o desrespeito em relação ao uso do nome social, dificuldades em adequar seus registros civis, dificuldades de acesso à educação e ao mercado de trabalho, bem como, a exposição a violências verbais e físicas.

¹ Usamos o termo pessoas Trans para se referir as pessoas que quebram a norma binária de que o sexo deve corresponder a um gênero pré-determinado na matriz sócio-cultural.

A pesquisa de Silva e Barboza (2005, p. 41), revela que a transgressão das relações heteronormativas, principalmente quando o sujeito não se submete a relação binária de sexo e gênero, desencadeia o “sofrimento com peso do estigma e a inserção automática em uma situação social de alta vulnerabilidade, pois a sociedade só lhe oferece a possibilidade do não lugar”.

Especificamente em relação ao direito à saúde, algumas políticas públicas foram formuladas com o intuito de diminuir as lacunas para o atendimento desta população no SUS. Dentre as políticas vigentes podemos citar o Processo Transexualizador no SUS que prevê uma linha de cuidados para as pessoas Trans que necessitam realizar modificações corporais (BRASIL, 2013).

Porém, o acesso a esses atendimentos apresenta barreiras, dentre as quais a escassez de serviços especializados, o financiamento inadequado das políticas públicas e o despreparo dos profissionais da área da saúde em relação às políticas públicas e as especificidades das pessoas Trans. Essas situações alavancam um processo de afastamento dessa população em relação aos serviços de saúde.

Barbosa e Koyama (2006), Romano (2008), Tagliamento (2012) e Santos (2013) discutem a dificuldade de acesso aos atendimentos de saúde devido aos processos de discriminação vivenciados pelas pessoas Trans nestes locais. O tratamento desumanizado na relação entre profissionais da área da saúde e pessoas Trans repercute tanto na dificuldade de acesso como na permanência dessas pessoas nos serviços de saúde.

Nesta pesquisa partimos do pressuposto de que a efetivação das políticas públicas voltadas à saúde das pessoas Trans não ocorre apenas por meio de decisões legislativas e publicações de portarias, mas, sobretudo à partir de ações no cotidiano de trabalho dos serviços de saúde e na relação entre profissionais e usuários/usuárias. Em decorrência de que nem sempre a normativa corresponde à prática, elaboramos a seguinte questão de pesquisa: **Quais são as dificuldades encontradas em um serviço ambulatorial especializado no atendimento de pessoas Trans?**

A partir desta questão, delimitamos o seguinte **objetivo geral**: Compreender as dificuldades encontradas pelas profissionais de saúde que atuam em um serviço especializado no atendimento de pessoas Trans.

Para operacionalizar este estudo, foi realizada uma pesquisa qualitativa utilizando como ferramenta para coletas de informações entrevistas guiadas por pautas com as profissionais que atuam em um serviço ambulatorial especializado no atendimento de pessoas Trans na região Sul do Brasil. O ambulatório foi escolhido por ser o único vinculado ao SUS a prestar atendimento a essa população dentro de um dos Estados da região Sul e também pela disponibilidade em participar desta pesquisa. Para a análise dos dados utilizamos procedimentos da metodologia de análise de conteúdo (BARDIN, 1994).

Esta dissertação foi organizada em três capítulos:

O Capítulo 1, intitulado **Processos de Patologização Vivenciados pelas Pessoas Trans** engloba a revisão bibliográfica e as análises documentais que embasam esta pesquisa. Este capítulo foi dividido em 5 temas relativos às discussões específicas.

O primeiro tema, Gênero, corpo e estigma, aborda os processos de desumanização vivenciados pelas pessoas Trans devido à quebra das normativas socioculturais, trazendo como consequência a perda de seus direitos civis.

No segundo tema, Manuais e Classificações, são apresentadas reflexões sobre os processos de patologização vivenciados pelas pessoas Trans no campo da saúde. Esses processos foram materializados por meio de classificações e manuais trazendo consequências em relação ao acesso à saúde dessa população. Do mesmo modo, são apresentados e discutidos alguns movimentos que buscam a despatologização e a promoção dos direitos humanos.

O terceiro tema, Políticas públicas nacionais em saúde, apresenta a análise dos documentos oficiais, das políticas públicas, das normativas do Conselho Federal de Medicina e dos programas do Ministério da Saúde.

O quarto tema, O SUS e a hierarquia dos modelos tecnológicos no SUS, aborda o modelo de gestão das tecnologias em saúde e a alocação dos recursos humanos vinculando ao Processo Transexualizador no SUS.

No quinto tema, Tecnologias de modificação corporal disponíveis no SUS, são descritas as tecnologias e técnicas disponíveis no Processo

Transexualizador do SUS e um comparativo com a rede privada de saúde dos serviços disponíveis no Brasil e no exterior.

O segundo capítulo, intitulado **Aspectos Metodológicos da pesquisa de campo**, relata os caminhos traçados para construção e execução desta pesquisa e apresenta os procedimentos éticos adotados para evitar ou reduzir danos às participantes.

No terceiro capítulo, intitulado **Desafios Enfrentados em um Serviço Especializado no Atendimento de pessoas Trans**, foi realizada a caracterização do local de pesquisa e as análises dos resultados das entrevistas realizadas. As discussões foram apresentadas em três categorias: 1. Desafios vivenciados no cotidiano do serviço; 2. Processo formativo das profissionais inseridas no serviço; 3. Dificuldades relacionadas à articulação na rede do SUS. Estas categorias receberam um refinamento em subcategorias no sentido de se aprofundar a compreensão em suas especificidades.

Na primeira categoria, Desafios vivenciados no cotidiano do serviço, foram discutidos os desafios vivenciados pelas participantes da pesquisa durante o período de construção do serviço e no cotidiano de assistência à saúde das pessoas Trans.

A segunda categoria, intitulada Processo formativo das profissionais inseridas no serviço, trata-se de uma análise sobre as experiências vivenciadas na graduação, no curso técnico, nos congressos, nos treinamentos ofertados pelo serviço e nas trocas de saberes entre profissionais e em outros serviços.

Na terceira categoria, Dificuldades relacionadas à articulação na rede do SUS, foram discutidas questões levantadas pelas participantes da pesquisa em relação às dificuldades de articulação do serviço com a atenção básica de saúde e com a atenção de alta complexidade na região.

Por fim, nas **Considerações Finais** são apresentadas reflexões que articulam os elementos apresentados nos capítulos de discussão teórica e os resultados construídos na pesquisa.

Com esse estudo, esperamos contribuir com a reflexão sobre a prática dos/das profissionais da área da saúde em relação ao atendimento a essa população, bem como a necessidade de elaborar estratégias para efetivação de políticas públicas e ações que garantam o acesso aos cuidados de saúde.

2 PROCESSOS DE PATOLOGIZAÇÃO VIVENCIADOS PELAS PESSOAS TRANS

Este capítulo discute os aspectos socioculturais que normatizam os corpos, conferindo às pessoas o *status* de humano ou abjeto², assim diferenciando as pessoas que terão acesso aos direitos humanos, daqueles que terão seus direitos negados. Quando o corpo de uma pessoa é considerado abjeto, essa pessoa será estigmatizada e marginalizada, o seu espaço geográfico de circulação será reduzido e por consequência o acesso a bens e serviços, como trabalho, educação ou saúde também será reduzido.

Para compreensão deste fenômeno e como ocorrem seus desdobramentos na rede pública de saúde, realizou-se uma revisão bibliográfica sobre as questões de gênero e estigmatização das pessoas Trans, uma análise documental sobre as classificações internacionais de ampla circulação entre os/as profissionais da área da saúde e sobre as políticas públicas voltadas a promoção de saúde desta população, além da análise sobre os procedimentos tecnológicos disponíveis no SUS.

2.1 Gênero, corpo e estigma

Em outubro de 2016 a página da *web* Catraca Livre³ noticiou que, após ser esfaqueada sete vezes por estar andando de mãos dadas na rua com o seu namorado, uma mulher Trans de 21 anos foi agredida no hospital municipal situado na região sul da Bahia. A vítima chegou ao local sangrando e pedindo

² Abjeto é o termo formulado por Butler (2017) para designar os corpos que tem sua humanidade questionada ou não são considerados importantes.

³ CATRACA LIVRE. Após ser esfaqueada, travesti é agredida em hospital na Bahia. São Paulo: 2016. Disponível em: <https://catracalivre.com.br/geral/cidadania/indicacao/apos-ser-esfaqueada-travesti-e-agredida-em-hospital-na-bahia/>. Acesso em: 11/09/2017.

por ajuda e foi agredida novamente por uma das suspeitas que a seguiu até o local. No vídeo disponibilizado pelo *site* alguns profissionais observavam a mulher sendo agredida no chão, sangrando, retornando para outro local do hospital, com o companheiro da vítima implorando por atendimento enquanto as agressões verbais continuavam contra a vítima. Nenhum membro da equipe de saúde solicitou que a agressora se afastasse do local, não foram prestados os primeiros socorros com urgência e ninguém tentou acalmar a vítima.

Essa notícia ilustra como uma pessoa considerada abjeta pode receber menos cuidados nos serviços de saúde. No caso relatado acima é provável que o atendimento desumanizado por parte da equipe do hospital, tenha ocorrido pelo fato dessa mulher quebrar a norma sociocultural de que o sexo biológico deve corresponder ao gênero. Por transgredir a regra binária sexo-gênero ela terá que enfrentar no seu cotidiano processos de disseminação de preconceitos, discriminações e estigmatização.

O preconceito pode ser definido como uma atitude hostil contra um indivíduo porque ele pertence a um grupo desvalorizado socialmente ou também pode ser definido um juízo de valor prematuro ou uma opinião sem reflexão prévia (CARVALHO, 2012). A discriminação é a materialização do preconceito e se constitui no ato de segregar e diferenciar de forma negativa o tratamento dado à pessoa ou grupo que não segue os padrões da sociedade na qual está inserido (CARVALHO, 2012).

Para que a segregação ocorra para punir aqueles/aquelas que quebram as normas instituídas, não basta apenas alimentar os mecanismos de disseminação de preconceitos e discriminações. De acordo com Carvalho (2012) o processo de estigmatização é fundamental na legitimação das relações de poder e de controle dos sistemas sociais.

Goffman (1963) relata que os gregos já se utilizavam do estigma como ferramenta para julgar o *status* moral dos indivíduos através de suas marcas corporais que serviam principalmente para delimitar a permanência dos mesmos em locais públicos. Os estigmas eram realizados por meio de cortes ou queimaduras na pele que indicavam se a pessoa era escrava, criminosa ou traidora.

Na sociedade contemporânea, o estigma ocorre quando nos deparamos com pessoas que demonstram ter qualidades diferentes das que são

normatizadas socialmente. Essas diferenças percebidas colocam essas pessoas em uma categoria de espécie menos desejada, ou seja, uma pessoa estragada, fraca, perigosa ou desacreditada (GOFFMAN, 1963).

A autora Busin (2015) em base a uma análise guiada pelo construcionismo social, explica que o processo de estigmatização vivenciado pelas pessoas Trans parte da ruptura com o roteiro de gênero hegemônico em que somos socializados. Quando essa diferença é percebida, essas pessoas são alocadas em um território simbólico marginal e desqualificadas.

Outro caminho para compreensão de como grupos e pessoas são marginalizadas devido à quebra dos padrões de gênero, se dá por meio da teoria *Queer*, que propõem questionar a lógica da construção hegemônica identitária, os dispositivos da biopolítica⁴ que disciplinam os corpos e os argumentos de neutralidade científica.

De acordo com Miskolci (2016), o que atualmente conhecemos como teoria *Queer* tem suas origens na década de 1960 com os novos movimentos sociais relacionados aos direitos civis das pessoas negras, a segunda onda do movimento feminista, o movimento gay e com os movimentos de contracultura.

O termo novos movimentos, apesar de estar vinculado à vanguarda, não está relacionado aos fatos históricos reais, pois foi construído por uma visão eurocêntrica ignorando fatos como os movimentos abolicionistas da escravidão no Brasil. Porém, a novidade no movimento *Queer* está atribuída à maior adesão da classe média em lutas pré-existentes (MISKOLCI, 2016).

Neste contexto, surge o movimento "*Queer Nation*" e o termo "*Queer*" associado aos xingamentos recebidos pelas pessoas Trans ou com orientação sexual não heteronormativa da época que foram consideradas abjetas e disseminadoras de doenças como a AIDS. Assim, essas pessoas que foram rejeitadas, apropriaram-se dessas injúrias como ato de resistência e nomearam o movimento como "*Queer Nation*", "Nação Anormal", "Nação Estranha", "Nação das Bichas" (MISKOLCI, 2016).

Esse movimento pode ser entendido como um ato de fala no qual as lésbicas, gays e pessoas Trans subvertem a linguagem hegemônica e se

⁴ Conceito formulado por Foucault (1999) que engloba as tecnologias utilizadas para controlar as massas.

apropriam da sua força performativa (PRECIADO⁵, 2017). Esse movimento pode ser exemplificado da seguinte forma:

[...] por exemplo, sapatona passa de um insulto pronunciado pelos sujeitos heterossexuais para marcar as lésbicas como “abjetas”, para se transformar, posteriormente, em uma auto-denominação contestadora e produtiva de um grupo de “corpos-abjetos” que, pela primeira vez tomam a palavra e reclamam sua própria identidade (PRECIADO, 2017, p. 28)

As identificações pejorativas como “sapatas” e “bichas” são apropriadas e resignificadas através da transformação em auto-determinações que resistem à normatização universalizante, possibilitando a essas pessoas possíveis lugares de resistência política (PRECIADO, 2011).

O movimento *Queer* denuncia os mecanismos do biopoder⁶ na criação dos “normais” e dos “anormais” além de dar visibilidade à violência e à injustiça que os regimes de normatização aplicam sobre os corpos que ousam ser diferentes. Desta forma, a luta do movimento *Queer* é contra o poder disciplinar para a desconstrução cultural e das normas impostas (MISKOLCI, 2016).

Preciado (2011) explica que os corpos que compõem a “multidão *Queer*” não apresentam relação com a idéia de “terceiro sexo⁷” ou “além dos gêneros”, mas sim tentam se apropriar dos discursos hegemônicos encontrados nas disciplinas de saber/poder para expor as políticas que categorizam os corpos como “normais” e “anormais”. A preocupação é encontrar mecanismos de resistência ou subverter a disciplina sexopolítica.

No Brasil, a transformação do *movimento Queer* em *teoria Queer* ocorreu com a divulgação dos estudos de Perlongher, em 1987. Em sua obra, o autor afirma que a homossexualidade nada mais é um fantasma criado culturalmente para normalizar a heterossexualidade. Porém, as origens da teoria foram reconhecidas mundialmente com início na década de 1990 com as obras de Sedwick, Butler e Halperin (MISKOLCI, 2016).

⁵ Paul B. Preciado assinava seus livros anteriormente como Beatriz Preciado.

⁶ Mecanismo utilizado para disciplinar os corpos e controlar as massas (FOUCAULT, 1999).

⁷ Pessoas que não pertencem a categorias de gênero definidas socialmente, não são reconhecidas nem como homens e nem como mulheres.

Nos Estados Unidos a Teoria *Queer* teve maior visibilidade no final da década de 1980 se conformando em uma oposição crítica aos estudos de gênero da sociologia. A Teoria *Queer* foi debatida em departamentos que não se dedicavam exclusivamente as ciências sociais, como no caso da filosofia (MISKOLCI, 2009).

Essa teoria obteve reconhecimento através de conferências realizadas na Universidade de Ivy League no qual foi apresentado o objeto de estudo: “a dinâmica da sexualidade e do desejo na organização das relações sociais” (MISKOLCI, 2009, p.151).

Uma das maiores polêmicas expressas nas posições teóricas é de que a teoria *Queer* é uma vertente do feminismo que questiona se o sujeito do feminismo é a mulher, desconstruindo os pressupostos que os estudos de gênero dizem a respeito da mulher (MISKOLCI, 2016).

Esta teoria apresenta o seu mérito em desconstruir os estudos de gênero que relacionam o feminismo à genitália e à sexualidade, ampliando a visão para as várias formas de se vivenciar o feminino e o masculino, bem como quebra os paradigmas de análises economicistas incorporando as relações culturais também como um mecanismo de poder.

As questões relacionadas às experiências de gênero são incorporadas no conceito de gênero da obra “Problemas de Gênero: Feminismo e Subversão da Identidade” elaborada por Butler. A autora defende a sua concepção de gênero mediante os seguintes escritos:

[...] gênero não é um substantivo, mas tampouco é um conjunto de atributos flutuantes, pois vimos que seu efeito substantivo é *performativamente* produzido e imposto pelas práticas reguladoras da coerência do gênero (BUTLER, 2017, p. 56).

Em oposição ao pensamento de Butler em que gênero é entendido como algo performativo, Preciado (2017) argumenta que gênero não é apenas performance mas sim prostético, ou seja ele ocorre apenas quando há materialidade nos corpos. O gênero pode ser comparado ao dildo, pois os dois imitam a representação da verdade e materializam o que entendemos por natureza e artifício.

Gênero, para Preciado (2017), é um dispositivo tecnológico com a função de fabricar corpos sexuados, ou seja, corpos prostéticos legitimando aos gêneros o seu caráter sexual-real-natural. Sobre a concepção de gênero defendido por Preciado, a autora Liblik (2016) explica que este posicionamento realiza uma análise crítica dos julgamentos em que sexo e gênero teriam explicação existencialista ou biológica. Porém Preciado não nega que gênero é permeado de construções sociais e psicológicas, mas aloca esse fenômeno no campo dos mecanismos tecnológicos.

Preciado também não demonstra ruptura total com os pensamentos de Butler, pelo contrário suas ideias se assemelham em relação à necessidade de superação dos modelos que explicam gênero, pautados na oposição entre construção social e natureza. Porém Preciado não entende gênero apenas como performatividade, pois essa premissa de Butler não abrange os processos de modificações corporais e sexuais presentes nos corpos das pessoas Trans (LIBLIK, 2016).

As duas concepções de gênero se contrapõem, por sua vez à concepção de gênero dos feminismos clássicos. Butler (2017) salienta que o feminismo se torna sectário quando vinculado apenas a categoria de “mulheres”, pois esconde os privilégios de classe e de raça apagando as diversas intersecções políticas, sociais e culturais que compõem o cotidiano das mulheres. A autora defende que o gênero é algo complexo sendo construído e desconstruído de forma permanente, assim, um movimento que transcenda a categoria de “mulheres”, apresentaria uma maior força política.

Preciado (2017) alega que o principal problema do feminismo clássico é ter transformado corpo e sexo em algo flutuante e sem forma, no qual cabia ao gênero atribuir forma e significado ao mesmo em um dado momento histórico e cultural.

Sobre os aspectos culturais presentes nas obras pós-estruturalistas sobre a concepção de gênero, Louro (2008) enfatiza que o lugar das pessoas na sociedade é ditada pelos seus corpos, as marcas que carregamos determinam o nosso valor. O significado simbólico das marcas corporais é dado por meio da cultura e vão delimitar quais corpos terão poder e quais serão marginalizados.

Com o objetivo de disciplinar os corpos e garantir a manutenção da ordem, o Estado se utiliza da ferramenta de diferenciação anatômica e da hierarquização de gênero. Todo esse estratagema é baseado na construção entre sexo-gênero-desejo. Butler expõe a lógica culturalmente disseminada do que é entendido por um corpo aceitável:

O gênero só pode denotar uma *unidade* de experiência de sexo, gênero e desejo, quando se entende que o sexo, em algum sentido, exige um gênero – sendo gênero uma designação psíquica e/ou cultural do eu – e um desejo – sendo o desejo heterossexual e, portanto, diferenciando-se mediante a uma relação de oposição ao outro gênero que ele deseja (BUTLER, 2017, p. 52).

De acordo com Preciado (2017), o sexo não delimita um território biológico e também não se trata de uma pulsão, mas sim o sexo pode ser compreendido como uma tecnologia utilizada para manter a ordem heterosocial. O que entendemos por natureza humana é apenas uma determinação da tecnologia social que é reproduzida por meio do discurso e materializa nos corpos a idéia de que o natural é a heterossexualidade.

Louro (2008) expõem que há uma premissa consagrada na qual o sexo deve explicar o gênero que por sua vez irá indicar as formas de desejo. Toda essa construção parte do princípio do binarismo sexo-gênero, em que, ao se nascer como macho ou fêmea, logo existe a possibilidade de exercer apenas um dos dois gêneros, o masculino ou o feminino, esperando-se, em decorrência, que o desejo ocorra de forma heterossexual.

Esse sistema heterossexual se configura no principal dispositivo social para reprodução de corpos entendidos como femininos ou masculinos. A tática utilizada para sustentar esse dispositivo é a fragmentação dos corpos em órgãos e zonas erógenas, dessa forma categoriza o que é natural e anatômico para justificar a diferença sexual e a heterodivisão dos papéis sociais (PRECIADO, 2017).

Nesse sentido, a existência do binarismo sexo-gênero depende da heterossexualidade compulsória. Butler (2017, p. 52) afirma que “a coerência ou a unidade internas de qualquer dos gêneros, homem ou mulher, exigem assim uma heterossexualidade estável e oposicional”.

Essa concepção é afirmada como um caminho natural e que ocorrerá de forma independente da cultura pregando a heterossexualidade como o único destino. Caso ocorra a subversão da ordem esse corpo torna-se incompreendido, ilegítimo, imoral ou patológico e insano (LOURO, 2008).

Então, como essa cultura heteronormativa e as relações sociais são utilizadas para manter o caminho supostamente natural dos corpos?

Para Preciado (2017) a tecnologia heteronormativa é utilizada para produzir de maneira constante corpos de homens e corpos de mulheres. Essa produção funciona por meio de instituições linguísticas. O corpo reproduzido nos discursos é reduzido a uma espécie de máquina e seu funcionamento deve ocorrer por meio da performance da pessoa como corpo sexuado.

Louro (2008) afirma que várias instituições são convocadas para afirmar repetidamente esta verdade, dentre elas as igrejas, as escolas, a Medicina. Porém, este investimento nem sempre obtém sucesso e algumas pessoas subvertem ou ultrapassam as normas ditadas.

Os corpos que não obedecem a essa lógica serão bestializados, passarão pelo processo de desumanização tornando-se abjetos, devendo ser apagados e destruídos dentro da matriz cultural (BUTLER, 2017).

Como toda máquina não é perfeita, também ocorre falhas na maquinaria heterossexual na qual o verdadeiro masculino e feminino são ameaçados, assim é necessário que o sistema se aproprie perversamente da homossexualidade, bissexualidade e da transexualidade como algo anormal confirmando o seu discurso de natural e anti-natural (PRECIADO, 2017).

Quando alguém ousa infringir as normas, Louro (2008) verifica dois caminhos que se entrelaçam: a punição e/ou a correção. De modo geral, todos serão punidos por meio do desprezo e isolamento arcando com custos morais, econômicos e sociais.

Outra forma de punição corriqueira no Brasil é o descaso do Estado em relação aos crimes motivados por transfobia. Jesus (2013) mostra em sua pesquisa a dificuldade em encontrar dados estatísticos relacionados a crimes transfóbicos, sendo necessário recorrer a dados estatísticos de ONGs.

De acordo com os dados da Rede Trans, em 2017, até julho, foram contabilizados 44 tentativas de homicídio e mais de 100 casos de homicídio. Entre suas causas, os métodos mais utilizados para matar estão: pauladas,

espancamento, atropelamento intencional, tortura, tiros e asfixia. Mais de 90% dos casos registrados são de mulheres Trans jovens (REDE TRANS, 2017).

Na matriz sócio-cultural, o caminho da correção é operacionalizado por meio de tecnologias para o resgate do corpo transgressor. Esses esforços são entendidos como necessários para resgatá-los da doença, do transtorno psicológico, do pecado, das más companhias e de famílias desestruturadas (LOURO, 2008).

Dentro dessa cultura heteronormativa para se adquirir direitos se faz necessário disciplinar os nossos corpos para as normas de gênero. Butler (2017, p.241) observa que “os gêneros distintos são parte do que ‘humaniza’ os indivíduos na cultura contemporânea; de fato habitualmente punimos os que não desempenham corretamente o seu gênero”.

Em seus estudos Bento (2014) se dedicou as dimensões de gênero e o projeto do Estado para sustentar o que é um ser humano. Esse projeto é acionado para justificar quais são as pessoas que terão direitos a bens materiais e simbólicos. Ao não conferir o *status* de ser humano as pessoas Trans o Estado inventa e reproduz uma nova noção de humanidade.

A noção de humanidade que nos constitui requer a categoria de gêneros e este só é reconhecível, só ganha vida e adquire inteligibilidade, segundo as normas de gênero, em corpos-homens e corpos-mulheres. Ou seja, a reivindicação última das pessoas trans é pelo reconhecimento social de sua condição humana (BENTO, 2014, p. 51).

Voltando à notícia do caso da mulher Trans que teve inicialmente o atendimento negado no hospital após ser vítima de várias facadas. Este caso pode refletir um sistema de saúde sobrecarregado e que todos estamos à mercê de um mau atendimento, mas nesse caso específico a probabilidade maior é de que o atendimento foi falho por motivos transfóbicos.

Dessa forma podemos conjecturar que gênero também pode ser entendido como uma tecnologia utilizada pelo Estado⁸ para produzir corpos humanizados ou desumanizados, diferenciando as pessoas que terão ou não

⁸ O conceito adotado de Estado está embasado no pensamento de Foucault. O Estado Moderno (Estado Liberal) apresenta sua origem nas relações capitalistas de produção e se sustenta por meio da política disciplinar e da biopolítica, normalizando tanto os movimentos dos indivíduos como os movimentos da massa (DANNER; OLIVEIRA, 2010).

acesso aos direitos humanos. Essa tecnologia também é eficiente para barrar a mobilidade dos corpos desumanizados para o *status* de corpos humanizados, efetivando os mecanismos para disciplinar e punir os corpos que subvertem as regras arbitrárias.

2.2 Manuais e Classificações

As primeiras publicações na área da saúde que procuraram desvendar os mistérios da transexualidade datam do ano de 1950, sendo que após duas décadas essas publicações tornaram-se mais frequentes. Esse aumento das publicações teve como principal interesse o diagnóstico diferencial transexualidade em relação às lésbicas, gays e travestis (BENTO, 2012).

O pioneiro nesta jornada em busca do diagnóstico diferencial foi o médico endocrinologista Harry Benjamin com sua obra publicada em 1966, “O fenômeno transexual”. Neste livro, Benjamin defende a intervenção cirúrgica como a conduta terapêutica eficaz para que as pessoas transexuais evitassem o suicídio, sendo dispensáveis outras práticas terapêuticas. Essa posição era refutada pelos/pelas profissionais da saúde mental: psiquiatras, psicólogos e psicanalistas que faziam ressalvas em relação às intervenções invasivas, considerando-as um ato de mutilação (BENTO, 2012).

A base de Benjamin para defesa da cirurgia de redesignação dos órgãos sexuais vem da sua convicção em relação à obra de John Money, psicólogo e sexólogo, que se dedicou inicialmente ao tratamento da intersexualidade na infância nos Estados Unidos da América (EUA) e elaborou uma tese com impactos relevantes em relação à transexualidade, sobre a existência do dimorfismo sexual e sua correspondência com a heterossexualidade como o parâmetro de normalidade (GRANT, 2014).

Em seus estudos, Money buscava estabelecer os limites entre os aspectos identitários e biológicos, fazendo uma cisão entre o social e o biológico. Para o psicólogo a expressão dos comportamentos de gênero é construída por meio das relações sociais com forte influência da educação

recebida pela criança para consolidar seu gênero. Dessa forma seria possível um tratamento para reverter esse quadro durante a infância, porém, na fase de maturação sexual o problema já estaria cronicado, ou seja, sem possibilidades de reversão (ARÁN; MURTA; LIONÇO, 2009).

Money defendia que o *status* de macho, fêmea ou intersexual era originário da genitália que a pessoa nasceu e o gênero seria algo singular estruturado a partir da masculinidade, feminilidade e androgenia. Partindo dessa cisão, o autor propôs o conceito de identidade de gênero e papel (IG/P), sendo este descrito em um estudo publicado por Cardoso (2008, p. 69):

Money (1988) propôs o conceito de *identidade de gênero/papel (IG/P)* como um conceito englobante, que define o ser a partir de *categorias* como macho/fêmea ou intersexo, masculino/feminino ou andrógino, bissexual ou monossexual (heterossexual ou homossexual), abrangendo um conceito pessoal, social e legal.

Com esta estruturação, Money pretendeu explicar que sexo-orientação sexual-gênero são estruturados e articulados com a finalidade de formar um único ser. Nessa linha de pensamento o indivíduo pode fazer parte de duas categorias em relação a sua orientação sexual: monossexual e bissexual. O indivíduo monossexual apresentará seu direcionamento erótico através da homossexualidade e da heterossexualidade e o indivíduo bissexual canaliza seus desejos para os dois. Esse “mapa amoroso” traçado por Money não apresenta suas origens desde o nascimento, mas é formado por meios externos (CARDOSO, 2008).

Money é considerado um dos precursores na definição de critérios para explicar o comportamento sexual e sua diversidade de expressão, impactando na construção de saberes dos seus pares sobre o processo cultural e de aprendizado da identidade de gênero (CARDOSO, 2008).

Em 1969, a transexualidade passa a ser categorizada como disforia de gênero. Esse termo foi construído por Money e Norman Fisk, após o primeiro congresso da *Harry Benjamin Association*, sendo incorporado ao nome da associação em 1977 sendo reconhecida pelo nome de *Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association* (HBI-GDA) (BENTO, 2012; GRANT, 2014). Essa associação tornou-se referência mundial em relação aos

parâmetros utilizados no tratamento das pessoas Trans. Ela é considerada uma das principais referências do campo, sendo as normas elaboradas pela associação disseminadas através publicações regulares do *State of Care – SOC* (BENTO, 2012; ARÁN; MURTA; LIONÇO, 2009).

Outro pesquisador que analisou a questão da transexualidade e gerou impactos sobre o entendimento da transexualidade como patologia pelos profissionais da medicina e saúde mental foi o psicanalista Robert J. Stoller. Em seus trabalhos, Stoller apresenta que gênero-sexualidade-subjetividade são os três fatores responsáveis pela construção da identidade de uma pessoa e devem estar interligados. O problema ocorre quando há um descolamento de um dos fatores, cabendo ao terapeuta auxiliar em uma organização coerente entre o corpo, o gênero e a sexualidade (BENTO, 2012).

Esse descolamento teria origem na relação conflituosa entre mãe e filho que não oportunizou que a criança passasse pelo complexo de Édipo. Para a psicanálise, este complexo é essencial para que a pessoa se posicione sexualmente e tenha como objeto de desejo o sexo oposto (KOSSI, 2010). Sobre estas questões, Bento (2012, p.101) narra a visão de Stoller:

Segundo ele, a mãe dessa criança é uma mulher que, devido à inveja que tem dos homens e o desejo inconsciente de ser homem, fica tão feliz com o nascimento do filho que transfere seu desejo para ele, provocando uma ligação extrema entre mãe e filho. Essa relação simbiótica e o ocultamento da figura do pai não permitem que o conflito de Édipo se instaure. A não passagem pelo conflito de Édipo e sua resolução não permitem que a identidade de gênero se desenvolva de forma normal.

Essa noção de gênero disseminada por Stoller tem suas raízes na psicanálise e foi apropriada por autores lacanianos, passando a ser compreendida como uma psicose, sedimentando a patologização da transexualidade (KOSSI, 2010). A partir desses estudos fica selada que a discordância entre sexo e gênero seria patológica, possibilitando aos profissionais da saúde mental conquistar um espaço de poder, uma vez que, a partir dessa visão, se os pais da criança que apresenta essa psicose em relação ao gênero fossem atentos e recorressem à terapia em tempo hábil, poderiam reverter esse quadro com sucesso (BENTO, 2012).

O teor patologizante das obras de Money, Benjamin e Stoller ecoam nas condutas dos profissionais da área da saúde até a atualidade por meio de manuais e classificações que objetivam padronizar as condutas terapêuticas para as pessoas Trans. Os materiais que mais apresentam relevância na formulação diagnóstica são a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Saúde Mental (DSM). Observa-se uma obstinação em relação a um diagnóstico diferenciado para descobrir se a pessoa é uma transexual verdadeira ou se encontra em outra categoria. Assim, em nome da neutralidade científica, esse diagnóstico deve ter as características de universais para replicação do tratamento.

Para Bento (2012) esses documentos partem do princípio de que as pessoas Trans são doentes e, por portarem uma patologia, devem apresentar os sintomas de forma padronizada mundialmente. Nesse sentido, a autora afirma que “a patologização caminha junto com a universalização” (BENTO, 2012, p. 97).

A CID é formulada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e se encontra na sua décima edição sendo conhecida popularmente entre os profissionais da área da saúde como CID-10, essa versão foi lançada em 1989. De acordo com informações desse material as pessoas com identidade Trans estão na categoria de transtornos mentais e de comportamento no adulto, sendo identificados pelo código F64.0, utilizado para a descrição de transexualismo⁹, não havendo restrição para o seu uso em relação ao sexo biológico da pessoa (OMS, 1997).

Segundo a CID-10, a pessoa que apresenta o diagnóstico de transexualismo não pode ter outro transtorno mental ou anormalidade cromossômica, devendo apresentar desejo de viver e ser aceito como sexo oposto, sentimento de mal estar em relação a sua genitália e desejo de realizar hormonioterapia e intervenções cirúrgicas para modificação corporal (OMS, 1997).

⁹ Termo utilizado na CID-10.

Por meio do código F64.1 é classificado o travestismo¹⁰ bivalente para pessoas que utilizam roupas consideradas não pertencente ao seu gênero para satisfazer temporariamente o seu desejo de pertencer a outro sexo, essas pessoas não devem pleitear a transformação cirúrgica e a mudança de vestimenta não pode estar relacionada ao prazer sexual (OMS,1997).

Caso a mudança dos trajes venha acompanhada de prazer sexual, o diagnóstico é modificado pra travestismo fetichista que se encontra na categoria de transtornos da preferência sexual e no qual se encontram as parafilias como o exibicionismo, o voyerismo e a pedofilia. A classificação ocorre por meio do código F65.1, no qual a pessoa é caracterizada por trajar roupas do sexo oposto com a finalidade de obter satisfação sexual. Segundo a classificação, esse comportamento pode ocorrer nas fases iniciais do processo de transexualismo (OMS, 1997).

As crianças Trans são descritas pela CID-10 como portadoras de transtorno de identidade sexual na infância por meio do código F64.2 . De acordo com a classificação esse transtorno se manifesta desde os primeiros anos da infância e é caracterizado pelo sofrimento de pertencer a um dado sexo, demonstrando interesse persistente com vestuário e atividades do sexo oposto e profunda perturbação da identidade sexual normal.

Percebe-se que a CID-10, amplamente utilizada pela medicina em sua prática, patologiza as pessoas Trans por meio dos critérios de papéis sociais estereotipados e da regularização do que seria a atividade sexual considerada “normal”. O diagnóstico de transexualismo foi por muito tempo um critério essencial para o acesso a serviços de modificações corporais disponibilizados pelo SUS.

Uma das pautas dos movimentos para despatologização é a retirada do termo “transexualismo” no CID-11 com previsão de lançamento em 2018. De acordo com as informações divulgadas pelo Instituto Brasileiro Trans de Educação, na nova versão da classificação as transexualidades e as travestilidades serão retiradas do capítulo de transtornos mentais e realocadas no capítulo sobre condições relativas à saúde mental. Essa medida não atendeu as expectativas dos movimentos de despatologização que esperavam

¹⁰ Termo utilizado na CID-10.

a retirada total da condição Trans desta classificação ou seu deslocamento para a lista de procedimentos para os cuidados com a saúde das pessoas Trans (NLUCON, 2018).

No campo da saúde mental o DSM apresenta alta adesão entre os profissionais que atuam na área. Esse manual foi formulado por psiquiatras vinculados a Associação Norte Americana de Psiquiatria (APA) que ficaram insatisfeitos com a limitação das nomenclaturas apresentadas na CID. Dessa forma o DSM é configurado como um material independente a CID. Sua formulação surgiu da necessidade de categorizar sistematicamente sintomas e peculiaridades para definição de determinadas doenças mentais e para facilitar o processo de diagnóstico (DERBLI, 2011).

Segundo Bento (2012), a transexualidade foi incorporada, no ano de 1980, na DSM-III¹¹ sendo localizada no campo de distúrbios de identidade de gênero que é caracterizado pelo manual como uma “incongruência entre o sexo e a identidade de gênero” (APA, 1980, p.261).

O DSM foi o primeiro manual de grande impacto na conduta dos profissionais da área da saúde a utilizar o termo “transexualismo”, sendo este caracterizado pelo manual como um distúrbio heterogêneo no qual a pessoa sente uma inadequação e desconforto constante em relação aos seus órgãos sexuais (APA, 1980).

De acordo com essa versão do manual o diagnóstico pode ser realizado somente quando o distúrbio é apresentado de forma contínua, ou seja, não limitado em períodos de estresse, não devendo estar associado a outros distúrbios mentais, casos de intersexualidade e irregularidades genéticas. Sobre o comportamento, o manual descreve que essas pessoas apresentam incomodo em vestir roupas apropriadas para o seu sexo e muitas vezes buscam exercer ocupações normalmente atribuídas a outro sexo (APA, 1980).

O DSM-III prevê que essas pessoas geralmente apresentam distúrbios de personalidade de forma moderada ou grave que podem ser seguidos de depressão e ansiedade relacionados à incapacidade de exercer os papéis sociais desejados. Quanto aos subtipos e curso da desordem a pessoa pode ser assexuada, homossexual, heterossexual ou se encontrar em uma categoria

¹¹ Atualmente o manual encontra-se em sua quinta edição.

não específica e, sem o tratamento, o curso dos subtipos é cronificado. O diagnóstico diferencial entre o travestismo e o transexualismo ocorre pelo desejo ou não da pessoa em se livrar dos genitais. Caso esse desejo se expresse, a pessoa se encontra na categoria de transexualismo, caso não, se encontra na categoria de travestismo (APA, 1980).

Dentro dos transtornos de identidade também foi previsto o diagnóstico em crianças, sendo que a desordem de gênero na infância é entendida, por essa versão, como o sentimento de repúdio que as crianças podem ter em relação aos seus órgãos sexuais ou desejo e/ou insistência em declarar que pertencem a outro sexo. A complicação apresentada no manual ocorre quando o quadro é apresentado de forma persistente. Os prejuízos na vida da criança estão relacionados com a dificuldade em estabelecer laços sociais com crianças do mesmo sexo (APA, 1980).

Conforme o DSM-III, os fatores que predisõem a desordem de identidade de gênero na infância apresentam origem na relação física e emocional entre mãe e bebê e na ausência paterna nos casos dos meninos. Referente aos casos apresentados em meninas à origem do problema está na relação com uma mãe ausente, dessa forma a menina ativa mecanismos compensatórios se aproximando do pai e adotando a identidade de gênero masculina (APA, 1980).

O travestismo, segundo o manual, ocorre quando um homem heterossexual utiliza roupas femininas para obter prazer sexual, porém, nesses casos, atos homossexuais podem ocorrer esporadicamente. Os escritos ainda trazem um alerta de que, em raros casos, o travestismo pode evoluir para o transexualismo (APA, 1980).

Sintetizando os principais pontos patologizantes desta versão do DSM, o campo da saúde mental apresentava a visão de que a transexualidade tinha sua origem na relação materna-infantil, que o “travestismo” antecede o quadro de “transexualismo” e que as características do transtorno estão baseadas nos papéis estereotipados do feminino e do masculino.

As autoras Russo e Venâncio (2006) descrevem que um dos objetivos da formulação do DSM-III é apresentar uma lógica classificatória buscando uma ruptura com a psicanálise, sendo declarado como um material não vinculado com a teoria, mas sim norteado pelos princípios de neutralidade,

testabilidade e generalização em relação aos dados empíricos dos transtornos mentais e suas características. Essa pretensa aversão à teoria psicanalítica era resultado da ascensão mundial da psiquiatria biológica e da refutação da psicanálise o que significou, em curto prazo, a medicalização da saúde mental.

Para Bento (2012), o DSM-III obteve sucesso entre os profissionais da saúde mental devido a sua atribuição à cientificidade baseada nos critérios de verificação e testabilidade. Porém quando o manual se refere aos transtornos de identidade esses parâmetros não são mais sustentados. Outro apontamento da autora é o aspecto estatístico sobre o qual foi cunhado o diagnóstico diferencial na CID e no DSM. Apesar de esses documentos decretarem que seus estudos apresentam confiabilidade, os critérios para o diagnóstico diferencial foram estabelecidos pelo psicólogo forense Leslie Lothstein por meio de uma amostra limitada de dez pessoas adultas.

Em 1994 foi lançada a quarta versão DSM, sendo essa nova formulação procedente da necessidade de uniformização dos diagnósticos que foi ensaiada através da edição anterior. Os objetivos traçados pelos elaboradores do DSM-IV consistiam em construir um manual prático e útil para os médicos, facilitar o processo investigativo e otimizar a comunicação entre os pesquisadores e clínicos (APA, 1994).

Nesta versão os organizadores do DSM alegaram preocupação em tornar o manual universal, ou seja, aplicável em qualquer cultura. Para assegurar essa característica, foram convocados 27 membros da APA e alguns fizeram parte da organização dos 13 grupos de trabalho que eram compostos pela média de 5 membros, sendo o produto final criticado por 50 a 100 conselheiros de diversas especialidades (APA, 1994).

Uma das mudanças dessa versão foi a substituição do termo transexualismo pelo termo Transtornos de Identidade de Gênero englobando a fase adulta e também a infância e adolescência (APA, 1994). A travestilidade foi mantida no campo das parafilias e caracterizada pelo DSM-IV como a necessidade de utilizar roupas do sexo oposto para obter prazer sexual (APA, 1994).

Apesar de não existir nenhum marcador biológico, característica priorizada pelos organizadores do DSM-IV para atribuir cientificidade aos

diagnósticos, a transexualidade continuou alocada e reafirmada como comportamento patológico em todas as fases da vida.

Nesse sentido, Bento (2012) expõe em seu livro que não houve rupturas significativas com os argumentos apresentados na versão passada. O diagnóstico ficou relacionado aos critérios do que os profissionais da saúde mental julgam ser referentes a cada papel, dessa forma os argumentos de neutralidade não se sustentam nesse caso.

O único mapa seguro que guia o olhar do médico e dos membros da equipe são as verdades estabelecidas socialmente para os gêneros. Não existe só um átomo de neutralidade. Estamos diante de um poderoso discurso que tem como finalidade manter os gêneros prisioneiros à diferença sexual (BENTO, 2012, p.111).

Um dos pontos relevantes em relação ao teor patologizante do DSM e CID se refere ao diagnóstico diferencial que afetou de forma drástica a aquisição ao direito à saúde para as pessoas Trans no Brasil que não se encaixavam nas categorias transexualismo e transtornos de gênero como as travestis.

Lionço (2009) questiona que a definição de transexualismo não atende as várias formas de viver a identidade Trans, pois muitas das pessoas que foram categorizadas como travestis no Brasil apresentam a necessidade de realizar modificações corporais sem a necessidade da cirurgia genital.

Por muito tempo o acesso às biotecnologias em saúde foi regulado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) por meio do diagnóstico diferencial, apenas as pessoas que desejavam realizar a cirurgia de adequação dos genitais tinham permissão para utilizar os recursos de modificação corporal via SUS, desse modo, o que restou às travestis brasileiras foi a auto-medicação e a aplicação de silicone industrial (LIONÇO, 2009).

Em vista aos sérios prejuízos decorrentes da rigidez das classificações internacionais, os movimentos sociais locais e internacionais aliados aos conselhos de classe, como o de Psicologia no Brasil, fizeram pressão para que nas próximas versões das classificações da CID e do DSM ocorresse a retirada da identidade Trans da categoria dos transtornos mentais.

Bento e Pelúcio (2012) ilustram o forte movimento internacional de despatologização que engajou pessoas de 29 países por meio da campanha

*Stop Trans Pathologization!*¹². Em 2012 o movimento tomou força em quatro eixos: África, América do Norte, América do Sul e Europa. Segundo as autoras nesse momento as organizações envolvidas reivindicavam 5 pautas:

1) retirada do Transtorno de Identidade de Gênero (TIG) do DSM-V e do CID- 11; 2) retirada da menção de sexo dos documentos oficiais; 3) abolição dos tratamentos de normalização binária para pessoas intersexo; 4) livre acesso aos tratamentos hormonais e às cirurgias (sem a tutela psiquiátrica); e 5) luta contra a transfobia, propiciando a educação e a inserção social e laboral das pessoas transexuais (BENTO; PELÚCIO, 2012, p.573).

Em 2014, a primeira pauta do movimento foi parcialmente alcançada por meio da retirada do DSM-V do termo Transtorno de Identidade de Gênero, porém, as vivências Trans continuaram sobre os domínios da classe biomédica, no entanto, agora, com a nomenclatura de Disforia de Gênero. De acordo com as informações do DSM-V a Disforia de Gênero é caracterizada pelo:

[...] sofrimento que pode acompanhar a incongruência entre o gênero experimentado ou expresso e o gênero designado de uma pessoa. Embora essa incongruência não cause desconforto em todos os indivíduos, muitos acabam sofrendo se as intervenções físicas desejadas por meio de hormônios e/ou de cirurgia não estão disponíveis. O termo atual é mais descritivo do que o termo anterior transtorno de identidade de gênero, do DSM-IV, e foca a disforia como um problema clínico, e não como identidade por si própria (APA, 2014, p.462).

A afirmação apresentada no DSM-V de que a Disforia de Gênero é um problema clínico demonstra que nem a luta e tão menos a batalha dos movimentos pró despatologização foram ganhos e novamente o poder biomédico sobressai.

Para o dicionário online Priberam da língua portuguesa a palavra *disforia* significa “sensação ou estado de mal-estar, ansiedade e depressão”. Pensando de modo formal, disforia de gênero seria uma sensação de mal-estar em relação ao gênero que lhe foi atribuído. A linguagem, porém, não é um mecanismo neutro e apolítico.

¹² Parem com a Patologização das Pessoas Trans!

O termo disforia foi desenvolvido pelo psiquiatra Fisk e disseminado por Money como o antônimo de euforia. Dessa forma, a disforia de gênero seria um incômodo, um descontentamento em relação ao gênero. O termo foi introduzido no manual como uma tentativa de minimizar os efeitos que o rótulo de transtorno causava anteriormente (BENTO, 2012; BORBA, 2016).

Borba (2016) argumenta que mudança de terminologia não anula o processo de patologização, já que essa experiência continua em um manual de doenças mentais. O que ocorre de forma efetiva é que o conceito de disforia amplia as possibilidades de diagnóstico, pois consegue abranger múltiplos sentimentos de desconforto de gênero.

Leite e Santos (2016) esclarecem que o mecanismo da apropriação da APA por meio da construção de protocolos age enlaçando através do diagnóstico psicopatologizante uma gama de expressões e vivências.

[...] o DSM preocupa-se sobremaneira em apontar as manifestações “comportamentais” do “transtorno” na infância, na adolescência e na fase adulta; no fim, o que assistimos, nos caminhos traçados por esses manuais, é um movimento que busca de todo modo taxonomizar e normalizar as experiências trans, em entidades clínicas mensuráveis e passíveis de intervenção médica (LEITE e SANTOS, 2016, p.56).

Muitos sistemas de saúde, particularmente o SUS como descrito anteriormente oferta seus serviços específicos para pessoas Trans em base às classificações, manuais e protocolos internacionais. Caso a equipe adote ao DSM-V para elaboração do diagnóstico que precederá ao acesso às tecnologias em saúde o/a adolescente ou adulto/adulta que se candidatam ao tratamento deverão obedecer aos seguintes critérios:

A. Incongruência acentuada entre o gênero experimentado/expresso e o gênero designado de uma pessoa, com duração de pelo menos seis meses, manifestada por no mínimo dois dos seguintes: 1. Incongruência acentuada entre o gênero experimentado/expresso e as características sexuais primárias e/ou secundárias (ou, em adolescentes jovens, as características sexuais secundárias previstas); 2. Forte desejo de livrar-se das próprias características sexuais primárias e/ou secundárias em razão de incongruência acentuada com o gênero experimentado/expresso (ou, em adolescentes jovens, desejo de impedir o desenvolvimento das características sexuais secundárias previstas); 3. Forte desejo pelas características sexuais primárias e/ou secundárias do outro gênero; 4. Forte desejo de pertencer ao outro gênero (ou a algum gênero alternativo diferente do designado); 5. Forte desejo de ser tratado

como o outro gênero (ou como algum gênero alternativo diferente do designado); 6. Forte convicção de ter os sentimentos e reações típicos do outro gênero (ou de algum gênero alternativo diferente do designado). B. A condição está associada a sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (APA, 2014, p. 452-453).

No caso das crianças, o DSM-V ainda prevê o diagnóstico por meio dos papéis estereotipados do que seja “coisa de menina” ou “coisa de menino”. De acordo com as informações do manual o comportamento transgênero ocorre quando a criança atinge a média entre dois e quatro anos. Na etapa pré-purberal as meninas com disforia de gênero preferem vestuários e estilos de cabelo de meninos, recusam-se a participar de eventos sociais com trajes femininos, preferência por brincadeiras agressivas e em alguns casos preferem urinar em pé. Os meninos preferem trajes femininos ou improvisam com materiais, apresentam aversão a brincadeiras de meninos e evitam brincadeiras agressivas (APA, 2014).

A presente versão do DSM apresenta-se ainda mais ligada a neurobiologia e as questões ligadas a essa área também se refletiram na tentativa de embasar o diagnóstico a partir desses aspectos e novamente essa ação foi frustrada. Os estudos utilizados pelo DSM-V demonstraram fraca correlação entre o transtorno somático de desenvolvimento sexual e identidade de gênero. Portanto esses estudos não encontraram explicações em fatores biológicos que podem desencadear a disforia de gênero.

Indivíduos com um transtorno somático de desenvolvimento sexual mostram alguma correlação entre o resultado da identidade de gênero final e o grau de produção e de utilização androgênica pré-natal. Entretanto, essa correlação não é suficientemente robusta para que o fator biológico, nos casos aplicáveis, possa substituir as entrevistas de avaliação diagnóstica detalhadas e abrangentes para disforia de gênero (APA, 2014, p. 458).

Os achados clínicos que marcam essa versão do DSM, garantindo a pretensão de objetividade, não se tornam realidade quando se trata de posicionar a transexualidade em uma categoria diagnóstica. Bento (2016) realizou uma profunda pesquisa crítica sobre o DSM-V e sugeriu o termo articulação política dos contrários para explicar como foi possível manter a

transexualidade dentro de uma categoria diagnóstica sem a exatidão dos fatores biológicos pretendidos pelo manual.

Nesse sentido, a autora expõe que a categoria disforia de gênero foi articulada por meio de consensos entre os membros da comunidade científica que buscavam fatores biológicos e ao mesmo tempo relacionar esses fatores com a concepção cultural para explicar a constituição da transexualidade (BENTO, 2016). A patologização das vivências das pessoas Trans por meio de manuais e classificações científicas universais não foi superado no DSM-V apesar dos esforços dos movimentos sociais.

2.3 Políticas Públicas Nacionais em Saúde

Em março de 2018, o jornal BBC – Brasil publicou uma matéria sobre a primeira cirurgia de redesignação sexual ocorrida no país. Essa cirurgia foi realizada no ano de 1971, no hospital Oswaldo Cruz, em São Paulo, sob responsabilidade do cirurgião plástico Roberto Farina. A paciente envolvida era Waldirene, mulher Trans que só se submeteu ao procedimento após dois anos de acompanhamento com uma equipe multidisciplinar que atestou sua condição de pessoa Trans (ROSSI, 2018)¹³.

Após 5 anos, foi descoberta a intervenção médica pelo Ministério público de São Paulo, que denunciou o Farina por lesão corporal gravíssima sob a alegação de que a genitália masculina era um bem físico tutelado pelo estado e portanto o fato de Waldirene ter consentido não foi considerado relevante. Em 1978 o médico foi preso e sentenciado a dois anos de prisão (ROSSI, 2018).

Apenas na década de 1990, os procedimentos de modificação corporal foram normatizados por meio da resolução n. 1.482/97 do Conselho Federal de Medicina (CFM), que tinha como finalidade autorizar, a título experimental, as

¹³ ROSSI, Amanda. “Monstro, Prostituta, Bichinha”: como a justiça condenou a 1ª cirurgia de mudança de sexo no Brasil e sentenciou médico à prisão. **BBC – BRASIL**. São Paulo, 2018. Disponível em: <http://www.bbc.com/portuguese/geral-43561187>. Acesso em: 06/06/18.

cirurgias de adequação dos órgãos sexuais por meio da neocolpovulvoplastia¹⁴, da neofaloplastia¹⁵, além de procedimentos complementares em relação às características sexuais secundárias. Para o acesso a essas tecnologias era necessário o diagnóstico de transexualismo e para definir quem se enquadrava nesse rótulo era necessário obedecer minimamente aos seguintes critérios:

[...] desconforto com o sexo anatômico natural; desejo expresso de eliminar os genitais, perder as características primárias e secundárias do próprio sexo e ganhar as do sexo oposto; permanência desse distúrbio de forma contínua e consistente por, no mínimo dois anos; ausência de outros transtornos mentais (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1997).

A Resolução do CFM n. 1.482/97 ainda autorizava apenas hospitais públicos ou universitários a realizar as práticas cirúrgicas e regulamentava a equipe mínima para o atendimento que deveria ser composta por assistente social, psicólogo/psicóloga, cirurgião/cirurgiã e médico/médica psiquiatra, além de estabelecer o parâmetro de 21 anos para que a pessoa Trans iniciasse o tratamento.

Essa resolução foi revogada pela resolução do CFM n. 1.652/2002 que possibilitou as cirurgias de adequação do fenótipo masculino para o feminino em hospitais privados sem necessidade de vínculo com a atividade de pesquisa. As cirurgias do fenótipo feminino para o masculino deveriam ser mantidas obrigatoriamente em hospitais universitários e públicos adequados às atividades de pesquisa.

Com esforços dos movimentos sociais em parceria com o Estado, foi lançado em 2004 o *Brasil sem Homofobia – Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e Promoção da Cidadania Homossexual*. A construção do programa foi realizada em torno de três princípios: “a inclusão da perspectiva não discriminatória, a produção de conhecimento e a promoção de direitos humanos” (BRASIL, 2004).

De acordo com as informações obtidas no documento do *Programa Brasil sem Homofobia*, no que diz respeito à área da saúde, delegou-se um

¹⁴ Redesignação do órgão sexual masculino para o feminino.

¹⁵ Redesignação do órgão sexual feminino para o masculino.

comitê técnico específico para as questões da saúde, que segundo Lionço (2008) teria a principal atribuição de sistematizar as políticas nacionais no âmbito da saúde.

O programa Brasil sem Homofobia prevê o apoio à implementação de condições objetivas para produção e acesso ao conhecimento sobre a saúde por meio das seguintes estratégias:

Desenvolvimento de estratégias para a elaboração e execução de estudos que permitam obter indicadores das condições sociais e de saúde da população GLTB; Implementação de Centros de Informação (observatórios) que possam gerenciar estudos de saúde sobre e para a população GLTB com capacidade de processamento, análise e divulgação de informações desta natureza; Estabelecimento de canais de divulgação das informações científicas de saúde existentes e produzidas; Estabelecimento de um canal com função de Ouvidoria, por meio do Disque-Saúde do MS, para recebimento e encaminhamento de denúncias sobre situações de discriminação ocorridas na rede de saúde. Apoiar os investimentos na formação, capacitação, sensibilização e promoção de mudanças de atitudes de profissionais de saúde no atendimento à população GLTB, procurando garantir acesso igualitário pelo respeito à diferença da orientação sexual e do entendimento e acolhimento das especificidades de saúde desta população (BRASIL, 2004, p. 23-24).

O amadurecimento das diretrizes traçadas no referido programa foi evidenciado pelo Ministério da Saúde durante o *Seminário Nacional de Saúde da população GLBT na construção do SUS*, que ocorreu em agosto de 2007, e na 13ª Conferência Nacional de Saúde também realizada no ano de 2007 (BRASIL, 2008, p. 572).

Durante esse seminário, o governo e os ativistas analisaram a eficácia das medidas implementadas. O documento técnico-científico divulgado pelo Ministério da Saúde cita avanços na área da saúde como a inclusão das demandas das lésbicas nas políticas públicas destinadas à saúde da mulher, o programa denominado *Processo transexualizador do SUS*, a garantia de representação no Conselho Nacional de Saúde e também destaca a inclusão das questões de gênero na carta dos *Direitos dos Usuários do SUS*, que afirma o direito do usuário ao uso do nome social nos cadastros do SUS (BRASIL, 2008, p. 571).

A 13ª Conferência Nacional de Saúde foi responsável pela elaboração de diretrizes visando qualificar e adequar os atendimentos ofertados pelo SUS.

O documento técnico-científico divulgado pelo governo Federal ressalta as seguintes medidas:

[...] inclusão e articulação das especificidades de orientação sexual e identidade de gênero em uma política nacional voltada para as populações GLBT; necessidade de implementação de práticas de educação permanente para os profissionais de saúde incluindo a temática GLBT; definição de normas não-discriminatórias sobre a doação de sangue, preservando-se o controle de risco; realização de pesquisas científicas, inovações tecnológicas e compartilhamento dos avanços terapêuticos relativos ao tema; respeito ao direito à intimidade e à individualidade dos grupos e indivíduos pertencentes às populações GLBT; necessidade de adotar o protocolo de atenção às pessoas em situação de violência; garantia dos direitos sexuais e reprodutivos extensiva a esses segmentos; implementação de campanhas e revisão dos currículos escolares; e mudanças nos formulários, prontuários e sistemas de informação do SUS. (BRASIL, 2008, p. 571).

O Ministério da Saúde, organismo responsável pelo gerenciamento da saúde no âmbito Federal, afirma a sua preocupação e envolvimento nas ações que visam à promoção de maior equidade em saúde dos grupos populacionais em vulnerabilidade do país. Ainda, ressalta que, para efetivação das políticas elaboradas, as mesmas devem ser executadas em todas as redes de serviços municipais e estaduais (BRASIL, 2008, p. 572).

Além da implementação das diretrizes apontadas nas redes de saúde, também se evidencia a preocupação com a efetividade do acolhimento das necessidades de saúde, ressaltando a importância do envolvimento dos/das usuários/usuárias em defesa do SUS (BRASIL, 2008, p.572).

A primeira estratégia citada visa parceria com os gestores e gerentes públicos da saúde com a finalidade de sensibilizá-los sobre as questões da homofobia e sua repercussão na vulnerabilidade ao acesso à saúde. Ainda como dever desse segmento, o documento técnico-científico propõe a implantação de organismos que promovam a equidade nos serviços de saúde nas esferas estaduais e municipais (BRASIL, 2008, p. 572).

A formação dos profissionais da área da saúde também configura um dos eixos de atuação que informa a sua ação no intuito de incluir os conteúdos sobre as demandas advindas da diversidade sexual nos conteúdos de formação tanto na educação de nível técnico como na graduação, além de

garantir a abordagem do tema no processo de educação continuada em serviços dos profissionais que atuam no SUS (BRASIL, 2008, p.573).

Como complementação dessas medidas, também foi pensada ações para combater o preconceito por meio da ampliação do atendimento humanizado do SUS. As medidas citadas pelo documento técnico-científico para a ampliação do atendimento humanizado se iniciam pelo sistema de cadastro do SUS que inclui:

[...] configurações familiares que não atendem o padrão da heteronormatividade, campos diferenciados de cadastro para identidade sexual e identidade de gênero, além de ressaltar a garantia do uso do nome social nos prontuários de atendimento, no cartão SUS, bem como na ficha de atendimento das equipes da saúde da família (BRASIL, 2008 p. 572).

Para Lionço (2008, p.13) o programa Brasil sem Homofobia representa a conquista de mais de duas décadas de mobilização social e se configura na “sistematização de uma proposta intersectorial contemplando as áreas da saúde, educação, cultura, trabalho e segurança pública”. De acordo com a autora, o programa resgata a importância da visualização dos sujeitos que compõem essa população como sujeitos de direito e, portanto, a implementação das diretrizes formuladas neste documento compõe marco fundamental para atenção à saúde desta população de modo integral e não apenas vinculada ao controle das epidemias das doenças sexualmente transmissíveis.

A partir desta resolução se deu visibilidade à necessidade da regulamentação das práticas clínicas no âmbito do SUS e em 2008 o Ministério da Saúde por meio da portaria n. 1.707 instituiu o *Processo Transexualizador no SUS* a partir da premissa de que a orientação sexual e a identidade de gênero são fatores que influenciam o processo de saúde devido ao estigma dessa população implicando na discriminação e exclusão acarretando na negação de seus direitos humanos (BRASIL, 2008).

No ano de 2010, o CFM revoga a resolução n. 1.652/2002 e implementa a resolução n.1.955/2010 reafirmando a necessidade do diagnóstico médico de transexualismo para realização das cirurgias de neocolpovulvoplastia e neofaloplastia. Essa resolução partiu das considerações de que o paciente

transexual sofre de um desvio psicológico permanente de identidade sexual apresentando rejeição de suas características com propensão a auto-mutilação e ao suicídio. O CFM também pretendia com essa resolução aprimorar os critérios de seleção, novas técnicas e a pesquisa cirúrgica.

Em 2013 o Ministério da Saúde redefine e amplia o *Processo Transsexualizador no SUS* por meio da Portaria n. 2.803/13. Essa portaria prevê mudanças em relação a linha de cuidados das pessoas Trans reafirmando a necessidade da atenção integral descentralizada da prática cirúrgica e com método de trabalho multidisciplinar e interdisciplinar, além da integração entre a atenção básica e serviços especializados (BRASIL, 2013).

De acordo com a portaria o atendimento deverá ocorrer nos ambientes ambulatoriais e hospitalares, sendo o ambulatório o espaço de acompanhamento pré e pós-operatório e de prescrição da hormonioterapia e o hospital o espaço de realização das cirurgias (BRASIL, 2013).

A nova portaria também prevê o acesso às técnicas cirúrgicas de extração das mamas, útero e ovários para os homens Trans e a adequação das cordas vocais, implante de silicone nas mamas e cirurgia genital para as mulheres Trans. As modificações corporais também podem ser acessadas pelas pessoas Trans que não desejam realizar a cirurgia de redesignação sexual contribuindo para o acesso à saúde de uma parte da população que não preenchia os critérios médicos anteriores, esta nova regra também estabelece o início do tratamento hormonal a partir dos 18 anos de idade e que as cirurgias sejam disponibilizadas a partir dos 21 anos (BRASIL, 2013).

Apesar de as políticas públicas atuais preverem a formulação da atenção integral e humanizada para as pessoas Trans, ainda podemos observar a dominação do discurso biomédico em sua essência, no qual se procura remediar uma doença. Para os autores Almeida e Murta (2013) é concreta a formulação de várias concepções críticas no campo acadêmico sobre as várias formas de vivenciar a transexualidade rompendo com os estigmas patologizantes, porém os esforços dos movimentos sociais e dos pesquisadores/pesquisadoras são deixados em segundo plano quando se trata das formulações de políticas públicas, prevalecendo a visão determinista que a discordância entre sexo e gênero, está fora da normalidade e se trata de um transtorno mental.

Mello, Brito e Maroja (2012) identificaram em uma pesquisa sobre políticas públicas de combate a homofobia e promoção da cidadania e direitos humanos da população LGBT no Brasil, que os programas apresentados pelas esferas do governo esbarram na fragilidade das instituições, não havendo respaldo jurídico e flutuando nas frequentes mudanças de gestão.

Também se conformam em barreiras ao acesso à saúde e especificamente ao *Processo Transsexualizador no SUS*, a aglomeração de serviços em poucas regiões, a falta de recursos financeiros nas unidades de saúde para atender a crescente demanda e um controle social defasado (ALMEIDA; MURTA, 2013).

Um dos grandes desafios a ser superado pelas pessoas Trans para acessar os serviços de saúde, refere-se à falta de profissionais preparados para atender suas demandas. As pesquisas de Regina Barbosa e Mitti Koyama (2006) e da Rede Feminista de Saúde (2006) apontam que o afastamento da população LGBTT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais) dos serviços de saúde ocorre por medo de sofrerem preconceito por parte dos profissionais e instituições.

Caetano (2009) e Lionço (2009) indicam que a postura preconceituosa de alguns profissionais de saúde perante a população LGBTT se deve também a uma questão de ordem cultural, em que os padrões heterossexuais são tomados como os únicos aceitáveis, expressando-se através da noção de uma cultura heteronormativa. Neste mesmo sentido, Caetano (2009) aponta que instituições como “o direito, a medicina, a família, a escola, a religião e a língua” fazem parte dos mecanismos que asseguram a heteronormatividade para manter a ordem, ou seja, “são responsáveis pela produção de corpos reconhecidos como femininos ou masculinos”.

Um dos temas mais debatidos em relação aos programas, diretrizes e políticas públicas é com relação à necessidade de sensibilização dos profissionais da área da saúde para se obter um atendimento não discriminatório (MELLO, et al., 2011).

A transformação gradual das políticas públicas em saúde voltadas à população Trans, afirma-se como um processo histórico e dinâmico, imerso em um campo político de constantes conflitos e interesses plurais. Reivindicações advindas dos diferentes atores sociais, usuários/usuárias do SUS e suas

entidades representativas, gestores e profissionais da saúde, vêm impondo paulatinamente a necessidade de transformações nas políticas públicas de saúde de maneira a alinhá-las com as diferentes demandas e garantir o acesso às tecnologias de modificação corporal.

A conquista da aplicação pragmática destas políticas ainda demonstra relevante desafio cotidiano. Contudo, as diversas transformações socialmente conquistadas tornam-se propulsoras para os constantes enfrentamentos necessários para garantir, de maneira plena, o respeito aos direitos das pessoas Trans.

2.4 O SUS e a Hierarquia dos Modelos Tecnológicos

O SUS é uma formulação política e organizacional de saúde com o intuito de ordenar ações promoção, proteção e recuperação da saúde em todo o território brasileiro. Essa política é regida por três princípios doutrinários: universalidade, equidade e integralidade (BRASIL, 1990).

A universalidade é o princípio que garante os cuidados de saúde a todas as pessoas em todos os serviços públicos do território brasileiro. O princípio de equidade está relacionado à organização das ações e serviços, em todos os níveis de atenção conforme a necessidade de cada caso. A integralidade é o reconhecimento dos/das profissionais envolvidos/envolvidas nos serviços de saúde de que os/as usuários/usuárias devem ser reconhecidos/reconhecidas em sua totalidade e como pertencentes a uma comunidade. A integralidade também se aplica nas unidades prestadoras de serviço, apesar de seus graus de complexidade formam um todo e não podem ser divididas (BRASIL, 1990).

A normativa atual que estabelece o *Processo Transexualizador no SUS* prevê uma linha de cuidado para que as pessoas Trans tenham acesso a todos os níveis tecnológicos de saúde, conforme a necessidade de cada caso e também disponibiliza algumas técnicas de promoção à saúde e de modificações corporais (BRASIL, 2013).

Na área da saúde, a tecnologia pode ser compreendida como um conjunto de instrumentos e ações pelo trabalho para produção de bem-estar

(SCHAREIBER; MOTA; NOVAES, 2008). Em concordância com esse conceito de tecnologia, o trabalho no contexto da saúde pode ser entendido como modo de transformação do meio para satisfação das necessidades humanas e perpetuação da vida (RAMOS, 2007).

Durante o processo de trabalho, cada profissional apresenta um repertório de saberes e ferramentas para o desenvolvimento de suas atividades, esse arcabouço de conhecimentos são construídos de forma individual ou coletiva e são entendidos como tecnologias em saúde (MERHY; FRANCO, 2006).

Os modelos tecnológicos no SUS estão relacionados com a gestão de recursos materiais e humanos. Com a finalidade de atender os usuários em sua integralidade e com equidade, o SUS oferece seus serviços de acordo com a seguinte hierarquia: *atenção primária*, que utiliza tecnologias voltadas à prevenção de doenças; *atenção secundária*, que requer tecnologias de diagnóstico e assistência de especialidades; e, *atenção terciária*, para a qual são encaminhados os casos que requerem cuidados e equipamentos de alto custo (BRASIL, 2011).

A atenção primária ou atenção básica é uma estratégia de organização da saúde para identificar as demandas regionais na implantação de ações preventivas e curativas. Esse modelo de atenção a saúde busca contrapor ao reducionismo biológico que acarretou no passado o uso elevado de tecnologias de alta complexidade, porém com baixa resolutividade dos problemas de saúde (MATTA; MOROSINI, 2006).

A atenção primária prioriza a utilização de tecnologia humana. Essa tecnologia refere-se ao arcabouço de saberes e das habilidades de relacionamento do/da profissional que atua na área da saúde nas intervenções comunitárias e individuais, ao acolhimento das demandas comunitárias e ao modelo de gestão. (MERHY;FRANCO, 2006; MATTA;MOROSINI, 2006).

Seguindo a hierarquia de atendimento do SUS, atenção primária é a porta de entrada no sistema, é o local onde as demandas dos/das usuários/usuárias são acolhidas e os primeiros cuidados são administrados.

O profissional inserido na atenção primária deve exercitar a escuta ativa e a sensibilidade em conjunto com o saber técnico para encaminhar os/as usuários/usuárias quando necessário, para os serviços especializados ou de

alta complexidade (BRASIL, 2011). Conforme essa organização, para acessar o *Processo Transexualizador no SUS*, os/as usuários/usuárias devem passar pela atenção primária.

A atenção secundária ou atenção especializada configura-se no segundo nível da hierarquia para o acesso a assistência no SUS. Nesse nível de atenção estão situados os ambulatorios com profissionais especializados como médicos/médicas endocrinologistas, psiquiatras e terapeutas (BRASIL, 2014).

Na atenção secundária são utilizadas tecnologias que compreendem saberes especializados e processos de trabalho que estão entre a atenção primária e a atenção terciária (BRASIL, 2014; SCHAREIBER; MOTA; NOVAES, 2008). Durante o *Processo Transexualizador no SUS*, o ambulatório deve ser um espaço de acompanhamento clínico, de orientação e prescrição de hormonioterapia e de acompanhamento pré e pós-cirúrgico (BRASIL, 2013).

Atualmente são gerenciados pelo SUS os seguintes ambulatorios especializados em saúde da pessoa Trans:

- Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC/UFPE) – Recife-PE;
- Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC/UFG) – Goiania-GO;
- Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC/UFU) – Uberlândia-MG;
- Hospital Universitário da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (HU/UERJ) –Rio de Janeiro- RJ;
- Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (HC/USP)-São Paulo – SP;
- Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia (IEDE) – Rio de Janeiro/RJ;
- Ambulatório do Hospital das Clínicas de Uberlândia – Uberlândia/MG;
- Centro de Referência e Treinamento (CRT) DST/AIDS – São Paulo/SP;

- Centro de Pesquisa e Atendimento para Travestis e Transexuais (CPATT) do Centro Regional de Especialidades (CRE) Metropolitano – Curitiba/PR (BRASIL, 2016).

A atenção terciária ou de alta complexidade é o último nível de acesso dos usuários aos serviços de saúde no SUS. Esse nível de atenção à saúde disponibiliza aos usuários procedimentos de alto custo e alta tecnologia. Geralmente os atendimentos ocorrem em ambiente hospitalar no qual são utilizados equipamentos, normas e estruturas organizacionais complexas (BRASIL, 2009; SCHAREIBER;MOTA;NOVAES, 2008).

As cirurgias de modificação corporal tais como implantes de silicone, mastectomia, neocolpovulvoplastia são ofertadas em poucos hospitais de alta complexidade no SUS, sendo eles: o Hospital Universitário Pedro Ernesto (Universidade Estadual do Rio de Janeiro), Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Universidade Federal do Rio Grande do Sul), Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (SP), Hospital das Clínicas (Universidade Federal de Goiás) e o Hospital das Clínicas/Universidade Federal de Pernambuco – Recife (PE) (BRASIL, 2016).

2.4.1 Tecnologias e Técnicas de Modificação Corporal disponíveis no SUS

A última atualização do Ministério da Saúde sobre os procedimentos e valores inclusos na tabela do SUS data do ano de 2013, quando foi oficializada a Portaria n. 2.803 que redefine e amplia o *Processo Transsexualizador no SUS*. A tabela de procedimentos indica o financiamento para os procedimentos pré e pós-operatório, para o acompanhamento clínico e para a hormonioterapia (BRASIL, 2013).

Em relação ao acompanhamento pré e pós-operatório, entende-se, por meio das informações disponíveis no documento supracitado, que este consiste no acompanhamento pela equipe multidisciplinar, tendo como limite máximo de 02 atendimentos mensais, durante um período mínimo de 02 anos

antes das cirurgias demandadas e por até um ano depois da realização dos procedimentos cirúrgicos (BRASIL, 2013).

O acompanhamento é realizado individualmente em serviços de média complexidade, em unidades ambulatoriais e, para se ter acesso a esse serviço, a/o usuária/usuário deve ter idade compreendida entre 18 e 72 anos e apresentar CID F.64.0 (Transexualismo) ou CID 64.9 (Transtorno não especificado da identidade sexual). Esse acompanhamento está relacionado aos atendimentos realizados por médico/médica psiquiatra, médico/médica endocrinologista, médico/médica clínico/clínica geral, enfermeiro/enfermeira, psicólogo/psicóloga e assistente social.

O financiamento dos procedimentos ofertados pelo SUS é oriundo do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC (BRASIL, 2013), os valores estão descritos na Tabela 1.

Tabela 1 – Valores, idade e quantidade para procedimentos ambulatoriais.

Procedimento	Valor	Idade	Quantidade mensal de Procedimentos
Acompanhamento Ambulatorial pré e pós-cirúrgico	39,38	18-75	02
Acompanhamento clínico	39,38	18-110	01
Tratamento Hormonal	50,00	18-75	01
Tratamento Hormonal (Ciproterona)	65,52	18-75	01
Tratamento Hormonal pré-cirúrgico	65,52	18-75	01

Fonte: Brasil, 2013.

De forma geral, após avaliação da equipe multidisciplinar, as primeiras modificações corporais são realizadas através da hormonioterapia. Aran e Murta (2009) apresentam que esta técnica de tratamento tem como finalidade propiciar o surgimento das características sexuais secundárias vinculadas à identificação de gênero. O uso dos hormônios deve ser administrado de forma contínua ao longo da vida sendo interrompido apenas no momento que antecede os procedimentos cirúrgicos.

Em uma proposta de revisão do protocolo clínico¹⁶ para hormonioterapia, a Comissão Internacional de Incorporação de Tecnologias no SUS propõe que a prescrição da hormonioterapia esteja associada aos seguintes objetivos:

1) Induzir o aparecimento de características sexuais compatíveis com o gênero de identificação; 2) Reduzir os níveis hormonais endógenos e consequentemente os caracteres sexuais secundários do sexo biológico; 3) Determinar a reversão sexual induzindo o aparecimento de caracteres sexuais secundários compatíveis com a identidade de gênero dos indivíduos; 4) Estabelecer a dose ideal do medicamento que permita níveis hormonais fisiológicos compatíveis com a identidade de gênero do indivíduo (BRASIL, 2017).

As modificações corporais por meio do uso de hormônios nas mulheres Trans podem ser facilmente percebidas através do aumento das mamas, da voz que se torna mais aguda, afinamento dos pêlos corporais, da distribuição da gordura corporal (as formas corporais ficam mais arredondadas), atrofia da glândula prostática e das vesículas seminais. O uso do hormônio também pode acarretar efeitos não desejados como a diminuição das ereções, patologias ósseas, alterações no funcionamento dos rins, transtornos de humor, trombose nas veias profundas e aumento da pressão arterial (PETRY, 2015).

Durante a terapia hormonal no processo transexualizador do SUS para as mulheres Trans são prescritos medicamentos antiandrogênicos, com o objetivo de suavizar as características masculinas, e estrogênio, para o ganho de características femininas. A dosagem dos medicamentos segue critérios individuais com a finalidade de maximizar os benefícios e reduzir os danos. Dentre as medicações mais prescritas estão a Ciproterona que apresenta efeito andrógeno e o Estradiol para o desenvolvimento de características femininas (ARÁN; MURTA, 2009).

Em relação à hormonioterapia prescrita aos homens Trans, essa técnica de tratamento pode ser imprescindível para a construção de seus corpos e da sua subjetividade independentemente dos processos cirúrgicos (LIMA; CRUZ, 2016).

¹⁶ O documento citado ainda não está oficializado para aplicação de suas diretrizes no SUS, no momento passa pelo processo de consulta pública.

A testosterona é o hormônio normalmente eleito para iniciar as modificações corporais. De acordo com informações divulgadas por meio da bula do medicamento com nome comercial de Durateston esse hormônio é indicado para homens com deficiência de testosterona por causa congênita ou adquirida e seu benefício principal consiste na melhora do comportamento sexual. Em toda bula há apenas uma observação em relação ao uso por pessoas Trans, a de que este medicamento induz a masculinização. Porém não há advertências em relação aos efeitos indesejados para alertar sobre os riscos da auto-medicação.

Dentre os benefícios esperados estão a interrupção da menstruação, a redistribuição da gordura corporal e ganho de massa muscular, o aumento dos pêlos corporais e o engrossamento da voz. Dentre os efeitos colaterais, a pessoa pode apresentar aumento da pressão arterial, desenvolvimento de acne, obesidade, doenças hepáticas, maior risco de desenvolver osteoporose e problemas psiquiátricos (VELHO, 2016).

Tanto para as mulheres Trans como para os homens Trans a indústria farmacêutica ainda não desenvolveu medicamentos específicos visando à modificação corporal com a redução dos efeitos indesejáveis. As autoras Arán e Murta (2009) ressaltam a necessidade de pesquisas empíricas relacionando o uso contínuo de hormônios e os impactos na saúde.

Não são todas as pessoas Trans que desejam realizar cirurgias de modificação corporal, mas, para aquelas que necessitam, o Ministério da Saúde prevê o financiamento para os seguintes procedimentos: redesignação sexual no sexo masculino, tireoplastia, mastectomia simples bilateral, histerectomia, anexectomia, colpectomia, cirurgias complementares de redesignação sexual, plástica mamária e inserção de silicone bilateral. Os procedimentos cirúrgicos são considerados de alta complexidade e devem ser realizados em ambiente hospitalar, sendo seu financiamento realizado pelo FAEC, com os valores descritos na Tabela 2 (BRASIL, 2013).

Tabela 2 – Valores, idade e quantidade para procedimentos hospitalares.

Procedimento	Valor	Idade	Quantidade
Redesignação sexual	1.288,28	21-75	01

Procedimento	Valor	Idade	Quantidade
Tireoplastia	418,48	21-75	01
Mastectomia	809,00	21-75	01
Cirurgias complementares	398,05	21-75	01
Inserção de Silicone	1.803,92	21-75	01
Histerectomia	1.195,80	21-75	01

Fonte: Brasil (2013)

Há uma vasta gama de técnicas cirúrgicas para modificação corporal. A mulher Trans que deseja realizar a cirurgia de redesignação sexual poderá passar por procedimentos para retirada dos testículos de forma bilateral (orquiectomia), amputação do pênis e a neocovuloplastia (construção de neovagina). Após esse procedimento, algumas cirurgias podem ser necessárias para a correção estética dos grandes lábios, dos pequenos lábios e do clitóris (BRASIL, 2013).

De acordo com as observações de Arán e Murta (2009), as cirurgias são dispensáveis para muitas pessoas Trans, pois, podem desejar apenas mudanças dos caracteres sexuais secundários sem a necessidade de se submeter à cirurgia de redesignação sexual. Porém, para algumas pessoas a cirurgia é parte imprescindível do seu projeto de vida.

A cirurgia de redesignação sexual tem sido um elemento de preocupação durante o processo transexualizador no SUS principalmente pela existência de políticas públicas frágeis que acabam barrando o acesso das pessoas Trans em relação a esta técnica (GALI, et al., 2013).

Algumas considerações para além da obstinação em diagnosticar o “verdadeiro transexual” devem ser realizadas para o entendimento do que a equipe multiprofissional pode considerar antes de autorizar a cirurgia de redesignação sexual para as mulheres Trans.

Arán e Murta (2009) se preocupam com a alta vulnerabilidade social em que as pessoas Trans estão imersas no Brasil. Para essas pessoas a cirurgia pode significar uma espécie de tábua de salvação para aceitação social e aquisição de direitos. As autoras trazem a reflexão de que, se estivessemos em

uma sociedade na qual a diversidade de gênero fosse possível, a cirurgia não seria necessária nesses casos.

Bento (2009) problematiza o pensamento hegemônico de que a mulher Trans procura por cirurgias de redesignação dos genitais para obter maior prazer sexual. A autora observa que não há um desconforto determinado em relação ao corpo entre as pessoas Trans, mas sim uma ambiguidade da auto-imagem. Muitas mulheres Trans afirmam repulsa em relação ao corpo, mas valorizam partes do corpo como seios e nádegas.

A afirmação de que as pessoas Trans odeiam seus corpos se refere muitas vezes ao pênis e a genitália se torna o corpo, ratificando a visão de que o “sexo define a verdade última dos sujeitos” (BENTO, 2009, p.97).

Dentre as técnicas cirúrgicas para modificação dos caracteres sexuais secundários para mulheres Trans disponíveis no SUS está a tireoplastia. Esta cirurgia consiste na suavização do “Pomo de Adão” com a finalidade de conferir traços femininos em relação ao visual e a agudização do timbre de voz, além do alongamento das cordas vocais (BRASIL, 2013).

Em nossa sociedade a voz é uma das marcas que torna o corpo reconhecido como feminino ou masculino. Apesar de não haver uma medida científica para reconhecer o que seria uma voz de homem e uma voz de mulher, os ouvintes dessa voz indicarão a que gênero pertence. Essa compreensão das pessoas ao redor vai determinar a afinidade ou afastamento (DRUMOND, 2009). Assim, para algumas mulheres Trans, a adequação do timbre de voz se torna parte importante do processo transexualizador no SUS.

A cirurgia de reconstrução mamária disponibilizada pelo SUS pertence à lista de procedimentos complementares do processo de modificação corporal para as mulheres Trans e consiste na técnica de implante de silicone (BRASIL, 2013). Porém para muitas mulheres Trans as mamas fazem parte importante da construção da feminilidade.

Pelúcio (2004) explica que o corpo como matriz social necessita ser moldado por processos que vão da decoração à destruição. A construção da feminilidade passa pela escolha do vestuário, pela depilação e uso do silicone industrial. Com essas intervenções, a mulher Trans não apenas constrói o seu corpo, mas também constrói sua mobilidade na hierarquia social.

A dificuldade em acessar os implantes de silicone na rede pública de saúde leva muitas dessas mulheres a fazerem o uso de silicone industrial causando, em muitos casos, deformidades devido à circulação do líquido pelo corpo. Normalmente, o silicone migra para as pernas e pés e casos mais graves podem levar a óbito por infecção generalizada. O silicone industrial é aplicado por “bombadeiras”, pessoas sem formação técnica que se dispõem em injetar o silicone em outras pessoas mediante a pagamento em dinheiro (PELÚCIO, 2005).

Mesmo diante de todos os riscos, a procura pelo silicone industrial é motivada pelas barreiras estruturais encontradas no processo Transexualizador do SUS que oferta quantidades limitadas de procedimentos apenas para aqueles que contemplam critérios pré-definidos, mas que não contemplam a diversidade de vivências das pessoas Trans e a diversidade de seus desejos (PINTO et al., 2009).

Para os homens Trans, além do tratamento hormonal, são disponibilizados, como serviços de alta complexidade a serem realizados em ambiente hospitalar, a histerectomia e a mastectomia.

A histerectomia com anexectomia bilateral consiste na retirada do útero e dos ovários. Esses procedimentos cirúrgicos podem ser acompanhados da colpectomia que consiste na retirada proximal e distal da vagina (BRASIL, 2013).

A pesquisa realizada por Sampaio e Coelho (2012) identifica alguns motivos que levam os homens Trans a desejarem a cirurgia de histerectomia. Os motivos citados na pesquisa são: incomodo com a menstruação, pois denuncia aspectos da feminilidade e descontentamento com o órgão sexual mesmo que esteja satisfeito com outras partes do corpo, sendo um complemento para construção da masculinidade.

A mastectomia simples bilateral consiste na retirada das mamas e no reposicionamento dos mamilos (BRASIL, 2013). Almeida (2012) em uma pesquisa exploratória observou que, para um grupo de homens Trans, a mastectomia é parte importante da construção de suas masculinidades. A mastectomia em conjunto com a terapia hormonal pode atender de forma satisfatória às expectativas sociais.

Devido aos aspectos não democráticos do processo transexualizador no SUS, algumas pessoas com maior renda podem recorrer à rede privada de saúde que oferta as mesmas técnicas de modificação corporal disponíveis na rede pública de saúde, além de técnicas complementares como o implante de silicone na região dos glúteos e plásticas para feminilização facial.

De modo geral, as clínicas e hospitais que ofertam esses serviços não divulgam valores sem antes avaliar o cliente. Os valores estimados descritos na da tabela 3 foram coletados através de redes sociais e de conversas com pessoas Trans, nos anos de 2017 e 2018, que se submeteram aos procedimentos cirúrgicos nos serviços de saúde privada no Brasil.

Tabela 3 – Comparativo entre os valores dos procedimentos cirúrgicos ofertados pelo SUS e pela rede privada.

Procedimento	Valor no SUS (em Reais)	Valor na Rede Privada (valores estimados, em Reais)
Redesignação sexual	1.288,28	30.000,00 à 70.000,00
Tireoplastia	418, 48	4.000,00 à 7.000,00
Mastectomia	809,00	6.500,00 à 8.400,00
Inserção de Silicone	1.803,92	4.000,00 à 10.000,00

Fonte: Autoria própria (2018).

Devido aos valores mais baixos ou em busca de melhores técnicas, algumas pessoas Trans procuram serviços que ofertam modificações corporais em outros países. A Índia e a Tailândia estão entre os destinos eleitos, o primeiro país por ofertar cirurgias com custo mais baixo e o segundo por oferecer técnicas mais elaboradas.

A Índia apresenta preços mais acessíveis do que são cobrados na Tailândia, os preços variam entre seis mil dólares até 22 mil dólares. O consultório que oferece a cirurgia de redesignação sexual pelo custo mais alto inclui acompanhamento pré e pós-operatório, alojamento, traslado além de dias para turismo (LUCON, 2016).

A Tailândia ganhou grande prestígio devido às técnicas empregadas pelo médico Preecha Tiewtranon com resultados considerados superiores às técnicas brasileiras. O site da clínica na qual o médico atua não divulga

valores, mas, por meio de informações obtidas de modo aberto nas redes sociais, o custo ficaria em torno de 8 mil euros.

Porém a maioria das pessoas Trans no Brasil não apresentam condições econômicas para driblar as lacunas do processo transexualizador no SUS e buscar atendimento na rede privada de saúde do país ou do exterior, ficando vulneráveis a processos de automedicação e intervenções clandestinas.

3 ASPECTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA DE CAMPO

No presente capítulo serão apresentados os objetivos dessa pesquisa e os procedimentos metodológicos que conduziram a coleta de informações, análise de dados e estruturação dos resultados, bem como os aspectos éticos envolvidos neste processo.

3.1 Objetivo geral e objetivos específicos:

O objetivo geral desta pesquisa é compreender as dificuldades encontradas pelas profissionais de saúde que atuam em um serviço especializado no atendimento de pessoas Trans.

Para alcançar este objetivo, elaboramos os seguintes objetivos específicos:

1. Identificar as estratégias utilizadas pelas profissionais para a construção dos saberes aplicados no dia-a-dia de trabalho;
2. Identificar as principais barreiras encontradas na rotina de trabalho das profissionais e que influenciam negativamente no atendimento das pessoas Trans que utilizam o serviço;
3. Investigar as estratégias adotadas pelas profissionais para superar as dificuldades enfrentadas no cotidiano de trabalho.

3.2 Desenho da Pesquisa e Procedimentos para Coleta e Análise dos Dados

A presente dissertação trata-se de pesquisa qualitativa utilizando como instrumentos para coleta de informações, entrevistas por pautas, isto é guiada

por questões norteadoras (GIL, 2008). A apreciação dos dados produzidos foi realizada por meio de procedimentos da análise de conteúdo (BARDIN, 1994).

A análise de conteúdo constitui uma metodologia de pesquisa usada para descrever e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos e textos... Essa análise, conduzindo a descrições sistemáticas, qualitativas ou quantitativas, ajuda a reinterpretar as mensagens e a atingir uma compreensão de seus significados num nível que vai além de uma leitura comum. Essa metodologia de pesquisa faz parte de uma busca teórica e prática, com um significado especial no campo das investigações sociais. Constitui-se em bem mais do que uma simples técnica de análise de dados, representando uma abordagem metodológica com características e possibilidades próprias. Como método de investigação, a análise de conteúdo compreende procedimentos especiais para o processamento de dados científico. É uma ferramenta, um guia prático para a ação, sempre renovada em função dos problemas cada vez mais diversificados que se propõe a investigar. Pode-se considerá-la como um único instrumento, mas marcado por uma grande variedade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto, qual seja a comunicação (MORAES, 1999).

Seguindo os procedimentos do método, a análise dos dados foi dividida em três etapas: pré-análise, a exploração do material e tratamento de resultados (inferência e interpretação) (BARDIN, 1994). Durante a pré-análise organizou-se as informações coletadas com a finalidade de operacionalizar e esquematizar as ideias iniciais e formular as categorias que fundamentaram a interpretação dos dados. Para exploração do material, utilizou-se o procedimento de leitura exaustiva das informações coletadas durante as entrevistas, consolidando os conteúdos nas categorias previamente estabelecidas. E a finalização do processo ocorreu com a análise dos resultados obtidos comparando-os com as dimensões teóricas existentes

Como meio de conferir maior validade e confiabilidade aos dados, também utilizamos a técnica de checagem por membros que consiste nos seguintes passos: 1. Coleta de dados por meio da entrevista; 2. Transcrição da entrevista; 3. Revisão e estruturação dos dados pelos participantes (FLICK, 2009).

3.3 Considerações sobre o instrumento de coleta de dados

Um dos aspectos que foi considerado para construção do instrumento de coleta de dados está relacionado à formação heterogênea das participantes desta pesquisa. Devido aos diferentes processos formativos, utilizou-se a entrevista por pautas permitindo flexibilidade em relação às especificidades de cada profissão.

Durante as entrevistas os seguintes temas foram colocados em pauta:

- Processo formativo das profissionais inseridas no serviço;
- Estratégias para obter informações sobre a saúde das pessoas Trans;
- Dificuldades encontradas na rotina de trabalho;
- Estratégias elaboradas pelas profissionais do serviço para resolução dos problemas enfrentados na rotina de trabalho.

De acordo com Gil (2008) a entrevista por pautas possibilita certo grau de estruturação, pois é guiada por pontos de interesse do pesquisador/pesquisadora e também permite que o pesquisador/pesquisadora explore de forma flexível as questões levantadas no decorrer da pesquisa.

Notou-se durante a coleta de dados que a pesquisa guiada por pautas permitiu maior fluidez no diálogo e flexibilidade para adaptação dos temas em relação às especificidades de cada profissional.

3.4 Primeiros contatos com o local de pesquisa

O primeiro contato com o local de pesquisa ocorreu no mês de julho de 2017 com a intenção de apresentar o projeto de pesquisa para a gestora e coordenadora do serviço. Após apresentação do projeto, o mesmo foi considerado relevante pelas mesmas.

Nessa ocasião a gerente do serviço repassou informações sobre os trâmites necessários para aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) responsável pelo serviço.

Em visita ao CEP responsável pelo serviço a pesquisadora foi informada sobre a necessidade da pesquisa também ser avaliada pelo CEP da UTFPR devido ao seu caráter acadêmico, já que o CEP do serviço é formado por profissionais e o CEP da UTFPR por professores/professoras que teriam maior expertise em avaliar os aspectos metodológicos do projeto de pesquisa.

Após a aprovação nos dois comitês, foi realizado um segundo contato via telefone com a gestora do local para agendar uma entrevista-piloto com a finalidade de avaliar a eficácia do instrumento em relação à coleta de dados e os objetivos traçados. Depois de adequar o instrumento de coleta de dados, iniciou-se o processo de recrutamento das participantes.

3.5 Participantes da Pesquisa

O serviço investigado conta com o total de dez profissionais, sendo que três são psicólogas, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, uma médica endocrinologista, uma coordenadora, uma gerente formada em enfermagem e duas pessoas que atuam no setor administrativo.

Para realizar o convite de participação nesta pesquisa foi utilizado como **critério de inclusão** profissionais inseridas no serviço com formação na área da saúde e como **critério de exclusão** as profissionais com idades abaixo de 18 anos e/ou que não concluíram o curso técnico ou graduação, bem como, as profissionais que se encontravam afastadas devido a licenças médicas e profissionais já aposentadas.

As participantes foram indicadas pela gerente do serviço e foram convidadas via e-mail e pessoalmente pela pesquisadora. Foram obtidos quatro aceites para participação dessa pesquisa, um aceite de uma das psicólogas, um aceite da enfermeira, um aceite da técnica em enfermagem e um aceite da gerente com formação em enfermagem.

3.6 Aspectos Éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UTFPR por meio do Parecer n. 2.163.416, do dia 07 de julho de 2017, e pelo Comitê responsável pelo serviço investigado por meio do Parecer n.2.240.600, do dia 25 de agosto de 2017.

Buscando reduzir a probabilidade de danos de ordem física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual das participantes, as mesmas foram informadas sobre o conteúdo da pesquisa no momento do recrutamento e também foram informadas que poderiam se recusar em responder qualquer pergunta ou encerrar a sua participação a qualquer momento.

Para manter o caráter anônimo da pesquisa o nome e a localização do serviço não foram mencionados, utilizamos o nome fictício de **Serviço Especializado na Atenção à Saúde das Pessoas Trans**. As participantes também tiveram seus nomes trocados por um pseudônimo escolhido por elas.

Também solicitamos por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do Termo Consentimento de Uso de Imagem e Som de Voz (TCUIV) permissão para gravação de voz das entrevistas e a divulgação do conteúdo em artigos científicos e eventos acadêmicos.

4 DESAFIOS ENFRENTADOS EM UM SERVIÇO ESPECIALIZADO NO ATENDIMENTO DE PESSOAS TRANS

Neste capítulo serão apresentadas informações sobre o serviço estudado e as análises dos resultados provenientes das entrevistas realizadas, referentes aos desafios cotidianos em relação à composição de equipe, ao processo formativo das profissionais e à articulação do serviço com o restante da rede de saúde.

Num primeiro momento, especificamente na Seção 4.1, Caracterização do local de pesquisa, apresenta-se uma caracterização do local de pesquisa no sentido de subsidiar a compreensão acerca de suas particularidades nas relações estabelecidas com os/as usuários/usuárias do serviço em análise.

Após esta caracterização inicial, são apresentadas, num segundo momento, as categorias construídas para a análise e a discussão dos resultados obtidos pela pesquisa. Estas análises e discussões são apresentadas nas seções: 4.2 Desafios vivenciados no cotidiano do serviço; 4.3 Processo formativo das profissionais inseridas no serviço e 4.4 Dificuldades relacionadas à articulação na rede do SUS que se constituíram nas categorias de análise das informações obtidas por meio dos instrumentos de pesquisa utilizados. Estas categorias receberam um refinamento em subcategorias no sentido de se aprofundar a compreensão em suas especificidades.

4.1 Caracterização do local de pesquisa

A pesquisa foi realizada em um serviço ambulatorial especializado na atenção à saúde das pessoas Trans, integrado à Rede do SUS, na região Sul do Brasil, sendo que os recursos e as estruturas utilizadas possuem financiamento estatal.

A instauração do Serviço Especializado na Atenção à Saúde das Pessoas Trans ocorreu após as lutas dos movimentos sociais, conselhos

profissionais e ONGs locais que reivindicavam os direitos humanos dessa população. Após mais de dois anos de conversas com a Secretária de Saúde da região, em 2013 foi implantada a estrutura do serviço, porém, a sua inauguração oficial só ocorreu em 2014, devido à falta de recursos humanos para prestar atendimento direto à população.

O serviço em questão é regido pelas normas da Portaria nº. 2.803/13 do Ministério da Saúde, que amplia o processo transexualizador no SUS e, dentre suas normativas, apresenta a previsão da implantação de ambulatórios especializados no atendimento à saúde das pessoas Trans.

Nesse local é ofertado às pessoas Trans do Estado o acompanhamento médico, psicológico e social. Além da assistência à saúde, os profissionais inseridos no serviço também estão comprometidos com a elaboração e divulgação de pesquisas que promovam a saúde das pessoas Trans, pois o serviço também é um centro de pesquisa.

A equipe do serviço é composta por três psicólogas, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, uma médica endocrinologista, uma gerente, uma coordenadora e duas pessoas que realizam serviços administrativos. É importante informar que a coordenação do serviço é realizada por uma mulher Trans, Julia¹⁷ que atuou anteriormente em três ONGs com foco na defesa dos direitos humanos das pessoas Trans. A chegada de Júlia ao ambulatório surgiu com a necessidade de implantação do serviço, após convite da Secretária de Saúde do Estado.

O acesso dos/das usuários/usuárias ao Serviço Especializado na Atenção à Saúde das Pessoas Trans segue a lógica de hierarquização da rede do SUS e das normas da Portaria nº. 2.803/13, ou seja, a pessoa interessada em participar dos atendimento deve ter no mínimo 18 anos e solicitar na Unidade Básica de Saúde (UBS) o seu encaminhamento ao local, já que se trata de um serviço especializado de média complexidade. Na UBS, qualquer profissional, com ensino superior, pode realizar o processo de encaminhamento do/da usuário/usuária requerente ao serviço.

Com o encaminhamento da UBS, o acolhimento inicial no Serviço Especializado na Atenção à Saúde das Pessoas Trans é realizado pela

¹⁷ Nome modificado para manter o anonimato.

enfermeira e pelas profissionais da psicologia que, após a coleta de dados, ofertam informações sobre os procedimentos disponíveis e a escuta ativa das aspirações e necessidades imediatas dos/das usuários/usuárias, além de realizarem o encaminhamento para consulta médica, caso seja necessário. As demandas de cada usuário/usuária são analisadas individualmente, dessa forma, as modalidades e o número de atendimento são organizados conforme cada caso.

Um dos primeiros atendimentos recebidos pelo/pela usuário/usuária no fluxo do serviço é a consulta de enfermagem, na qual são realizadas as coletas de dados e aferição dos sinais vitais. Após a consulta médica, os/as usuários/usuários retornam para consulta de enfermagem, na qual recebem orientações sobre o calendário de terapia hormonal, orientações relativas aos cuidados com a saúde e sobre os efeitos colaterais da hormonioterapia. Durante essa consulta também pode ser administrado o hormônio conforme orientação médica, além da hormonioterapia. Neste momento em específico, os homens Trans que utilizam o serviço podem receber orientações sobre o uso do “pump”¹⁸ para alongamento do clitóris, bem como receber o aparelho para o procedimento.

Durante o acompanhamento psicológico o/a usuário/usuária recebe apoio emocional e, caso seja sua necessidade, podem solicitar orientações para o encaminhamento de procedimentos cirúrgicos, porém no momento da pesquisa nenhum hospital da região estava habilitado a realizar esse tipo de procedimento.

No acompanhamento com a médica endocrinologista, o/a usuário/usuária terá acesso aos exames necessários para iniciar o tratamento hormonal e, caso tenha condições clínicas para prosseguir com o tratamento, poderá retirar as medicações gratuitamente na farmácia vinculada ao serviço.

O Serviço Especializado na Atenção à Saúde das Pessoas Trans é o único local da rede do SUS a prestar atendimento especializado às pessoas Trans em um dos Estados da região Sul e, de acordo com as informações coletadas com as profissionais do serviço, desde a inauguração oficial até o

¹⁸ Bomba de sucção utilizada para o alongamento do clitóris.

ano de 2017, foram atendidas 584 pessoas Trans, sendo que 250 usuários/usuárias continuam recebendo assistência no local.

4.2 Desafios vivenciados no cotidiano do serviço

Nessa categoria serão discutidos os desafios vivenciados pelas participantes da pesquisa durante o período de construção do serviço e no cotidiano de assistência à saúde das pessoas Trans.

Durante a coleta de informações, a dificuldade relativa à constituição da equipe e da adaptação dos membros ao serviço foi uma pauta recorrente, sendo esses dados analisados na subcategoria denominada **Desafios iniciais para composição de equipe**.

Com base nas informações coletadas, foram observados múltiplos interesses que levaram as participantes a escolherem o Serviço Especializado na Atenção à Saúde das Pessoas Trans para desempenharem suas funções e também múltiplas formas de entender e traçar estratégias para assistência em saúde. Esses dados foram analisados na categoria: **Motivações Pessoais e Estratégias para Assistência**.

4.2.1 Desafios iniciais para composição de equipe

Baseando-se nos relatos das participantes sobre os desafios iniciais para construção do Serviço Especializado na Atenção à Saúde das Pessoas Trans, a dificuldade em relação aos recursos humanos foi um dos aspectos mencionados. As profissionais inseridas no serviço fazem parte do quadro de funcionários/funcionárias públicos/públicas estatais da região e para desempenhar suas funções necessitam passar por processo seletivo.

Durante a construção do serviço não houve um concurso público específico para o local, desse modo, as profissionais que compõem a equipe

foram remanejadas de outros serviços da rede de saúde da região ou foram convocadas por meio de um concurso público geral para as vagas disponíveis em vários serviços de saúde gerenciados pelo Estado.

Como não houve exigência no edital do concurso público sobre a obrigatoriedade de experiência ou especialização em relação aos cuidados em saúde voltados às pessoas Trans, as profissionais que ingressaram apresentavam interesses heterogêneos em relação aos locais e à população que prestariam atendimento. Muitas das profissionais desconheciam a existência de um serviço ambulatorial especializado no atendimento de pessoas Trans, o que pode ter contribuído para os conflitos iniciais em relação à composição de equipe.

A participante Beija-flor, formada em enfermagem e que, atualmente, desempenha a função de gerência no local, relatou durante a entrevista suas angústias no momento em que foi convocada para auxiliar na montagem deste serviço:

[...] para mim era tudo novo, eu levei um susto, vou ser bem sincera com você. Quando o meu diretor chegou e falou para mim: - Beija-Flor eu preciso da sua ajuda - Ele chegou assim: - Oh me surgiu uma demanda - na época acho que do próprio movimento social trouxe essa demanda para Secretária do Estado, acho que foi uns dois anos de conversa, um pouco mais com o poder do Estado, inicialmente eu não participei dessas conversas, não tinha sido definido para qual local eu ia, e eu fui começar a participar de tudo isso na hora que estava tudo definido: - Olha você vai para o ambulatório - E o diretor me falou mesmo: - Preciso da sua ajuda, precisamos montar um serviço para os paciente transexuais - E eu levei um choque né! Meu Deus por onde é que eu começo? Socorro! Como é que eu começo? O que é isso, eu preciso estudar sobre isso, eu preciso entender! (Beija-flor, gerente do serviço).

O relato acima apresenta como desafio inicial para construção do serviço, o desconhecimento das participantes sobre as demandas específicas em relação à saúde das pessoas Trans. Diante desse desafio a participante foi instigada a buscar conhecimentos e uma rede de apoio fora do Estado.

A participante também relatou sua preocupação em relação à escassez de profissionais especializados no atendimento de pessoas Trans e como a falta de conhecimento poderia afetar a postura dos mesmos frente a essa população:

E o meu maior medo era os profissionais que viriam trabalhar aqui, sabe? Por que, assim, eu, enquanto responsável do serviço, eu que acabo respondendo algumas questões. Meu Deus, e se vier um profissional que [seja] totalmente preconceituoso, o tanto de problema que a gente vai ter (Beija-flor, gerente do serviço).

A preocupação da participante, em relação ao despreparo dos/das profissionais da área da saúde e seus impactos negativos na saúde das pessoas Trans tem se revelado como um resultado também em pesquisas de vários autores e autoras como Santos (2013), Tagliamento (2012) e Romano (2008), que mostram episódios de preconceitos, estigmatização e discriminação nos espaços públicos de saúde, levando ao desencorajamento das pessoas Trans em buscarem ou permanecerem nesses serviços.

O tratamento desumanizado recebido dos/das profissionais, faz com que as pessoas Trans percebam os serviços de saúde como mais um local de escárnio e exclusão social e em decorrência dessas vivências acabam desistindo de buscar cuidados, recorrendo à automedicação e procedimentos clandestinos de modificação corporal, o que pode ocasionar danos significativos à saúde ou até mesmo, em alguns casos, levando à morte (SANTOS, 2013).

Quando se iniciou o processo de recrutamento de equipe, a participante Beija-flor relata que alguns/algumas profissionais não se sentiram confortáveis em atender essa população e até permaneceram por algum tempo no serviço, porém, desistiram de desempenhar suas funções e solicitaram transferência para outros serviços da rede:

[...] foi bem difícil no começo. E a gente teve sim não vou dizer que não, teve profissionais que não se sentiram à vontade aqui, e pediram para sair, é assim, nem tudo são flores, né? Desde que abriu o ambulatório, em dezembro de 2013, já teve profissionais que passaram ali, ficaram um tempo para entender também, para conhecer o que era isso, mas isso não gerou vontade de continuar e eu respeito perfeitamente (Beija-flor, gerente do serviço).

A desistência dos/das profissionais em desempenhar suas atividades em um serviço especializado no atendimento de pessoas Trans pode ter sido influenciada por vários aspectos, como a não participação direta na escolha do serviço, a escassez de conhecimentos durante o processo formativo sobre os cuidados com a saúde dessa população e questões culturais que estigmatizam

as pessoas Trans e que dificultaram o acolhimento das mesmas pelos/pelas profissionais. Tagliamento (2012) expõem que o desencontro entre os/as profissionais da área da saúde e as pessoas Trans, pode ter sua explicação nas múltiplas formas de abordagem, comunicação e significação das vivências cotidianas inerentes a cada profissional na sua prática.

Valores pessoais baseados em normativas sociais e culturais também podem influenciar esse desencontro. Butler (2017) afirma que a não correspondência com a normativa de sexo e gênero torna os corpos abjetos, bestializados, desumanizados. Partindo dessa premissa um dos desafios que alguns/algumas profissionais necessitam enfrentar para ofertar um atendimento humanizado é a desconstrução dessas normativas e reconstrução dos seus saberes.

A desistência dos/das profissionais do serviço se conforma em um desafio para o atendimento integral dos/das usuários/usuárias do serviço na atualidade, já que a substituição desses/dessas profissionais depende da abertura de novos concursos públicos que normalmente são escassos ou do desejo de transferência dos/das profissionais já inseridos na rede.

Sobre os impactos negativos em relação à defasagem de equipe, Beijafior relatou dificuldades no manejo das questões sociais demandadas pelos/pelas usuários/usuárias devido à falta de um/uma assistente social. Na percepção da participante, estes/estas profissionais seriam essenciais para o andamento do serviço, pois teriam maior sensibilidade e propriedade em relação aos caminhos que devem ser percorridos para garantir o acesso das pessoas Trans aos seus direitos.

Conforme o relato da participante, as demandas apresentadas pelas pessoas Trans que utilizam o serviço não estão relacionadas apenas à necessidade de realizar modificações corporais, mas, também, relacionam-se com o quadro de vulnerabilidade social que foram colocadas:

Eles trazem todo tipo de demanda para a gente, hoje a gente sente muito a falta do assistente social aqui, tinha uma assistente social que trabalhava com a gente duas vezes na semana só que ela saiu, então hoje a gente está sem assistente social acho que faz uns 4 ou 5 meses e a gente sente falta que é um profissional que é essencial, para ajudar nessa parte, mas também nas questões sociais lá de fora. A gente não tem levantamento, número real disto, sabe é... mas eles trazem todas as questões possíveis desde a mudança do corpo,

a questão da hormonioterapia, a falta do trabalho, como é um ambiente que eles se sentem à vontade, eles trazem toda a demanda possível que eles têm e acabam vindo as dificuldades que eles tem na sociedade lá fora, preconceito, dificuldades para estudar a gente percebe assim (Beija-flor, gerente do serviço).

A urgência de um profissional que auxilie os/as usuários/usuárias a acessar seus direitos, tais como o trabalho e o estudo, surge do processo de exclusão social ao qual a população atendida está submetida.

Peres (2011) explica que as primeiras experiências de estigmatização e violência se iniciam no núcleo familiar e impulsionam um processo de rupturas e enfraquecimento de laços sociais. De acordo com a pesquisa realizada por Silva, Bezerra e Queiroz (2015), as pessoas Trans são excluídas do grupo familiar a partir do momento em que manifestam comportamentos diferentes aos atribuídos ao sexo biológico, expressando a necessidade de realizar modificações corporais.

Além da falta do apoio dos familiares, essas pessoas também encontram no ambiente escolar um espaço de reprodução do preconceito e da discriminação (SILVA, BEZERRA & QUEIROZ, 2015). Conforme as informações obtidas com a participante Beija-flor, alguns/algumas usuários/usuárias que são atendidos/atendidas apresentam formação em curso superior, mas a maioria tem dificuldades em continuar seus estudos devido ao preconceito enfrentado nos espaços educacionais:

Agora vamos fazer um levantamento junto com a Secretária de Educação para ver o nível de escolaridade dos nossos pacientes, que a gente nunca levantou isso, é isso sabe, e a gente percebe que muitos deles tem muita dificuldade em relação ao estudo mesmo por conta do preconceito, a gente percebe que é uma das questões que eles trazem bastante e outros não também, têm pacientes formados já, nível superior, pós-graduação... a gente tem todo tipo de paciente aqui hoje e é isso (Beija-flor, gerente do serviço).

Apesar de não haver dados oficiais provenientes do serviço sobre a situação educacional dos/das usuários/usuárias, pode-se evidenciar a urgência de ações nesta área baseando-se em outras pesquisas. O relatório da Secretária de Educação da Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (ABGLT), mostra que 73% dos/das estudantes sofreram agressão verbal pela sua orientação sexual, 68%

sofreram agressão verbal pela sua expressão/identidade de gênero, 27% sofreram agressões físicas por causa da sua orientação sexual, 25% sofreram agressões físicas devido a sua expressão/identidade de gênero, 56% foram assediados/assediadas sexualmente na escola (ABGLT, 2016).

Ainda de acordo com o relatório da ABGLT (2016), estudantes Trans são os/as que mais sofrem discriminação e abusos, não sendo rara a evasão escolar dessas pessoas. A pesquisa monitorada pela defensoria pública do Paraná revela que 82% dos/das estudantes Trans tiveram que abandonar seus estudos aumentando o seu quadro de vulnerabilidade social (FLACSO, 2016).

Nesse cenário, Santos (2015) realiza um recorte de gênero e verifica que o destino das moças Trans se difere dos rapazes Trans. Após serem obrigadas a abandonar os estudos devido à violência física e psicológica, vivenciada muitas vezes em ambiente escolar, 90% das adolescentes Trans tem como única opção migrar para a prostituição, ficando solitárias e sem apoio familiar, acabando por encontrar “proteção” para manter suas vidas com cafetinas. Por outro lado, uma parcela maior dos rapazes Trans consegue um emprego. Isto se dá porque, geralmente, as transformações corporais ocorrem mais tardiamente dentro do ambiente de trabalho, porém, eles não estão livres da transfobia nesses espaços (SANTOS, 2015).

O atendimento no Serviço Especializado na Atenção à Saúde das Pessoas Trans não abarca somente as questões direcionadas às modificações corporais, mas, também, é permeado de questões relacionadas ao contexto social. O quadro de vulnerabilidade social ocasionado pela ruptura com a família, pela baixa escolaridade e pela não inserção no mercado de trabalho são aspectos que permeiam o processo de saúde ou de doença dessas pessoas, necessitando de atenção, tanto do serviço, quanto da rede de apoio.

Devido às dificuldades cotidianas das pessoas Trans, muitas acabam tendo a sua saúde mental prejudicada. Sobre esse aspecto, as participantes também percebem a necessidade da contratação de profissionais de medicina com especialização em psiquiatria:

O que a gente percebe que falta é mais um médico aqui, às vezes falta um psiquiatra e serviço social, que nem em casos que você acabou de ver, você não tem para onde encaminhar, sabem (Patrícia, técnica em enfermagem).

O caso mencionado pela participante é de uma mulher Trans que buscou atendimento no mesmo momento em que a pesquisadora aguardava a disponibilidade das profissionais para coleta de dados. A usuária do serviço permaneceu por alguns minutos na recepção bastante agitada e solicitando um aparelho de barbear, ela se apresentava à equipe com diversos nomes e ficou bastante enfurecida ao perceber que sua demanda não poderia ser atendida naquele momento.

Antes de iniciar a entrevista, a participante Patrícia informou à pesquisadora que a usuária estava em situação de rua após ser expulsa de um abrigo para mulheres porque a mesma não conseguia seguir as regras do local e, também, não conseguia se organizar para chegar ao Serviço Especializado na Atenção à Saúde das Pessoas Trans nos horários e datas em que os atendimentos estavam agendados. Segundo relato da participante, aquela situação não era um caso isolado no serviço, pois muitas pessoas Trans que frequentam o local apresentam algum processo de adoecimento mental e não conseguem frequentar outros espaços de saúde, seja por não se sentirem acolhidos/acolhidas ou por não terem condições de se organizar para se deslocar para esses serviços nos horários de atendimentos estabelecidos.

De acordo com a pesquisa realizada por Pinto e Moleiro (2012), as pessoas Trans apresentam maior vulnerabilidade em desenvolver complicações em relação à saúde mental, como ansiedade, fobia social, depressão e uso abusivo de substâncias psicoativas devido ao processo de discriminação e de marginalização social, vivenciadas ao longo da vida. Giongo et al. (2012) também reconhecem que os processos discriminatórios e os sentimentos de abandono e de solidão ocasionados pela fragilidade nos vínculos não estabelecidos impactam negativamente sobre a saúde mental das pessoas Trans.

Tendo como base os relatos das participantes deste estudo, em diálogo com os estudos referenciados, observa-se que a complexidade dos casos atendidos pelo serviço, devido à vulnerabilidade social em que os/as usuários/usuárias se encontram, necessita de um olhar interdisciplinar para amenizar os processos de adoecimento dos/das usuários/usuárias.

Devido à defasagem de equipe no serviço durante o andamento dessa pesquisa e a falta de uma rede de apoio acolhedora para encaminhamento desses casos, as profissionais que participaram desse estudo trazem a necessidade de ampliar a equipe.

4.2.2 Motivações Pessoais e Estratégias para Assistência

No momento da entrevista, a maioria das profissionais entrevistadas tinha assumido recentemente as suas funções. Com o intuito de compreender um pouco mais sobre os aspectos subjetivos do processo de formação da equipe, colocou-se em pauta quais foram as motivações que levaram as profissionais a escolherem esse serviço e se as expectativas iniciais foram contempladas no cotidiano de trabalho.

Em relação a esta pauta, a participante Isabel expõem que, no momento em que passou no concurso, teve a oportunidade de escolher entre duas vagas que estavam abertas para área de psicologia e a sua escolha foi motivada pelo desafio em trabalhar com uma população em alta vulnerabilidade e pela idealização que formou naquele momento de como seria o trabalho:

[...] mas acho que foi pelo desafio de imaginar que a população tende a estar mais excluída, marginalizada, de estar oferecendo algum tipo de escuta, de apoio, de encaminhamento, foi o que [me] instigou a escolher o serviço¹⁹ (Isabel, psicóloga).

Isabel foi questionada se as expectativas geradas no momento da escolha de vaga corresponderam à realidade do cotidiano de trabalho. De acordo com a participante a prática correspondeu as suas expectativas, ponderando, porém, que a emissão de pareceres acarreta dificuldades em sua rotina de trabalho:

A prática corresponde, mas tem outras questões que escapam um pouquinho também, que é a parte dos pareceres para modificação dos nomes, para indicação cirúrgica, não é tão comum como não é

¹⁹ Modificado para manter o anonimato do serviço.

ofertado as cirurgias, a gente não tem encaminhamento para fazer no que diz a respeito às cirurgias, essa parte dos pareceres talvez seja o que me gera mais incomodo (Isabel, psicóloga).

Para que uma pessoa Trans possa realizar as cirurgias de modificação corporal é necessário o acompanhamento psicológico de no mínimo dois anos e a emissão de um parecer favorável do/da psicólogo/psicóloga responsável (BRASIL, 2013).

O processo de mudança de prenome e gênero nos documentos oficiais, no momento em que a entrevista foi concedida, tinha início com laudos da equipe de saúde e dependia do entendimento do/da juiz/juíza que conduzia o caso sobre a necessidade de se realizar a cirurgia de redesignação sexual para obter esse direito, sendo que muitas pessoas Trans tiveram seus pedidos negados por não terem se submetido à cirurgia.

Em março de 2018, o Supremo Tribunal Federal, decidiu de forma unânime que as pessoas Trans podem alterar o nome e gênero no registro civil sem a condição de realizarem a cirurgia, essa decisão foi respaldada pelo princípio do respeito à dignidade humana (CONJUR, 2018).

A participante Isabel entende que a elaboração desses pareceres não deveria fazer parte das atribuições dos/das psicólogos/psicólogas, pois se conforma em uma barreira para um processo terapêutico pautado no apoio emocional e orientação:

[...] a idéia que estou numa posição de avaliadora, quem pode e quem não pode né, retificar o seu nome, ter uma indicação cirúrgica. Na minha percepção isso não é o papel do psicólogo, esse não é o papel do psicólogo, é muito mais uma exigência da justiça do que propriamente um posicionamento da classe. Essa pauta foi discutida, sobre o nosso papel não ser de avaliador, é de apoio, é de acompanhamento, é de orientação no sentido de trazer orientações de uma educação em saúde e não de avaliar (Isabel, psicóloga).

O acompanhamento psicológico para o acesso às modificações corporais, como relatado pela participante Isabel, não é um posicionamento de classe profissional dos/das psicólogos/psicólogas, mas sim uma exigência do Conselho Federal de Medicina (CFM), consolidada pela Resolução n.1.955/2010.

Para o Conselho Federal de Psicologia (CFP) a atuação do/da psicólogo/psicóloga na assistência às pessoas Trans, não se limita a auxiliar na decisão sobre as cirurgias de modificação corporal, mas também de promover a qualidade de vida da pessoa Trans por meio do acolhimento. Do mesmo modo, é papel do psicólogo reconhecer e legitimar a autodeterminação das pessoas Trans em relação às suas identidades de gênero e combater ações que promovam os processos de patologização, garantindo, dessa forma, a autonomia dessa população (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013; CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018).

Porém, a percepção dos/das usuários/usuárias sobre o papel de avaliadora das profissionais de psicologia afeta diretamente no desenvolvimento dos atendimentos, pois temem a incompreensão da profissional sobre as suas vivências e a emissão de um parecer negativo, o que teria implicações no acesso aos seus direitos jurídicos²⁰ e aos procedimentos de modificação corporal:

Enquanto eles estão nesse processo de avaliação eles trazem um discurso muito pronto, muito preparado, eles conversam entre eles: - 'Diga isso para psicóloga, não diga isso, não diga aquilo para psicóloga, não conte isso por que isso pode gerar alguma dúvida'. Então no momento que você [dá um] ok, então é isso, é isso que você quer? Então vamos lá, vamos fazer seus exames vamos ver o que acontece, as coisas começam a fluir. Porque eles já passaram pela avaliação, pelo menos naquele primeiro momento, aí vai surgir o nome, aí eles entram de novo no modo de discurso ensaiado do que eu posso e do que eu não posso dizer para que isso não comprometa a minha opinião, então isso compromete o nosso trabalho (Isabel, psicóloga).

Para a participante Isabel, desconstruir a visão dos/das usuários/usuárias de que a psicóloga tem o papel exclusivo de avaliadora no processo terapêutico é um exercício diário em sua rotina de trabalho. A condição de acompanhamento psicológico para obter o acesso aos procedimentos cirúrgicos gera preocupação nos/nas usuários/usuárias que se organizam por meio de conversas informais com o intuito de obter um parecer favorável da psicóloga:

²⁰ No momento em que a entrevista foi realizada, as psicólogas do serviço emitiam pareceres para a retificação do nome.

[...] é muito curioso, aqueles que já passaram pelo processo na recepção: - E ai como foi na psicóloga hoje? Mas, e ai, ela vai te dar um parecer? Não menina você tem que dizer para ela... Falam abertamente, eu apareço ali e falo: - Boa tarde! – Ai, oi doutora tudo bem? – Tudo bem, estamos falando sobre o que? Como aprender a passar a perna na psicóloga? E elas caem na gargalhada. – Não doutora, não é isso. – Humm... E é ruim essa posição de avaliador, pode gerar essa percepção de convencer ela e ai para conseguir quebrar isso... muitos e muitas ficam com dúvidas. Eu sinto que é isso mas não tenho certeza, então muitas vezes, por pressão, nos falamos: - Mas, que é isso, eu sempre fui assim, desde quando eu era criança...chegam aqui duros, duros e duras é... então: - Sempre foi assim. – Mas assim como? – É, sempre foi assim! – É, mas assim como? Não conseguem porque não foi refletido, não foi elaborado, foi ensaiado. Ai a gente já começa a pegar essas manhas de perceber quando o discurso trava muito no: - Porque é! Mas ela não consegue ir além disso (Isabel, psicóloga).

O comportamento dos/das usuários/usuárias em tentar traçar estratégias, para convencer a psicóloga em emitir um parecer favorável, também foi observado pelo pesquisador Borba (2016) em outro serviço especializado no atendimento de pessoas Trans. Identifica-se que o discurso das pessoas Trans de que “*eu sempre fui assim, desde quando eu era criança*” mesmo que a descoberta tenha ocorrido de forma tardia é proferido para não causar dúvidas no/na profissional que irá elaborar o parecer.

Esse comportamento dos/das usuários/usuárias nos serviços especializados no atendimento às pessoas Trans é compreensível, já que um parecer negativo às suas expectativas significa postergar o processo de modificações corporais que, para alguns/algumas usuários/usuárias, é de suma importância.

Em base aos relatos da participante Isabel, constatam-se dificuldades em relação às diferenças de compreensão e de posicionamento dos sujeitos e instituições envolvidas no Processo Transexualizador do SUS. No campo da psicologia, em conjunto com os/as usuários/usuárias, há movimentos de legitimação sobre a autodeterminação das pessoas Trans e, no campo da medicina, ainda perduram discursos e normativas patologizantes²¹.

²¹ Por exemplo, a resolução do Conselho Federal de Medicina N.1.955/2010 que afirma a necessidade do diagnóstico médico de transexualismo para realização das cirurgias de redesignação dos órgãos genitais.

Conflitos e tensionamentos sobre os processos de assistência são comuns no cotidiano dos/das profissionais da área da saúde que se organizam, elaboram estratégias e resistem aos ataques aos direitos dos/das usuários/usuárias. Nesse sentido, Mehy e Franco (2006) afirmam a existência de um campo de disputas, porém, com correlações de forças desiguais e, em decorrência disso, o que acaba prevalecendo é o posicionamento médico.

No campo da enfermagem, esse estudo contou com a participação da enfermeira Laura e da técnica em enfermagem Patrícia. A inserção da participante Laura no serviço também ocorreu mediante a sua escolha dentre as vagas disponíveis no momento da convocação dos/das aprovados/aprovadas em um concurso da Secretaria de Saúde do Estado:

Foi uma escolha, eu não sabia como era o serviço ainda, eu sabia que era para atendimento de pessoas trans e travestis, mas não sabia como que era, mas era uma vaga que tinha assistência. Na primeira chamada foram muitas vagas para gestão e eu não gosto muito de gestão, eu gosto de assistência, do contato ali com o paciente e aí eu escolhi o serviço²² por causa disso, o único que tinha sobrado as vagas e podia prestar uma assistência, e aí vim pra cá (Laura, enfermeira).

A motivação de Laura para escolha deste serviço estava vinculada ao desejo de prestar assistência direta aos/às usuários/usuárias, por se identificar mais com essa modalidade. De acordo com o relato da participante, o desejo de trabalhar diretamente com a assistência se concretiza na sua rotina através das consultas de enfermagem na qual a profissional coleta dados sobre o estado geral de saúde e sobre a evolução da terapia hormonal, realiza aferição dos sinais vitais, orientações sobre os cuidados com a saúde e orientações sobre os riscos do tratamento. Em relação às expectativas que não se realizaram, Laura cita que **“a principal dificuldade é conseguir fazer mais”**, referindo-se ao encaminhamento dos/das usuários/usuárias para realização das cirurgias de modificação corporal que não são ofertadas na região.

²² Modificado para manter o anonimato do serviço.

Para se adaptar ao serviço e acolher as pessoas Trans que buscam atendimento, Laura também procurou elementos em sua religião, relatados após a entrevista no momento de avaliação do conteúdo:

Esta visão de acolhimento, cuidado e respeito ao semelhante que também possuo é devido [a] minha formação religiosa, tornou minha adaptação ao serviço muito tranqüila (Laura, enfermeira).

Laura não tinha contato com pessoas Trans antes de entrar no serviço, mas sabia que essa população é estigmatizada e o acolhimento dos/das usuários/usuárias, bem como a desconstrução de preconceitos foi atribuído pela participante aos seus princípios religiosos pautados no respeito ao próximo.

No relato, Laura afirma que a atuação da enfermagem no serviço ocorre de forma ampla e que a profissional consegue desempenhar a sua rotina de trabalho conforme idealizava, porém, a fragilidade da rede de saúde em relação à assistência às pessoas Trans impede que os atendimentos ocorram de forma integral.

A participante Patrícia, técnica em enfermagem, escolheu o serviço no momento da sua convocação no concurso público devido ao seu desejo de mudar as suas atividades do ambiente hospitalar para o ambiente ambulatorial, além de o serviço ficar localizado mais próximo da sua residência facilitando o trajeto para o local de trabalho:

Eu passei no concurso, e aí, no dia da escolha das vagas, como eu queria fugir um pouco de hospital, eu estava trabalhando na emergência num hospital antes de vir para cá, aí eles falaram desse serviço, despertou interesse e aí, da localização e tudo... eu acabei vindo para cá (Patrícia, técnica em enfermagem).

Patrícia relata que foi inserida no Serviço Especializado na Atenção à Saúde das Pessoas Trans para substituir outra técnica em enfermagem que estava se aposentando. No momento da entrevista, a participante relatou que dentre as funções exercidas estão o auxílio na recepção, acolhimento dos/das usuários/usuárias e o fornecimento de orientações básicas de saúde.

Ao colocar em pauta as dificuldades vivenciadas na sua rotina de trabalho, a participante relata a dificuldade em acolher algumas demandas vivenciadas pelos/pelas usuários/usuárias de outros municípios, como a

adequação de um local para espera enquanto aguardam atendimento, já que alguns/algumas deles/delas necessitam passar o dia no serviço, além do acesso à farmácia para o recebimento dos fármacos prescritos pela médica:

A dificuldade que eles têm é o acesso à farmácia, para pegar a medicação, aqueles que vêm de fora da região²³, do interior, então, a farmácia fica lá em um hospital vinculado ao serviço²⁴ e a gente aqui... A gente tenta marcar eles nos primeiros horários para dar tempo de ir lá na farmácia e pegar o hormônio e tudo, é complicado (Patrícia, técnica em enfermagem).

O prédio no qual funciona o Serviço Especializado na Atenção à Saúde das Pessoas Trans, é localizado em uma região central facilitando o acesso dos/das usuários/usuárias por meio de transporte público e também favorece a adesão ao tratamento, já que muitas das pessoas Trans que são atendidas no local também trabalham na região ou nas proximidades. O hospital no qual funciona a farmácia fica distante do serviço, necessitando de várias conexões para quem utiliza o transporte público, dificultando, dessa forma, o acesso. Há uma proposta para que o serviço mude de local para o hospital devido à desativação do prédio, o que causa preocupação na equipe em relação ao acesso ao serviço pelas pessoas Trans:

E isso é uma coisa que quando o serviço mudar a gente acha que vai diminuir um pouco, porque a gente está no centro, né, de fácil acesso para todo mundo. Quando a gente mudar lá para o hospital, vai ser difícil se deslocar (Patrícia, técnica em enfermagem).

Para as pessoas Trans de outras regiões que vêm em busca de atendimento, a equipe procura estabelecer uma dinâmica de trabalho para que não haja necessidade de suas permanências por mais de um dia na cidade, ocasionando custos que são arcados pelos/pelas usuários/usuárias, como alimentação, hospedagem e transporte na cidade.

Também há preocupação em relação à segurança dos/das usuários/usuárias, podendo estes/estas permanecer no prédio antes do funcionamento do serviço:

²³ Modificado para manter o anonimato da região.

²⁴ Modificado para manter o anonimato do serviço.

Agora a gente conseguiu que eles entrem no pátio fora do horário de serviço aqui, normalmente eles chegam seis horas ou sete horas da manhã e aí eles ficam aqui, quando eles têm consulta com a psicologia, tem a Isabel e a outra psicóloga que ficam de manhã, então fica mais fácil para quem vem de fora (Patrícia, técnica em enfermagem).

A possibilidade de aguardar dentro do prédio antes da abertura do serviço é uma medida essencial para garantir a integridade física dos/das usuários/usuárias devido à grande quantidade de crimes motivados por transfobia que ocorre no país.

A equipe também busca estabelecer medidas de conforto que promovam o bem estar dos/das usuários/usuárias do serviço como, por exemplo, a oferta de lanches e recepção acolhedora durante a espera pelos atendimentos:

A gente tenta não deixar eles sem comer, café, essas coisas a gente ganha do Estado. E a maioria vem de manhã e volta de noite, é raro as pessoas que precisam posar. Eles são bem acolhidos e aqui eles estão em casa, na casa deles muitos têm preconceito até da família, então aqui é o ponto de encontro (Patrícia, técnica em enfermagem).

Na visão das participantes da entrevista, o acolhimento realizado pela equipe é essencial para adesão dos/das usuários/usuárias ao serviço. A medida de acolhimento é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH). Esta política pública foi lançada pelo Ministério da Saúde em 2003, sendo um compromisso ético²⁵-estético²⁶-político²⁷ no campo da saúde e se estrutura a partir de três princípios: a transversalidade, a indissociabilidade entre gestão e atenção e o protagonismo, coresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos:

²⁵ Ético, “porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores da saúde comprometidos e corresponsáveis” (BRASIL, 2010, p. 5).

²⁶ Estético, “porque acarreta um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas” (BRASIL, 2010, p. 5).

²⁷ Político, “porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS” (BRASIL, 2010, p. 5).

1. O princípio de transversalidade está ligado à maior eficiência em relação à comunicação interna e externa dos grupos envolvidos, para que isso ocorra é necessário desestabilização das fronteiras dos saberes e das relações de poder (BRASIL, 2010).
2. A indissociabilidade entre gestão e atenção está relacionada ao modo que o profissional gerencia e se apropria do seu trabalho, sendo que a clínica e a política não são mais vistas como elementos separados na produção de saúde, ou seja, a integralidade do cuidado é inseparável dos processos de trabalho (BRASIL, 2010).
3. O protagonismo, co-responsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos estão relacionados ao trabalho na produção de si e na produção do mundo. O trabalho é visto como transformador das realidades sociais, políticas, culturais, institucionais e econômicas (BRASIL, 2010).

O acolhimento não tem data nem local para ocorrer, trata-se de uma ética dos profissionais que implica no reconhecimento do protagonismo do/da usuário/usuária no processo de saúde, na escuta ativa de suas demandas e na ativação de redes de saberes (BRASIL, 2008).

A participante Laura ilustra como esse processo de acolhimento ocorre no cotidiano do serviço:

Aqui é um serviço de referência e apoio mesmo para eles. Eles chegam mais cedo e ficam aqui, então tem esse acolhimento, de chegar de manhã e a gente estar aqui já, oferecendo um cafezinho para eles, às vezes eles chegam com uma dúvida e a gente já socorre, a gente pensa no que pode ajudar né. Eu tenho uma agenda aberta no período da tarde para a consulta de enfermagem, no período da manhã quase não tenho atendimentos, mas se alguém precisar, conversar, sanar alguma dúvida, eu estou sempre à disposição, eu falo pra eles: eu sou sua enfermeira, então fique à vontade sempre que precisar eu estou aqui! (Laura, enfermeira).

O acolhimento no serviço permeia todos os espaços, sendo uma estratégia eficaz da equipe para proporcionar o bem estar dos/das usuários/usuárias que não necessitam agendar horários para terem suas demandas ouvidas e suas dúvidas sanadas. Dessa forma ocorre o

fortalecimento de vínculos entre as profissionais e usuários/usuárias impulsionando as ações propostas pelo serviço. Nesse sentido, para Tagliamento (2015) as ações são impulsionadas por meio do apoio recíproco entre profissionais e usuários/usuárias afetando e transformando todos os sujeitos envolvidos que desenham suas relações perante a sua existência e à percepção da existência do outro.

Com base nas informações coletadas sobre as motivações das participantes ao escolherem um serviço especializado no atendimento de pessoas Trans, observa-se a multiplicidade de interesses como o desafio de experimentar uma área nova, o desejo de prestar atendimento e apoio para uma população vulnerável, a identificação com as funções da assistência direta à saúde dos/das usuários/usuárias, o interesse em mudar de ambiente de trabalho e melhoria da qualidade de vida.

As participantes da pesquisa relataram formações em diferentes instituições e diferentes trajetórias profissionais que motivaram a escolha deste serviço para desempenhar suas funções. Essas diferenças tencionam disputas em relação ao entendimento de como deve ocorrer a assistência de forma positiva em relação à visão integral dos/das usuários/usuárias que buscam atendimento. São essas diferenças, disputas de pensamentos, encontros e desencontros que possibilitam maior compreensão sobre as necessidades dos/das usuários/usuárias e impulsionam ações conjuntas de assistência para promover a qualidade de vida das pessoas Trans atendidas nesse serviço.

4.3 Processo formativo das profissionais inseridas no serviço

Com o intuito de entender como ocorre o processo formativo das participantes da pesquisa, colocou-se em pauta questões sobre as experiências vivenciadas na graduação, no curso técnico, nos congressos, nos treinamentos ofertados pelo Serviço Especializado na Atenção à Saúde das Pessoas Trans e na troca de saberes entre profissionais e em outros serviços.

As informações levantadas foram analisadas em duas subcategorias: **Processo de Educação Formal e Processo de Educação não Formal.**

Utilizou-se o termo educação formal para categorizar as experiências educacionais vivenciadas pelas participantes durante a graduação, curso técnico e pós-graduação. O termo educação não formal foi utilizado para categorizar o aprendizado obtido em cursos livres, leituras e troca de experiências entre os sujeitos e instituições envolvidas, ou seja, fora dos espaços acadêmicos formais de educação.

4.3.1 Processo de Educação Formal

Nessa categoria, foram analisadas as informações sobre formação acadêmica das participantes com o intuito de investigar se houve espaço para discussão sobre temas relacionados às diferenças de gênero como, por exemplo, a saúde das pessoas Trans nos processos formativos vivenciados.

Todas as participantes relataram a invisibilidade do tema em suas grades curriculares. A participante Beija-flor, responsável pela gestão do serviço, enfatiza essa questão por meio do seguinte trecho de sua entrevista:

Não, não tive durante a minha formação, não tive nada sobre esse tema. E eu acho que é uma falha, é uma falha nas discussões, enfim ou até nas grades. É que depois que a gente elaborou o serviço²⁸, eu percebi que todos os profissionais que vieram para cá, nenhum deles tiveram na formação acadêmica, nenhum deles tiveram nada dentro da faculdade, enfim acho que isso é uma falha. (Beija-flor, gerente do serviço).

As informações coletadas mediante as entrevistas trazem evidências de que as diferenças de gênero não são discutidas de forma sistematizada nos cursos técnicos e de graduação. Porém, mesmo que o tema seja muitas vezes invisível no currículo formal ele pode surgir por meio de atividades e através de alguns/almas professores/professoras que abordam a questão de forma transversal no ambiente acadêmico.

²⁸ Palavra modificada para manter o anonimato do serviço.

Sobre esse tipo de vivência a participante Isabel relata que durante o curso de graduação em Psicologia foi abordado o tema, porém, não de forma sistematizada, ou seja, como conteúdo previsto na grade curricular, atribuindo os raros momentos em que a questão foi discutida em sala de aula a professores/professoras sensíveis a essa questão.

Diretamente não, um ou outro professor talvez da disciplina de psicologia social que tinha uma abordagem mais voltada para o social questionaram, mas sem aprofundar. Uma grade que falasse diretamente sobre essas questões não tinha (Isabel, psicóloga).

Os dois relatos apresentados problematizam a supressão dos conteúdos relacionados às diferenças de gênero nas bases curriculares e, dessa forma, se configuram em um desafio inicial para formação de um serviço especializado no atendimento de pessoas Trans, já que as profissionais que compõem a equipe não tiveram a oportunidade de desenvolver conhecimentos sobre a temática na base de sua formação.

Essa escassez de aprendizados em relação à saúde das pessoas Trans reflete de forma negativa em relação aos cuidados com agravos de saúde dessa população e em relação ao desenvolvimento de novas técnicas para resolução dessas demandas. Essa questão se materializa no cotidiano das profissionais inseridas no serviço em diversas esferas, mas, pode-se exemplificar por meio de observações sobre o manejo clínico dos agravos pelo uso de silicone industrial e pela falta de medicamentos para terapia hormonal formulados especificamente para as demandas das pessoas Trans, já que os hormônios utilizados para essa finalidade foram frutos de pesquisas para o tratamento de outras situações.

Existe a necessidade de desenvolvimento de tecnologias apropriadas para o manejo dessas situações. Então porque a saúde das pessoas Trans não faz parte do currículo formal nos cursos da área da saúde?

A invisibilidade das diferenças de gênero nas grades curriculares descritas pelas participantes pode ser entendida através do papel tecnológico de normatização que o sistema educacional cumpre. Esses mecanismos tecnológicos de poder pensados por Foucault (1999) foram transcritos no livro “*Em defesa da sociedade*”. Nessa linha de raciocínio, o Estado utiliza duas

tecnologias para manutenção da ordem, ou seja, o poder disciplinar e a biopolítica, que juntas conformam o biopoder.

A primeira tecnologia que compõem o biopoder é o poder disciplinar e refere-se aos mecanismos e técnicas aplicadas ao sujeito com o intuito de disciplinar o sujeito-corpo, também referenciada pelo autor como tecnologia disciplinar do trabalho, que tem como objetivo domar os sujeitos tornando-os mais dóceis e produtivos, características essenciais ao período histórico de industrialização (FOUCAULT, 1999).

A segunda tecnologia que compõem o biopoder é a biopolítica, que não age diretamente sobre o sujeito como corpo, mas sim sobre o sujeito como espécie, e se refere a mecanismos e técnicas globais para regulamentar a vida e manter o poder sobre a população. Assim, a biopolítica não regula o comportamento dos sujeitos, mas os eventos globais da massa (FOUCAULT, 1999).

Portanto, o biopoder é o “poder que se exerce sobre a vida, seja diretamente sobre a vida de cada pessoa em particular, seja por meio de uma ação sobre a vida das pessoas enquanto membros de uma população” (PELLIZZARO, 2013, p.156).

Dessa forma podemos compreender as instituições de ensino como mecanismos que disciplinam os corpos tornando-os domáveis, assim como uma ferramenta importante para o controle das massas na qual gênero e desejo são regulamentados. A escassez de espaços destinados ao debate sobre as diferenças de gênero também repercute o olhar dos responsáveis pela elaboração dos currículos. De acordo com Miskolci (2012) a educação é uma ferramenta da biopolítica e apresenta um papel importante na normatização das massas, sendo que a produção do conhecimento é realizada numa perspectiva “masculina, branca, ocidental, cristã e heterossexual” (MISKOLCI, 2012, p. 47).

Nesse sentido, a construção do currículo também segue a norma binária sexo e gênero na qual a heterossexualidade deve ocorrer de forma compulsória, ou seja, as pessoas que não seguem esse percurso recebem o título de minoria e, portanto, se tornam invisíveis nos currículos que pretensamente são desenvolvidos para atender a maioria. Devido a esse olhar

ocorre uma supressão de conteúdos sobre as diferenças nos currículos (LOURO, 2004).

A invisibilidade das temáticas sobre as diferenças de gênero nas bases curriculares, comentadas pelas participantes, também pode ser desvelada por meio do questionamento de Louro (2004) sobre o que é o conhecimento e as maneiras que chegamos a conhecer ou desconhecer algo.

Pode-se questionar o modo de construção do conhecimento observando que, em vários cursos da área de saúde, é abordado, de modo sistemático, a saúde da mulher cisgênero²⁹, mas, os cuidados com a saúde da mulher Trans não são mencionados. Esta questão é ilustrada no seguinte trecho da entrevista da participante Beija-flor:

A saúde da mulher está praticamente em todos os currículos, nos cursos. Agora, pessoas trans, travestis... eu nem sabia o que era uma pessoa trans, até a gente elaborar esse ambulatório, eu só sabia assim de falar, para se ter uma idéia de como não se debate dentro das universidades. (Beija-flor, gerente do serviço)

Percebe-se, pela afirmação da participante, que as instituições de ensino que ofertam cursos voltados à área da saúde, demonstram que, na construção do saber, temas relacionados à saúde da mulher cisgênero são essenciais e o desconhecimento sobre os princípios de cuidados com a saúde das pessoas Trans é tolerado. De acordo com Louro (2004), a dinâmica do campo da educação elege quais são os pontos que deverão ser explorados e quais os pontos que são admissíveis de não serem conhecidos.

Entretanto, as instituições educacionais não excluem as diferenças apenas por meio da exclusão da temática de seus currículos, mas, conforme Souza e Bernardo (2014), atuam também por meio da exclusão fomentando o estigma e o preconceito, punindo todos que transgridem as normas.

O desconhecimento sobre as diferenças de gênero e sobre as especificidades dos cuidados para com a sua saúde apresentam conseqüências práticas nos serviços de saúde, podendo alavancar um processo de julgamento moral das pessoas Trans com base nos pressupostos dos profissionais que prestam atendimento.

²⁹ Sexo biológico corresponde ao gênero normatizado pela matriz sócio-cultural.

Sobre esse problema a participante Beija-flor percebe que, quando os espaços formais de educação dos cursos da área da saúde não possibilitam o contato com temas sobre as diferenças de gênero, esse desconhecimento reflete em atendimentos em que os profissionais colocam julgamentos baseados em suas vivências pessoais:

Por que, assim, a gente não aprende, não aprende, assim, chega uma pessoa assim na Unidade, vou falar quando eu era leiga no assunto, você acaba colocando opiniões próprias em cima do que você está vendo na sua frente, você não tem nenhuma formação dizendo que aquilo é normal, que o paciente é normal, que a pessoa é normal, é uma opção dela, enfim, é uma identidade que ela aceita, que ela quer modificar e eu tenho que saber que isso é normal (Beija-flor, gerente do serviço).

Os apontamentos da participante em relação ao desconhecimento dos profissionais de saúde é um indício sobre a invisibilidade e a estigmatização das pessoas Trans em nossa sociedade, ou seja, a necessidade de abordar o que é uma pessoa Trans nas atividades universitárias também pode estar relacionado ao fato de que não se convive habitualmente com essas pessoas em vários espaços públicos. Tagliamento (2015) questiona a invisibilidade dessas pessoas em atividades cotidianas como o uso de transportes públicos, participação nas instituições acadêmicas, na realização de compras ou na utilização de serviços de saúde.

Os raros momentos em que essas pessoas são avistadas nesses espaços geralmente causam nos observadores sentimentos de estranheza, curiosidade ou repulsa. De alguma forma elas serão lembradas de que não pertencem a esse local.

Essas reações ocorrem devido à transgressão das normas de gênero que as pessoas Trans realizam e acabam se tornando incompreendidas pelo restante da população. De acordo com Louro (2004), ultrapassar as demarcações de gênero acarreta na estigmatização da pessoa como transgressora e a mesma será punida com o isolamento, sendo permitida a sua circulação apenas em guetos.

Sobre o processo de estigmatização, marginalização e isolamento das pessoas Trans em espaços restritos, Tagliamento (2015) expõem que essas pessoas só se tornam visíveis para maioria da população em locais destinados

à prostituição e ganham visibilidade na mídia quando se trata de reportagens sobre assassinatos.

É possível que os/as estudantes e profissionais da área da saúde não tenham contato nas suas atividades cotidianas com pessoas Trans e, do mesmo modo, é possível que não tiveram ou não tenham convívio com essas pessoas como companheiros/companheiras de atividades acadêmicas. Esse fenômeno ocorre justamente por que o acesso à educação para as pessoas Trans não é regra, mas sim exceção. Esse fenômeno ocorre devido à evasão escolar das pessoas Trans já nos primeiros anos do ciclo instituído pelo sistema devido à transfobia vivenciada nesses espaços.

A invisibilidade nos espaços cotidianos, inclusive nos espaços acadêmicos, faz com que as pessoas Trans não sejam compreendidas pela população e, devido a essa incompreensão, são desumanizados. Os/As profissionais que atuam na área da saúde também não estão imunes a essa situação e podem acabar repercutindo preconceitos.

A participante Beija-flor também expõe a necessidade de se debater esses temas, surgindo em sua reflexão a demanda da utilização de conceitos para compreender essa população.

Tanto no nível técnico como, na graduação, pós, tem que se debater a questão desses pacientes, nem que seja algo assim para você conceituar o que é isso, o que é aquilo, o que não é, entendeu? (Beija-flor, gerente do serviço)

A necessidade de conceituar ou classificar as pessoas que não seguem a norma binária sexo-gênero surge tanto da necessidade de sistematizar o saber como pelas demandas das/dos usuárias/usuários do serviço e dos movimentos sociais pautados nos direitos dessa população. Beija-flor expressa a necessidade de estar atenta aos movimentos de representatividade:

Uma letrinha nova, para mim antes era LGBT, mudou para LGBTQI, e assim vai indo, mas, assim, é muito rápido isso e a gente sente essa necessidade (Beija-flor, gerente do serviço).

A necessidade de nomear, conceituar ou classificar as diferenças de gênero pode ser analisada em dois aspectos. O primeiro aspecto se refere à utilização de siglas como forma de representatividade nos movimentos sociais

em prol dos direitos humanos da população envolvida e o segundo aspecto está relacionado ao processo de construção do conhecimento na área da saúde.

Sobre os movimentos sociais, Nokamura (2017) defende que as siglas apresentam sua importância para mostrar à sociedade que o mundo não é binário como todos pensam. Como muitos não entendem a quebra desse padrão, tendem a banalizar as siglas GLS³⁰, LGBT³¹, LGBTT³², LGBT*³³ e LGBTTQI³⁴. De forma recente os movimentos também se apresentam por meio da sigla LGBT+, nessa sigla o sinal de mais está relacionado às interseccionalidades que permeiam esses grupos, como questões de classe, raça, etnia e deficiências.

Facchini (2009) enfatiza que as mudanças observadas no campo da sócio-política em relação à composição de novas categorias de sujeitos políticos e a mudança da ordem das letras demonstra a disputa de poderes entre as alianças, os ativistas e organizações que formam o movimento. Esses conflitos que ocorrem no campo são impulsionados pelos sujeitos que buscam a visibilidade de suas especificidades.

No campo político as pessoas Trans também enfrentam dificuldades para incorporar suas pautas ao movimento. Busin (2015) em sua tese sobre a estigmatização e violência contra travestis, revela que, no cenário da militância, as travestis são discriminadas por algumas feministas e ativistas de outras categorias. As mensagens discriminatórias disseminadas por alguns grupos políticos geralmente fazem alusão à figura da travesti com a mentira, ou seja,

³⁰ Sigla destinada a representar gays, lésbicas e simpatizantes. Atualmente não é mais utilizada nos movimentos por discriminar as expressões/identidades de gênero (NOKAMURA, 2017).

³¹ Essa sigla começou a ser utilizada pelos movimentos sociais por englobar também bissexuais, travestis e transexuais. A letra L foi colocada em posição inicial para destacar a desigualdade de gênero e a letra T tem o significado de transgêneros (NOKAMURA, 2017).

³² Sigla destinada a representar lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (NOKAMURA, 2017)

³³ O T com asterisco sinaliza que o T tem significado múltiplo (NOKAMURA, 2017)

³⁴ A letra Q é utilizada para pessoas que se denominam *queer* e a letra I representa as pessoas intersex, termo que descreve pessoas nascidas com variações anatômicas internas e externas resultado em corpos com características femininas e masculinas (NOKAMURA, 2017).

para essas pessoas as travestis são homens que tentam se passar por mulheres.

Verifica-se, com base nesse estudo, a contradição de um movimento que luta contra a discriminação de gênero e orientação sexual, mas, ao mesmo tempo, alguns grupos que compõem o movimento disseminam preconceitos contra as pessoas Trans. A autora Busin (2015) esclarece que esse fenômeno ocorre devido à lógica seguida por alguns movimentos de que o sexo deve corresponder ao gênero como algo biológico.

A preocupação da participante Beija-flor em relação às nomenclaturas utilizadas pelos movimentos sociais demonstra respeito não somente pelas demandas específicas dos/das usuários/usuárias do serviço, mas também reconhece, de certa forma, essas pessoas como sujeitos políticos.

Porém, o uso de conceitos, classificações e definições no processo de construção científica do conhecimento nesse campo nem sempre está vinculado ao reconhecimento dos movimentos sociais, mas sim com a forma que estamos habituados a sistematizar o conhecimento e que, no campo da saúde, é utilizado para diagnosticar e manter as pessoas que quebram a norma binária de gênero no campo das patologias.

Sobre o processo de classificação no âmbito da ciência, especificamente em relação às ciências da vida, Foucault (2016) vislumbra que, devido às várias descobertas que ocorreram no século XVII e XVIII, como a invenção do microscópio, ocasionou manifestações importantes nesse campo. Nesse período se tornou possível, por meio de teorias e de experimentos, analisar e sistematizar conhecimentos de vários fenômenos das ciências físicas.

O método utilizado para sistematizar as ciências duras foi generalizado para organizar os conhecimentos sobre os seres vivos. Sob diferentes regimes teóricos foi apresentada a possibilidade de classificar os seres vivos, sendo que o problema reside em generalizar esse método para as diferentes áreas de conhecimento (FOUCAULT, 2016).

De modo geral, ainda nos dias de hoje, para se compreender um fenômeno e para que ele faça parte de um repertório do saber, surge a necessidade de nomear, classificar ou conceituar. Para Laville e Dionne (1999), o processo de construção do saber necessita de palavras para que sejam possíveis a leitura, os questionamentos e a distinção das realidades sociais.

Dessa forma se faz necessário o uso de conceitos, definidos pelos autores como “representações mentais de um conjunto de realidades em função das suas características comuns essenciais” (LAVILLE & DIONNE, 1999, p. 91). Para os autores, os conceitos são úteis para retratar fenômenos abstratos, porém com características em comum.

O processo de construção do saber que os/as profissionais da área da saúde encontram no sistema educacional que estão ou foram inseridos seguem a lógica da classificação ou conceituação dos fenômenos a serem compreendidos e/ou alterados. Uma educação voltada ao entendimento das pessoas Trans, sem a necessidade de conceituar e classificar, conforma-se em um desafio, pois abala as estruturas de como a construção do saber é reconhecida.

Devido à nulidade de experiências envolvendo temas relacionados às diferenças de gênero na academia, a participante Laura, que atua como enfermeira, utilizou como estratégia para adaptação ao serviço o seu conhecimento construído durante o curso técnico e na universidade sobre os conteúdos transversais da Política Nacional de Humanização (PNH):

Não vi nada a esse respeito, foi um universo totalmente novo para mim, na verdade, a gente não tem mesmo, esse é um tema muito pouco ou não mencionado nos currículos das universidades, mas a ética, a humanização foi um assunto abordado quando fiz o curso técnico, antes da faculdade fiz o técnico em enfermagem, o que ensinam é acolher, isso foi bem claro em toda a minha formação, os professores batiam bastante nessa tecla, você não está lá para julgar, você está lá para cuidar (Laura, enfermeira).

A participante Laura declarou que não teve oportunidade de participar de atividades que envolvessem as diferenças de gênero, mas abordou a importância do acolhimento³⁵ que é uma das diretrizes previstas na PNH. Essa declaração da participante mostra indícios da importância da PNH para que os/as profissionais se sensibilizem ao trabalhar com pessoas diferentes dos padrões sociais impostos. Nesse sentido, as autoras Casate e Corrêa (2012)

³⁵ “Constitui uma ferramenta tecnológica relacional de intervenção na escuta, na construção de vínculo, na garantia do acesso com responsabilização e na resolutividade dos serviços. É, portanto, um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde. Pode-se dizer que uma atitude acolhedora é uma atitude atenta e porosa à diversidade cultural, racial e étnica” (BRASIL, 2010, p. 11).

defendem a importância da discussão sobre a PNH nas universidades para que seja possível a compreensão do ser humano para além das questões biológicas.

Apesar da importância do tema e da participante Laura ter vivenciado a oportunidade de se aproximar da PNH e colocar suas diretrizes em prática na sua vida profissional, esse tema ainda esbarra em dificuldades ao ser conduzido apropriadamente nas universidades. A pesquisa de Casate e Corrêa (2012) mostra que ainda é um desafio fazer com que a humanização deixe de ser só mais um conteúdo nas grades curriculares para se materializar como uma política de ação.

O conteúdo das entrevistas concedidas mostra a escassez de conteúdos relacionados aos cuidados com a saúde das pessoas Trans nos currículos dos cursos da área da saúde. De acordo com a percepção das profissionais entrevistadas, esse fato apresenta impacto direto no atendimento dessa população em relação ao desconhecimento de técnicas específicas para os cuidados com a saúde e a possibilidade de atendimentos discriminatórios pela falta de conhecimentos sobre as diferenças de gênero.

Para superar essa questão, as profissionais que participaram da pesquisa utilizam conhecimentos sobre a PNH construídos na universidade e nos cursos técnicos, como a diretriz de acolhimento, além dos conhecimentos transversais adquiridos nos espaços acadêmicos.

4.3.2 Processo de Educação não Formal

Para se compreender a construção de conhecimento sobre a saúde das pessoas Trans realizado pelas profissionais fora do ambiente acadêmico, colocou-se em pauta questões relacionadas às estratégias utilizadas.

As primeiras questões dessa categoria surgiram em relação ao treinamento institucional. As participantes relataram que não participaram de treinamentos específicos, mas a coordenadora do serviço passou as informações sobre a rotina e sobre as políticas públicas que regem o serviço.

Logo que eu cheguei aqui, a Julia³⁶, a nossa coordenadora, já nos inteirou sobre isso, sobre os protocolos, as portarias tudo, a gente tem disponível aqui para todo mundo que chega a gente já passa para ler e se interar mesmo do assunto, a gente teve essa facilidade pela nossa coordenadora, ela fez questão de nos interar desse assunto (Laura, enfermeira).

Quando eu entrei, a gente não tem um treinamento, mas a gente tem acesso a essas políticas sim, tem uma pasta do serviço que tem, né, para facilitar para a gente, a gente não tem um curso, mas a gente tem acesso (Patrícia, técnica em enfermagem).

Apesar da inexistência de um treinamento da instituição, os arquivos dos protocolos, portarias que regem o serviço e artigos acadêmicos sobre a saúde da população atendida são disponibilizados pelo sistema de rede em que todos/todas os/as profissionais podem ter acesso, conforme a sua necessidade ou interesse.

Por meio da troca de experiências entre os membros da equipe, com profissionais de outros serviços especializados e com os/as usuários/usuárias, as profissionais buscaram saberes para consolidar a implantação dessas políticas, formando uma rede de apoio e de comunicação para a construção de conhecimentos necessários para um atendimento qualitativo.

Os esforços desta equipe em manter a comunicação com todos os sujeitos envolvidos no processo de trabalho é uma estratégia positiva para humanização dos serviços prestados. Filho, Barros e Gomes (2009) analisam a indissociabilidade entre a produção de serviços e a produção de sujeitos, ou seja, a inclusão dos diferentes sujeitos envolvidos na construção de um serviço produz a desestabilidade de hierarquias, potencializando a gestão coletiva e as práticas de humanização nos serviços que compõem a rede de saúde.

A troca de experiências entre as profissionais inseridas no serviço é facilitada através da reserva de um dia da agenda mensal da equipe para realização de reuniões com o objetivo de desenvolver estudos de casos e leituras de artigos.

E, assim, troca de experiências no sentindo de sentar com a equipe, a gente faz ainda hoje uma vez por mês uma reunião de equipe, uma tarde toda para discutir casos, contar situações novas que se parece com o todo (Beija-flor, gerente do serviço).

³⁶ Nome modificado para manter o anonimato.

A dinâmica de trabalho estabelecida no serviço em que as participantes estão inseridas segue a lógica ambulatorial, na qual cada profissional atua dentro da sua especificidade de conhecimento. As reuniões mensais são momentos destinados à troca de saberes e práticas profissionais frente às demandas que surgem no cotidiano do trabalho.

Para fortalecer as redes de contato e buscar experiências em comum visando a consolidação do Serviço Especializado na Atenção à Saúde das Pessoas Trans e a formação de redes, as profissionais visitaram outros serviços especializados, conforme o relato de Beija-flor:

Antes de montar esse ambulatório a gente fez visita num serviço...dois serviços que já tinha algum tempo, estruturados na cidade X³⁷ e na cidade Y³⁸, só que em Y era bem novinho o serviço lá tinha um ano e a gente foi conhecer né. Para gente era tudo novo, nossa abriu um ambulatório que atende mulheres e homens trans, travestis o que é isso? O que eles precisam da gente? A gente tinha todas as dúvidas e daí a gente começou, a gente fez a visita não foi só uma vez, em X acho que fui umas três vezes no ambulatório do CRT que tem lá acho que desde 2009 e Y é um ambulatório novo que eles estavam bem fresquinhos como a gente também (Beija-flor, gerente do serviço).

A construção de redes depende da comunicação entre serviços possibilitando a troca de saberes, especialidades e afetos (BRASIL, 2010). As visitas técnicas em outros serviços especializados propiciaram o entendimento sobre as demandas da população Trans, bem como elementos para iniciar a construção do novo serviço com base nas experiências de profissionais que enfrentavam as mesmas dificuldades ou que atuavam no campo há mais tempo.

Beija-flor também trouxe elementos sobre a importância da construção de conhecimentos que ocorre na relação entre profissionais e usuários/usuárias do serviço:

[...] a gente tá aprendendo muito na prática mesmo, no dia-a-dia e também com os pacientes, os pacientes nos ensinam muito eles trazem muita experiência para gente. (Beija-flor, gerente do serviço).

³⁷ Modificado para manter o anonimato.

³⁸ Modificado para manter o anonimato.

Em relação à comunicação qualitativa entre profissionais da área da saúde e usuários/usuárias, Silva (2002) compreende que esse processo não ocorre somente quando o/a profissional tem a intenção de passar conteúdos e informações em sua fala, mas sim no estabelecimento de laços afetivos. Para as autoras Oliveira, Collet e Vieira (2006), no processo de comunicação deve haver tanto espaço para os/as profissionais como para os/as usuários/usuárias possibilitando uma rede de comunicação para tecer diálogos que promovam projetos singulares para humanização.

A comunicação com os/as usuários/usuárias descrita pela participante Beija-flor possibilita à equipe elaborar projetos terapêuticos individuais e coletivos que respeitem as diferenças culturais e sociais em que essas pessoas estão inseridas. Valoriza as experiências e os saberes das pessoas Trans que buscam atendimento específico para as suas demandas, colocando-os como protagonistas no processo de produção de saúde.

O fortalecimento das relações entre as profissionais e usuários/usuárias do serviço foi facilitado pela coordenadora Julia, que é uma mulher Trans sendo que, na percepção de Beija-flor, durante o processo de formação do serviço, ela teve papel fundamental na sensibilização das profissionais em relação ao acolhimento e aprendizado sobre as demandas das pessoas atendidas:

Estou falando que a Julia é uma pessoa fundamental no ambulatório, que a Júlia é uma mulher trans, então ela tem uma história de vida, uma vivência. Ela é uma mulher trans desde que o mundo é mundo né, enfim então, assim a Julia foi fundamental para nos ajudar nesse processo de criação do ambulatório, como lidar com essas pessoas, muitas vezes elas chegam muito machucadas já sabe (Beija-flor, gerente do serviço).

Oliveira (2015) relata em sua pesquisa etnográfica realizada nesse serviço que o fato de o acolhimento inicial dos/das usuários/usuárias ser realizado por uma mulher Trans torna o ambiente mais hospitaleiro, no qual as pessoas Trans se sentem seguras para trocar experiências sobre a construção da sua feminilidade ou masculinidade, os episódios de transfobia vivenciados cotidianamente e as experiências com outros serviços da rede de saúde.

De acordo com a percepção das profissionais, o papel de Júlia no serviço vai além da coordenação, pois sua atuação política facilita que as normativas e portarias que regem o serviço sejam aplicadas. Neste sentido,

Julia contribui na mediação das relações entre as profissionais e usuários/usuárias e representa identificação, acolhimento e confiança para as pessoas que buscam atendimento.

As informações coletadas com as profissionais mostram esforços da equipe para manter uma comunicação transversal com todas as pessoas envolvidas, construindo um ambiente humanizado. Sobre a importância da comunicação e da humanização dos serviços de saúde, Oliveira, Colett e Vieira (2006) esclarecem que esse processo só é efetivo quando há envolvimento coletivo dos serviços de saúde, o que engloba gestores/gestoras, profissionais, agentes envolvidos na formulação de políticas públicas, usuários e usuárias e setores envolvidos da regulamentação e formação profissional.

A ampliação da comunicação em uma perspectiva humanizada ocorre intra e inter grupos, desencadeando efeitos positivos em processos de atenção e gestão. Com o fortalecimento das redes de comunicação, os serviços tornam-se mais eficientes e eficazes na construção da integralidade da atenção (BRASIL, 2010).

Com base nos dados coletados, observa-se que, para a construção dos conhecimentos aplicados na rotina de trabalho, as profissionais utilizam como estratégia a comunicação entre os sujeitos e redes de apoio, impulsionando a caminhada para uma atenção à saúde mais humanizada.

As profissionais inseridas no serviço, também utilizam como estratégia para construção dos conhecimentos aplicados na rotina de trabalho artigos, dissertações e teses disponibilizadas na internet, que são pesquisados conforme as demandas são encontradas, sendo esse material socializado entre os membros da equipe.

Conforme informações da técnica em enfermagem Patrícia, há também incentivos do serviço para que as profissionais participem de congressos e outros eventos sobre a temática:

[...] quando tem um ou outro evento como o que teve recentemente e que as meninas foram, ai eles divulgam para a gente aqui para quem tem interesse em ir, a nossa chefia fala: - Olha você tem interesse em ir? Mas, curso assim a gente vai de vez em quando. (Patrícia, técnica em enfermagem).

A participante Isabel relata que, mesmo com incentivos do serviço, as profissionais esbarram em dificuldades em acessar eventos sobre a temática devido à escassez dos mesmos:

Existem alguns incentivos, recentemente teve um congresso de saúde Trans em São Paulo, duas pessoas da equipe e a médica fomos e mais uma terceira colega foi por conta, mas são raras essas oportunidades (Isabel, psicóloga).

As participantes também relatam, que suas buscas de materiais referentes à saúde das pessoas Trans, se deparam com a dificuldade em relação à escassez de pesquisas nacionais na área da saúde, por esse motivo, a maioria dos artigos que são acessados são produzidos em outros países. Sobre essa questão, a participante Isabel relata a necessidade de filtrar as informações, já que esses materiais apresentam viés cultural:

[...] a gente esbarra nessa falta de conhecimento, muita coisa produzida lá fora, mas que tem um viés cultural que acaba atravessando e aí a gente tem que filtrar muito o que a gente pode ou não trazer para nossa realidade (Isabel, psicóloga).

As produções científicas relacionadas aos cuidados com as pessoas Trans muitas vezes partem de conceitos e classificações que até podem ser válidas no território em que a pesquisa foi elaborada, mas perdem o sentido quando ocorrem tentativas de generalizar os dados para todos os contextos.

Estudos que apresentam viés cultural na área, geralmente são aqueles baseados unicamente em manuais e classificações internacionais, como o DSM-V e a CID-10, que buscam, ao longo da história, diagnosticar o “verdadeiro transexual”. Porém, há várias maneiras de vivenciar as questões relacionadas ao gênero que estão relacionados às questões culturais, sociais e econômicas, que variam de região para região. Para Bento (2012), o problema das classificações e manuais está no apelo científico pela pretensão de universalização deste conteúdo, ignorando, de certa forma, os contextos culturais.

Um exemplo de problemas em relação à supressão de aspectos relacionados às questões culturais é encontrado na CID-10. Essa classificação condiciona a transexualidade, ao desejo de pertencimento ao gênero oposto e

de se submeter a intervenções cirúrgicas para modificações corporais e redesignação dos órgãos genitais. Caso a pessoa tenha o desejo de pertencer ao gênero oposto, mas, não sente necessidade de alterar aspectos corporais de forma permanente, ela será classificada como travesti (OMS,1997).

Entretanto, no cenário brasileiro, nem todas as pessoas que se denominam transexuais apresentam desejo de modificar seus corpos e, geralmente, as mulheres que se reconhecem como travestis pretendem passar ou já passaram por alguma modificação corporal permanente. Conforme a autora Jesus (2012) uma pessoa Trans busca vivenciar de forma integral a forma como ela se visualiza por dentro e espera a aceitação social. Portanto, o que determina a vivência transexual é a forma como as pessoas se reconhecem e não um procedimento cirúrgico.

Algumas mulheres se reconhecem como travestis não pelo discurso biomédico, mas como um ato de resistência política. De acordo com Peres (2012), um modelo único de gênero e sexualidade para definir o que é uma travesti não pode ser aplicado, justamente porque a travesti quebra com os modelos vigentes de sexo-gênero-desejo. O que se pode pensar é em processos de travestilização que desmontam processos binários e heteronormativos ao longo de suas trajetórias desmontando lógicas enraizadas em pensamentos a-históricos. Conforme o autor, os processos de travestilidades podem ser compreendidos como uma posição política:

Trata-se de alguém que tem a coragem de dizer sobre si, de expressar uma posição social e política diante do mundo, das pessoas e de si mesmo, assumindo um lugar que lhe permita sentir-se bem, satisfazer seus desejos e construir uma estilística da existência que expresse sua singularidade humana, mesmo que isso signifique sofrer violações e violências e até mesmo correr riscos de vida. É nesse lugar que vejo a emergência das travestilidades como processualidades em trânsitos situadas entre a afirmação de suas verdades, ousadas, corajosas e afirmativas de suas estilísticas da existência diante de determinações do sistema sexo/gênero/desejo/práticas sexuais, que, como ferramentas de manutenção à heteronormatividade, impõem modelos de verdades absolutas e universais, assim como cristalizações identitárias demarcadas por códigos de inteligibilidades falocêntricos (PERES, 2012, p. 540).

Algumas pessoas se identificam como travestis por não se reconhecerem nem como homens e nem como mulheres, apesar de

desempenharem papéis entendidos socialmente como femininos. Essas pessoas reivindicam a um não gênero ou terceiro gênero (JESUS, 2012).

Busin (2015) elucida que, no meio acadêmico, a travestilidade pode ser entendida como experiências vivenciadas na fronteira entre os dois sexos, ou como identidade, ou como prática ou ainda como a interrupção na passagem de um sexo para o outro. Da mesma forma em que não há um consenso no meio acadêmico, não houve consenso entre as travestis que participaram da pesquisa conduzida pela autora.

Observa-se que existem inúmeras formas de vivenciar a transexualidade e a travestilidade. Deste modo, generalizar os conteúdos das pesquisas realizadas internacionalmente sobre a saúde das pessoas Trans, acarreta no risco de se reduzir o olhar para as normativas biomédicas como verdades que não se modificam perante os contextos culturais e políticos de outros países, o que acaba fragmentando e subjulgando as necessidades de cuidados com a saúde dessas pessoas. A escassez de produções científicas nacionais voltadas à saúde das pessoas Trans acarreta na dificuldade em construir saberes a serem aplicadas na rotina do serviço.

Porém, as profissionais do serviço em questão também estão comprometidas com a construção de conhecimentos voltados à saúde das pessoas Trans, por meio de pesquisas elaboradas pela equipe, baseadas em dados coletados com os/as usuários/usuárias durante a rotina de trabalho.

O desenvolvimento de pesquisas pelas profissionais como parte da rotina de trabalho, acarreta em uma nova forma de pensar as relações de trabalho na produção de saúde, na qual as profissionais não somente reproduzem os conhecimentos adquiridos ao longo da sua formação, mas protagonizam a construção e o compartilhamento de conhecimentos baseados nos contextos sociais, políticos, culturais e econômicos do território no qual estão inseridas.

4.4 Dificuldades Relacionadas à Articulação na Rede de Serviços da Região

No presente eixo serão discutidas questões levantadas pelas participantes da pesquisa em relação às dificuldades de articulação do serviço com atenção básica de saúde e com a atenção de alta complexidade na região. Os dados coletados foram alocados em duas categorias: **Articulação com a Atenção Básica e Articulação com a Atenção de Alta Complexidade.**

4.4.1 Articulação com a Atenção Básica

O Serviço Especializado na Atenção à Saúde das Pessoas Trans passou por um processo de credenciamento junto ao Ministério da Saúde para o seu reconhecimento como serviço especializado, ou seja, serviço de média complexidade do *Processo Transexualizador no SUS*. Durante o processo de credenciamento, o acesso ao serviço funcionou no sistema de portas abertas, dessa forma, os/as usuários/usuárias entravam no serviço sem a necessidade de encaminhamento prévio.

Porém com o processo de credenciamento também ocorreu maior visibilidade e procura por atendimentos, gerando a necessidade de se reestruturar os meios de acesso aos atendimentos com objetivo de manter a qualidade dos mesmos:

[...] uma das questões da situação da regulação a gente sentiu que a necessidade era gigantesca, a gente começou a sentir que estava tendo muita procura e a gente não estava dando conta disso, então a gente sentiu a necessidade de regular urgente o ambulatório, limitar o quantitativo no mês que a gente pode receber de pacientes novos para dar um atendimento de qualidade também, a gente não pode pensar só no quantitativo” (Beija-flor, gerente do serviço).

No Brasil, a porta de entrada para o acesso aos serviços do SUS, preconizada pelo Ministério da Saúde, são os serviços de atenção básica, representados pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Essa estratégia de gestão da rede pública de saúde tem como objetivo gerenciar os recursos para que cada usuário/usuária tenha acesso às tecnologias adequadas para as suas demandas específicas de saúde. Nessa lógica de gerenciamento, o acesso aos serviços especializados que ocorrem em ambulatórios, bem como o acesso a

serviços de alta tecnologia que ocorre em hospitais, devem acontecer por meio de encaminhamentos via UBS (BRASIL, 2006).

Essa forma de gerenciamento também tem o intuito de otimizar as filas de espera para os serviços de média e alta complexidade, evitando o colapso desses serviços (BRASIL, 2006). Seguindo essa forma de gestão, o serviço estudado é acessado atualmente pelos/pelas usuários/usuárias através de um cadastro e encaminhamento da UBS, que pode ser realizado por qualquer profissional com ensino superior. Após o cadastro, o/a usuário/usuária deve aguardar uma vaga, gerenciada por uma central de vagas dos serviços de saúde da região.

Em decorrência das modificações implantadas para o acesso ao serviço, colocou-se em pauta se as profissionais perceberam algum impacto em relação à procura dos atendimentos. A participante Isabel relatou que essa era uma preocupação inicial da equipe:

[...] quando foi mudado o sistema, porque antes aqui era portas abertas, com o credenciamento passou a ser regulado pela Unidade de Saúde a entrada das pessoas no ambulatório e muitas diziam: - Mas eu não posso ir para pedir para me encaminharem para este serviço³⁹, não vou passar por este constrangimento. Mas, veja, agora é a forma que você entra aqui, é como você se mantém aqui. E, quanto à equipe, nós tivemos essa discussão. Será que isso não vai dificultar o acesso? Porque antes era fácil, já chegar no ambiente em que já as pessoas estão sensibilizadas para isso (Isabel, psicóloga).

A preocupação da equipe em relação à alteração do fluxo para o acesso ao serviço ocorreu devido à resistência dos/das usuários/usuárias em buscar atendimento nas UBS devido às experiências negativas vivenciadas nesses locais. De acordo com Santos (2013), o acesso e o acolhimento nas UBS estão condicionados ao respeito às diferenças e à atenção às necessidades específicas dos/das usuários/usuárias. Porém, esses espaços também são reprodutores de discriminação contra as pessoas Trans, mesmo com a existência de meios legais que conferem seus direitos à saúde.

Apesar da Portaria n. 1820 de 13 de agosto de 2009 do Ministério da Saúde que garante o uso do nome social em todos os níveis de atenção, uma

³⁹ Modificado para manter o anonimato.

das queixas recorrentes dos/das usuários/usuárias para as participantes é que alguns profissionais das UBS não respeitam seus nomes sociais:

[...] nessa portaria eles podem ter o nome social no cartão, eles trazem mesmo tendo o nome social no cartão, eles são chamados pelo nome civil e eles acham muito constrangedor isso. Ou eles vão exigir que façam o nome social que é direito deles e tem unidade que se nega. Tem vários que a gente orienta para ir na Unidade de Saúde, mas eles não procuram, eles tem vergonha, eles falam que na unidade não se sentem bem, complicado (Patrícia, técnica em enfermagem).

Mesmo com a existência de políticas públicas destinadas a garantir os direitos à saúde das pessoas Trans, como o uso do nome social, Tagliamento (2015) mostra que isso não garante de forma efetiva o acesso dessas pessoas aos seus direitos, pois, muitas vezes, essas políticas não chegam até a ponta.

O desrespeito ao nome social repercute de forma direta no acesso das pessoas Trans aos serviços de saúde que, devido a situações vexatórias, deixam de procurar as UBS, não somente por demandas decorrentes do Processo Transexualizador, mas, também, em relação à prevenção e tratamento de agravos de saúde. A participante Isabel ilustra essa questão expondo as dificuldades relatadas pelos homens Trans em realizar o exame preventivo de colpocitologia (Papanicolau) com ginecologistas da UBS:

[...] apesar de existir uma portaria que garante esse direito, eles não tem nome social respeitado, então tem pessoas que já estão transicionadas e aparece o nome de registro quando é chamado, então, tem todo aquele constrangimento do nome feminino aparecer no visor e levanta um menino barbado. Os olhares das pessoas em volta, então eles relatam com bastante frequência (Isabel, psicóloga).

O exame preventivo é uma técnica manual, realizada por médicos/médicas e enfermeiros/enfermeiras com o objetivo de detectar lesões cervicais malignas (JORGE et al, 2011). Esse é um exame de suma importância para detectar a presença de alguns tipos de câncer no seu estágio inicial, aumentando dessa forma as chances de sobrevivência das pessoas que apresentam esse tipo de alteração celular.

A participante Patrícia também relata o afastamento dos homens Trans dos serviços de ginecologia:

[...] os meninos teriam que procurar um ginecologista para fazer o preventivo tudo, mas eles não querem por vergonha, tem uns que tem 20 anos e nunca fizeram o preventivo (Patrícia, técnica em enfermagem).

Uma pesquisa realizada pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e pelo Núcleo de Direitos Humanos LGBT (NUH) revela que 85% dos homens trans não procuram os serviços de saúde por medo de sofrerem algum tipo de discriminação e 26,8% declararam não freqüentar os atendimentos de ginecologistas, sendo que 10,7% nunca realizaram o exame preventivo. Dentre as motivações para o afastamento entre os homens Trans e ginecologistas estão o fato de não quererem se submeter aos exames, o julgamento de que os exames de rotina não são necessários e a falta de acesso a esses serviços (UFMG; NUH, 2015).

Aspectos culturais e crenças também podem influenciar na procura de atendimentos ginecológicos:

A gente tem, por exemplo, os meninos Trans, tem meninos que nunca passaram num ginecologista, nem mesmo aqueles que já tiveram uma relação sexual com homens, nunca fizeram o preventivo porque é muito constrangedor. Poxa, como eu vou fazer um preventivo? Eu sou um homem de barba. Então a gente percebe essa dificuldade deles (Laura, enfermeira).

A observação da participante Laura apresenta indícios de que a recusa de alguns homens Trans em realizar os exames ginecológicos perpassa por aspectos culturais relacionados à construção de suas masculinidades, ou seja, “um homem de barba” não precisa realizar o exame preventivo, pois este está relacionado ao universo feminino. Entretanto, essa é uma questão que deve ser investigada também na perspectiva desses usuários com o intuito de compreender melhor essa questão e traçar estratégias para aproximação entre os serviços de ginecologia e os homens Trans.

Alguns aspectos sobre esse afastamento estão vinculados a crenças manifestadas pelos homens Trans, tais como a de que, por não se relacionarem com homens, estão imunes a afecções ginecológicas e infecções transmitidas pelo ato sexual, ou por terem parceira fixa ou por não manterem relações sexuais no momento estariam imunes (UFMG; NUH, 2015).

O desrespeito aos dispositivos que legitimam os direitos à saúde e os atos discriminatórios vivenciados pelas pessoas Trans afetam não somente ações para prevenção de doenças, mas também alguns/algumas usuários/usuárias já adoecidos podem contemplar a evolução de suas doenças sem procurar auxílio nas UBS. Um episódio relacionado a essa questão foi narrado pela participante Patrícia:

Teve caso de paciente que veio com sífilis, que aqui a gente não pode aplicar a penicilina que é usado para o tratamento, a gente não pode aplicar então a gente orienta ele ir para a Unidade de Saúde e a pessoa não quis...ai tenho vergonha, porque vão me chamar por outro nome ou que vão me expor e acaba e assim chora porque sabe sobre a evolução (Patrícia, técnica em enfermagem).

Segundo informações do Ministério da Saúde a sífilis quando não tratada pode afetar o aparelho gastrointestinal, o aparelho respiratório, o aparelho cardiovascular e o sistema nervoso, sendo que o tratamento com penicilina é bastante eficiente nas fases iniciais (BRASIL, 2010). Sabendo do prognóstico da doença a pessoa envolvida no episódio relatado pela participante Patrícia procurou o Serviço Especializado na Atenção à Saúde das Pessoas Trans, devido aos profissionais já estarem sensibilizados para encaminhar o seu tratamento. Porém o serviço funciona em regime ambulatorial e não possui os equipamentos necessários caso a medicação cause algum tipo de efeito colateral e, por esse motivo, a penicilina deve ser aplicada em uma UBS. Mesmo com essas informações, a pessoa optou por não prosseguir com o tratamento por medo de sofrer discriminação.

Situações de agravos à saúde em decorrência da dificuldade de acesso e afastamento dos serviços de saúde também são relatados pela participante Laura:

[...] tem um caminho muito longo pela frente para poder solucionar essa dificuldade de acesso. É um direito do cidadão que está sendo desrespeitado, tem que ter direito ao acesso à saúde e se ele chegar lá e não é bem tratado, ele se sente constrangido, ele não volta mais, eles não vão na Unidade Básica porque vão chegar lá e não vão ser bem atendidos, não vão ter respeitados o seu nome social, e acaba que eles deixam de usar o serviço, muitos com danos para a saúde porque a gente vê muitos casos de auto-medicação, se auto-medica porque não tem acesso. Então quando chegam ao hospital já é um caso grave, de infecção, de necrose de tecido nos casos das mulheres Trans que aplicam silicone industrial por causa deste distanciamento do serviço (Laura, enfermeira).

Santos (2013) constata que o desrespeito aos direitos das pessoas Trans culmina na evasão dos serviços de saúde, trazendo agravos a saúde, já que as mesmas só voltam a procurar esses serviços quando a doença se encontra em estágio avançado, dificultando o tratamento.

Mesmo para procedimentos simples que poderiam ser realizados nas UBS, como aplicação da hormonioterapia, as pessoas Trans muitas vezes se recusam a frequentar o local e procuram o Serviço Especializado na Atenção à Saúde das Pessoas Trans. por se sentirem acolhidos pelas profissionais:

Na maioria dos casos existe essa resistência, muitos vêm aqui para aplicar o hormônio, eles poderiam fazer na Unidade de Saúde, mas não querem fazer a aplicação na Unidade de Saúde, mas não querem pelo medo do julgamento, de ouvir piada, de passar por algum tipo de constrangimento, a gente encontra bastante dificuldade no que diz a respeito da orientação com o cuidado maior com a saúde (Isabel, psicóloga).

Em todos os relatos anteriores, as participantes anunciaram as dificuldades dos/das usuários/usuárias em utilizar os serviços das UBS e mencionaram o não respeito ao nome social com um dos principais aspectos que levam ao afastamento das pessoas Trans destes locais.

Entretanto, a participante Isabel relata que em alguns casos o atendimento nas UBS ocorreu de forma mais humanizada devido à existência de profissionais já sensibilizados/sensibilizadas em relação ao nome social:

[...] não muitas vezes, mas alguns trazem um atendimento assim que me surpreendeu, encontrar uma atendente que a princípio tem uma certa resistência e chega uma outra profissional: - Ele diz que o nome dele é qual? Então nós vamos chamar pelo nome que ele diz que quer ser chamado. Alterar no cadastro e de promover o acolhimento algumas vezes acontece" (Isabel, psicóloga).

O atendimento humanizado nas UBS pode ocorrer, não devido à apropriação de forma hegemônica dos/das profissionais em relação às políticas públicas, mas sim por meio de alguns profissionais com uma atuação mais humanizada ou que já tiveram acesso às políticas de promoção à saúde das pessoas Trans.

Ainda sobre a questão de respeito em relação ao nome social, na percepção da participante Laura, quando um/uma profissional se recusa em

chamar a pessoa Trans pelo nome que ela se reconhece é porque há uma recusa de reconhecer este/esta usuário/usuária como pessoa. Ao receber esse tratamento desumanizado os mesmos se afastam dos serviços:

[...] ser chamado pelo nome social, é um direito, e isso é desrespeitado, não aceitam ele como pessoa, como ele quer ser tratado e isso faz com que eles se afastem mesmo do serviço. É negar o seu direito à saúde” (Laura, enfermeira).

Sobre a questão do nome social, os autores Sousa, Viana e Vale (2015) averiguaram que o nome social apresenta pouca influência no acesso das pessoas Trans aos seus direitos, sendo que a maior eficácia neste quesito ocorre quando há mudança efetiva nos registros.

Devido a todos os percalços e constrangimentos vivenciados pelas pessoas Trans, também evidenciados nesta pesquisa, constata-se a grande vitória dos movimentos sociais envolvidos em relação à decisão do STF que facilita as mudanças necessárias nos registros cíveis. Esse avanço na esfera jurídica significa que o uso do nome com o qual a pessoa Trans se reconhece deixa de ser uma concessão de alguns órgãos públicos e instituições para se tornar um direito.

Verificando-se as dificuldades em relação ao acesso das pessoas Trans aos atendimentos nas UBS, foi questionado às participantes se houve alguma ação do serviço para sensibilizar os/as profissionais da atenção primária. As participantes relataram que foi enviado um documento para as UBS informando sobre a nova forma de entrada de atendimentos para o serviço, porém, elas observaram uma lentidão no fluxo de informações para os serviços de ponta. Nesse sentido, a participante Laura percebe a necessidade de realizar ações para sensibilização dos/das profissionais nas UBS, porém, as demandas do serviço dificultam a incorporação dessas atividades no cotidiano de trabalho:

[...] eu sinto que a gente podia ter mais tempo, pra orientar mesmo chamar as unidades de saúde né, ou uma pessoa, para a gente poder divulgar...Falta um pouco de divulgação, esse trabalho seria importante (Laura, enfermeira).

A proposta da participante Laura relativa ao desenvolvimento de ações compartilhadas entre os serviços da rede, na atenção primária e secundária, é

um caminho interessante para sensibilização e troca de saberes, podendo proporcionar melhores práticas nas duas modalidades de serviço e a formação de linhas de cuidado destinada às pessoas Trans na região.

O termo “linhas de cuidado” é utilizado na rede de serviços do SUS para caracterizar o modo de articulação referente ao uso de recursos e práticas de saúde entre a atenção primária e outros níveis de atenção de uma região (BRASIL, 2012). A formação de redes de atenção à saúde e linhas de cuidado está prevista na Portaria nº 2.803/13 do Ministério da Saúde, sendo a esfera da atenção primária referenciada como essencial nos cuidados com a saúde das pessoas Trans (CRUZ, 2016).

Objetivamente, por meio das entrevistas realizadas, observa-se a necessidade de se estabelecer uma linha de cuidado para pessoas Trans na região, com o intuito de possibilitar maior comunicação entre as equipes e o acesso de forma efetiva dessa população em todos os níveis de atenção do SUS.

4.4.2 Articulação com a Atenção de Alta complexidade

A Portaria nº 2.803/13 do Ministério da Saúde prevê a articulação de uma linha de cuidados no Processo Transexualizador do SUS, na qual a assistência se iniciaria nas UBS e, conforme as necessidades dos/das usuários/usuárias, possibilitaria o acesso dos/das mesmos/mesmas aos serviços ambulatoriais e hospitalares. Porém, os procedimentos previstos no *Processo Transexualizador do SUS* se concentram nessa região no serviço estudado, que funciona em regime ambulatorial. Por ser um ambulatório, ocorrem limitações em relação à oferta de técnicas de modificação corporal que alguns/algumas usuários/usuárias almejam, como, por exemplo, as cirurgias de redesignação sexual.

As cirurgias dependem de técnicas específicas da medicina e de aparatos tecnológicos complexos para que os procedimentos ocorram com o menor risco possível, portanto, devem ser realizados nos equipamentos de alta

complexidade da rede de saúde, ou seja, em ambiente hospitalar conforme a Portaria nº 2.803/13 do Ministério da Saúde.

Apesar de nem todas as pessoas Trans desejarem se submeter às cirurgias de modificação corporal, para algumas destas pessoas esses procedimentos fazem parte do seu projeto de vida (ARÁN; MURTA, 2009). Nesse contexto, a cirurgia significa um processo importante na construção da sua feminilidade ou masculinidade, na auto-aceitação, na aceitação social, na aquisição de direitos e na possibilidade de mobilidade econômica e social (ARÁN; MURTA, 2009; PELÚCIO, 2004; SAMPAIO,; COELHO, 2012).

A abertura de um serviço especializado no atendimento de pessoas Trans acendeu a esperança de algumas pessoas em terem acesso às técnicas cirúrgicas, porém, a rede de saúde local ainda está em processo de organização para implantação desses procedimentos no ambiente hospitalar, frustrando a idealização dessas pessoas sobre o serviço. Devido à atual impossibilidade de realizar esses procedimentos, alguns/algumas usuários/usuárias desistem de continuar o acompanhamento. Essa questão é ilustrada pela participante Beija-flor:

Tanto é que temos pacientes que, hoje a gente tem 584 pacientes cadastrados, mas não são todos que estão ativos, são pacientes lá que, desde o início de 2013, vieram se cadastrar e acharam que já iam ser encaminhados para cirurgia e viram que realmente isso não estava acontecendo e acabaram abandonando o acompanhamento aqui e a gente entende isso como natural, porque alguns só estavam vindo com a expectativa de que iria ser realizada a cirurgia (Beija-flor, gerente do serviço).

Com a inexistência de hospitais especializados para os procedimentos cirúrgicos do *Processo Transexualizador no SUS*, a equipe do serviço estudado administra em seu cotidiano as frustrações dos/das usuários/usuárias que desejam realizar essas cirurgias. Com o intuito de esclarecer quais são os cuidados que podem ser acessados no serviço e quais são as limitações devido às fragilidades da rede, as profissionais escutam as expectativas dos/das usuários/usuárias e orientam no momento de entrada no serviço:

Logo no acolhimento já fazemos essas orientações, né. O que é possível ofertarmos como serviço e o que não é. Muitos, quando a gente fala dessa questão da cirurgia: - Há, mas é, mas vai que. Eles

brincam: - Nossa, vocês destroem os nossos sonhos aqui (Isabel, psicóloga).

Por meio dos relatos da equipe, percebe-se que no momento em que as profissionais do serviço informam a impossibilidade de encaminhamento para as cirurgias, recai sobre elas nesse momento a frustração dos/das usuários/usuárias que tinham esperanças que esta demanda fosse acolhida.

Com a notícia inesperada de que as cirurgias não estão sendo realizadas na região, as participantes notaram diferenças em relação à permanência no serviço entre homens e mulheres Trans. Geralmente os homens Trans permanecem no serviço devido aos hormônios utilizados para modificação corporal só serem acessados nas farmácias via retenção da receita médica. Já as mulheres Trans apresentam maior facilidade em obter esses hormônios, pois a venda é realizada sem a necessidade de prescrição e por esse motivo apresentam menor adesão ao tratamento ofertado pelo serviço:

[...] acredito que tem muito mais homens trans ativos fazendo acompanhamento aqui do que mulheres trans, que as mulheres trans tem mais facilidade de comprar a medicação, o hormônio né, e os homens trans não, os homens trans acabam tendo que tomar testosterona que é um medicamento controlado que precisa de uma receita médica, o acesso é mais difícil ao medicamento, então acho que a adesão ao ambulatório, ao tratamento do homem está sendo... percebo que é mais os homens trans mesmo que acabam ficando aqui, mesmo... a pessoa chegar e ficar o tempo todo ali e chega um momento em que ela percebe que ela não vai alcançar aquele objetivo dela, ela meio que acaba desistindo mesmo, talvez se sinta desestimulada (Beija-flor, gerente do serviço).

As autoras Petry e Mayer (2011) e Arán e Murta (2009) explicam que a maioria das pessoas Trans já fazem o uso de hormônios antes de procurarem atendimento nos serviços de saúde. As mulheres Trans utilizam hormônios baseando-se em experiências de amigas ou em pesquisas na internet e, normalmente, ingerem uma dosagem elevada de anticoncepcionais e medicamentos para menopausa, pois acreditam que dessa forma podem alcançar melhores resultados (ARÁN; MURTA, 2009).

O afastamento das mulheres Trans em relação ao acompanhamento no serviço gera preocupação na equipe, pois o uso de hormônios sem acompanhamento médico pode ocasionar agravos à saúde tanto nos homens Trans quanto nas mulheres Trans:

[...] o hormônio em si, tanto a testosterona quanto os hormônios femininos têm as reações adversas se não for monitorado, inclusive reações graves, principalmente com o uso indiscriminado dessa medicação, então é indiferente de ter acesso fácil ou não as mulheres trans ao hormônio, é... elas tem que acompanhar, isso tudo é muito trabalhado sabe, é no acolhimento, enfim, é colocado tudo que pode a vir acontecer, enfim, precisa monitorar com exames laboratoriais (Beija-flor, gerente do serviço).

Os estudos sobre a utilização de hormônios em longo prazo são escassos e, por esse motivo, se torna imprescindível o acompanhamento através de exames para evitar futuros danos à saúde. Além desse motivo, cada organismo se comporta de uma forma quando os hormônios são administrados e a dosagem deve ser ajustada periodicamente (ARÁN; MURTA, 2009).

Outra questão relatada pelas participantes é que, devido à falta de serviços hospitalares na região que realizem essas cirurgias e pelo alto custo desses procedimentos nos serviços de saúde particulares, muitas mulheres Trans realizam modificações corporais por meio de procedimentos clandestinos, como a aplicação de silicone industrial:

Bastante, justamente seja por isso pelo valor altíssimo da plástica mamária, nossa, a gente recebe muita mulher com silicone industrial só que pra gente da saúde também é muito difícil saber as conseqüências disso, não existe assim um... são poucos trabalhos com pessoas trans no país, não tem muita coisa, muita pesquisa, né? Então, assim, ainda a gente está conhecendo os efeitos como fica, e o manejo dessas pacientes no hospital também é difícil para os profissionais que atendem, não estão acostumados a lidar com isso, pegar um silicone industrial, por exemplo, tem a história de uma menina de que o silicone desceu para o pé, sabe? Então, assim, como manejar isso clinicamente, eu não sei (Beija-flor, gerente do serviço).

O uso de silicone industrial pelas mulheres Trans é um problema de saúde antigo, relatado por muitos/muitas autores/autoras como Pelúcio (2005), Bento (2009) e Pinto (2009). Entretanto, devido ao caminho burocrático para o acesso aos procedimentos, a escassez de serviços e o pouco incentivo para formação de profissionais especializados/especializadas e para o desenvolvimento de novas tecnologias, as mulheres Trans continuam tendo a sua saúde comprometida pelo uso do silicone industrial.

Além do acesso às cirurgias de modificação corporal, também se faz necessário a construção de serviços e elaboração de técnicas para reabilitação das pessoas com agravos de saúde devido ao uso de silicone industrial. Os casos relativos a essa questão, acompanhados pelo serviço estudado, apresentam difícil encaminhamento pela inexistência de uma rede de apoio especializada:

Esses casos, geralmente, eles relatam para a enfermeira ou para a psicóloga, a gente tem encaminhado para a nossa endócrino, para ver se consegue encaminhar para outro setor, mas a gente não tem aqui muito o que fazer, então encaminhamos para a unidade de saúde (Patrícia, técnica em enfermagem).

A equipe do serviço tenta encaminhar esses casos dentro das possibilidades da rede de saúde local, sendo que a alternativa possível no momento é o encaminhamento para as UBS. Entretanto, essa forma de encaminhamento gera dúvidas a respeito da resolutividade desses agravos de saúde decorrentes do uso de silicone industrial, pois na percepção das participantes existem dificuldades em relação ao acesso aos serviços das UBS. Do mesmo modo, pode-se presumir que, devido à complexidade desses casos, eles serão encaminhados das UBS para os serviços hospitalares que podem não estar preparados para esse tipo de atendimento.

Frente a essas adversidades, os movimentos sociais, as entidades de classe profissionais e as organizações não-governamentais estabeleceram um diálogo com um hospital universitário da região com a finalidade de iniciar a oferta de cirurgias de modificação corporal para pessoas Trans. Esse hospital iniciou o processo de credenciamento junto ao Ministério da Saúde com a finalidade de compor a rede de serviços do *Processo Transexualizador no SUS* e ofertar as cirurgias para as pessoas Trans que necessitam dessa forma de cuidado.

Essa notícia foi veiculada através de alguns jornais da localidade em outubro de 2017, causando ansiedade entre os/as usuários/usuárias do serviço, pois os mesmos entenderam que as cirurgias já estavam sendo ofertadas:

Atualmente com essa história da cirurgia, eles têm vindo assim achando que estão na fila de espera, que vão fazer a cirurgia, mas não é bem assim. Eu tento orientar eles que é um processo, que está começando, a gente explica para os novos o que a gente fornece. Por

enquanto, o que tem é endócrino, hormonioterapia, psicoterapia e, possivelmente, encaminhamento para um parecer de nome e aí a gente explica para eles... mas tem uns que ficam nervosos, principalmente, aqueles que vêm de outras cidades, eles pedem para cirurgia, aqui não tem e o município acaba encaminhando para cá, como se a gente fosse resolver o problema dele, das cirurgias. Ai eles chegam na primeira consulta, e eles explicam a situação, a gente explica como a situação está e eles ficam com aquela frustração (Patrícia, técnica em enfermagem).

De acordo com informações divulgadas pelo hospital, enquanto ocorre o processo de credenciamento, os recursos referentes à preparação do local para os procedimentos terão financiamento do Estado e, quando esse serviço estiver implantado, os recursos do Estado serão repassados para o município. Porém, não foi divulgada uma data para o início dos procedimentos divulgados e, no momento em que as entrevistas foram realizadas, as profissionais do serviço pesquisado também não tinham maiores informações:

Pois é, e aí os pacientes, ligam e como é que vai ser? Quando? Essa dúvida, essa falta de informação, não sabemos como vai funcionar, deixa a gente um pouco apreensiva porque a gente também não tem informação para dar. Eles ligam e perguntam e a gente diz que não sabe, foi sim assinado que tem a possibilidade de realização da cirurgia, mas como vai funcionar a gente não sabe, não temos como encaminhar, a gente não sabe como vai ser isso (Laura, enfermeira).

Sendo um serviço especializado no atendimento de pessoas Trans, os/as usuários/usuárias buscam junto às profissionais informações sobre a implantação do serviço divulgado pelo hospital e, quando suas expectativas não são atendidas, em alguns casos pode gerar desconfiâncias de que a equipe está omitindo informações, como o episódio relatado pela participante Isabel:

[...] nós lidamos muito com a frustração, essas pessoas saíram daqui... não sei se você ouviu um pouquinho na recepção... que o paciente saiu daqui e foi na Unidade de Saúde dizer que eu disse que era para Unidade de Saúde encaminhar ele para o hospital" (Isabel, psicóloga).

Observa-se um desencontro de informações entre o hospital em processo de credenciamento, o serviço estudado e os/as usuários/usuárias Trans da rede. Nesse momento, a equipe tentava acolher as frustrações vivenciadas pelos/pelas usuários/usuárias e também compreender como vai ser realizado o fluxo de atendimentos com a inserção desse novo serviço:

Então, a gente tem bastante dificuldade com isso, foi anunciado isso na presença do secretário de saúde que havia a intenção do hospital⁴⁰, já iniciaram o processo de credenciamento pelo Ministério da Saúde de estarem abrindo um ambulatório para essa população, mas não foi dito quando essas cirurgias vão começar, como vai ser isso, se existe um protocolo. A princípio, credenciados pelo Ministério da Saúde eles vão estar seguindo o mesmo protocolo que nós aqui: indicação cirúrgica com o mínimo de dois anos de acompanhamento por equipe multidisciplinar, idade mínima de 21 anos, existem critérios e eles vão seguir os mesmos critérios. Mas, como vai ser isso? Eles vão aceitar pacientes nossos? Esses que estão há dois anos em acompanhamento ou vai existir uma exigência que este acompanhamento seja feito com a equipe do hospital, então, as coisas vão ter que começar do zero lá... não sabemos. Já foi anunciado essa intenção de início, o mais breve possível, sem ter dado uma data para isso, no dia seguinte nossos pacientes começaram a vir querendo saber em que lugar na fila eles estavam (Isabel, psicóloga).

Verifica-se que, no momento da coleta de informações, a região tenta articular uma rede para o atendimento das pessoas Trans de forma integral, porém, o fluxo de informações estava ocorrendo de forma lenta e as angústias e dúvidas dos/das usuários/usuárias se manifestaram no serviço estudado por meio das entrevistas fornecidas pelas participantes da pesquisa. Devido às profissionais estarem munidas das mesmas informações que foram divulgadas em jornais, as dúvidas dos/das usuários/usuárias não estavam sendo sanadas de forma eficiente, pois, também eram as mesmas dúvidas apresentadas pela equipe.

⁴⁰ Modificado para manter o anonimato.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A formulação e a implantação de políticas públicas que objetivam o acesso das pessoas Trans aos seus direitos são essenciais para preservar a dignidade e a vida dessa população. De acordo com Simpson (2015), as pessoas Trans sempre estiveram na linha de frente no que se refere ao sofrimento com preconceitos e discriminações existentes contra a população LGBT no Brasil.

Desde a década de 1970, a população Trans sofreu com agravos à saúde devido ao uso de silicone industrial e o uso indiscriminado de hormônios para construir suas formas corporais (SIMPSON, 2015). Invisíveis para o Estado por quebrarem as normas de sexo e gênero da matriz sociocultural dominante, tiveram suas demandas regulamentadas nos serviços da rede pública de saúde apenas no ano de 2008, por meio da Portaria nº 1.707, que instituiu o *Processo Transexualizador no SUS*.

Cinco anos depois de se lançar a primeira portaria, houve uma reformulação expressa na Portaria nº 2.803/2013, do Ministério da Saúde, com o intuito de ampliar o *Processo Transexualizador no SUS* e estabelecer uma linha de cuidados, englobando as unidades de saúde, ambulatórios e serviços hospitalares.

A construção de serviços ambulatoriais especializados no atendimento de pessoas Trans, constituiu-se, deste modo, na materialização das lutas dos movimentos sociais pelos direitos humanos e por políticas públicas que tem como objetivo a diminuição das lacunas em relação ao acesso à saúde dessa população.

É relevante apontar que os serviços da rede pública em saúde estão sempre em construção, não seguindo uma linearidade em relação aos processos de implementação. Neste sentido, as ações passam por constantes reflexões e tensionamentos, resultantes das necessidades sentidas pelos/pelas profissionais que enfrentam, em seu cotidiano de trabalho, os inúmeros desafios frente aos quais se deparam na busca por transformar suas práticas ou no atendimento das demandas que advêm dos/das usuários/usuárias, bem

como das mudanças que ocorrem no âmbito da gestão e da implantação das políticas públicas.

Nessa dinâmica intensa e, em certo sentido, desprovida de continuidades, dada a natureza incerta das decisões de caráter político, as profissionais do serviço estudado vivenciam a dicotomia em relação às proposições das políticas públicas e a sua aplicação no cotidiano de trabalho.

Entretanto, ao mesmo tempo em que elas se deparam com desafios que barram suas ações para um atendimento integral, também elaboram estratégias para superar essas dificuldades. Ou seja, nas práticas que se desenvolvem no contexto do serviço há uma tomada de decisão por parte das profissionais que nele se inserem, construindo-se uma ação orientada por saberes oriundos de diversas fontes, com predomínio daqueles saberes que emergem do cotidiano do trabalho, frente aos desafios que dele emergem.

A partir dessa perspectiva, procuramos compreender as dificuldades encontradas pelas profissionais de saúde que atuam em um serviço especializado no atendimento de pessoas Trans.

A primeira dificuldade relatada está relacionada à necessidade de se conformar uma equipe para a assistência em saúde à população Trans devido às diferentes motivações e formas de como cada profissional entende e realiza suas ações. Neste mesmo sentido, foi relatada a dificuldade de alguns/algumas profissionais em superar as barreiras de preconceito ou de não se sentirem preparados/preparadas em relação aos saberes técnicos para o atendimento dessa população, fazendo com que alguns desistissem de sua permanência no serviço, com repercussões sobre a defasagem da equipe.

Estes dois aspectos, ou seja, por um lado, as diferentes motivações e diferentes compreensões sobre as formas de agir no serviço e, por outro, a dificuldade para a superação de preconceitos e a percepção pessoal acerca da preparação profissional para o desenvolvimento das ações, podem estar revelando uma fragilidade no processo de construção da política pública relativa ao atendimento da população Trans.

Isto é, em função da não participação na elaboração da política daqueles/daquelas que serão chamados a agir no contexto do serviço, estes/estas podem estar se identificando muito pouco ou em nada com as demandas da população a quem se destina o serviço especializado. A não

identificação para com as demandas dessa população desencadeia dificuldades, tais como a que se refere à formação da equipe do serviço, com consequências que estão para além de questões de ordem burocrático-administrativa tais como, por exemplo, a localização e/ou a transferência de profissionais de outras unidades.

Uma das consequências que se deve à defasagem de equipe, se manifesta na limitação dos atendimentos, já que os/as usuários/usuárias do serviço não necessitam de assistência apenas para a realização de modificações corporais, necessitando, também, devido ao processo sociocultural de desumanização, de apoio para acessar direitos, bens e serviços.

Neste sentido, é importante destacar que, dentre as dificuldades relatadas pelos/pelas usuários/usuárias para as profissionais estão a ruptura com os laços sociais, agravos em relação à saúde mental devido aos processos de exclusão e violência vivenciados no cotidiano, dificuldades de acesso aos serviços de saúde e educação, dificuldade de acesso aos direitos fundamentais e dificuldades em se inserir no mercado de trabalho.

Diante dessas dificuldades, emerge a necessidade de ampliação da equipe em uma perspectiva interdisciplinar e o apoio de outros serviços e instituições para conferir um atendimento integral às pessoas Trans. Do mesmo modo, faz-se necessário uma ampliação da participação dos/das profissionais inseridos/inseridas no cotidiano do serviço, com garantias de tempo dentro da escala de trabalho, nos processos de produção das políticas públicas no sentido de se estimular a construção de mecanismos para a integração das equipes que virão a atuar no serviço.

Para buscar a integralidade dos atendimentos ofertados, as diretrizes da Política Nacional de Humanização foram relatadas como sendo a estratégia para fortalecer os vínculos entre as profissionais e usuários/usuárias, para tornar o ambiente acolhedor, para possibilitar espaços de promoção à saúde, além de facilitar maior adesão ao serviço.

Outra dificuldade relatada pelas participantes refere-se ao processo formativo das profissionais, destacando-se a ausência de conteúdos sobre o tema da saúde da população Trans nas grades curriculares dos cursos técnicos e de graduação, o que pode ocasionar uma assistência em saúde

discriminatória e no despreparo em relação ao saber técnico necessário para cuidados com a saúde dessa população. Durante a busca por conhecimentos no tema, as profissionais também se deparam com a escassez de programas de pós-graduação, congressos e publicações científicas nacionais no campo da saúde.

Para compreender as especificidades em saúde das pessoas Trans e diminuir as lacunas que existem nas bases do processo formativo, as profissionais buscam construir seus conhecimentos por meio da troca de saberes com os/as usuários/usuárias, entre as profissionais da equipe e com profissionais de outros serviços. Devido à dificuldade em encontrar produções científicas nacionais, procuram conhecimento em artigos internacionais, porém, procuram contextualizar as informações, evitando o viés cultural.

As observações apresentadas pelas profissionais mostram a necessidade de reflexão sobre os currículos dos cursos de saúde e sobre o modo de construção dos saberes. Baseando-se no pensamento de Louro (2004) para uma educação que compreenda as diferenças é necessário o exercício de “estranhar” o currículo. O exercício de estranhamento do currículo ocorre quando há indagação sobre o processo de construção do saber, sobre as condições que possibilitam ou não o conhecimento. Portanto “estranhar” o currículo é o exercício de desconfiança não só do que chegamos a conhecer nas instituições de ensino, mas também sobre o que leva ao desconhecimento sobre determinadas questões como a saúde das pessoas Trans.

Também é emergente a produção de pesquisas e novas tecnologias em saúde para o atendimento das pessoas Trans com o intuito de diminuir os agravos decorrentes do uso de silicone industrial e a elaboração de medicamentos seguros para o processo de modificação corporal. Do mesmo modo, são necessárias pesquisas destinadas a pensar em práticas numa perspectiva não discriminatória em todas as especialidades de saúde.

Nos serviços do SUS, corroboramos com Tagliamento (2015) sobre a necessidade de se oportunizar a capacitação dos/das profissionais sobre as políticas públicas que abordam os direitos das pessoas Trans com a finalidade de garantir a implantação das mesmas em todos os níveis de atenção. Também se faz necessário garantir espaços no ambiente de trabalho que

possibilitem a reflexão sobre as diferenças e a construção de saberes e práticas não discriminatórias.

Por fim, foram relatadas algumas dificuldades de articulação do serviço com a atenção básica e a atenção de alta complexidade. Apesar da Portaria nº 2.803/13, prever uma linha de cuidados integrando todos os níveis de complexidade, ainda existem dificuldades para a estruturação desse modo de assistência nesta localidade.

Conforme esta portaria, a atenção básica é a porta de entrada para o acesso ao processo transexualizador, incluindo diretrizes para que a assistência às pessoas Trans nas unidades básicas de saúde ocorra de modo respeitoso às diferenças e à dignidade humana (BRASIL, 2013). Porém, as profissionais do serviço estudado percebem dificuldades dos/das usuários/usuárias em acessar os serviços da rede por não se sentirem acolhidos e, por vezes, terem seus direitos negados como, por exemplo, em relação ao uso do nome social.

Os episódios de discriminação enfrentados nas unidades de saúde acabam por afastar as pessoas Trans dos serviços, dificultando o acesso aos outros níveis de atenção, agravando problemas de saúde que poderiam ser tratados precocemente ou até mesmo prevenidos.

Diante desses entraves, observa-se a necessidade de um aumento do diálogo entre os serviços de atenção básica e de média complexidade. A troca de saberes entre os/as profissionais acaba se limitando devido à grande demanda de atendimentos e à defasagem no número de profissionais, o que reduz o tempo destinado para o fortalecimento de uma rede de cuidados.

As profissionais também relatam dificuldades para encaminhar as/os usuários/usuárias que necessitam realizar cirurgias de modificações corporais, pois essa modalidade de atendimento, que deve ocorrer em serviços de alta complexidade, ainda está em construção nesta região. Devido à fragilidade da rede de saúde local, alguns/algumas usuários/usuárias desistem dos atendimentos ofertados pelo serviço e/ou continuam a mercê de procedimentos clandestinos.

A frustração dos/das usuários/usuárias que aguardam a oferta dos procedimentos cirúrgicos recai sobre as profissionais que acolhem essas

angústias e orientam de modo realista sobre as dificuldades encontradas na rede de saúde e que impedem a realização dessas cirurgias.

Diante dessas fragilidades as profissionais que participaram dessa pesquisa buscam transformar essa realidade por meio de ações no cotidiano de trabalho. Essas ações, em alguns momentos, acabam sendo limitadas devido à dificuldade em estabelecer uma linha de cuidados de saúde para as pessoas Trans nesta região. Diante de situações que não podem ser resolvidas somente nesse serviço e na impossibilidade de encaminhamento para outras instâncias, conclui-se esta pesquisa com a constatação da participante Laura de que ***“a principal dificuldade é conseguir fazer mais”***.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Guilherme. 'Homens Trans': Novos Matizes na Aquarela das Masculinidades. **Estudos Feministas**. Florianópolis, v.20, n.2, p.513-523, 2012.

ALMEIDA, Guilherme; MURTA, Daniela. Reflexões sobre a possibilidade da despatologização da transexualidade e a necessidade da assistência integral à saúde de transexuais no Brasil. **Sex, Salud Soc. (Rio J.)** [online]. n.14, pp.380-407, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-64872013000200017>. Acesso em: 18/09/16.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)**. 3ª edition. Arlington: American Psychiatric Association, 1980.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. **Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV)**. 4ª edição. Lisboa: CLIMEPSI EDITORES, 1994.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. **Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V)**. 5ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ARÁN, Márcia; MURTA, Daniela. Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde. **Physis**. Rio de Janeiro, v.19,n.1, p.15-41, 2009.

ARÁN, Márcia; MURTA, Daniela; LIONÇO, Tatiana. Transexualidade e Saúde Pública no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.14, n.4, p. 1141-1149, 2009.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS, TRANSEXUAIS E INTERSEXOS – ABGLT. **Pesquisa Nacional Sobre o Ambiente Educacional no Brasil, 2016: As Experiências de Adolescentes e Jovens Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais em Nossos Ambientes Educacionais**. Curitiba: 2016.

BARBOSA, Regina. M.; KOYAMA, Mitti.A. H. Mulheres que fazem sexo com mulheres: Algumas estimativas para o Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.22, n.7, p.1511-1514, jul/2006.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1994.

BENTO, Berenice. A diferença que faz diferença: corpo e subjetividade na transexualidade. **BAGOAS**. Rio Grande do Norte, n.4, p.95-112, 2009.

BENTO, Berenice. **A Reinvenção do Corpo: Sexualidade e Gênero na Experiência Transexual**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

BENTO, Berenice. Disforia de gênero: geopolítica de uma categoria psiquiátrica. **Direito & Práxis**. Rio de Janeiro, v.7, n.15, p.496-536, 2016.

BENTO, Berenice. **O que é Transexualidade**. São Paulo: Brasiliense, 2012.

BENTO, Berenice. O que pode uma teoria? Estudos transviados e a despatologização da identidade Trans. **Revista Florestan**. São Carlos, v.1, n. 2, p. 46-66, 2014. Disponível em: http://www.revistaflorestan.ufscar.br/index.php/Florestan/article/view/64/pdf_25. Acesso em: 11/09/2017.

BENTO, Berenice; PELÚCIO, Larissa. Despatologização do Gênero: A política das identidades abjetas. **Estudos Feministas**. Florianópolis, v.20, n.2, p. 569-581, 2012.

BOGDAN, Robert C.; BIKLEN, Sari K. **Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto: Porto Editora Lda, 1994

BORBA, Rodrigo. **O (Des) Aprendizado de Si: transexualidades, interação e cuidado em saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Brasil sem Homofobia: Programa de combate a Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual**. Brasília: 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria 2.803/13**. Redefine e amplia o processo transexualizador no Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html. Acesso em: 19/09/16.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. **Assistência de Alta e Média Complexidade no SUS**. Brasília, 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro9.pdf. Acesso em: 12/09/17.

BRASIL. **Ministério da Saúde. ABC do SUS: Doutrinas e Princípios**. Distrito Federal: Secretária Nacional de Assistência à Saúde, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dicas em Saúde: Acolhimento**. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: Garantindo Saúde nos Municípios**. 3ª edição. Brasília: Série Comunicação e Educação em Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf. Acesso em: 12/09/17.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PNAB: Política Nacional de Atenção Básica**. Distrito Federal, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: O que é? Como implementar?** Brasília:2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 1.707, DE 18 DE AGOSTO DE 2008**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1707_18_08_2008.html. Acessado em: 19/09/16.

BRASIL. Ministério da Saúde. Processo Transexualizador no SUS. Distrito Federal: **Portal da Saúde**, 2016. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/1174-sgep-raiz/lgbt/21885-processo-transexualizador>. Acesso em: 12/09/17.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da População de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais. **Rev. Saúde Pública**. Distrito Federal, v.42, n.3, p. 570-573, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sífilis: Estratégias para o Diagnóstico no Brasil**. Distrito Federal: Série Telelab, 2010.

BUSIN, Valéria M. **Morra para se Libertar: Estigmatização e Violência contra Travestis**. 2015. Tese. Programa de Pós-graduação em Psicologia (Área de Concentração: Psicologia Social). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2015

BUTLER, Judith. **Cuerpos que importan: sobre los limites materiales y discursivos Del "sexo"**. Buenos Aires: Paidós, 2002.

BUTLER, Judith. **Problemas de Gênero: feminismo e subversão da identidade**. 13ª edição. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2017.

CAETANO, Márcio R.V. **Currículos Praticados e a Construção da Heteronormatividade**. ANPEd. Caxambu: 2009. Disponível

em:<http://www.anped.org.br/reunioes/32ra/arquivos/trabalhos/GT12-5190--Int.pdf>. Acesso em: 18/09/16.

CARDOSO, Fernando L. O conceito de Orientação Sexual na Encruzilhada entre Sexo, Gênero e Motricidade. **Interamerican Journal of Psychology**. Austin, v.42, n.1, p.69-79, 2008.

CARVALHO, Ana P. C. de. **Desigualdades de gênero, raça e etnia**. Curitiba: Intersaberes, 2013.

CASSATE, Juliana C; CORRÊA, Adriana K. A Humanização do Cuidado na Formação do Profissionais de Saúde nos Cursos de Graduação. **REV. ESC. ENFER. USP**. São Paulo, v.46, n.1, p.219-226, 2012.

CATRACA LIVRE. Após ser esfaqueada, travesti é agredida em hospital na Bahia. São Paulo: 2016. Disponível em: <https://catracalivre.com.br/geral/cidadania/indicacao/apos-ser-esfaqueada-travesti-e-agredida-em-hospital-na-bahia/>. Acesso em: 11/09/2017.

CAVALCANTI, Alicia D. C; ARAÚJO, Carolina A. R de; NETO, Josberto T. de A; FERREIRA, Luiz C. de O.; MELO, Thalita C. de L. Despatologização das Identidades Trans: a saída para uma sociedade mais igualitária. **Cadernos de Graduação**. Alagoas, v.3, n.3, p.69-84, 2016. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitshumanas/article/view/3590/2293>. Acesso em: 11/09/17.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n. **1.482/97**. Resolve autorizar, a título experimental a realização de cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia, neofaloplastia e ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários. Disponível em: http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/1997/1482_1997.htm. Acesso em: 12/09/17.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n. **1.955/2010**. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a [Resolução CFM nº 1.652/02](#). Disponível em: http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2010/1955_2010.htm. Acesso em: 18/09/16.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n. **1562/2002**. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução GM n. 1482/97. Disponível em: <http://www.gendercare.com/library/cfmtrans.html>. Acesso em: 18/09/16.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n.**1482/1997**. Autoriza, a título experimental, a realização de cirurgia de transgenitalização do tipo

neocolpovulvoplastia, neofaloplastia e ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários como tratamento dos casos de transexualismo. Disponível em: http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/1997/1482_1997.htm. Acesso em: 18/09/16.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Nota técnica sobre o processo transexualizador e demais formas de assistência às pessoas trans. Distrito Federal, 2013. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/09/Nota-t%C3%A9cnica-processo-Trans.pdf>. Acesso em: 23/05/2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução nº1, de 29 de janeiro de 2018. Estabelece normas de atuação para as psicólogas e para os psicólogos em relação às pessoas transexuais e travestis. Disponível em: <http://www.bsgestaopublica.com.br/index.php/resolucaocfp1>. Acesso em: 23/05/2018.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução n. 466/12, de 12 de dezembro de 2012.** Brasília, 2012. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html. Acesso em: 12/09/17.

CONSULTOR JURÍDICO - CONJUR. STF autoriza pessoa Trans a mudar de nome sem cirurgia ou decisão judicial. 2018. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2018-mar-01/stf-autoriza-trans-mudar-nome-cirurgia-ou-decisao-judicial>. Acesso em: 06/06/18.

DANNER, Fernando; OLIVEIRA, Nythamar F. de. Michel Foucault e a Modernidade: A Emergência do Estado Liberal e a Instauração da Biopolítica. Rio Grande do Sul, 2010. Disponível em: http://www.academia.edu/3015367/Michel_Foucault_ea_Modernidade_a_Emerq%C3%Aancia_do_Estado_Liberal_ea_Instaura%C3%A7%C3%A3o_da_Biopol%C3%ADtica. Acesso em: 06/06/18.

DERBLI, Márcio. Uma breve história das revisões do DSM. **ComCiência**. Campinas, n. 126, 2011.

DOMINGOS, Cleverson de O. Corpo, Cultura e Heteronormatividade: Ensaio sobre a educação dos corpos. **Periódico Científico Outras Palavras**. v.1, n.2, p. 14-24, 2015. Disponível em: <http://revista.faculdadeprojecao.edu.br/index.php/Projecao5/article/view/558/487>. Acesso em: 18/09/16.

DRUMOND, Lorena B. Fonoaudiologia e Transgenitalização: A voz no processo de reelaboração da identidade social do transexual. **ABRAPSO**.

Online, 2009. Disponível em: http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/161.%20fonoaudiologia%20e%20transgenitaliza%C7%C3o.pdf. Acesso em: 12/09/17.

DURATESTON. Responsável Técnico: Cristina Matushima. São Paulo: Shering-Plough. Bula de Remédio.

FACCHINI, Regina. Entre compassos e descompassos: um olhar para o “campo” e para a “arena” do movimento LGBT brasileiro. **BAGOAS**. Campinas, n.4, p. 131-158, 2009.

FILHO, Serafim B.S; BARROS, Maria E. B. de; GOMES, Rafael da S. A Política Nacional de Humanização como Política que se Faz no Processo de Trabalho em Saúde. **Interface – comunic., Saúde, Educ.** Espírito Santo, v.13, n.1, p. 603-613, 2009.

FLACSO BRASIL. **Evasão Escolar entre Travestis é bem maior**. 2016. Disponível em: <http://flacso.org.br/?p=15833>. Acesso em: 06/06/18.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FOUCAULT, Michel. **As palavras e as coisas**. São Paulo: Martins Fonte, 2016.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 1999.

GALI, Rafael A; VIEIRA, Elizabeth M; GIAMI, Alain; SANTOS, Manoel A. dos. **Corpos Mutantes, Mulheres Intrigantes: Transexualidade e Cirurgia de Redesignação Sexual. Psicologia: teoria e pesquisa**. Brasília, v.29, n.4, p.447-457, 2013.

GIL, Antonio.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIONGO, Carmen R; MENEGOTHO, Lisiane M. de O; PETERS, Simone. **Travestis e Transexuais Profissionais do Sexo: Implicações da Psicologia**. Psicologia, Ciência e Profissão. Brasília, v.32, n. 4, p. 1000-1013, 2012.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: Notas Sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada**. Tradução: Mathias Lambert. Data de digitalização: 2004. Data da publicação original: 1963. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3245337/mod_resource/content/1/GOFFMAN%2C%20E.%20Estigma%20notas%20sobre%20a%20manipula%C3%A7%C3%A3o%20da%20identidade%20deteriorada..pdf. Acesso em: 06/06/18.

GRANT, Carolina. Bioética e transexualidade: O “fenômeno transexual” e a construção do dispositivo da transexualidade (transexualismo) – O paradigma do “transexual verdadeiro” vigente no direito brasileiro. **COLEÇÃO CONPEDI/UNICURITIBA**. Curitiba, v.3, p.88-115, 2014.

JESUS, Jaqueline G. de. **Orientações sobre Identidade de Gênero: Conceitos e Termos**. Brasília, 2012. Disponível em: https://www.sertao.ufg.br/up/16/o/ORIENTA%C3%87%C3%95ES_POPULA%C3%87%C3%83O_TRANS.pdf?1334065989. Acesso em: 06/06/18.

JESUS, Jaqueline, G. de. Transfobia e Crimes de Ódio: Assassinatos de Pessoas Transgênero como Genocídio. In: MARANHÃO Fº, Eduardo Meinberg de Albuquerque (Org.). (In)Visibilidade Trans 2. **História Agora**, v.16, nº 2, pp.101-123, 2013.

JORGE, Roberta J.B; DIÓGENES, Maria A.R; MENDONÇA, Francisco A. da. C; SAMPAIO, Luis R.L; JÚNIOR, Roberto J. Exame Papanicolau: sentimentos relatados por profissionais de enfermagem ao se submeterem a esse exame. **Ciência e Saúde Coletiva**. Fortaleza, v.16, n.5, p. 2443-2451, 2011.

KOSSI, Rafael K. Transexualismo e Psicanálise: Considerações para além da gramática fálica normativa. **A peste**. São Paulo, v.2, n.1, p.199-223, 2010.

LAVILLE, Christian; DIONNE, Jean A. **A construção do Saber: Manual de Metodologia da Pesquisa em Ciências Humanas**. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 1999.

LEITE, André; SANTOS, Claudiene. Cartografias Trans – mapas sobre a apropriação médica da transexualidades. **Clínica e Cultura**. v.5, n.1, p. 50-64, 2016.

LIBLIK, Silvia F.K. A contrassexualidade como superação das dicotomias de gênero. **Estudos Feministas**. Florianópolis, v. 24, n.2, p. 653-656, 2014. Disponível em: file:///C:/Users/mrc_t/Desktop/Disserta%C3%A7%C3%A3o/Educa%C3%A7%C3%A3o/Preciado.pdf. Acesso em: 08/06/18.

LIMA, Fátima; CRUZ, Katheleen T. da. Os processos de hormonização e a produção do cuidado em saúde na transexualidade masculina. **Revista Latinoamericana Sexualidad, Salud y Sociedad**. Rio de Janeiro, n.23, p.162-186, 2016.

LIONÇO, Tatiana. Atenção integral à saúde e a diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. **PHYSIS. Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.43-63, 2009.

LIONÇO, Tatiana. Bioética e Sexualidade: o desafio para superação de práticas correccionais na atenção à saúde de travestis e transexuais. **Série Anis**. Distrito Federal, n.54, p. 1-6, fev/2008.

LIONÇO, Tatiana. Que Direito à Saúde para a População GLBT? Considerando Direitos Humanos, Sexuais, Reprodutivos em Busca da Integralidade e da Equidade. **Saúde Soc**. São Paulo, v.17, n.2, p. 11-21, 2008.

LOURO, Guacira L. Um corpo estranho: ensaios sobre sexualidade e teoria queer. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

LUCON, Neto. Atraídas pelo menor preço, mulheres transexuais vão para Índia para redesignação sexual. NLUCON, 2016. Disponível em: <http://www.nlucon.com/2016/06/atraidadas-pelo-menor-preco-transexuais.html>. Acesso em: 10/09/2017.

LUCON, Neto. OMS irá retirar identidades trans e travesti do capítulo de transtornos mentais. **NLUCON**. São Paulo, 2018. Disponível em: <http://www.nlucon.com/2018/05/oms-retira-identidades-trans-e-travesti.html>. Acesso em: 06/06/18.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marly E.D.A. **Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MATTA, G. C. & MOROSINI, M. V. G. Atenção Primária em Saúde. In: EPSJV **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2006

MELLO, Luiz; BRITO, Walderes; MAROJA, Daniela. Políticas Públicas para população LGBT no Brasil. *Carderno Pagu*. Online, n.39, p. 403-429, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332012000200014. Acesso em: 12/09/17.

MERHY, Elias; FRANCO, Túlio B. Trabalho em Saúde. IN: FIOCRUZ. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: 2006.

MISKOLCI, Richard. A teoria Queer e a sociologia: o desafio de uma analítica da normalização. **Sociologias**. Porto Alegre, v.11, n.21, p. 150-182, 2009.

MISKOLCI, Richard. **Teoria Queer: um aprendizado pelas diferenças**. 2ª edição. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2016.

MORAES, Roque. Análise de conteúdo. **Revista Educação**. Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

NOKAMURA, Henrique. LGBTQ+ Pra que tanta sigla, 2017. Disponível em: <http://blog.educahelp.com/lgbtq-pra-que-tanta-sigla/>. Acesso em: 10/02/2018.

NÚCLEO DE DIREITOS HUMANOS E CIDADANIA LGBT (NUH-UFGM); DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGIA E ARQUEOLOGIA (DAA-UFGM). **Projeto Transexualidades e Saúde: Entre a invisibilidade e a Demanda por Políticas Públicas para Homens Trans**. 2015.

OLIVEIRA, André L. G. **“Somos quem Podemos Ser”: Os homens (trans) brasileiros e o discurso pela (des) patologização da transexualidade**. 2015. Dissertação. Centro de Humanidades. Programa de pós-Graduação em Ciências Sociais. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2015.

OLIVEIRA, Rosana B. G. de; COLLET, Neusa; Vieira, Cláudia S. A Humanização na Assistência à Saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. São Paulo, v.14, n.2, p.277-284, 2006.

Organização Mundial da Saúde. **CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997

PELLIZZARO, Nilmar. Michel Foucault: Um Estudo do Biopoder a Partir do Conceito de Governo. **PERI**. Florianópolis, v.5, n.1, p.155-168, 2013.

PELÚCIO, Larissa M. Travestis, a (re) construção do feminino: gênero, corpo e sexualidade em um espaço ambíguo. **Revista Antropológicas**. São Carlos, v.15, n.1, p.123-154, 2004.

PELÚCIO, Larissa. Toda Quebrada na Plástica – Corporalidade e Contrução de Gênero entre as Travestis Paulistas. **Biblioteca Digital de Periódicos**. São Carlos, p. 97-112, 2005. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/campos/article/view/4509/3527>. Acesso em: 03/10/2017.

PERES, William S. Travestilidades Nômades: A Explosão dos Binarismos e a Emergência *Queering*. Florianópolis, v.20, n.2, p.539-547, 2012.

PERES, Willian S; TOLEDO, Lívia G. Dissidências Existenciais de Gênero: resistências e enfrentamento ao biopoder. **Psicologia Política**. São Paulo, v.11, n.22, p. 261-277, 2011.

PETRY, Analídia R. Mulheres Transexuais e o Processo Transexualizador: experiências de sujeição, padecimento e prazer na adequação do corpo. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Santa Cruz do Sul, v.36, n.2, p.70-75, 2015.

PINTO, Nuno; MOLEIRO, Carla. As experiências de cuidados de saúde de pessoas transexuais em Portugal: Perspetivas de profissionais e utentes. **Psicologia**. Lisboa, v.26, n.1, p. 129-151, 2012.

PINTO, Thiago P; TEIXEIRA, Flávia do B; BARROS, Claudia R. dos S; MARTINS, Ricardo B; SAGGESE, Gustavo S. R; BARROS, Daniel D. de; VERAS, Maria A. de S. M. Silicone Líquido Industrial para Transformar o Corpo: prevalência e fatores associados ao seu uso entre travestis e mulheres transexuais em São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. São Paulo, v.33, n.7, p. 1-13, 2009.

PRECIADO, Beatriz. Multidões queer: notas para uma política dos anormais. **Estudos Feministas**. Florianópolis, v.19, n.1, p. 11-20, 2011.

PRECIADO, Paul B. **Manifesto Contrassexual: Práticas subversivas de identidade sexual**. São Paulo: n-1 edições, 2017.

PRIBERAM. Disforia. **IN:Dicionário Priberam da Língua Portuguesa**. Disponível em: <https://www.priberam.pt/dlpo/>. Acesso em: 12/09/17.

RAMOS, Marise N. Conceitos Básicos sobre Trabalho. IN: FONSECA, Angélica F; STAUFFER, Anakeila de. B. **O processo histórico do Trabalho em Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

REDE TRANS. Monitoramento de Assassinatos. 2017. Disponível em: <http://redetransbrasil.org/assassinatos.html>. Acesso em: 11/09/17.

ROMANO, Valéria F. As Travestis no Programa Saúde da Família da Lapa. **Saúde Soc**. São Paulo, v.17, n.2, p. 211-219, 2008.

ROSSI, Amanda. “Monstro, Prostituta, Bichinha”: como a justiça condenou a 1ª cirurgia de mudança de sexo no Brasil e sentenciou médico à prisão. **BBC – BRASIL**. São Paulo, 2018. Disponível em: <http://www.bbc.com/portuguese/geral-43561187>. Acesso em: 06/06/18.

RUSSO, Jane; Venâncio, Ana T. A. Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund**. v. 9, n.3, p.460-483, 2006.

SAMPAIO, Liliana L. P; COELHO, Maria T. A. D. Aspectos Psicológicos e Novas Demandas ao Setor de Saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**. São Paulo, v.16, n.42, p.637-649, 2012.

SANTOS, Ailton da S. Problematizando o acesso e o acolhimento de travestis e mulheres transexuais nos serviços de saúde. **III Seminário Internacional Enlaçando Sexualidades**. Salvador, 2013.

SANTOS, Chopely G. P. dos. Saúde?! Completo bem-estar psicossocial de um indivíduo: tudo o que uma pessoa trans não possui. IN: BRASIL. Ministério da Saúde. **Transexualidade e Travestilidade na Saúde**. Distrito Federal: 2015.

SCHAREIBER, Lília B.; MOTA, André; NOVAES, Hillegonda M.D. Tecnologias em saúde. IN: PEREIRA, Isabel B.; LIMA, Júlio C. F. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2ª edição. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

SILVA, Alessandro S. da; BARBOZA, Renato. Diversidade Sexual, Gênero e Exclusão Social na Produção de Consciência Política das Travestis. **Athenea Digital**. n. 8, p. 27-49, 2005. Disponível em: <https://ddd.uab.cat/pub/athdig/15788946n8/15788946n8a2.pdf>. Acesso em: 18/09/16.

SILVA, Maria J. P. da. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. **Rev, Bioética**. São Paulo, v.10, n.2, p.73-88, 2002.

SILVA, Rodrigo G. L. B. da; BEZERRA, Waldez C; QUEIROZ, Sandra B. de. Os impactos das identidades transgênero na sociabilidade de travestis e mulheres transexuais. **Rev. Ter. Ocup. Univ**. São Paulo, v. 26, n.3, p. 364-372, 2015.

SIMPSON, Keila. Transexualidade e Travestilidade na Saúde. IN: BRASIL. Ministério da Saúde. **Transexualidade e Travestilidade na Saúde**. Distrito Federal: 2015.

SOUSA, Eduardo S. S; VIANA, Alba J.B; VALE, Jhonatan, M. do. Os Homens Trans e a Corporeidade: o complexo fenômeno da busca do sujeito social masculino. IN: BRASIL. Ministério da Saúde. **Transexualidade e Travestilidade na Saúde**. Distrito Federal: 2015.

SOUSA, Heloisa A. de; BERNARDO, Márcia H. TRANSEXUALIDADE: as conseqüências do preconceito escolar para a vida profissional. Bagoas. Campinas, n.11, p. 157-175, 2014.

TAGLIAMENTO, Grazielle. **(IN)Visibilidades Caleidoscópicas: Perspectivas das Mulheres Trans Sobre o Seu Acesso À Saúde Integral**. 2012. Tese. Programa de Pós-graduação em Psicologia (Área de Concentração: Psicologia Social). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2012.

TAGLIAMENTO, Grazielle. Direitos Humanos e a Saúde. IN: BRASIL. Ministério da Saúde. **Transexualidade e Travestilidade na Saúde**. Distrito Federal: 2015.

VELHO, Indiara. **Efeitos da Terapia Hormonal com Testosterona sobre IMC, Pressão Arterial e Perfil Laboratorial em Homens Transgêneros: Uma Revisão Sistemática e Meta-Análise**. 2016. Dissertação. Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2016.

APÊNDICE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Termo de Consentimento para Uso de Imagem e Som de Voz (TCUIV)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) TERMO DE CONSENTIMENTO PARA USO DE IMAGEM E SOM DE VOZ (TCUISV)

Título da pesquisa: Acesso das/dos Transexuais às Tecnologias em Saúde: Profissionais do Sistema Único de Saúde em Questão.

Pesquisador(es/as) ou outro (a) profissional responsável pela pesquisa, com Endereços e Telefones:

Michelle Rodrigues Cardoso – Pesquisadora Responsável – Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Tecnologia da Universidade Tecnológica Federal do Paraná – PPGTE/UTFPR. Endereço: Av. Sete de Setembro, 3165 - Rebouças CEP 80230-901 - Curitiba - PR - Brasil - Telefone : +55 (41) 3310-4545 - E-mail : [REDACTED]

Nanci Stancki da Luz – Professora Orientadora – Programa de Pós- Graduação em Tecnologia da Universidade Tecnológica Federal do Paraná - PPGTE/UTFPR. Endereço: Av. Sete de Setembro, 3165 - Rebouças CEP 80230-901 - Curitiba - PR - Brasil - Telefone : +55 (41) 3310-4545 - E-mail : [REDACTED]

Local de realização da pesquisa:
[REDACTED]

Endereço, telefone do local:
[REDACTED]

INFORMAÇÕES AO PARTICIPANTE

1. Apresentação da pesquisa.

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “Acesso das/dos Transexuais às Tecnologias em Saúde: Profissionais do Sistema Único de Saúde em Questão”. Este estudo se trata de uma reflexão sobre a possível dicotomia entre a elaboração de políticas públicas e novas tecnologias para o atendimento da população transexual e sua aplicação prática na rede de saúde.

2. Objetivos da pesquisa.

Nesse estudo temos como principal objetivo analisar quais fatores culturais, sociais e as condições de trabalho que influenciam na atuação das equipes do Sistema Único de Saúde (SUS) e que levam os profissionais da área da saúde a acolherem e encaminharem, ou não, as/os transexuais para os serviços de saúde especializados. Também pretendemos investigar como os profissionais inseridos no âmbito do SUS acessam e interpretam a produção de novas tecnologias ao atendimento dessa população e identificar as principais vias de encaminhamento das/dos transexuais para atendimentos especializados na rede pública de saúde.

3. Participação na pesquisa.

Caso aceite participar dessa pesquisa você responderá a um questionário auto-aplicável com perguntas que apresentam a finalidade de obter dados sociais e educacionais. Após responder esse questionário você participará de uma entrevista guiada por perguntas pré-estabelecidas relacionadas ao acesso a sua formação, relações de trabalho e tecnologias em saúde voltadas ao atendimento das/dos transexuais. O conteúdo dessa entrevista terá o seu áudio gravado e o tempo estimado para o término da entrevista é de 20 minutos.

4. Confidencialidade.

Os dados obtidos através do questionário, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, gravação e transcrição das entrevistas serão mantidos em arquivo único e ficarão em posse da pesquisadora Michelle Rodrigues Cardoso e da orientadora Nanci Stancki da Luz.

Para assegurar o caráter anônimo da pesquisa as identidades serão protegidas por codinomes de escolha da entrevistada (o) e manteremos um registro de inclusão das/dos participantes e demais documentos assinados de maneira sigilosa.

As entrevistas e demais documentos submetidos a publicações e eventos científicos não constarão o nome das participantes, e serão apenas identificados com o codinome acordado anteriormente. Também asseguramos que as participantes receberão uma via original do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Consentimento para Uso de Imagem e Som de voz assinado e rubricado.

5. Riscos e Benefícios.

5a) Riscos: Esta pesquisa poderá acarretar constrangimento e cansaço. Buscando reduzir a probabilidade de danos de ordem física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual das/dos participantes da pesquisa você será informado(a) sobre o conteúdo da pesquisa no momento do recrutamento, caso alguma questão cause constrangimento você poderá se recusar em responder qualquer pergunta ou encerrar a sua participação a qualquer momento.

5b) Benefícios: Quanto aos benefícios serão indiretos, espera-se contribuir para reflexão sobre as barreiras e facilitadores encontrados pelos profissionais da

área da saúde em relação aos cuidados de forma integral com a saúde das pessoas transexuais. Esta pesquisa também poderá beneficiar futuramente as usuárias e os usuários transexuais do Sistema Único de Saúde, através de indicativos para elaboração de novas práticas para melhoria da assistência em saúde.

6. Critérios de inclusão e exclusão.

6a) Inclusão: Nesta pesquisa serão incluídos profissionais da área da saúde de [REDACTED]

6b) Exclusão: Serão excluídas da pesquisa profissionais com idade abaixo de 18 anos e/ou que não concluíram o curso técnico ou graduação, bem como, os profissionais que se encontram afastados devido a licenças médicas e profissionais já aposentados.

Direito de sair da pesquisa e a esclarecimentos durante o processo.

A/o participante poderá solicitar esclarecimentos em qualquer etapa da pesquisa. Também poderá encerrar a sua participação e retirar seu consentimento a qualquer momento sem penalização.

Você pode assinalar o campo a seguir, para receber o resultado desta pesquisa, caso seja de seu interesse :

() quero receber os resultados da pesquisa (email para envio : _____)

() não quero receber os resultados da pesquisa

7. Ressarcimento e indenização.

A participação nesta pesquisa apresenta caráter voluntário, portanto não será pago nenhum valor e não haverá custos relacionados aos procedimentos desse estudo ao participante. Caso ocorra algum dano associado ou decorrente da pesquisa o participante receberá indenização para reparação do dano conforme a Resolução CNS nº466, de 12 de dezembro de 2012.

ESCLARECIMENTOS SOBRE O COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA:

O Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (CEP) é constituído por uma equipe de profissionais com formação multidisciplinar que está trabalhando para assegurar o respeito aos seus direitos como participante de pesquisa. Ele tem por objetivo avaliar se a pesquisa foi planejada e se será executada de forma ética. Se você considerar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como você foi informado ou que você está sendo prejudicado de alguma forma, entre em contato com o Comitê

de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Tecnológica Federal do Paraná (CEP/UTFPR). **Endereço:** Av. Sete de Setembro, 3165, Bloco N, Térreo, Bairro Rebouças, CEP 80230-901, Curitiba-PR. **Telefone:** (41) 3310-4494, **e-mail:** coep@utfpr.edu.br.

B) CONSENTIMENTO

Eu declaro ter conhecimento das informações contidas neste documento e ter recebido respostas claras às minhas questões a propósito da minha participação direta (ou indireta) na pesquisa e, adicionalmente, declaro ter compreendido o objetivo, a natureza, os riscos, benefícios, ressarcimento e indenização relacionados a este estudo. Após reflexão e um tempo razoável, eu decidi, livre e voluntariamente, participar deste estudo, permitindo que os pesquisadores relacionados neste documento obtenham gravação de voz de minha pessoa para fins de pesquisa científica/educacional. As fotografias, vídeos e gravações ficarão sob a propriedade do grupo de pesquisadores pertinentes ao estudo e sob sua guarda. Concordo que o material e as informações obtidas relacionadas a minha pessoa possam ser publicados em aulas, congressos, eventos científicos, palestras ou periódicos científicos. Porém, não devo ser identificado por nome ou qualquer outra forma.

Estou consciente que posso deixar a pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

Nome Completo: _____
 RG: _____ Data de nascimento: __/__/____
 Telefone: _____
 Endereço: _____
 CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____
 Assinatura: _____ Data: __/__/____

Eu declaro ter apresentado o estudo, explicado seus objetivos, natureza, riscos e benefícios e ter respondido da melhor forma possível às questões formuladas.

Nome completo: _____
 Assinatura pesquisador (a): _____ Data: __/__/____

Para todas as questões relativas ao estudo ou para se retirar do mesmo, poderão se comunicar com Michelle Rodrigues Cardoso, via e-mail _____ ou telefone _____

Contato do Comitê de Ética em Pesquisa que envolve seres humanos para denúncia, recurso ou reclamações do participante pesquisado:
 Comitê de Ética em Pesquisa que envolve seres humanos da Universidade Tecnológica Federal do Paraná (CEP/UTFPR)