

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Patricia dos Santos Moquedace

Pessoas Transexuais e Travestis em uma unidade de referência da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro: estratégia em saúde para facilitação do acesso no atendimento

Rio de Janeiro

2022

Patricia dos Santos Moquedace

Pessoas Transexuais e Travestis em uma unidade de referência da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro: estratégia em saúde para facilitação do acesso no atendimento

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração de Políticas Públicas, Gestão em Cuidado em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Elvira Maria Godinho de Seixas Maciel.

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: Transsexuals and Transvestites in a reference unit of the Health Department of Rio de Janeiro: Health strategy to facilitate access to care

M826p Moquedace, Patricia dos Santos
Pessoas Transexuais e Travestis em uma unidade de referência da Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro: Estratégia em saúde para facilitação do acesso no atendimento / Patricia dos Santos Moquedace. -- 2022.
133 f.

Orientadora: Elvira Maria Godinho de Seixas Maciel.
Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública), Rio de Janeiro, 2022.
Bibliografia: f. 99-111.

1. Acesso aos Serviços de Saúde. 2. Transexualidade. 3. Travestilidade.
4. Atenção à Saúde. 5. Atenção Primária à Saúde. I. Título.

CDD - 362.1

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Responsável pela Biblioteca de Saúde Pública: GLAUCE - CRB-7-5642

Patricia dos Santos Moquedace

Pessoas Transexuais e Travestis em uma unidade de referência da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro: estratégia em saúde para facilitação do acesso no atendimento

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração de Políticas Públicas, Gestão em Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 12 de setembro de 2022.

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Janaina Pinto Janini
Secretaria de Estado de Saúde - Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione

Prof. Dr. Aldo Pacheco Ferreira
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública

Prof.^a Dra. Elvira Maria Godinho de Seixas Maciel (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública

Rio de Janeiro

2022

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, ao Mestre Jesus e aos meus mentores pela proteção espiritual e intuição para realização desta dissertação.

A Clives (*in memorian*) e Marly, meus queridos pais, pela oportunidade da vida e esforços para me proporcionar uma boa educação desde a infância. Ao meu tio Adhemar (*in memorian*), pelo incentivo e vibração constante pela minha evolução acadêmica e profissional. À toda minha família, pelo apoio e por entender a ausência em muitos encontros.

À minha filha Fernanda, minha amiga, incentivadora de todos os meus projetos. Ao meu genro Guilherme, pelo auxílio na formatação de tabelas. Ao Roberto, meu companheiro, que sempre torceu pelo meu crescimento profissional, entendendo todas as minhas ausências. À minha enteada Roberta, pelas trocas de experiências na área de saúde.

À direção do IEDE/RJ, na pessoa do Dr. Almar Bastos e Dra. Karen de Marca, por permitir a realização desse trabalho e o acesso aos dados do instituto. Ao Dr. José Mauricio Braga, do Comitê de Ética do IEDE /RJ pela orientação necessária para atendimento às normas éticas de pesquisa.

Aos colegas do AMIG do IEDE/RJ, Amanda Laudier, Andressa Martins, Brenda Sabaine, Juliana Sodré, Luísa Novo, Rafael Metri, pelo trabalho e aprendizado multidisciplinar contínuo.

Às minhas colegas do Serviço Social do IEDE/RJ, Angélica Pimenta, Cynthia Martins, Indaiara Cesário, Marcely Gatscher, Raquel Veloso, Rogéria Costa, Thais Monteiro, Thatyane Pelodan e Vanessa Costa, pela vibração positiva e por “segurarem o plantão” muitas vezes para que eu pudesse assistir as aulas do mestrado. Ao colega da Ouvidoria do IEDE/RJ Assistente Social Dioniso Cristóvão pelo constante encorajamento e carinho.

Ao colega Diogo Santos do Centro de Estudos e Aperfeiçoamento do IEDE/RJ, que de forma sempre atenciosa ajudava a resolver questões de informática por ocasião das aulas *on-line*.

A Professora Doutora Elvira Maciel, pela dedicada orientação, pelas trocas, parceria e respeito em sugerir as mudanças necessárias na minha dissertação.

Aos Professores Aldo Pacheco, Maria Helena Barros e Marcia Brasil, por me honrarem em aceitar compor a banca de defesa desse estudo.

A Professora Doutora Janaína Janini, amiga e companheira de trabalho, exemplo de profissional engajada e comprometida e que me fez ter uma visão diferenciada da Enfermagem. Agradeço ao estímulo e importantes dicas para a concretização dessa tarefa.

As professoras e professores do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Pública da ENSP/FIOCRUZ, por transmitirem os seus conhecimentos de forma respeitosa, sem nenhuma imposição ou vaidade e que contribuíram em muito para o meu crescimento acadêmico e profissional.

Agradeço às minhas e meus colegas de mestrado, que sempre se dispuseram a ajudar em várias situações desde uma palavra incentivadora até o compartilhamento de material bibliográfico e pelas brincadeiras que suavizaram as naturais angústias e incertezas do período inicial de pesquisa.

Agradeço à Juslaine Tonin pela incansável tarefa relacionada à normatização de pré e pós-defesa da dissertação.

Agradeço principalmente às usuárias, aos usuários e participantes que permitiram a realização desse estudo, pela oportunidade de conhecer as suas trajetórias de vida e por confiarem neste trabalho.

Este estudo se destina a vocês e aos que ainda vão chegar com a criação de novos procedimentos no âmbito da saúde pública voltados à isonomia e melhoria na assistência no âmbito do Processo Transexualizador no Rio de Janeiro.

“Não sou homem. Não sou uma mulher. Não sou heterossexual. Não sou homossexual. Tampouco sou bissexual. Sou um dissidente do sistema sexo-gênero. Sou a multiplicidade dos cosmos encerrada num regime político e epistemológico binário gritando diante de vocês” (PRECIADO, 2020, p. 28).

RESUMO

A Portaria nº 2803/2013, que redefine e amplia o processo transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS), traz, como diretriz, a assistência integral à saúde das pessoas transexuais e travestis. No entanto, o que se percebe é que poucas pessoas conseguem ter o acesso à saúde, direito humano fundamental assegurado e garantido por lei, fundamentado no princípio da igualdade. Diante disso, objetivo geral deste estudo foi conhecer as narrativas de vida das pessoas transexuais e travestis assistidas no Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione (IEDE), com ênfase no acesso à saúde para acompanhamento hormonal na unidade de referência estadual. Como método, foi utilizada a pesquisa qualitativa e descritiva, que consistiu em duas etapas: as entrevistas, de uma forma particular, que se deram através das narrativas de vida de Daniel Bertaux e a caracterização do perfil sociodemográfico das pessoas transexuais e travestis atendidas pelo Serviço Social no Ambulatório Multidisciplinar de Identidade de Gênero (AMIG). Foram entrevistadas 16 pessoas, dentre elas: 6 mulheres transexuais, 2 travestis e 8 homens transexuais, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para a caracterização do perfil foram coletados os dados dos prontuários de 458 pessoas. Nos resultados e discussão, identificou-se a dificuldade no acesso associados à falta de qualificação dos profissionais de saúde para o acolhimento e regulação, a falta de um protocolo padronizado para regulação, a rotatividade dos profissionais da atenção primária de saúde, e a centralização do atendimento realizado pela unidade de referência. Em conclusão, percebeu-se a necessidade da elaboração de protocolo de prioridades visando à equidade na regulação, a educação permanente dos profissionais da Atenção Primária à Saúde, objetivando a mudança de paradigma baseado no binarismo e a descentralização do acompanhamento hormonal dentro do Processo Transexualizador.

Palavras-chave: acesso; transexualidade; assistência à saúde de pessoas transexuais e travestis no SUS.

ABSTRACT

Ordinance nº 2803/2013, which redefines and expands the transsexualization process in the Brazilian Unified Health System brings, as a guideline, comprehensive health care for transsexuals and transvestites. However, what is perceived is that few people manage to have access to health, a fundamental human right guaranteed and guaranteed by law, based on the principle of equality. The general objective of the study was to know the life narratives of transsexuals and transvestites assisted at the Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione (IEDE) - with an emphasis on health access for hormonal monitoring at these state reference unit. As a method, a qualitative, descriptive research was used, which consisted of two stages: the interviews, in a particular way, which took place through the life narratives of Daniel Bertaux and the characterization of the sociodemographic profile of the transsexuals and transvestites attended for Social Work at the Multidisciplinary Gender Identity Outpatient Clinic. Sixteen people were interviewed, among them: 6 transsexual women, 2 transvestites and 8 transsexual men, through the signing of the Free and Informed Consent Term. For the characterization of the profile, data were collected from the medical records of 458 people. The results and discussion identified the difficulty in access associated with the lack of qualification of health professionals for reception and regulation, the lack of a standardized protocol for regulation, the rotation of primary health care professionals, and the centralization of care to be performed by the reference unit. In conclusion, the need for the elaboration of a protocol of priorities was perceived, aiming at equity in the regulation, the permanent education of Primary Health Care all professionals with the purpose the change of paradigm based on binarism and the decentralization of hormonal monitoring within the transsexualization process.

Keywords: access; transsexuality; health care for transsexuals and transvestites in the Brazilian Unified Health System.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Tipos de acesso e fatores relacionados às pessoas transexuais e travestis e as unidades de atendimento.....	35
Figura 2 -	Classificação por cores do Protocolo de Manchester.....	38
Figura 3 -	Recorte da lista de espera no Ambulatório de 1ª vez em Endocrinologia para hormonização-saúde-trans-jan. 2022.....	39
Figura 4 -	Informações às(aos) usuárias(os) sobre atualização da lista de espera da Regulação SER-Maio de 2022.....	40
Figura 5 -	Recorte da lista de espera no Ambulatório de 1ª vez em Endocrinologia para hormonização-saúde-trans-Jun.2022.....	41
Figura 6 -	Fluxo de Análise das Narrativas.....	56
Figura 7 -	Recomendação do SER à APS no caso do processo transexualizador.....	90

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das pessoas transexuais e travestis atendidas no IEDE de 2015 a 2021, segundo gênero autodeclarado.....	123
Tabela 2 - Distribuição das pessoas transexuais e travestis atendidas no IEDE de 2015 a 2021, segundo país, região e naturalidade.....	123
Tabela 3 - Distribuição das pessoas transexuais e travestis atendidas no IEDE de 2015 a 2021, segundo local de residência por município/estado e região administrativa de saúde.....	123
Tabela 4 - Distribuição etária das pessoas transexuais e travestis atendidas no IEDE de 2015 a 2021.....	124
Tabela 5 - Distribuição das pessoas transexuais e travestis atendidas no IEDE de 2015 a 2021, segundo raça /cor autodeclarada.....	124
Tabela 6 - Distribuição das pessoas transexuais e travestis atendidas no IEDE de 2015 a 2021, segundo estado civil.....	124
Tabela 7 - Distribuição das pessoas transexuais e travestis atendidas no IEDE de 2015 a 2021, segundo escolaridade.....	125
Tabela 8 - Distribuição das mulheres transexuais e travestis atendidas no IEDE de 2015 a 2021, segundo escolaridade raça/cor.....	125
Tabela 9 - Distribuição das pessoas transexuais e travestis atendidas de 2015 a 2021, segundo situação funcional.....	125
Tabela 10 - Distribuição das pessoas transexuais e travestis atendidas no IEDE de 2015 a 2021, sem vínculo empregatício, segundo raça/cor autodeclarada.....	126
Tabela 11 - Distribuição das pessoas transexuais e travestis atendidas no IEDE de 2015 a 2021, segundo renda (em salários mínimos).....	126
Tabela 12 - Distribuição das pessoas transexuais e travestis atendidas no IEDE de 2015 a 2021, segundo composição familiar.....	126
Tabela 13 - Distribuição das pessoas transexuais e travestis atendidas no IEDE de 2015 a 2021, segundo diagnóstico/problema de saúde autodeclarado.....	126
Tabela 14 - Distribuição das pessoas transexuais e travestis atendidas no IEDE de 2015 a 2021, segundo diagnóstico/problema de saúde com comorbidades autodeclarado.....	127

Tabela 15 - Distribuição das pessoas transexuais e travestis atendidas no IEDE de 2015 a 2021, segundo uso de drogas ilícitas.....	128
Tabela 16 - Distribuição das pessoas transexuais e travestis atendidas no IEDE de 2015 a 2021, segundo relato de violência sexual.....	128
Tabela 17 - Distribuição das pessoas transexuais e travestis atendidas no IEDE de 2015 a 2021, segundo ano de requalificação civil.....	128
Tabela 18 - Caracterização das(os) participantes da entrevista.....	129
Tabela 19 - Temas emergentes nas narrativas de vida apreendidos das falas das(os) participantes da entrevista.....	129
Tabela 20 - Tempo de chegada no IEDE – Média e Mediana.....	73
Tabela 21 - Apresentação da análise comparativa das(os) participantes. Rio de Janeiro, 2022.....	131
Tabela 22 - Peso faixa etária (IBGE, adaptado).....	92
Tabela 23 - Peso por tempo de espera.....	92
Tabela 24 - Peso por situação de deficiência (física, visual, auditiva, múltipla).....	93
Tabela 25 - Situação atual por usuário(a), meramente ilustrativa para atendimento da proposta.....	93
Tabela 26 - Correção da posição na fila em função dos pesos.....	94
Tabela 27 - Correção da posição na fila por tempo de espera nos casos de empate de pesos situação final.....	94

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AMIG	Ambulatório Multidisciplinar de Identidade de Gênero
AMPASA	Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde
APA	Associação de Psiquiatria Norte-Americana
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CID	Código Internacional de Doenças
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CRFB	Consolidação da República Federativa do Brasil
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IEDE	Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
GM/MS	Gabinete do Ministro - Ministério da Saúde
HUPE	Hospital Universitário Pedro Ernesto
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgênero
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAD	Política Nacional por Amostra de Domicílio
PNH	Política Nacional de Humanização
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RJ	Rio de Janeiro
SAS/MS	Secretaria de Assistência à Saúde-Ministério da Saúde
SER	Sistema Estadual de Regulação
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS	Unidade Básica de Saúde
UER	Unidade Especializada de Referência
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	REFERENCIAL TEMÁTICO.....	21
2.1	SEXO, GÊNERO E PROCESSO TRANSEXUALIZADOR.....	21
2.1.1	Sexo e sexualidade: breve histórico.....	21
2.1.2	Gênero como conceito identitário.....	24
2.1.3	Processo Transexualizador e Acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS).....	26
2.1.3.1	Sistema Único de Saúde (SUS) - Fundamentos teórico-políticos.....	26
2.1.3.2	SUS: Resgate Constitucional.....	28
2.1.3.3	Processo Transexualizador no SUS e Atenção Primária à Saúde.....	29
2.2	ACESSO E SAÚDE ÀS PESSOAS TRANSEXUAIS E TRAVESTIS.....	33
2.2.1	Conceito e tipos de acesso.....	33
2.2.2	Expectativa sobre o acesso à saúde (e repercussões no atendimento às pessoas LGBTI+).....	36
2.2.3	Rito do acesso à APS até a unidade especializada.....	36
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	42
4	CENÁRIO DE ESTUDO.....	48
4.1	FONTES DE DADOS.....	48
4.1.1	Aspectos ético legais.....	50
5	METODOLOGIA.....	52
5.1	MÉTODO DE NARRATIVA DE VIDA.....	52
5.1.1	Entrevista.....	54
5.1.2	Fluxo de análise das narrativas.....	55
6	RESULTADOS.....	57
6.1	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO..	57
6.1.1	Caracterização das pessoas atendidas.....	57
6.1.2	Caracterização das(os) participantes da entrevista.....	69
6.2	NARRATIVAS DE VIDA.....	70
6.2.1	Análise das entrevistas.....	70
6.2.2	Acessibilidade das pessoas transexuais e travestis nos serviços de saúde: políticas e práticas institucionais.....	71
6.2.3	A capacitação profissional como ferramenta de acesso.....	77

6.3	O PROTAGONISMO DAS PESSOAS TRANSEXUAIS E TRAVESTIS: A IMPORTÂNCIA DA REDE DE APOIO.....	84
6.4	ANÁLISE COMPARATIVA.....	87
6.5	RECOMENDAÇÕES PARA A VIABILIZAÇÃO DOS INSTRUMENTOS GARANTIDORES DE ACESSO.....	89
6.5.1	Protocolo de prioridades para regulação do acesso do Processo Transsexualizador baseado em vulnerabilidades do sujeito e tempo de espera.....	89
6.5.2	Educação permanente para os profissionais de saúde.....	95
6.5.3	Descentralização no atendimento para acompanhamento hormonal no Processo Transsexualizador.....	96
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	97
	REFÊRENCIAS.....	99
	ANEXO A - FICHA DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL.....	112
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE.....	114
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE (DADOS DO PRONTUÁRIO)	117
	APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -TCLE (DISPENSA).....	120
	APÊNDICE D – TABELAS.....	123

1 INTRODUÇÃO

As transformações socioculturais trazidas à tona pelo movimento LGBTI+ e o protagonismo de pessoas transexuais e travestis que tornaram públicas suas histórias possibilitaram frequentes estudos, em diferentes áreas de conhecimento, do tema ‘transexualidade’. Estudos revelam que a produção científica relacionada ao gênero, no Brasil, pode ser atribuída ao interesse apresentado por acadêmicos das Ciências Sociais, da Psicologia Social como também do Serviço Social, dentre outros (TRINDADE, 2016).

O conceito de transexualidade, de um modo geral, pode ser definido, pelo sentimento irreversível de pertencer ao sexo contrário ao que foi genética e morfologicamente estabelecido, ou seja, de quem não se identifica com seus genitais biológicos e suas atribuições socioculturais (GALLI *et al.*, 2013; PERES; TOLEDO, 2011). Falar de transexualidade é desafiante, pois na nossa cultura o ‘normal’ está dentro da ‘ordem da natureza’, ou seja, da concepção binária homem-mulher. As pessoas “transcendem os limites do binarismo fundado na designação sexual pela aparência dos órgãos genitais que acompanha (e, algumas vezes, precede) o nascimento” (ALMEIDA, 2012, p. 514).

Assim, a transexualidade e a travestilidade foram classificadas por organismos internacionais, instituições e associações como categorias diagnósticas do campo da Saúde: ‘Transtorno de identidade de gênero’. Tal classificação está presente no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV), de responsabilidade da Associação de Psiquiatria Norte-Americana (APA), e no Código Internacional de Doenças (CID 10), publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (BENTO; PELÚCIO, 2012).

As políticas públicas brasileiras de apoio às pessoas transexuais evoluíram, notadamente, a partir do final da década de 1980, aliadas ao esforço no combate à epidemia da AIDS pelo Ministério da Saúde e movimentos sociais vinculados à defesa dos direitos à diversidade (BRASIL, 2013c). Houve ainda um avanço expressivo nos direitos a partir da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, um

documento norteador e legitimador das suas necessidades e especificidades, que corroboram com os postulados de equidade previstos na Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB) e na Carta aos Usuários do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2013c, p. 13).

Em âmbito nacional, autarquias também proporcionaram garantias de cuidados às pessoas transexuais, como em 1997, quando o Conselho Federal de Medicina aprovou a

Resolução nº 1482/1997 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1997) que autoriza, a título experimental, a realização de cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia¹ (cirurgia para adequação do fenótipo masculino para o feminino) e neofaloplastia² (cirurgia de adequação do fenótipo feminino para o masculino) (MORAIS; CORTES, 2020) e procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários. Porém, as cirurgias só poderiam ser praticadas em caráter experimental, em hospitais universitários ou hospitais públicos adequados à pesquisa.

A Resolução nº 1.652/2002 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002), que autoriza as cirurgias para a adequação do fenótipo feminino a serem realizadas em hospitais públicos ou privados e a Resolução nº 1955/2010 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010), que igualmente legitima a cirurgia de adequação, retiraram o caráter experimental da cirurgia de neocolpovulvoplastia. A regulamentação dos cuidados em saúde às pessoas transexuais, bem como as bases do tratamento cirúrgico (F 64 - CID-10) de 1999 foram redefinidas pela Resolução nº 2265/20 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2020).

Após longo debate judicial, esse tratamento tornou-se acessível a todos os cidadãos como inalienável direito à saúde, sendo totalmente pago pelo Sistema Único de Saúde-SUS (BRASIL, 2013c), conforme o artigo 196 da Constituição da República Federativa do Brasil (BRASIL, 2010c) que estabelece a Saúde, como:

direito de todos e dever do Estado garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2010c, p. 210).

A Declaração Universal dos Direitos do Homem proclamada pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 1948, representou um marco na história do direito internacional, constituindo avanço extraordinário para a proteção de todos os seres humanos, sem qualquer discriminação de raça, cor, credo ou sexo, tendo inspirado grande parte das constituições nacionais para a positivação de direitos fundamentais dos indivíduos e passado a constituir alicerce para as lutas locais por direitos imprescindíveis ao desenvolvimento livre e igualitário. Ainda no campo do Direito, destacam-se os Princípios de Yogyakarta que reafirmam a aplicação das normas de direitos humanos internacionais às pessoas com orientações sexuais e identidade de gênero diversas, pois nenhum direito e liberdades dessas

¹ Intervenção que busca a construção da vagina, acompanhada de cirurgia plástica para a construção dos pequenos e dos grandes lábios, denominada neocolpovulvoplastia (neocolpoplastia que significa a reconstrução do canal vaginal e neovulvoplastia que significa a reconstrução da vulva).

² Construção do pênis é uma prática autorizada apenas em caráter experimental.

peças deve ser interpretado de forma restrita ou limitada, conforme preconizam as leis e padrões internacionais, regionais e nacionais, uma vez que:

Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. Todos os direitos humanos são universais, interdependentes, indivisíveis e inter-relacionados. A orientação sexual³ e a identidade gênero⁴ são essenciais para a dignidade e humanidade de cada pessoa e não devem ser motivo de discriminação ou abuso (PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA, 2006, p. 7).

A Comissão Interamericana de Direitos Humanos, no relatório ‘Situação dos Direitos Humanos no Brasil’, pontua que o país, apesar de ter registrado importantes avanços, ainda tem um grande desafio quanto à defesa e promoção dos direitos da população LGBTI+ (COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS, 2021).

Em 2015, a OMS publicou estudo denominado ‘*Sexual health, human rights, and the law*’, no qual declarou a dificuldade mundial de acesso aos serviços de saúde por transexuais e concluiu que esta ocorrência causa grave impacto nas condições de saúde mental desses indivíduos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

No campo prático de saúde, o Brasil dispõe de 12 unidades de referência no atendimento às pessoas transexuais e travestis para garantia da transição física pelo SUS (SANTOS, 2020). No estado do Rio de Janeiro existe uma instituição estadual de referência no campo da endocrinologia⁵ apta a atender às necessidades em saúde das pessoas transexuais e travestis que buscam acompanhamento hormonal junto ao Processo Transexualizador.

Por ser referência em saúde na área de Endocrinologia, tal instituição atende pessoas transexuais e travestis e visa à melhoria na sua qualidade de vida. Tal cuidado ocorre desde 1999, antes mesmo do primeiro dispositivo legal do Processo Transexualizador, instituído inicialmente pela Portaria GM/MS nº 1707/08 (BRASIL, 2008a) e posteriormente revogada pela Portaria GM/MS nº 2.803/13 (BRASIL, 2013a). Ressalte-se que esta portaria apresentou uma redefinição e ampliação do Processo Transexualizador no SUS, compreendendo como usuárias(os) de tal processo as(os) transexuais e as travestis. Dessa forma se deu, em 2016, o credenciamento, pelo Ministério da Saúde, do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione- IEDE como unidade de referência na modalidade ambulatorial (BRASIL, 2013a).

Com base na referida portaria, o ambulatório do IEDE faz acompanhamento

³ Compreende-se orientação sexual a atração afetivo-sexual por alguém. Sexualidade. Diferente do senso pessoal de pertencer a algum gênero (JESUS,2012).

⁴ Compreende-se identidade de gênero, como o gênero com o qual uma pessoa se identifica, que pode ou não concordar com o gênero que lhe foi atribuído quando de seu nascimento. Identidade de gênero e orientação sexual são dimensões diferentes e que não se confundem (JESUS,2012).

⁵ Trata-se do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione.

multiprofissional de forma integral e humanizada, com equipe constituída por assistente social, clínico geral, cirurgião plástico, endocrinologista, enfermeira, fonoaudióloga, psicólogo(a), psiquiatra, dentre outros especialistas.

O acesso ocorre pela marcação de consultas através do Sistema Estadual de Regulação (SER). Para realizar o agendamento, as pessoas transexuais e as travestis que moram no município do Rio de Janeiro devem se dirigir à Unidade Básica de Saúde (Postos de Saúde, Clínicas da Família) mais próxima da residência, onde será feita a inclusão no sistema. Para os residentes em outros municípios é preciso procurar a Secretaria Municipal de Saúde da respectiva cidade.

A premissa de que cada vez mais o profissional de saúde deve perceber as subjetividades buscando fazer a diferença na vida das pessoas, principalmente as mais vulnerabilizadas como transexuais e travestis, invisibilizadas por não estarem dentro dos padrões cisheteronormativos vigentes, levou a pesquisadora a interessar-se pelo objeto do estudo: a narrativa de vida das pessoas transexuais atendidas em uma unidade de referência no município do Rio de Janeiro. Duas questões norteadoras se fizeram presentes: “Quem são as pessoas transexuais e travestis que acessam o serviço de saúde do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione-RJ?” e “Como se configura o acesso à saúde para a realização do acompanhamento hormonal prestado às pessoas transexuais e às travestis”?.

Sendo assim a pesquisa foi realizada em duas etapas: 1. a elaboração de um perfil das pessoas atendida no Ambulatório Multidisciplinar de Identidade de Gênero (AMIG) do IEDE por meio da coleta de informações da ficha do Serviço Social anexada aos prontuários das(os) participantes da pesquisa, e 2. entrevistas em que foi utilizado o método das narrativas de vida de Daniel Bertaux.

De acordo com o exposto, este estudo parte da justificativa de que, no Brasil, existem 12 (doze) unidades de Atenção Especializada para o atendimento das necessidades específicas de saúde de pessoas transexuais e travestis, habilitadas pelo Ministério da Saúde pela Portaria nº 457/2008 (BRASIL, 2008b) e 25 unidades ambulatoriais de iniciativa local (SANTOS, 2020). Dentre aquelas, encontram-se no Estado do Rio de Janeiro um Hospital Universitário credenciado pelo Ministério da Saúde para realizar a cirurgia de transgenitalização⁶ e o IEDE, unidade de referência em endocrinologia para realizar o acompanhamento hormonal. No atendimento às pessoas transexuais e travestis na unidade de saúde, que atende a vários territórios, fora e dentro da capital, percebe-se que os entraves ao acesso se encontram em

⁶ Conhecida popularmente como mudança de sexo é feita com o objetivo de adequar o sexo biológico ao gênero de identificação.

todo o estado do RJ.

Embora o IEDE, instituição utilizada como cenário de estudo, realizasse acompanhamento a pessoas transexuais desde 1999, e a primeira portaria referente ao processo transexualizador, publicada em 2008, já incluísse o Serviço Social no atendimento multidisciplinar às pessoas transexuais, somente em 2016 o profissional do Serviço Social compôs efetivamente a equipe, mesma ocasião em que o IEDE foi credenciado pelo Ministério da Saúde na modalidade ambulatorial. A portaria GM/MS nº 2803/2013, em seu artigo 2º, inciso II traz como uma diretriz o trabalho interdisciplinar e multiprofissional (BRASIL, 2013a). Ressalte-se que o “Serviço Social é uma profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho, que realiza sua ação profissional no âmbito das políticas socioassistenciais, na esfera pública e privada, vem a contribuir com a viabilização e garantia de direitos” (PIANA, 2009, p. 1).

As atividades realizadas por esse setor no Ambulatório Multidisciplinar de Identidade de Gênero (AMIG) configuram atuações que envolvem a assistência direta às(aos) usuárias(os) e a familiares e amigos por meio de orientações, encaminhamentos à rede de proteção, participação em reuniões do Comitê de Saúde LGBTI+ e elaboração de pareceres sociais para a cirurgia de transgenitalização.

O acolhimento a essas pessoas vem sendo realizado pelo Serviço Social juntamente com a Enfermagem. Nesse cenário, percebem-se narrativas das pessoas transexuais e travestis no que se refere às dificuldades no acesso e acolhimento ao centro de referência. Cabe destacar que as(os) usuárias(os) desde a atenção primária até a chegada ao AMIG para acompanhamento hormonioterápico aguardam de 6 meses a 3 anos, em média, o que caracteriza iniquidades.

Destarte, conhecer as pessoas transexuais e travestis atendidas no IEDE é conferir visibilidade às suas trajetórias nos serviços de saúde, é valorizar como fonte de informação suas demandas e especificidades, as dificuldades no acesso à unidade de referência, à qual são encaminhadas (no município do Rio de Janeiro) pela atenção primária de saúde, para atendimento ambulatorial especializado. As narrativas contribuíram com os dados demográficos rotineiramente usados no planejamento de ações e serviços de saúde ao darem visibilidade às pessoas transexuais e travestis que demandam acompanhamento hormonioterápico, e ao evidenciar fatores intervenientes no acesso, permitindo a proposição de estratégias que facilitem o mesmo.

Assim, define-se como objetivo geral do estudo conhecer as narrativas de vida das pessoas transexuais e travestis assistidas no IEDE, com ênfase no acesso à saúde para

acompanhamento hormonal na unidade de referência estadual e, como objetivos específicos:

1. caracterizar o perfil socioeconômico e demográfico das pessoas transexuais e travestis assistidas no IEDE;
2. descrever a trajetória e o acesso em saúde das pessoas transexuais e travestis, desde a atenção primária até a unidade de referência estadual no acompanhamento hormonal;
3. destacar as facilidades e dificuldades apresentadas no acesso em saúde no acompanhamento hormonal às pessoas transexuais e travestis e por fim propor a implementação de ações para a melhoria do acesso à saúde.

2 REFERENCIAL TEMÁTICO

Neste capítulo, considerando o objetivo geral do estudo, haverá a discussão sobre o histórico de sexo e sexualidade, bem como o processo transexualizador e o acesso à saúde.

2.1 SEXO, GÊNERO E PROCESSO TRANSEXUALIZADOR

Dentro do proposto, este tópico almeja apresentar um breve histórico sobre sexo e sexualidade, assim como a conceituação de gênero.

2.1.1 Sexo e sexualidade: breve histórico

Para a compreensão da diferença entre sexo e sexualidade é importante destacar como esses conceitos foram modificados ao longo da história. Da Antiguidade até a Renascença, o modelo era o do sexo único, ou seja, o masculino. Tal modelo considerava que a anatomia de homens e mulheres possuíam estruturas comuns. Assim, era considerada a distinção entre ambos, mas os critérios que os diferenciavam sexualmente não eram ancorados na natureza nem na biologia (AMARAL, 2007).

Galeno, proeminente médico de origem grega, pontuou que a diferença entre homens e mulheres consistia no fato da mulher ser uma versão imperfeita do homem ao possuir órgãos sexuais internos e invertidos (STÜLP; MANSUR, 2019).

Obras que fizessem referência à moral dos gêneros fundamentadas na dicotomia anatômica e biológica só foram publicadas no século XVII. Esse panorama mudou no decorrer dos séculos XVIII e XIX, uma vez que "surgiram centenas, senão milhares desses trabalhos nos quais as diferenças sexuais foram sendo articuladas nos séculos que se seguiram" (LAQUEUR; WHATELY, 2001, p. 192).

Importantes transformações na ideia de diferença sexual ocorreram a partir do século XVII, dentre elas a de que o homem como modelo único e perfeito das características humanas fracassou e, com isso, a mulher deixa de ser uma versão inacabada e passa a ter a própria identificação sexual, sem que, contudo, fosse abolida a hierarquia entre os sexos. Em conformidade com a redefinição de papéis que visassem à manutenção da ordem social vigente, a burguesa, bem como para manter o lugar da mulher inferior ao do homem, os sexos, a partir da fundamentação anatômica, foram diferenciados social e culturalmente. Segundo Bento (2006):

O argumento que justificava a exclusão das mulheres na vida pública baseava-se numa suposta fragilidade e na forte emotividade de seu caráter. Para que o novo contrato social fosse efetivado, foi necessário estabelecer um outro: o sexual. Será esse contrato, segundo Pateman (1993), que irá buscar na ciência os fundamentos para justificar a exclusão, embora muitas das descobertas sobre o funcionamento dos corpos, inclusive a dinâmica reprodutiva, fossem aparecer apenas no final do século XIX (BENTO, 2006, p. 114).

Cabe ressaltar a valorização do útero no corpo feminino, passando de um órgão imperfeito para a consagração da nobre função da maternidade. Desse modo, houve um destaque na diferença entre a sexualidade feminina e a masculina, atribuindo-se à mulher uma natureza reprodutiva e desprezando o seu prazer sexual. Nesse sentido, a ciência médica vai legitimar a desigualdade social e política, uma vez que a diferença dos sexos vai se expressar nos corpos femininos sobretudo na anatomia: a) diferenciação dos ossos, b) diferenciação dos nervos, c) diferença do prazer sexual (BENTO, 2006). Além da diferença anatômica entre os sexos, a mulher, devido ao menor nível intelectual, não poderia ter responsabilidade em funções político-econômicas, restando-lhe somente atribuições domésticas.

Os conceitos de sexo, gênero e identidade resultam historicamente de uma construção cultural e política e na atualidade são observados através do "modelo de dois sexos". Não resta dúvida que essa diferença ontológica entre o masculino e feminino suscitou um modelo de sexualidade. Tal modelo é discutido por Foucault (1999) em a *História da Sexualidade I - A vontade de saber*, em que o teórico pontua o surgimento do dispositivo da sexualidade, objeto de saber e poder nos séculos XVII e XVIII, que deu origem ao discurso sobre sexo e o estabelecimento de normas e padrões de identidade sexual. Para o autor, a sexualidade não é um fenômeno natural e nem um atributo do corpo, e sim um produto histórico, marcado por regulações sociais que têm como resultado a instituição de indicadores de normalidade e de categorias para definir as identidades sexuais (AMARAL, 2011).

Um dos indicadores de normalidade está no raciocínio de que existiria um 'verdadeiro sexo', isto é, cada pessoa teria uma essência sexual determinada pela natureza. As formas de controle administrativo dos Estados modernos do século XVIII, as condições jurídicas do sujeito, bem como as teorias biológicas da sexualidade permitiram paulatinamente a recusa da concepção de mistura dos dois sexos em um só corpo e, conseqüentemente, a restrição da livre escolha pela identidade sexual daqueles que apresentavam algum tipo de ambigüidade, como por exemplo o caso de Herculine Barbin, hermafrodita⁷, nascida em 1838, na França. Logo, a Medicina tinha o dever de diagnosticar o único e verdadeiro sexo dos indivíduos com base na natureza, sobretudo quando este apresentava uma aparência ambígua.

⁷ Atualmente o termo utilizado é intersexo em substituição ao termo hermafroditismo.

O discurso sobre o sexo com a instituição de normas e padrões conduziu à psiquiatrização do prazer perverso, por exemplo, com a problematização da homossexualidade. Teve influência também no discurso sobre a sexualidade do século XVIII, reverberando na instituição do saber psiquiátrico. O saber científico sobre os comportamentos ditos perversos foi incorporado pelo discurso médico quando seu significado serviu para estabelecer aquilo que escapava a uma determinada norma da atividade sexual (AMARAL, 2011).

A princípio, as questões relativas aos comportamentos sexuais eram de interesse do campo jurídico com a criminalização dos comportamentos vistos como perversos. Assim, a psicopatologia e, desse modo, o parecer médico era solicitado de forma esporádica. Contudo, com o estudo da sexologia, a sexualidade perversa passou a ser definida pela psiquiatria, a quem coube interpretar situações de depravação e deslocar a conduta da punição para o tratamento. A sexualidade era comandada por um instinto que, se fosse contrário ao natural, era indicador de degeneração.

Trabalhos brasileiros referentes à Sexologia evidenciam uma pluralidade ilimitada de práticas relacionadas às 'perversões sexuais', as quais comportam a sexualidade anômala, como por exemplo: frigidez, necrofilia, voyeurismo, erotismo, fetichismo dentre outras. As sexualidades periféricas são as "inversões sexuais," as práticas sexuais homossexuais. Nesse sentido:

A constituição de sexualidade normais e periféricas denota uma falsa unidade que fragmenta o corpo, uma desunião que reduz sua erogenia. Por isso, quando aparecem outros corpos ou práticas sexuais/eróticas que desafiam a lógica desta gramática, são produzidos, como vimos, dois efeitos políticos: o primeiro é a consideração de não humanidade, o segundo, a abjeção e a repugnância (DÍAZ-BENÍTEZ; FIGARI, 2009, p. 24–25).

Destarte, a medicina, ao se ocupar do campo das perversões, passou a delinear o marco entre o normal e o patológico na seara da sexualidade e com isso deu ensejo à instituição de uma normatividade sexual. Tanto a psiquiatria quanto a sexologia do século XIX possibilitaram à construção de uma psicopatologia que caracterizou como anormais as situações que não se adequavam à norma sexual, e influenciou a formação da ideia de identidade de gênero, ou seja, aquela que pressupõe uma consonância entre sexo biológico, gênero e comportamento sexual.

As primeiras referências sobre transexualismo e outras alterações das características psicosssexuais da personalidade, como por exemplo, a metamorfose psicossocial e o hermafroditismo, surgem da construção de uma semiologia dos comportamentos e identidades

sexuais que estabelecem a conformidade entre identidade de gênero e anatomia (AMARAL, 2011).

O sexólogo Magnus Hirschfeld, em 1910, empregou o termo ‘transexual psíquico’ em referência a travestis fetichistas, termo utilizado novamente em 1949, por Cauldwell que publicou um estudo de caso sobre um transexual masculino que queria se masculinizar. O endocrinologista Harry Benjamin, em 1953, retoma o termo transexual psíquico e aponta a cirurgia como única alternativa terapêutica para as pessoas transexuais. Desse modo Benjamin no artigo ‘Tranvestism and Transexualism’ repudia todo tratamento psicoterápico, especialmente o psicanalítico, da transexualidade e travestismo (CASTEL, 2001). Em seguida, outros estudos foram desenvolvidos para o conhecimento do fenômeno transexual, e na segunda metade do século XX foram realizadas as primeiras cirurgias de transgenitalização, o que assinalou o interesse da medicina pela transexualidade e, posteriormente, sua apropriação pela psiquiatria como o diagnóstico de transtorno psiquiátrico.

2.1.2 Gênero como conceito identitário

A palavra gênero possui conotações literárias e gramaticais conforme varia o idioma. Em inglês, ‘gender’ se refere a gênero, enquanto ‘sex’ se refere a sexo, ou seja, possuem significados diferentes. Contudo, em alemão, as palavras sexo e gênero se equivalem e dão origem a expressão ‘geschlecht’ que além desse significado é traduzida como raça e família. Os estudos sobre a temática “gênero” tiveram início na metade da década de 1970, com a produção em diversas áreas predominantemente de viés feminista, tendo como base a luta das mulheres por direitos iguais aos conquistados pelos homens. Esses estudos também questionam os papéis da mulher como dona de casa, mãe, submissa, sem ambições profissionais diferentes do ‘cargo’ de esposa (SALLES; GONÇALVES; ARAUJO, 2017).

Não resta dúvida que esses estudos foram importantes para o desenvolvimento das discussões, no entanto a focalização na dicotomia nos sexos (homem/mulher) foi tensionada, surgindo várias críticas. Estas críticas eram oriundas de pessoas que se sentiam excluídas, marginalizadas por essa dicotomia (SALLES; GONÇALVES; ARAUJO, 2017). Posteriormente, notadamente nas décadas seguintes, os estudos feministas começaram uma trajetória rumo à inclusão das minorias abordando a violência contra a mulher, as diferenças raciais e de classes, passando a incluir as mulheres brancas e negras, pobres e ricas na discussão da desigualdade nos direitos conquistados de acordo com a raça.

O feminismo, como corrente intelectual, busca denunciar as desigualdades de gênero existentes na sociedade e compreender como as noções de gênero influenciam na configuração cultural, social e econômica. Nesse sentido, Gayle Rubin (2017) escreveu o ensaio ‘Tráfico de Mulheres: notas sobre a economia política do sexo’. A autora afirma que a identidade das mulheres não pode ficar restrita a um atributo biológico como o sexo: isso equivale a dizer que o sexo é um atributo natural passivo no qual os significados culturais se firmam, e que os papéis de homem e mulher são resultados desse sistema de significação. A identidade das mulheres deve ser entendida como um constructo social (RUBIN, 2017; SOUSA, 2019).

Posteriormente, o binômio sexo-gênero sofreu várias críticas por outras leituras feministas. Uma delas está presente nas reflexões de Butler (2018) na obra ‘Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade’, em que deixa evidente que os debates feministas sobre o conceito de gênero permanecem intermináveis e o tema é recorrente. Butler (2018) cita a filósofa Simone de Beauvoir que ressalta o conceito de gênero como não natural, mas como construção cultural. Para Butler, a estrutura binária dos gêneros (feminino e masculino) está relacionada a um quadro de poder ou dominação tão tênue que não se sabe onde começa nem de onde vem. Nessa seara, acredita que o questionamento do binômio relacionado ao gênero levará a uma alteração da configuração e desestabilização de tal poder. Para Butler (2018), a estrutura binária masculino e feminino, denominada de matriz heterossexual, que é tida como exclusiva é, na verdade, imposta. Indaga o que aconteceria ao indivíduo, à estabilidade e à binaridade do gênero, se a presunção de rigidez da matriz heterossexual fosse desmascarada. Assim, sugere o questionamento desse sistema binário a partir da análise do peso carregado pelo sujeito mais atingido, desfavoravelmente, pela criação do gênero - a mulher.

A questão normativa heterossexual afasta o feminino tanto das relações de poder que representam a identidade, como induzem a pessoa ao erro quando recorre a bases supostamente sólidas sobre a noção de identidade singular, ou seja, quando identificam o sujeito de acordo com a sua genitália, socialmente aceita como natural se estiver nos moldes da classificação binária (BUTLER, 2018). A partir da crítica de Butler (2018), novos sujeitos sociais entram em cena (GOMES FILHO; SANTOS; SILVA, 2017) e para além da concepção de mulher universal emergem novas sujeitas do feminino, a saber: mulheres negras, travestis, transexuais, intersexuais, *drags* e demais indivíduos ininteligíveis que adentraram no feminismo, ou melhor, nos feminismos.

Ao aprofundar no conceito identitário, depara-se com o termo cisgênero, utilizado para

referir-se aos indivíduos que se identificam com o sexo biológico com o qual nasceram. Ao contrário, o termo transgênero é definido como um “conceito guarda-chuva que abrange o grupo diversificado de pessoas que não se identificam, em graus diferentes, com comportamentos e/ou papéis esperados do gênero que lhes foi determinado quando de seu nascimento” (JESUS, 2012, p. 12). Embora haja algumas flutuações conceituais a respeito, o termo transgênero usualmente é empregado para referir-se a pessoas que transitam entre as normas de gênero. Nesse grupo diversificado encontram-se as pessoas transexuais que biologicamente nasceram com caracteres físicos relacionados a um gênero, porém se sentem e se compreendem no outro gênero. As travestis também se identificam com o gênero oposto ao do nascimento, contudo não se reivindicam como mulheres da forma com que o *ser mulher* está construído em nossa sociedade (BENEVIDES; NOGUEIRA, 2021).

A diversificação da categoria gênero propiciou significativos avanços no que tange às concepções teóricas sobre transexualidade. Apesar dos registros na seara da saúde mental no século XIX, foi somente no século XX, com a realização das primeiras cirurgias de transgenitalização, também conhecida como redesignação sexual, que se viu a necessidade de aperfeiçoar o conhecimento científico sobre o assunto (VEIGA, 2016).

Desse modo, a diversidade sexual e/ou de identidade de gênero são categorias que não correspondem à estrutura binária. A transexualidade se rebela contra um dos argumentos preponderantes desse sistema, qual seja, a naturalidade das relações homem/pênis e mulher/vagina (GRANT, 2015). O reconhecimento dessa inversão que poderá se dar através da hormonização pela mudança dos caracteres sexuais secundários e a cirurgia de redesignação sexual, ambas feitas no Sistema Único de Saúde.

2.1.3 Processo Transexualizador e Acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS)

Este tópico se encontra subdividido para aprofundar conceitualmente e cotidianamente o papel do SUS no processo transexualizador.

2.1.3.1 Sistema Único de Saúde (SUS) - Fundamentos teórico-políticos

A denominação Sistema Único de Saúde (SUS) tem estreita relação com os processos jurídico-institucionais e administrativos coexistentes com a ideia de universalização do direito à saúde e à rede de instituições compostas por serviços e ações, sendo estas responsáveis pela garantia do acesso aos cuidados em todos os níveis (BAHIA, 2018).

Segundo Bahia (2018), a expressão SUS retrata de forma positiva críticas à organização antiga da assistência médico-hospitalar brasileira. Para a autora, um *sistema* pode ser entendido como conjunto articulado de ações e instituições que visam a um objetivo comum: a possibilidade de provimento de acesso à saúde a determinados grupos específicos. *Único* pelo fato da unificação de dois sistemas, quais sejam, o previdenciário e o do Ministério da Saúde, bem como secretarias estaduais e municipais de saúde. *Saúde* entendida não como ausência de doença e objeto da medicina e sim, segundo as diretrizes da VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, como: “resultante das condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde” (BRASIL, 1986, p. 5).

Desse modo, o SUS foi pensado enquanto intelectuais, entidades representantes de profissionais de saúde, representantes da sociedade civil e movimento estudantil lutavam pela redemocratização do Brasil. Nessa ocasião percebeu-se a necessidade de mudanças teórico-conceituais acerca das ideias sobre as relações entre saúde, Estado e sociedade civil. As lutas contra o regime militar e a defesa das liberdades democráticas convergiram para a formulação da Reforma Sanitária Brasileira, cuja bandeira ‘saúde é democracia’ foi difundida durante a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986).

Assim, esta Conferência, a luta dos movimentos sociais, a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) em 1976, o auxílio de sanitaristas no planejamento de instituições de saúde, bem como o intenso debate entre a sociedade civil e os governantes foram marcantes para a elaboração das diretrizes do SUS e no:

1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Câmara Federal, realizado em outubro de 1979, expressa o sentido de uma "saúde autenticamente democrática" atribuído pelo Movimento Sanitário naquela conjuntura. Este se apoiava, entre outros, no reconhecimento do direito universal e inalienável da saúde, na determinação social do processo saúde e doença e na atribuição do Estado e da coletividade na garantia desse direito (LIMA *et al.*, 2016, p. 1)

Nesse diapasão, a tutela estatal e a efetividade da administração pública, fazem com que o direito à saúde adquira caráter coletivo que será viabilizado pelo SUS, o qual deverá garantir o exercício de tal direito apoiando-se no princípio da universalidade. A integralidade das ações de saúde, a descentralização (com direção única em cada esfera de poder), a participação da sociedade, a regionalização (com atribuições definidas por esfera de governo) e o financiamento compartilhado constituem termos operacionais desse sistema de saúde.

Ademais, a saúde passa a ter relevância pública conforme previsto no artigo 197 da Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB), o qual determina a competência do

poder público para regulamentar, fiscalizar e controlar as ações e serviços de saúde (BRASIL, 2010c). O dispositivo constitucional referente ao SUS foi detalhado em duas leis orgânicas: a Lei nº 8080/90 (BRASIL, 1990a) que enfatiza o direito universal, a descentralização dos serviços, dentre outros, ressaltando as atribuições de cada ente federativo dentro do novo sistema, e a Lei nº 8142/90 (BRASIL, 1990b) que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, bem como as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

2.1.3.2 SUS: Resgate Constitucional

O início dos anos de 1990 foi marcado pela conjuntura contrária aos projetos de base universalista, o que contribuiu para a fragmentação das bases de apoio político e pela não observância das normas sobre as receitas e o orçamento da Seguridade Social, destinada a assegurar os direitos relativos à saúde, previdência e assistência.

O fracionamento da Seguridade Social e, especialmente, o descumprimento à norma constitucional referente ao financiamento de saúde favoreceram para limitar a implementação do SUS. As transferências destinadas à saúde a partir da contribuição sobre a folha de salários foram retiradas pelo Ministério da Previdência e Assistência Social em 1993. A partir de então, houve mobilização da sociedade civil, parlamentares e Ministério Público contra o subfinanciamento da saúde, o que gerou compromissos entre os entes federativos para a estabilização dos repasses, conforme determinado pela Emenda Constitucional nº 29/10 (BRASIL, 2010b). Ressalta-se que houve avanços no que diz respeito à execução dos pactos intergovernamentais objetivando consolidar a descentralização, bem como reorganizar as redes de saúde. Sendo assim, os governos locais possuem papel importante na organização de atenção à saúde.

Não se pode deixar de citar a importância das(dos) representantes das(dos) usuárias(os), das(dos) profissionais de saúde e das(dos) gestoras(es) que possuem instrumentos legais para controlar, fiscalizar e formular as ações das instituições de saúde nos Conselhos de Saúde.

O fato de o SUS ter avançado no conceito de saúde, não inviabiliza a persistência de problemas como elevadas desigualdades econômico-sociais, distorções dos gastos públicos e a subordinação das políticas sociais frente à finalização do orçamento público. Todas estas questões propiciaram a realização do VIII Simpósio da Câmara Federal sobre Política Nacional de Saúde em 2005, congregando a Frente Parlamentar de Saúde e entidades como

ABRASCO, CEBES, Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde (AMPASA) e outras que assinaram um manifesto. Este manifesto foi lançado em Brasília, em ato público realizado na Câmara dos Deputados, visando à defesa da aprovação da Emenda Constitucional nº. 29 e a ampliação do orçamento da saúde em 2006 e ainda:

O Manifesto reafirmou a excelência e a legitimidade dos rumos Constitucionais da construção do SUS, mas constatou, ao mesmo tempo, desvios na sua implementação e também apontou para a necessidade de avanços nas mobilizações e decisões políticas para sua correção (ABRASCO, CEBES, ABRES, Rede UNIDA, AMPASA, 2005, p. 1).

É nodal frisar que iniciativas de criação de um Fórum da Reforma Sanitária na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca e reuniões entre várias instituições de defesa da saúde, como por exemplo, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), a Frente Parlamentar de Saúde, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), proporcionaram a reflexão e a busca de proposta de resgate do SUS constitucional, o que resultou, em 2006, o documento ‘SUS pra Valer: universal, humanizado e de qualidade (BAHIA, 2018).

Por sua vez, as instituições gestoras do SUS, apresentaram novas diretrizes relacionadas à descentralização no “Pacto pela Vida, em Defesa do SUS” e o “Pacto de Gestão”, a saber:

O Pacto pela Saúde de 2006, divulgado pela Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, contempla o compromisso firmado entre as três instâncias federativas de gestão do Sistema único de Saúde (SUS), e estabelece como prioridades o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS. O Pacto pela Saúde reforça o SUS como uma política de Estado que tem seus princípios garantidos na Constituição Federal. É um compromisso entre os gestores do SUS para efetivação de iniciativas que ampliem a mobilização social e promovam a cidadania, favorecendo o acesso e maior qualidade aos serviços de saúde (BRASIL, 2006, p. 7).

Diante do exposto, não resta dúvida de que a saúde é bem jurídico indissociável do direito à vida, e que deve ser tutelada pelo Estado. Quanto às pessoas transexuais e travestis, na garantia do direito de mudar os caracteres sexuais secundários, foram criadas portarias que definiram o Processo Transexualizador no SUS.

2.1.3.3 Processo Transexualizador no SUS e Atenção Primária à Saúde

A atenção primária, outrora denominada básica, como um dos eixos estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS), vivenciou em 2012 um momento especial ao ser assumida como uma das prioridades do Ministério da Saúde e do governo federal. Entre os desafios da época, destacam-se aqueles relacionados ao acesso e ao acolhimento, à efetividade e à

resolutividade das práticas, ao recrutamento, ao provimento e à fixação de profissionais, e de modo mais amplo, às bases de sustentação e legitimidade social. A XIV Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) teve como eixo temático "Acesso e acolhimento com qualidade: um desafio para o SUS" o que possibilitou a elaboração do Caderno de Atenção Básica, nº 28, volume II com o enfoque no acolhimento à demanda espontânea e queixas mais comuns na Atenção Básica, e com o posicionamento concreto de defesa da vida das pessoas (BRASIL, 2012).

O cuidado à demanda espontânea na Atenção Primária deve ser pautado nos princípios do acolhimento e da escuta qualificada à população, alicerçado às boas práticas de atenção com vistas a garantir um atendimento humanizado, resolutivo e que proporcione a criação de vínculo entre as equipes de atenção primária e as pessoas, reconhecendo este ponto como a porta de entrada prioritária e preferencial para as redes de atenção à saúde do SUS (BRASIL, 2012).

O Ministério da Saúde publicou a primeira Portaria GM/MS nº 1.707/08 (BRASIL, 2008a) onde foi instituído o Processo Transexualizador no SUS, posteriormente revogada pela Portaria GM/MS nº 2803/13 (BRASIL, 2013a). A Portaria supracitada foi pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em 31 de julho de 2008. Posteriormente a essa adveio a Portaria da Secretaria de Assistência em Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS) nº 457/08 (BRASIL, 2008b) que aprovou a Regulamentação do Processo Transexualizador no âmbito do SUS e a Portaria GM/MS nº 2.836/11 (BRASIL, 2011a) que institui no âmbito do SUS a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (BRASIL, 2013c).

A Portaria nº 457/08 (BRASIL, 2008c) estabelece normas de credenciamento/habilitação de Unidades de Atenção Especializada para a realização dos procedimentos para atenção à saúde das pessoas com indicação para a realização do Processo Transexualizador. Para tanto, define como Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador a unidade hospitalar que ofereça assistência diagnóstica e terapêutica especializada às pessoas com indicação para a realização do processo transexualizador, incluindo condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados a este tipo de atendimento.

Cabe ressaltar que a remoção cirúrgica de silicone industrial⁸, a atenção especial aos problemas decorrente do uso prolongado de hormônios femininos e masculinos pelas travestis e por pessoas transexuais, bem como a elaboração de protocolos para a rede SUS sobre o uso de hormônios e a garantia do uso do nome social são exemplos de demandas de saúde colocada na arena política pelas travestis constando no Plano Nacional LGBT e na Política Nacional de Saúde Integral de LGBT.

Nessa seara surge a Portaria nº 2803/13 (BRASIL, 2013a) que redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS), cujas diretrizes são:

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

II - trabalho em equipe interdisciplinar e multiprofissional;

III - integração com as ações e serviços em atendimento ao Processo Transexualizador, tendo como porta de entrada a Atenção Básica em saúde, incluindo-se acolhimento e humanização do atendimento livre de discriminação, por meio da sensibilização dos trabalhadores e demais usuários e usuárias da unidade de saúde para o respeito às diferenças e à dignidade humana, em todos os níveis de atenção.

A linha de cuidado da atenção às(aos) usuárias(os) com demanda para a realização das ações no Processo Transexualizador é estruturada pelos seguintes componentes:

I - Atenção Básica: é o componente da Rede de Atenção à Saúde (RAS) responsável pela coordenação do cuidado e por realizar a atenção contínua da população adstrita ou que está sob sua responsabilidade, além de ser a porta de entrada prioritária do usuário na rede;

II - Atenção Especializada: é um conjunto de diversos pontos de atenção com diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações e serviços de urgência, ambulatorial especializado e hospitalar, apoiando e complementando os serviços da atenção básica de forma resolutiva e em tempo oportuno.

O fluxo de encaminhamento à unidade de atenção especializada se dará pela: 1) atenção primária para consulta na atenção especializada; 2) da atenção especializada para consulta em hospital credenciado/habilitado para tal; ou 3) permanência do transexual avaliado nessa mesma unidade (BRASIL, 2013a).

No que tange à assistência prestada pelo IEDE, a porta de entrada para o atendimento ambulatorial para acompanhamento hormonal, no estado do Rio de Janeiro, se dá através da

⁸ Quanto ao silicone industrial, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) proíbe o uso de silicone industrial na utilização de procedimentos estéticos. O silicone industrial não deve nunca ser utilizado no corpo humano por causar riscos à saúde. Tem como finalidade a limpeza de carros e peças de avião, impermeabilização de azulejos, vedação de vidros, entre outras utilidades.

inserção na plataforma de regulação denominada Sistema Estadual de Regulação (SER), via Atenção Primária de Saúde, realizada pelas Clínicas de Família ou Unidades Básicas de Saúde. Após a inserção,⁹ as(os) usuárias(os) aguardam na fila de espera para encaminhamento à unidade de referência ambulatorial.

Atualmente existem 480 (quatrocentas e oitenta pessoas) pessoas transexuais aguardando o acompanhamento hormonioterápico. Tal demora gera várias consequências como automedicação, sofrimento psíquico, violência autoprovocada, ideação suicida, constituindo grave violação aos direitos humanos. Nessa seara, pontua Oliveira *et al* (2019).

As violações ou a falta de atenção aos direitos humanos não apenas contribuem e exacerbam problemas de saúde na população, mas podem ter sérias consequências para a saúde de pessoas com deficiências, populações indígenas, transgêneros, levando a um cenário de risco de maior exposição a violações dos direitos humanos, que, por vezes, abrange tratamentos e procedimentos coercivos ou forçados (OLIVEIRA *et al.*, 2019, p. 11).

Para além do acolhimento humanizado e do encaminhamento para a unidade de referência realizado pela atenção primária de acordo com a Portaria nº 2803 (BRASIL, 2013a), o cuidado integral deveria contemplar o acompanhamento multidisciplinar em hormonioterapia a ser realizada no território, evitando o deslocamento desnecessário das(os) usuárias(os) proporcionando a otimização do atendimento, uma vez que não precisariam aguardar por anos o acompanhamento.

Cabe ressaltar que a Constituição de 1988 (BRASIL, 2010c) no seu artigo 23 informa que é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios:

I - (...);

II - cuidar da saúde e assistência pública...;

Assim, não há o que se deduzir em exclusividade no atendimento preconizado na Portaria 2803 (BRASIL, 2013a), cabendo aos gestores estadual e municipal pactuarem a efetiva descentralização do atendimento, garantindo assim o pleno acesso. A unidade especializada seria utilizada para capacitação e assessoria aos municípios. Entende-se que, com a atual conjuntura, principalmente nos níveis federal e estadual, onde ocorre violação de direitos decorrentes do conservadorismo e fundamentalismo religioso, não há interesse de que essas discussões sejam colocadas em pauta e, sendo assim, fica cada vez mais distante essa possibilidade. Diante do exposto, a mobilização e pressão dos movimentos sociais, notadamente o do segmento das travestis e transexuais, se faz cada vez mais importante.

⁹ O acompanhamento da inserção pode ser visualizado através do site da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/transparencia/aceso-a-informacao/2019/07/14-lista-de-espera-regulacao-ser>. Acesso em: 29 jul. 2022.

2.2 ACESSO E SAÚDE ÀS PESSOAS TRANSEXUAIS E TRAVESTIS

A saúde como direito de todos e dever do Estado encontra materialidade no artigo 196 da CRFB/88 que garante através de políticas sociais e econômicas o acesso universal e igualitário às ações e serviços. Dentre as políticas sociais encontra-se a política de saúde que, através do artigo 197 da CRFB/88, pontua que ações e serviços públicos de saúde constituem um sistema único que tem como diretrizes a universalidade do acesso, a equidade e a integralidade na assistência. Em consonância com essas diretrizes, no decorrer dos anos o Estado implementou diferentes políticas públicas direcionadas para grupos que necessitam de atenção especial dada a vulnerabilidade social, dentre eles, as pessoas transexuais e travestis (PEREIRA; CHAZAN, 2019).

Entretanto, conforme destaca (SANTOS, 2020) não se tem no Estado do RJ uma rede assistencial e organizada destinada às pessoas transexuais e travestis, tendo em vista que:

o estado estipulou o IEDE como única instituição de referência ambulatorial para os 92 municípios e a regulação das quatro novas vagas de atendimentos semanais disponibilizadas se dá pelo sistema de regulação estadual, tendo a atenção primária como porta de entrada, conforme estipulado pelas normativas. No entanto, essa entrada na atenção primária é apenas uma formalização para efetivar a regulação para o atendimento no IEDE. As pessoas não estão sendo cuidadas conforme suas necessidades, sobretudo porque a maioria dos 92 municípios tem feito muito pouco ou nada para assisti-las (SANTOS, 2020, p. 208).

A vulnerabilidade social dessas pessoas faz com que a saúde esteja comprometida por várias condições, tais como: baixa motivação para procurar os serviços de saúde por causa de receios por julgamentos, histórias pregressas de maus tratos e constrangimentos ocorridos, dentre outros motivos, pela falta de conhecimento dos profissionais de saúde sobre questões de saúde que envolvem esse segmento. Essas e outras condições dificultam o acesso aos serviços e a garantia eficaz da assistência à saúde (FERREIRA; BONAN, 2021).

2.2.1 Conceito e tipos de acesso

O planejamento do acesso tem relevância na medida que é uma etapa a ser considerada na elaboração e implementação de políticas públicas, a fim de melhorar a organização do SUS. Permite identificar fatores limitantes ao acesso como baixa acessibilidade, inexistência de equidade e de acolhimento, ausência de descentralização e regionalização do serviço na atenção à saúde e trabalhar para que não mais ocorram. A acessibilidade diz respeito à oferta de possibilidades de utilização dos serviços de saúde. Para tanto, as barreiras geográficas

(distâncias e tempo entre os serviços de saúde e os usuários), barreiras econômicas (custos implicados), bem como a oferta de serviço e profissionais qualificados para a atenção desejada devem ser vislumbrados de modo que não constituam obstáculos ao acesso (PEREIRA; CHAZAN, 2019).

De acordo com Assis e Jesus¹⁰ (2012 apud PEREIRA; CHAZAN, 2019), o acesso aos serviços de saúde é multidimensional, envolvendo aspectos políticos, econômicos, sociais, organizativos, técnicos e simbólicos enfrentados pela população e, muitas vezes, amplificados com relação aos transexuais e as travestis.

Nesse sentido, Unglert (1990) apresenta três dimensões do conceito de acesso: o acesso geográfico (deslocamento até o serviço de saúde incluindo tempo, tipo de transporte e distância); o acesso econômico (custos e gastos para o deslocamento) e o acesso funcional (tipos de ações oferecidas, acolhimento, horários de atendimento).

É importante frisar que um dos principais problemas enfrentados pelo SUS e, conseqüentemente, pelas APS diz respeito às desigualdades de acesso. Este é atributo crucial na APS, eis que sem ele as demais garantias de assistência ficam impossibilitadas de ocorrerem. Para acontecer o acesso equitativo na APS é imprescindível que usuárias(os), trabalhadores e gestores estejam atentos para identificar e solucionar os entraves que tornam invisíveis as demandas em saúde das pessoas transexuais e travestis (PEREIRA; CHAZAN, 2019).

Desse modo, é fundamental refletir sobre o acesso da população aos serviços de saúde de atenção primária e os possíveis fatores que possam favorecer ou dificultar a entrada da(o) usuária(o) no sistema de saúde, além das suas vulnerabilidades (como no caso das pessoas transexuais e travestis). Nesse entendimento, Pereira e Chazan (2019) sinalizam que o cuidado continuado, longitudinal e coordenado dos sujeitos deve ser prestado pela Atenção Primária à Saúde (APS), base organizadora e porta de entrada prioritária da rede de atenção à saúde (RAS). Para esses autores, falar de travestilidade e transexualidade sob a ótica da APS é dar visibilidade a questões que recentemente eram desconhecidas pelas pessoas em geral (PEREIRA; CHAZAN, 2019).

O principal papel do profissional que faz a primeira escuta na classificação de risco é identificar a necessidade das(os) usuárias(os) que buscam a unidade. Após a identificação, as(os) usuárias(os) do serviço deverão ser orientadas(os) sobre o fluxo de cuidado na demanda

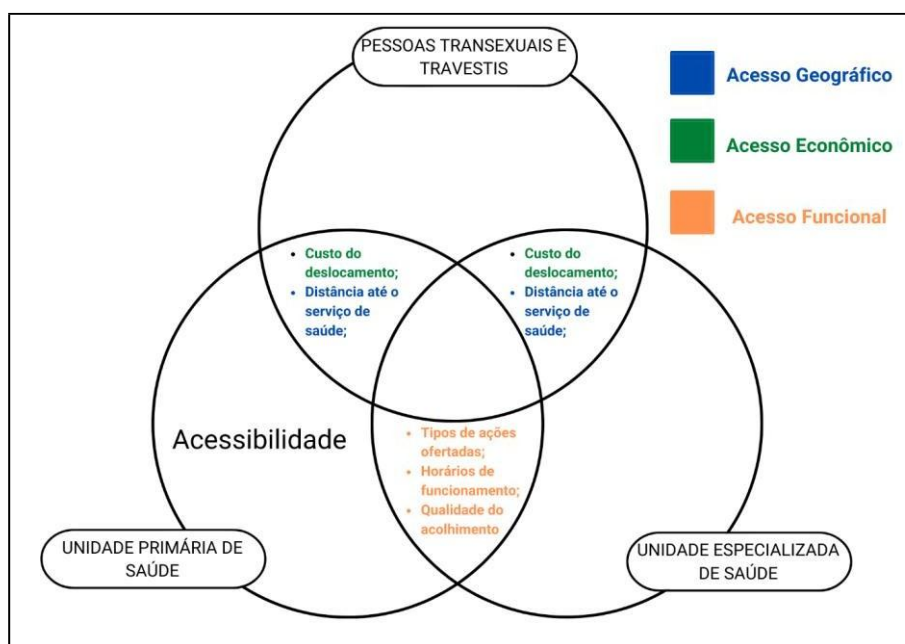
¹⁰ ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/v17n11/v17n11a02.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2022.

espontânea, bem como sobre o processo de trabalho da equipe. Deve esclarecer sobre a possibilidade de diferentes tempos de espera e de manejo de cada caso, tendo em vista diferentes tipos de risco e vulnerabilidades (BRASIL; DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2012).

É importante destacar também a importância das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) que deverão dar apoio matricial às equipes de atenção básica a que estão vinculadas, tanto no que se refere à educação permanente de abordagem, quanto ao manejo dos casos na consolidação de um processo de trabalho que acolha as demandas espontâneas, auxiliando na construção da rede de atenção à saúde relacionada àquela unidade, apoiando a articulação com os serviços de referência, por exemplo, o Centro de Atenção Psicossocial (Caps) (BRASIL; DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2012).

A instituição de mecanismos asseguradores de acessibilidade e acolhimento deve prever a organização e funcionamento do serviço que prime por uma escuta qualificada sem diferenciações excludentes, a fim de minorar danos e sofrimentos, ou ainda se responsabilizar com a resposta não obstante de ser ofertada em outros pontos de atenção da rede (BRASIL, 2015a).

Figura 1 - Tipos de acesso e fatores relacionados às pessoas transexuais e travestis e as unidades de atendimento



Fonte: A autora, 2022

2.2.2 Expectativa sobre o acesso à saúde (e repercussões no atendimento às pessoas LGBTI+)

Percebe-se que, no Brasil, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) ainda é muito desintegrada, o que sob a ótica da organização do acesso, é um indicador para a ineficiência. Ademais, a APS como porta de entrada deve primar pela qualidade técnica.

Em vários estudos, a dimensão técnica do acesso é apontada como fator preponderante que envolve vínculo com a(o) usuária(o), compromisso e qualidade no atendimento, bem como a integralidade do cuidado. Logo, a falta de um desses componentes é considerada barreira ao acesso: a falta de profissional capacitado se expressa pelo não acolhimento e atendimento inadequado. Pode-se citar como exemplos: a não utilização do nome social, a incapacidade de domínio das questões próprias do universo LGBTI+, dentre outros. Somam-se a esses componentes o modelo médico hegemônico que não compartilha o projeto terapêutico, o que gera constrangimento e insegurança nas pessoas transexuais e travestis quando buscam os serviços de saúde (PEREIRA; CHAZAN, 2019).

É desejável que o profissional da APS, em especial o médico de família, se familiarize com os diferentes aspectos da saúde e bem-estar das pessoas às quais assiste. Logo, se capacitados, podem e devem prescrever hormônios para aquelas e aqueles que demandarem, uma vez que a continuidade e integralidade do cuidado fazem parte da rotina das APS. Para que isso ocorra também é necessário que o tema seja contemplado não somente na pós-graduação, mas também na graduação e em especial nos programas de residência e especialização em saúde da família. A hormonização para pessoas cisgênero¹¹ e transgênero exige competência clínica, e o manejo laboratorial da transição é tão trabalhoso quanto quaisquer outros manejos realizados pelas APS:

Assim, usando a ótica da patologização, as transidentidades merecem ser cuidadas na APS assim como outras pessoas portadoras de afecções comuns e crônicas. Esse cuidado voltado para doenças crônicas é do escopo da APS e seu manejo não difere do de pessoas que não fazem hormonioterapia. A diferença aqui é que pessoas usando hormônios têm um fator de risco a mais para desenvolver doenças cardiovasculares e outras complicações inerentes à cronicidade desse processo (PEREIRA; CHAZAN, 2019, p. 11).

2.2.3 Rito do acesso à APS até a unidade especializada

Em grande parte das APS existe um espaço físico especificamente para escuta da(o)

¹¹ Cisgênero é toda pessoa que se identifica com o sexo biológico com o qual nasceu. Ao contrário do senso, a pessoa transgênero é aquela que não se identifica com o gênero que lhe foi atribuído ao nascer.

usuária(o) que é a sala de acolhimento, nas situações em que a avaliação da oferta de cuidado não possa ser oferecida na recepção. Entretanto, como o acolhimento é um encontro para a compreensão das demandas, ele acontece com ou sem sala específica, em vários lugares e tempos. O que se deve levar em conta não é a definição da ordem e do local em que as ações devam ser realizadas, mas sim a lógica que supõe sinteticamente, entre outros componentes, que as(os) trabalhadoras(es) encarregadas(os) de escutar demandas que surgem espontaneamente (sem agendamento prévio) devem ter: capacidade de analisar a demanda (identificando riscos e analisando vulnerabilidades), clareza das ofertas de cuidado existentes na UBS, possibilidade de diálogo com outros colegas, algum grau de resolutividade e respaldo para acionar as ofertas de cuidado em tempos e modos que considerem a necessidade das(os) usuárias(os).

As UBS com maior número de profissionais na equipe podem se organizar através da modelagem "acolhimento por equipe". O importante é ter a preocupação em não burocratizar o acolhimento, restringindo o fluxo da(o) usuária(o) na unidade, além de buscar a resolutividade. No que tange à identificação do tipo de intervenção há a necessidade de avaliação de risco e vulnerabilidade, a fim de que seja materializado o princípio da equidade. Cabe ressaltar que o protocolo para a classificação de risco utilizado é o de Manchester¹²(Figura 2). Contudo, tal protocolo foi planejado para classificar os riscos das pessoas que procuram atendimento em unidades de emergência/urgência, não ocorrendo adaptação para atenção primária que atende situações menos graves. Portanto,

o principal papel do profissional que faz a primeira escuta na classificação de risco é organizar o acesso dos usuários que buscam a Unidade de Saúde. No primeiro contato e na primeira avaliação, os pacientes devem ser informados a respeito do processo de trabalho da equipe e do fluxo do cuidado do usuário na demanda espontânea. O profissional deve esclarecer a possibilidade de diferentes tempos de espera e de manejo de cada caso, considerando o processo de avaliação de risco e vulnerabilidades (BRASIL, 2013d).

¹² Protocolo de Manchester - é o protocolo adotado para a seleção de pacientes no mundo todo. Implementado para assegurar que os doentes sejam observados por ordem de necessidade clínica e não por ordem de chegada (BRASIL, 2009).

Figura 2 - Classificação por cores do Protocolo de Manchester



Fonte: Rede Humaniza SUS- Brasília: Ministério da Saúde (2014).

As pessoas transexuais e travestis quando chegam às UBS visando à inserção no sistema de regulação para acompanhamento ambulatorial na unidade especializada também passam por uma avaliação médica e, após, são inseridas através da classificação de risco em quatro níveis de gravidade diferentes: emergência, urgência, prioridade não urgente, não urgente. Após a classificação de risco inicial realizada pela UBS, ocorre nova reavaliação pelo regulador do SER, segundo critérios técnicos e análise de exames. Até maio de 2022, a classificação de risco ocorria da seguinte forma: emergência (prioridade 1), urgência (prioridade 2), prioridade não urgente (prioridade 3) e consulta de baixa complexidade (prioridade 4) (Figura 3).

Desse modo, a pesquisadora, na análise da Plataforma da Transparência da Regulação Estadual (Figura 3), verificou que duas pessoas foram inseridas no dia 5 de novembro de 2019 com classificação de risco diferentes. A primeira como “emergência” ocupando no ranking o 1º lugar, e a outra como “consulta de baixa complexidade”, sendo alocada na posição 374º. Logo, verifica-se uma enorme discrepância nessas classificações de risco, uma vez que a emergência, segundo protocolo de classificação de risco ocorre quando há iminência de morte, por exemplo. Há de se verificar como se dá tal avaliação, pois as identidades transexuais não são causadas por condição psiquiátrica, mas com certeza essas pessoas estão sujeitas a maiores taxas de adoecimento psíquico, resultado da incongruência de gênero, bem como da transfobia. Desse modo, se o sofrimento pode ocasionar risco de morte, essas

peças em primeiro lugar devem ser direcionadas à rede de apoio em saúde mental antes de realizarem o acompanhamento hormonal.

Destaca-se ainda uma segunda situação, quando outra pessoa foi inserida no dia 23 de novembro de 2019 com classificação de risco “urgência” (16º lugar no ranking) e outra foi inserida antes, ou seja, no dia 7 de novembro de 2019, porém com classificação de risco “prioridade não urgente”, contudo ocupando a posição 186º. Isso equivale dizer que existem 170 pessoas na frente daquela que foi inserida no dia 7 devido a classificações diferenciadas (GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2021).

Figura 3 - Recorte da lista de espera no Ambulatório de 1ª vez em Endocrinologia para hormonização-saúde-trans. jan. 2022.



The screenshot shows a web application interface for a waiting list. At the top, there is a header with the text "REGULAÇÃO: LISTA DE ESPERA" and an illustration of medical equipment. Below the header, there are five search filters: "Cns", "Solicitacao Id", "Iniciais Nome", "Data Nascimento (Dia d...", and "Data Na...". Each filter has a search input field. Below the filters is a table with the following columns: Rank, Solicitacao Id, Dt Solicitacao, Nome Paciente, Cns, Prioridade, and Classificacao Risco. The table contains four rows of data. At the bottom of the screenshot, there is a Windows taskbar showing the date and time as 08:42 on 25/01/2022.

Rank	Solicitacao Id	Dt Solicitacao	Nome Paciente	Cns	Prioridade	Classificacao Risco
1	2664396	05/11/2019 : 9:34	SCDSR	701202051674710	1	EMERGENCIA
16	2684341	23/11/2019 : 15:52	MCCM	706706541913215	2	URGENCIA
186	2668319	07/11/2019 : 17:22	JMCA	700505570432558	3	PRIORIDADE_NAO_URGENTE
374	2664721	05/11/2019 : 11:44	BCDC	709504656269070	4	CONSULTA_BAIXA_COMPLEXIDADE

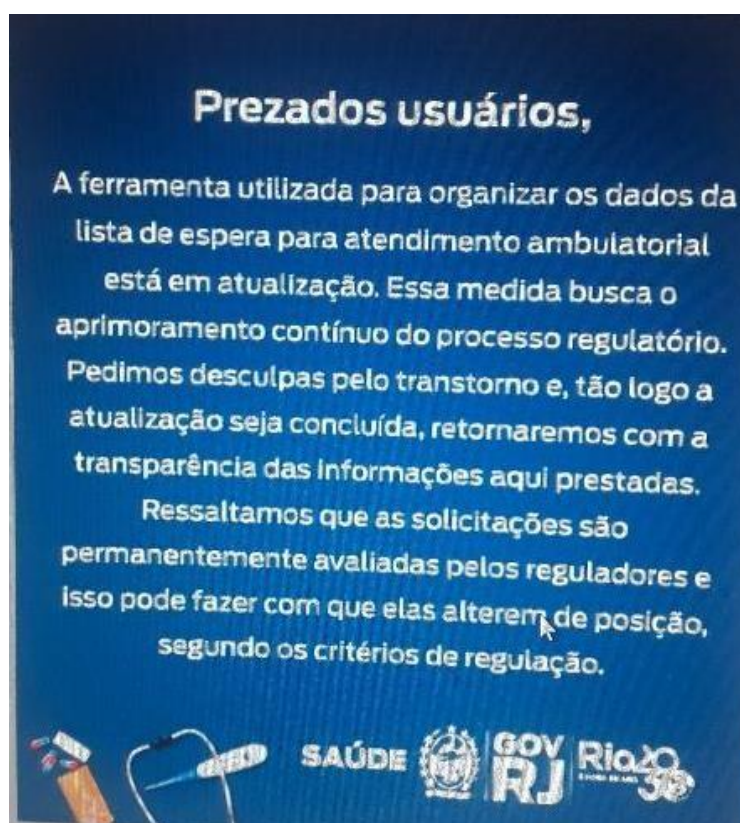
Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do RJ – jan. 2022.

No âmbito do ambulatório AMIG, no que se refere a um tratamento isonômico para o processo transexualizador das(os) usuárias(os), percebeu-se a necessidade de alteração dos critérios de classificação de risco para critérios por ordem de inserção, dando prioridade para as pessoas idosas para o atendimento especializado. Dessa forma, foi realizada uma reunião, em agosto de 2021, entre a coordenação do AMIG, a pesquisadora deste estudo, a

coordenação do SER, bem como com a Equipe Técnica de Saúde LGBTI+, a qual coordena o Comitê Estadual de Saúde LGBTI, com o objetivo de discutir a inserção no sistema SER até então e propor mudanças. Inicialmente, a mudança seria com a revisão da data de solicitação por ordem de entrada no sistema, incluindo a priorização das pessoas idosas com reposicionamento na fila.

Atualmente, apesar do que foi pactuado na referida reunião não se atingiu, salvo melhor juízo, o resultado pretendido, eis que a pesquisadora ao consultar o portal da transparência da regulação estadual verificou que a partir de maio de 2022 houve o processo de atualização do sistema (Figura 4), que originou a atualização da lista de espera com a retirada da classificação de risco (emergência, urgência, prioridade não urgente e não urgente) e a inclusão tipo de recurso, cuja modalidade é “consulta” (Figura 5). Foi pontuado que as solicitações são constantemente avaliadas pelo regulador estadual, o que pode gerar alterações na fila, porém sem informar qual o critério técnico normativo adotado. É necessária clareza nas informações para que todas as pessoas possam entender e acompanhar de forma segura o seu posicionamento na fila, evitando qualquer dúvida, afinal é para isso que serve a transparência.

Figura 4 - Informações às(aos) usuárias(os) sobre atualização da lista de espera da Regulação SER - maio de 2022.



Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do RJ – maio. 2022.

Figura 5 - Recorte da lista de espera no Ambulatório de 1ª vez em Endocrinologia para hormonização-saúde-trans - jun. 2022.

REGULAÇÃO: LISTA DE ESPERA - AMB						
Cns	Solicitacao Id	Iniciais Nome	Data Nascimento (Dia d...	Data Nascimento		
<input type="text" value="Pesquisar Cns"/>	<input type="text" value="Pesquisar Solicitac..."/>	<input type="text" value="Pesquisar Iniciais ..."/>	Todos	(Todos)		
Rank	Solicitacao Id	Dt Solicitacao	Nome Paciente	Cns	Data Nascimento	Tipo Recurso
1	3322287	15/06/2021 : 13:00	LMDA	706308706540075	09/02/1993	CONSULTA
2	3324060	16/06/2021 : 13:18	KFDO	708204689036444	15/08/1989	CONSULTA
3	3416207	23/08/2021 : 16:10	PAN	700004593370005	01/11/1993	CONSULTA
4	3477248	07/10/2021 : 12:49	ANDS	704107030770850	15/01/1987	CONSULTA
5	3477710	07/10/2021 : 16:13	CDOM	206120819520005	08/11/1989	CONSULTA
6	3517822	09/11/2021 : 17:09	RDSL	702409575698522	28/12/1998	CONSULTA
7	3701603	28/03/2022 : 11:56	AGDSS	703408287149318	21/07/1992	CONSULTA
8	3720811	06/04/2022 : 18:56	AADC	704805568236941	25/08/1997	CONSULTA
9	3723039	07/04/2022 : 16:17	CLADS	709607665867076	09/02/2002	CONSULTA
10	3723273	07/04/2022 : 18:15	SSFP	700002026385909	01/08/1991	CONSULTA
11	3730773	12/04/2022 : 12:23	PLDNP	898005841701136	21/10/2003	CONSULTA
12	3755977	27/04/2022 : 13:36	TMM	707804608244013	14/03/1998	CONSULTA
13	3773169	04/05/2022 : 14:43	CCDFL	706902148570531	29/09/1993	CONSULTA
14	3788055	11/05/2022 : 12:20	JCBDS	700401913900844	29/04/1997	CONSULTA
15	3791529	12/05/2022 : 16:34	CEAF	706307781931271	05/03/2004	CONSULTA
16	3068649	27/11/2020 : 11:16	PNADN	705009843525758	21/07/1992	CONSULTA
17	3072711	01/12/2020 : 11:05	RSR	702508728561240	01/08/2003	CONSULTA
18	3074622	02/12/2020 : 14:56	JFDS	700006176714200	30/04/1990	CONSULTA
19	3075819	03/12/2020 : 12:08	JP	700001262230408	09/09/1997	CONSULTA
20	3076580	03/12/2020 : 22:13	TMDO	708602164472890	27/11/1995	CONSULTA
21	3082484	09/12/2020 : 12:02	GDSB	700902941680396	29/08/1974	CONSULTA
22	3126044	19/01/2021 : 16:07	CSD	898004833182345	13/07/2003	CONSULTA
23	3129722	22/01/2021 : 13:24	MSCF	700008220068102	17/06/2004	CONSULTA

Fonte: SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RJ - jun. 2022.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Michel Foucault foi um filósofo francês, historiador e ativista político que realizou profundas reflexões sobre o poder, a sexualidade, a loucura e a criminalidade. Para ele, a sociedade exerce o poder através de instituições diversas que se identificam pela “disciplina”, considerada por Foucault (2011a) uma estratégia de regulação dos corpos e comportamentos. Dentre essas instituições encontra-se a instituição hospitalar. O termo hospital, etimologicamente, vem do latim *hospitium*, que significa lugar onde se hospedam pessoas, ou seja, o hospital, até meados do século XVIII era um lugar que abrigava pessoas pobres e doentes. Sendo assim, o médico começa a frequentar o hospital com o propósito humanitário de acolher e auxiliar as pessoas desfavorecidas que ali viviam. Oportunamente o hospital foi institucionalizado como um espaço administrado pelos médicos e de construção do saber anátomo-clínico (FOUCAULT, 2011a).

Como a produção do saber médico manteve-se vinculada às práticas sociais, houve uma reorganização no ensino e no processo de trabalho hospitalar, o que permitiu a formação de um espaço terapêutico (que tratasse os doentes) e auxiliasse na formação dos profissionais médicos. Para o filósofo, a produção do saber sobre a doença em uma classificação dos sinais e sintomas manifestos dá lugar à reorientação do olhar médico que vincula, a partir do final do século XVIII, a sintomatologia à existência de lesões observadas no interior dos corpos durante o processo de dissecação de cadáveres. Assim, Foucault atribui o nascimento da clínica a um cenário complexo em que se imbricam a história das instituições médicas (Faculdades de Medicina, hospitais), a sociedade e métodos de produção do saber difundidos na medicina moderna (FOUCAULT, 2011a).

Na pretensão de construir um discurso científico, o hospital é transformado num lugar de produção do saber, e sob um olhar positivista e fragmentado do corpo, o conhecimento médico se sobrepõe às particularidades do doente. A ordem médica, com seu olhar focado na doença e não na pessoa do doente, pode ser compreendida na articulação microfísica entre o saber-poder e o corpo doente. O saber médico do século XIX se apoia no olhar da Anatomia Patológica (FOUCAULT, 2011a). Há ainda na história da medicina dessa época em diante, uma assimilação da doença ao patológico, reforçando na terapêutica o esforço da busca da cura como retorno à normalidade.

Ocorre, durante a medicalização dos corpos que se segue a essa mudança no campo do saber médico, um processo de patologização que atinge o modo de ver as pessoas transexuais e travestis, com a restrição da autonomia delas no processo decisório frente à abordagem

médica dos seus corpos. Ainda hoje no Brasil, o direito à transição de um sexo para outro ainda depende de laudo médico que, por muitas vezes, é carregado de um discurso estereotipado, podendo haver consternação pela cobrança desse procedimento (JANINI *et al.*, 2017).

Em outra obra, a “Ordem do discurso” (2009a), o filósofo analisa a importância e função do discurso no processo de comunicação, ou seja, como o sujeito e o autor se posicionam no ato discursivo. Os focos de análise para a compreensão dos discursos se encontram nas formações discursivas e na interação entre os interlocutores e o contexto de enunciação, indo além dos enunciados formulados. Os enunciados, por sua vez, têm o poder de interagir com o contexto no qual são produzidos, modificando-o (FOUCAULT, 2009).

O discurso possibilita que as ideologias se materializem, tem força criadora, produtiva e torna-se perigoso na medida em que serve a interesses e pode ser usado para discriminar, marginalizar e consolidar estratificações sociais. Discurso, nessa perspectiva, significa poder. Logo, os que ocupam certas posições sociais estão legitimados para utilizar-se da linguagem para dominar, seduzir, manipular, quando seu discurso passa ser admirado, desejado e até mesmo temido por sua força e seu simbolismo (FOUCAULT, 2009).

Ressalta-se três princípios associados à ordem do discurso: a possibilidade da verdade, a assimetria entre o que o discurso representa e o mundo exterior e o argumento.

A possibilidade de verdade é a verdade normativa em uma determinada sociedade, isto é, o que se entende como verdadeiro. É validada por diferentes estratégias de proliferação. O princípio marcado pela assimetria entre o que o discurso representa e o mundo exterior tem na relação entre os conceitos e objetos externos a possibilidade de verdade. Para esse fim, o discurso possível se encadeia em outros discursos produzindo uma sensação de continuidade. Por fim, o argumento utiliza estratégias de validação, a fim de disseminá-lo, conferindo-lhe uma expressão social, informalmente conhecida como sistema de cultura; é a logofilia, sentimento gerado com a educação familiar e social, notadamente pelas instituições religiosas e jurídicas nas quais se localizam mensagens plenas de verdades no interior dos discursos (FOUCAULT, 2009).

A logofilia vincula-se a outro sentimento denominado pelo filósofo de logofobia: "temor surdo de acontecimentos, dessa massa de coisas ditas, do surgir de todos esses enunciados, de tudo que possa haver aí de violento, de descontínuo, de combativo, de desordem, de perigoso (FOUCAULT, 2009). Segundo Foucault (2009) o temor não deve ser apagado, mas sim analisado em suas condições e seus efeitos, e para tanto evoca três funções: a) questionar nossa vontade de verdade; b) restituir ao discurso seu caráter de acontecimentos;

c) suspender a soberania do significante (FOUCAULT, 2009).

Foucault cita em sua obra quatro princípios regulatórios da construção do discurso, os quais são delimitados como métodos de análise. São eles: inversão, descontinuidade, especificidade e exterioridade. Na inversão, se nega ou inverte o significado do discurso proposto, conferindo destaque aos seus significantes que vêm a ordem do discurso conforme os princípios do método. Por exemplo, o ‘caráter de verdade’ reconhecido como atributo dos enunciados científicos, Foucault (2009) questiona a noção de Ciência referindo-se ao conhecimento como saberes diversos. No segundo princípio, a descontinuidade, os discursos devem consistir em práticas descontínuas que ora se cruzam, ora se ignoram ou se excluem (não há univocidade se não consideramos que há discursos verdadeiros). Já na especificidade, terceiro princípio, não se deve pensar o discurso em um jogo de significações prévias, mas sim como uma prática que produz significados ao se impor às coisas. O quarto princípio, da exterioridade, fixa a demarcação das fronteiras do discurso delineando a busca de um núcleo de verdades significativas e o entendimento da malha de significantes de onde emergem diferentes significados (FOUCAULT, 2009).

Para Foucault (2009) o discurso é tão somente a repercussão de uma verdade nascendo diante de seus próprios olhos: o filósofo rompe com a ideia de ‘Verdade’ à qual se chega por determinado método em nome de uma vontade de verdade que faz com que em dado tempo e espaço, diferentes verdades circulem. O discurso científico tem o *status* de discurso verdadeiro e produz efeitos de poder em contextos determinados. É, portanto, um produto social, histórico.

Na sociedade atual, no entanto, o discurso científico reclama a adjetivação de ‘verdadeiro’ e origina práticas legitimadas por uma suposta proximidade entre ciência e verdade. Nessa perspectiva, ao desconsiderar aspectos ligados à subjetividade, o discurso cisheteronormativo pode constituir um obstáculo no que diz respeito ao acesso das pessoas transexuais e travestis à cirurgia de redesignação sexual, bem como para o acompanhamento hormonioterápico.

As considerações realizadas por Foucault na obra *Vigiar e Punir*, em 1975, continuam, surpreendentemente, relevantes para a atualidade, pois o livro aborda temas que são importantes para o sistema societal e geram ainda grandes discussões no plano acadêmico e social. Está construída em quatro partes, sendo elas o ‘suplício’, a ‘punição’, a ‘disciplina’ e a ‘prisão’. Analisa o nascimento da prisão como parte de uma mudança estrutural nas relações de poder entre os indivíduos tendo como base o final do século XVIII. A prisão é relacionada à perpetração disciplinar que age sobre os corpos em diversas

instituições: escolas, hospitais, fábricas e prisões, e que configura a microfísica do poder (FOUCAULT, 2011b).

Foucault (2011b) apresenta inicialmente o estudo e explanação do suplício como maneira de punição aos condenados. Descreve com riqueza de detalhes a tortura, suplício e esquartejamento de um parricida chamado Damiens, em 1757, eis que nessa época era utilizado o chicote, ferro, guilhotina como forma de remissão da transgressão. Era através do suplício que o poder do Estado sobre o corpo do sentenciado se fazia presente, uma vez que o poder do soberano (monarca) sobre os súditos era demonstrado pela força e austeridade com aqueles que ousavam desafiar o seu poder ou as leis impostas. Dessa maneira, a aversão pública a que o corpo dos acusados era submetido constituía não somente uma violência física, mas a expressão do poder do soberano revelando-se a cada um dos presentes.

O suplício tinha como característica predominante o poder do Estado sobre o corpo do sentenciado, sendo este o principal alvo da repressão penal. Por ser um espetáculo punitivo, o suplício era meticulosamente orquestrado para demonstrar o poder do soberano – monarca – sobre os seus súditos, como forma de mostrar toda a sua força e a sua intolerância para com aqueles que ousavam desafiar as leis impostas ou mesmo desafiar o seu poder. Dessa forma, o repúdio público a que o corpo dos acusados era exposto constituía não só uma violência física, mas também uma violência psicológica em todos os atores do ato de penalização. Cabe ressaltar que o povo, temeroso a este poder, enxergava neste simbolismo exponencial o caráter negativo da pena, servindo de testemunha para que o suplício fosse reverenciado por todas as pessoas, conferindo-lhe assim legitimidade (FOUCAULT, 2011b).

Nos séculos XVIII e XIX, ocorreu uma mudança paradigmática no processo punitivo, uma vez que os espetáculos punitivos fizeram emergir a compaixão popular e a percepção de violência deu origem ao pleito para supressão deles:

A punição vai-se tornando, pois, a parte mais velada do processo penal, provocando várias consequências: deixa o campo da percepção quase diária e entra no da consciência abstrata; sua eficiência é atribuída a sua fatalidade, não a sua intensidade visível; a certeza de ser punido é que deve desviar o homem do crime e não mais o abominável teatro; a mecânica exemplar da punição muda as engrenagens (FOUCAULT, 2011b, p. 13).

Neste período que foi marcado pelo aumento de riquezas e crescimento econômico houve uma transformação nos tipos de crime, que passaram de agressões e homicídios para crimes patrimoniais, pois o alvo principal dos crimes eram os bens, o que gerou insatisfação

da classe burguesa. A preocupação com o capital passa a exigir um modelo de repressão mais efetivo, com o objetivo de diminuir a prática de tais crimes (FOUCAULT, 2011b).

Com o surgimento do período humanitário que passa a adotar como critério da proporcionalidade entre o crime e a sanção, bem como a ressocialização do criminoso, abandonou-se o sistema de espetáculo punitivo. Dessa maneira, com o objetivo de cooperar com desenvolvimento do capital, se altera a forma de punição e uma nova ordem é construída, ou seja, as prisões como estratégia de vigilância e higienização moral. Logo, os criminosos eram submetidos às regras e à vigilância constante. O autor faz severas críticas a este movimento, pois para ele o discurso dos humanitaristas pautou-se no discurso político e econômico amparado pelos burgueses que visavam a diminuição dos crimes patrimoniais.

Para Foucault (2011b) a prisão não é a única etapa de disciplinamento do sujeito, que ocorre em várias instituições, como escolas, hospitais, quartéis, fábricas, isto é, em todos os lugares em que o indivíduo passe e a ele sejam impostos mecanismos de controle em várias etapas da vida. A prisão, nesse diagrama, seria a última medida de controle sobre o indivíduo, a qual seria empregada apenas quando as demais instituições disciplinares fracassassem. É importante entender que é indissociável a existência das instituições disciplinares com o poder econômico, em especial da burguesia. A disciplina era e ainda é uma maneira de impossibilitar que o subordinado se insurja contra as ordens emitidas pelo superior. Fabrica o que o autor denomina de corpos dóceis ou disciplinados, facilmente manipuláveis e subjugáveis, pois: “A disciplina fabrica assim corpos submissos e exercitados, corpos “dóceis”. A disciplina aumenta as forças do corpo (em termos econômicos de utilidade) e diminui essas mesmas forças (em termos políticos de obediência)” (FOUCAULT, 2011b, p. 164).

Para tanto, são atribuídos quatro mecanismos disciplinares na formação de corpos dóceis: arte das distribuições, controle das atividades, organização das gêneses e composição das forças. A arte das distribuições, primeiro mecanismo, entende que a produção de um corpo dócil só é possível através de uma distribuição no espaço físico. Foucault (2011b) declara que a massa (o povo) se torna ferramenta de trabalho eficiente, o que evidencia a ligação da disciplina como um mecanismo de controle a ser utilizado a favor da burguesia.

O segundo mecanismo, o controle das atividades, propõe a limitação do horário e o controle do tempo, ou seja, motivar a ausência de ociosidade, de modo que não fossem permitidas distrações e ‘vagabundagem’ por parte dos vigiados. Por seu turno, a organização das gêneses é o mecanismo que determina que o sujeito a ser docilizado passe por etapas de formação e avaliação, a exemplo das provas e exercícios. Por último, o quarto mecanismo

intitulado composição das forças determina que todo treinamento concorra para a articulação de forças, gerando ou extraindo dos corpos ou do binômio homem-máquina o máximo de eficiência (FOUCAULT, 2011b).

Na última parte, Foucault (2011b) discorre sobre o Panoptismo, sistema que significa ‘o que tudo vê’, desenvolvido no final do século XVIII por Jeremy Bentham como estratégia de controle sobre as pessoas, pois como delimita espacialmente os sujeitos, impede a existência de complôs, evasão, crimes e/ou contato com más influências. Ele é utilizado no sistema penitenciário, a fim de limitar o espaço dos condenados e impedir que se organizem, elaborem planos e rebeliões contra o próprio sistema. Para Foucault (2011b) o esquematismo da prisão, criada como mecanismo de punição, já existia na sociedade, uma vez que mecanismos de poderes institucionais classificavam, fixavam, vigiavam e treinavam corpos, codificavam comportamentos, constituindo um saber-poder que se acumulava e era exercido na relação com as pessoas.

4 CENÁRIO DE ESTUDO

O cenário escolhido para a pesquisa foi o Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione, instituição estadual de saúde localizada no município do Rio de Janeiro, referência no atendimento endocrinológico e metabólico, habilitado, em 2016, pelo Ministério da Saúde para o acompanhamento hormonioterápico as pessoas transexuais e travestis, de acordo com a Portaria GM/MS nº 2803/13 (BRASIL, 2013a) que redefine o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde.

4.1 FONTES DE DADOS

O trabalho de pesquisa consistiu em duas etapas: as entrevistas e a caracterização do perfil sociodemográfico das pessoas transexuais e travestis atendidas pelo Serviço Social no AMIG no período de 2015 a 2021.

Foram convidadas(os) a participar das entrevistas aquelas e aqueles que obedeceram ao critério de inclusão. As(os) participantes da pesquisa foram selecionadas(os) no dia da sua consulta com a Endocrinologista, Psicóloga(o), Psiquiatra ou Assistente Social, conforme demanda obrigatória para a transição física pelo processo transexualizador. Durante a fila de espera para o atendimento a essas pessoas no ambulatório, a pesquisadora realizou o convite para a participação no projeto de pesquisa, explicou as motivações da pesquisa, conforme previsto no método de narrativa de vida de Bertaux (2020). Caso concordasse, a(o) entrevistada(o) seria conduzida(o) a uma sala reservada para assegurar a confidencialidade das informações e possibilitar um ambiente mais silencioso e confortável a(ao) entrevistada(o), ocasião em que seria apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - Apêndice A).

As (os) participantes da pesquisa foram distribuídas(os) em três grupos: (i) as(os) entrevistadas(os); (ii) aquelas(es) que estão frequentando o ambulatório para hormonização, que não foram entrevistada(os), mas convidadas(os) a participarem da pesquisa somente na etapa em que foram coletados os dados dos prontuários para a caracterização do perfil socioeconômico e demográfico das pessoas transexuais e travestis assistidas no IEDE; (iii) constituído pelas(os) ex-usuárias(os) do serviço, ou seja, aquelas(es) que não frequentam mais o IEDE (considerados não localizáveis). Tendo em vista a necessidade de que o tempo da localização e assinatura do TCLE fossem compatíveis com os prazos que nortearam o cronograma do trabalho de pesquisa proposto no projeto de dissertação, somente para

essas(esses) foi solicitada a dispensa do TCLE (Apêndice C). A seguir, todas as pessoas localizáveis foram indagadas sobre o interesse de participação nestas etapas que, então, foram descritas quanto aos seus objetivos, benefícios e danos que pudessem advir, ressaltando-se o acesso da pesquisadora a dados confidenciais (endereço, telefone, renda, etc.) e os cuidados que seriam tomados pela mesma, o compromisso de confidencialidade para que os dados se mantivessem sigilosos, conforme os termos da Norma Operacional 01/2013 e a Resolução nº 486, de 7 de agosto de 2013.

As(aos) que concordaram em participar da pesquisa envolvendo coleta de dados no prontuário foi apresentado, como rege a legislação, o TCLE (Apêndice B). As(os) que assinaram o TCLE deram acesso, aos seus prontuários na instituição para a extração de dados considerados relevantes para o objetivo da etapa, qual seja, a configuração do perfil sociodemográfico dessas pessoas. Tais dados foram extraídos da ficha de atendimento do Serviço Social afixada no prontuário (Anexo A), a saber: identificação pessoal (naturalidade, residência, faixa etária, estado civil e escolaridade, cor/raça); situação funcional (renda, vínculo empregatício, previdenciário); composição familiar (nº de pessoas que residem na casa, grau de parentesco); situação de saúde (diagnóstico, uso de drogas lícitas e ilícitas); violência sexual (como variável binária SIM/NÃO); requalificação civil.

Foram apresentados dois TCLE (Apêndice A e B) para as duas etapas da pesquisa: um para as(os) que foram selecionadas (os) para a entrevista (onde constou também a utilização dos dados do prontuário) e outro para aquelas(es) que permitiram a coleta de dados dos prontuários. Os dados foram armazenados em uma planilha *Excel* e posteriormente transformados em tabelas para melhor visualização da análise.

A pesquisadora se comprometeu a utilizar a dispensa do instrumento somente nos casos das(os) participantes não localizáveis. Os dados coletados nos prontuários foram descritos e apresentados em tabelas como Resultados.

Foi realizada a coleta dos dados nos prontuários de pessoas transexuais e travestis atendidas pelo Serviço Social no AMIG, do IEDE, no período de 2015 a 2021 de modo a conhecer aspectos socioeconômicos e demográficos que funcionaram como uma espécie de contextualização das(os) entrevistadas(os).

O número de narrativas de vida coletadas nas entrevistas foi determinado pelo ponto de saturação, imediatamente relacionado às recorrências das informações obtidas. Sendo assim, a coleta dos dados só foi finalizada quando os dados se saturaram, ou seja, quando deixaram de acrescentar fatos novos às narrativas anteriores, quando houve repetição de informações (BERTAUX, 2020). Desse modo, o ponto de saturação surgiu a partir de certo

número de entrevistas, quando a pesquisadora teve a noção de não apreender nada de novo no que se refere ao objeto de estudo.

Como critérios de inclusão, para a coleta dos dados sociodemográficos, foram selecionados todos os prontuários das pessoas transexuais e travestis que foram atendidos no Serviço Social do AMIG, no período de 2015 a 2021. Para a entrevista, as pessoas com idade superior a 18 anos, atendidas no mesmo serviço.

4.1.1 Aspectos ético legais

O desenvolvimento do projeto de pesquisa foi executado mediante as Resoluções nº 466/2012 (BRASIL, 2012) e nº 510/16 (BRASIL, 2016) do Conselho Nacional de Saúde, em que estão presentes as diretrizes para pesquisas com seres humanos. Essas resoluções resguardam os referenciais básicos da bioética e, baseada nesses princípios, a pesquisa foi avaliada e aprovada pelos Comitês de Ética de Pesquisa (CEP) da FIOCRUZ e do IEDE registradas pelos CAEEs nº 53887221.8.0000.5240 e 53887221.8.3001.5266, respectivamente.

Os TCLE (Apêndice A e B) contêm informações sobre o objetivo, a intenção de realizar a entrevista e a coleta dos dados dos prontuários, descrevendo as variáveis a serem extraídas mediante a anuência e autorização das(os) participantes da pesquisa. O TCLE (Apêndice A) foi aplicado a todos os participantes que estão em atendimento no ambulatório. Contudo, para as(os) que não estão mais frequentando o instituto, e para aquelas(aqueles) cujos dados cadastrais não estavam atualizados, dificultando a sua localização, foi solicitada a dispensa da assinatura do TCLE (Apêndice B), mantendo-se a garantia da proteção e da confidencialidade dos dados das(os) participantes, aos quais somente a pesquisadora e a orientadora da pesquisa tiveram acesso. Os TCLE (Apêndice A e B) foram assinados em duas vias, uma ficou com a pesquisadora e a outra com a(o) participante da pesquisa. Quanto a benefícios, essa pesquisa aponta para uma possível contribuição social, pois trouxe informações que poderão ser úteis na elaboração de políticas públicas voltadas às pessoas transexuais e travestis que possuem demandas específicas na busca de acesso à saúde e à cidadania.

A participação na pesquisa não acarretou riscos à integridade física da(o) participante do estudo. Entretanto, no caso da ocorrência de algum dano de ordem psicológica, moral e social, como desconforto ou constrangimento diante de algum assunto ou questão abordada, acertou-se que a entrevista seria interrompida. Ato contínuo, a pesquisadora perguntaria se

a(o) participante desejaria ou não continuar a entrevista, bem como encaminharia à(ao) psicóloga(o) que já a(o) assiste, explicando o ocorrido para inclusão na abordagem dentro do processo terapêutico. Na ocorrência de algum dano, a(o) entrevistada(o) teria o direito a buscar indenização, por meio das vias judiciais, na forma do Código Civil Brasileiro e legislação complementar.

Os resultados serão apresentados aos participantes, aos profissionais de saúde do AMIG que desejarem conhecer o trabalho e ao gestor da unidade através de palestras no auditório da instituição, bem como à sociedade através da publicação de artigos científicos baseados na dissertação. Ressalte-se que o resultado da pesquisa visa a implementação de novas políticas públicas que garantam acesso, equidade e integralidade à saúde.

5 METODOLOGIA

A pesquisa qualitativa consiste na produção de conhecimento por meio das interfaces estabelecidas entre os participantes e a produção de discursos passíveis de análise e interpretação. Os discursos provenientes das relações humanas têm o condão de respaldar a construção do conhecimento relacionado aos fenômenos sociais (FERREIRA; ARAÚJO; FORNARI, 2020). De modo frequente, as metodologias utilizadas na pesquisa qualitativa demonstram preocupações próprias do pensamento crítico, uma vez que segundo Denzin e Lincoln¹³ “os dados não seriam produzidos, mas construídos e ela adquire seu valor através dos significados que são a eles atribuídos em um determinado sistema social, e não deriva da sua objetividade em abstrato” (2006 apud SIMIONE, 2020, p. 88).

Na pesquisa qualitativa os instrumentos de coleta de dados são questionários, entrevistas, relatos, observações. A metodologia escolhida para a pesquisa é de natureza qualitativa: o método da narrativa de vida de Daniel Bertaux (BERTAUX, 2020).

5.1 MÉTODO DE NARRATIVA DE VIDA

Foi adotado o método da construção de narrativa de vida, que permite obter informações relativas à vida dos participantes da pesquisa e privilegia a compreensão das inúmeras situações que determinam, influenciam ou repercutem em sua trajetória, além de proporcionar o conhecimento do cenário em que vivem. Ressalte-se que o conceito ‘narrativa de vida’ foi utilizado na França, primeiramente, há mais de quatro décadas. O conceito consagrado era história de vida, termo que caiu em desuso sob a alegação de que não definia a diferença entre história de vida vivenciada pelo participante e a narrativa, a história contada por ele (BERTAUX, 2020).

Nas Ciências Sociais, a narrativa de vida compreende uma entrevista em que o pesquisador solicita ao participante da pesquisa que lhe conte parte ou toda sua experiência de vida. Pode ser determinada como um recorte temporal da experiência vivenciada por um sujeito sobre um determinado assunto, a fim de conhecer seu funcionamento e mudanças, com ênfase nas “relações sociais” estabelecidas (BERTAUX, 2020).

Nesse sentido, a perspectiva possui como objetivo estudar um fragmento particular da

¹³ DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Org.). **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

realidade social e histórica, compreender suas dimensões, transformações, privilegiando os processos e lógicas de ação que o caracterizam e não simplesmente a apreensão dos sistemas de valores de uma pessoa ou de um grupo social. Dessa forma, utilizar a narrativa de vida não exclui o emprego de outros instrumentos, tais como estatística, textos regulamentares ou observação direta de comportamentos (BERTAUX, 2020).

A narrativa de vida trabalha dentro de uma perspectiva etnossociológica e busca descobrir o processo/curso da ação de um determinado fenômeno da sociedade. Bertaux (2020) cita três maneiras de se compreender com precisão, nas diferentes sociedades, um objeto social coerente para conduzir uma investigação utilizando as narrativas de vida que são mundos sociais, categorias de situação social e fluxos de trajetórias sociais. Para o autor, a sociedade, seja ela qual for, é composta de numerosos mundos sociais.

Cada mundo social possui diferentes modos de funcionamento (divisão do trabalho, relações sociais de produção, mercados internos, normas escritas ou não, linguagem específicas) com seus valores e conflitos, crenças, desafios e ‘jogos’ em volta desses desafios. Cada qual possui as suas próprias regras para funcionar, “que norteiam os ‘jogos’ que ali se jogam no longo prazo e que aquelas e aqueles que neles trabalham e/ou vivem acabam por descobrir e compreender por experiência própria, pois os seus êxitos ou fracassos dependem disso” (BERTAUX, 2020, p. 5).

As categorias de situação social, segundo objeto social, dizem respeito a uma situação comum entre os indivíduos que, no caso da pesquisa ora apresentada, são as pessoas transexuais e travestis que buscam acompanhamento hormonioterápico em uma unidade de referência. A utilização da narrativa de vida se mostrou especialmente eficiente, uma vez que esse instrumento permitiu identificar quais os mecanismos e processos nos quais os sujeitos chegaram a uma determinada situação, como se empenharam para administrá-la e o que fizeram para superá-la. Uma situação social em particular não implica impreterivelmente o pertencimento a um mesmo mundo social, pois “é social no sentido em que gera, para todas as pessoas que têm recursos comparáveis, os mesmos constrangimentos, as mesmas tensões, a mesma pressão para lógicas de ação que deem resposta à situação e às suas tensões” (BERTAUX, 2020, p. 17).

Os fluxos de trajetórias sociais ou percursos biográficos semelhantes é o terceiro objeto social onde as narrativas de vida podem ser utilizadas. Cita-se como exemplo no estudo de uma pessoa com doença crônica, de um dependente químico e até mesmo como uma pessoa pode se tornar político, enfermeiro/a, professor/a dentre outros. Contudo, o que dá validade a esses objetos de estudo é o pertencimento ao mesmo mundo social ou até à mesma

categoria de situação social. Nessa pesquisa buscou-se conhecer como se deu a trajetória social das pessoas transexuais e travestis desde a atenção primária até a unidade de referência (BERTAUX, 2020).

Além dos três recortes do objeto, o método de narrativa de vida possui, enquanto domínio de existência, as relações interpessoais que impactam na vida dos indivíduos, como as pessoas transexuais e travestis, pois tais relações exercem pressão e exigem a reprodução de práticas e comportamentos aceitáveis ou semelhantes preconizados pela sociedade heteronormativa em que se vive (BERTAUX, 2020). Além da categoria de situação e fluxos de trajetórias sociais pensou-se em dar ênfase à relação interpessoal na pesquisa, pelo fato de um dos entraves ter sido a falta de acolhimento e sensibilidade do profissional de saúde que, por questões pessoais, de crenças religiosas e outras deixou de prestar assistência de forma adequada, equânime a esse grupo diverso.

Assim a narrativa de vida permitiu a aproximação com a historicidade, singularidade e diferenciação nas histórias vivenciadas.

5.1.1 Entrevista

Foi realizada a entrevista narrativa a partir da seguinte questão norteadora: “Conte-me sua experiência vivenciada no acesso ao serviço de saúde até o centro especializado”. A fim de nortear a entrevista, no processo de ambiência, as pessoas transexuais e travestis foram informadas sobre a pesquisa e os filtros que nortearam as narrativas da pesquisa, a saber: acolhimento na atenção primária; orientações e acompanhamento da UBS ao Centro especializado; tempo de regulação para o centro especializado e existência de violência institucional. As gravações foram efetivadas após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e posteriormente transcritas sem a identificação da(o) entrevistada(o).

A previsão de duração da entrevista foi de até uma hora, tendo como variável a(o) interlocutora(o), no caso a(o) entrevistada(o), ao desenvolver seu papel de narradora(o). Para Bertaux (2020, p.71) “[...] a interrupção é o defeito mais frequente dos iniciantes”. As entrevistas não devem ser interrompidas para não comprometer a qualidade das narrativas e isto influencia no tempo de desenvolvimento da entrevista.

Se por alguma razão a (o) entrevistada (o) necessitasse comparecer à instituição fora do agendamento da consulta com os demais profissionais para a realização da entrevista, a pesquisadora se comprometeu a indenizar a (o) participante da entrevista com as despesas

referentes à alimentação e ao transporte para ela/ele e a (o) acompanhante.

5.1.2 Fluxo de análise das narrativas

Foi efetuada a análise comparativa das informações e significados relevantes contidos nas narrativas de vida. O processo constituiu na transcrição, na recuperação da estrutura diacrônica da história narrada e transcrita e na reconstituição da evolução da composição dos “grupos de coabitação”. Realizar a entrevista, a transcrição e a análise são etapas fundamentais quando se quer analisar o conteúdo detalhadamente. A comunicação passa por três canais simultaneamente, a comunicação não verbal que inclui gestos, expressões faciais, entonação de voz e as palavras. A gravação sonora não é capaz de identificar os elementos não verbais e a transcrição não retém as entonações da voz (BERTAUX, 2020). Para Bertaux (2020) é importante que o próprio entrevistador transcreva as narrativas, uma vez que a memória e o diário de campo permitirão reter muitas informações importantes que poderiam desaparecer no momento da transcrição realizada por outra pessoa.

A recuperação da estrutura diacrônica da história reconstituída teve como objetivo associar fatos narrados e a interpretação deles, uma vez que a interpretação pode ser afetada pela construção da história, pela sequência narrativa. Deve-se ressaltar que “a recuperação da estrutura diacrônica não é apenas uma operação técnica: ela visa preparar o analista para buscar caminhos de causalidade sequencial, processos de encadeamentos susceptíveis de ser reencontrados em outras narrativas de vida” (BERTAUX, 2020, p. 108). O que quer dizer que não se trata apenas de construir uma sequência lógica, uma linha do tempo impessoal, mas de valorizar os encadeamentos ou sequências de acontecimentos proporcionados por cada narrativa: os indícios que vão construir os diferentes percursos apresentados pelos participantes da pesquisa. São acontecimentos e atos marcantes sucedidos no tempo e numa determinada ordem provenientes de um mesmo mundo social ou da mesma categoria de situação social ou do mesmo fluxo de trajetórias. Reconstituir a evolução dos grupos de coabitação diz respeito ao cruzamento dos pontos das narrativas onde busca-se a lógica das situações de ações que deram origem às características dos contextos dos quais falam os entrevistados e mecanismos geradores dos processos sociais (BERTAUX, 2020).

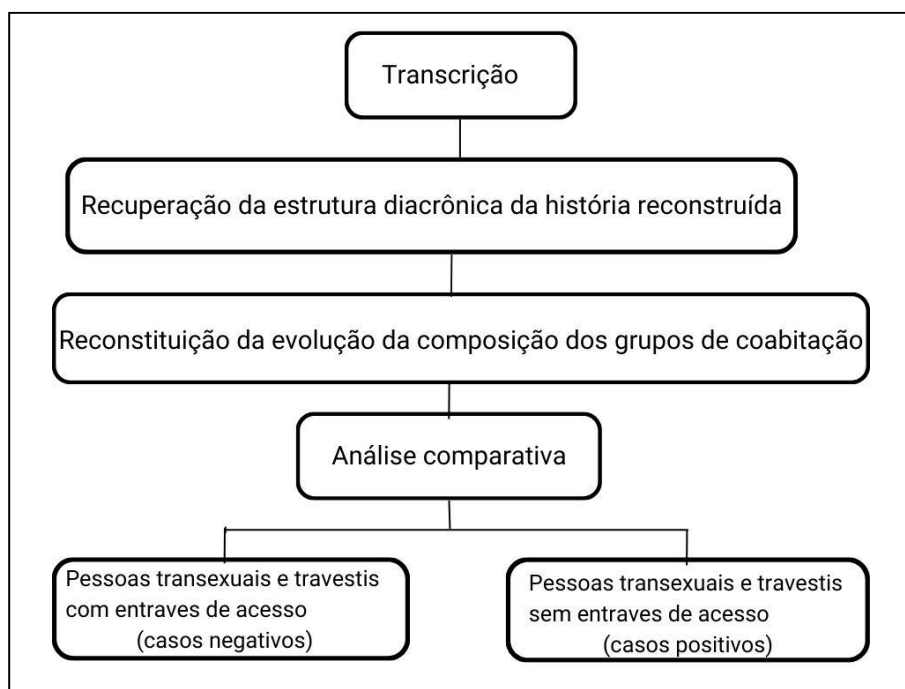
A análise comparativa, conforme preconizada pelo metodólogo Daniel Bertaux (2020), permitiu identificar as recorrências das situações, lógicas semelhantes de situação que identificam, através de seus efeitos, um mesmo processo. Nesta pesquisa foram entrevistadas(os) pessoas transexuais e travestis que tiveram entraves no acesso dos serviços

de saúde até o centro especializado (considerados caso negativos) e as(os) participantes que passaram pelo mesmo percurso, mas lograram êxito no acesso, ou seja, não tiveram entraves (considerados casos positivos). Dessa forma, foi possível compreender e reforçar as dificuldades no acesso através dos percursos biográficos para que, futuramente, possam ser propostas e elaboradas ações para melhoria do processo.

Indubitavelmente, ninguém vive isolado do mundo. Diante disso, o indivíduo, a partir de sua história, é capaz de narrar as interferências. Tais interferências podem ser indicadas na transcrição do percurso biográfico e são denominadas “grupos de coabitação”, os quais são constituídos por ‘fios paralelos’ que seguem a história de vida dos participantes: as relações interpessoais ganham protagonismo nesse estudo. Para o atendimento do objeto do estudo centrado no acesso ao processo transexualizador, utilizou-se como fio principal (condutor) as pessoas transexuais e travestis e, como fios paralelos, as relações interpessoais, os aspectos geográficos e econômicos descritos nas narrativas de vida, pensando-se no acesso como um processo de comunicação e relacional.

A análise comparativa visa buscar as recorrências de situações ou situações muito semelhantes nos percursos biográficos das pessoas transexuais e travestis (BERTAUX, 2020). Pretendeu-se, neste momento, a identificação da recorrência na forma de acesso, nas relações interpessoais estabelecidas no acesso, nas facilidades e dificuldades.

Figura 6 - Fluxo de Análise das Narrativas



Fonte: A Autora, 2022, a partir de Janini (2019).

6 RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os resultados sobre a caracterização do AMIG, o que possibilitou identificar quem são as pessoas, sua origem, grau de escolaridade, situação empregatícia e de saúde, dentre outras, bem como as narrativas de vida sobre como foi o processo para o acesso ao IEDE.

6.1 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

A apresentação do perfil sociodemográfico se encontra retratada através de tabelas disponibilizadas no apêndice para uma melhor visualização dos resultados.

6.1.1 Caracterização das pessoas atendidas

A unidade de referência estadual (RJ) para hormonização faz acompanhamento das pessoas transexuais e pessoas travestis desde 1999. No entanto, a Portaria do Ministério da Saúde nº 2803, de 19 de novembro de 2013, apresentou uma redefinição e ampliação do processo transexualizador no Sistema Único de Saúde. Desse modo, em 2016, o AMIG, outrora denominado ambulatório de Disforia de Gênero, foi credenciado pelo Ministério da Saúde. Nesse sentido, com base na referida portaria, a unidade de referência atende demanda desse recorte populacional com acompanhamento ambulatorial multidisciplinar integral e humanizado. A equipe é constituída por assistente social, endocrinologista, enfermeiro, fonoaudiólogo, cirurgião plástico, psicólogo, psiquiatra dentre outros profissionais.

O atendimento no Serviço Social ocorre em duas etapas: um primeiro atendimento é realizado no Grupo de acolhimento¹⁴, onde a assistente social, enfermeira recebem as usuárias(os) recém-chegadas(os) à unidade e que desejam se hormonizar para a mudança dos caracteres sexuais secundários. Nesse momento de integração entre as(os) usuárias(os) do serviço todas as orientações com relação às legislações que garantam direitos às pessoas LGBTI+, notadamente as pessoas transexuais e travestis são fornecidas. Em um segundo momento é reagendado um atendimento de retorno para o preenchimento da ficha social utilizada pela assistente social no atendimento social. O levantamento realizado pelo Serviço Social no período de 2015 a 2021 contabilizou 458 (quatrocentos e cinquenta e oito)

¹⁴ Grupo de acolhimento é realizado uma vez ao mês às(aos) recém chegadas(dos) ao IEDE para hormonioterapia. No início o grupo de acolhimento também era realizado com a presença da Psicologia, contudo devido a incompatibilidade de horário na agenda de atendimento não pôde mais participar.

atendimentos e possibilitou o conhecimento da realidade dessas pessoas, bem como os principais aspectos relacionados à situação de vulnerabilidade social.

Nesses atendimentos são colhidas informações como dados pessoais (naturalidade, residência, faixa etária, cor/etnia, estado civil e escolaridade), situação funcional (vínculo empregatício, previdenciário e renda), composição familiar, situação de saúde (diagnóstico, uso de drogas lícitas e ilícitas), violência sexual e requalificação civil.

Quanto ao gênero autodeclarado (Tabela 1- Apêndice D), 61,35% se declararam mulheres transexuais, 34,93% homens transexuais e cerca de 4% mulheres travestis. Para diversos autores, enquanto o sexo é biológico, o gênero é considerado, em diferentes culturas, uma construção social. O importante no conceito do que é ser homem ou mulher não são os cromossomos ou a constituição genital, mas a autopercepção e a maneira como a pessoa se exprime socialmente. A transexualidade é uma questão de identidade que caracteriza transexuais e travestis, e é autodeclarada.

Doravante, nessa caracterização, ambos os grupos femininos serão denominados mulheres trans, enquanto o grupo masculino, homens trans. Justifica-se o agrupamento para uma melhor visualização dos dados apresentados. Entende-se que para a pessoa transexual é importante viver integralmente como ela se percebe, e o uso de hormônio e/ou procedimento cirúrgico para transgenitalização ajuda na consolidação da identidade de gênero. Embora algumas mulheres transexuais não desejem passar pela cirurgia, essa escolha por vezes é questionada pela militância ou por estudiosos, o que leva pessoas às “identificarem” ou às rotularem como travestis pela escolha de não realizar a cirurgia. Contrariamente do que se costuma pensar, o que motiva a identidade de gênero da pessoa transexual é a maneira como ela se reconhece e não se deve se limitar ou ter como requisito o procedimento cirúrgico. Assim, essas pessoas também seriam transexuais (JESUS, 2012).

Com relação à naturalidade (Tabela 2 - Apêndice D) a Região Sudeste possui a maior representatividade no que se refere às mulheres trans. No Rio de Janeiro se encontram 80,2% delas. A região Nordeste responde por 9,3% das mulheres trans atendidas pelo IEDE. Há ainda pessoas de outras regiões do país e do exterior. Há usuárias provenientes de outros estados cujo deslocamento é possibilitado pela Portaria nº 55 da Secretaria de Atenção à Saúde que regulamenta o Tratamento Fora do Domicílio - TFD. Ainda que exista a possibilidade do TFD com a oferta de possibilidades de utilização dos serviços de saúde, incluindo transporte, estadia e alimentação, é necessária autorização de acordo com a disponibilidade orçamentária do município/estado, e a autorização para uso de transporte aéreo é precedida de rigorosa análise (BRASIL, 2018). Isso tudo, mais o tempo de

deslocamento, distância e tipo de transporte, apontados por Pereira e Chazan (2019) como uma das barreiras - acesso geográfico - deixariam de existir caso o atendimento fosse descentralizado.

É importante destacar, a título de exemplo, que existem outras instituições que prestam assistência às pessoas transexuais: o Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, estado de Minas Gerais, habilitado pelo Ministério da Saúde em 2016; o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (RS), habilitado em 2008; e o Centro de Pesquisa e atendimento para Travestis e Transexuais do Centro Regional de especialidades Metropolitano, na cidade de Curitiba, Paraná, habilitado em 2016. Existem também ambulatórios criados por iniciativas locais nos estados supracitados. Tanto as instituições habilitadas como as de iniciativas locais poderiam atender as usuárias que fazem acompanhamento no IEDE e que residem nos referidos estados, contudo, por não conseguirem atendimento, se utilizam do TFD.

Os homens trans também têm maior representatividade no Estado do Rio de Janeiro, perfazendo cerca de 90% dos atendidos. Cerca de 9% são nascidos em outros estados e um em país estrangeiro.

Os percentuais apontam para assimetrias/fragilidades no planejamento do acesso enquanto facilitador para a implementação de políticas públicas, pois existe migração de outros estados para o Rio de Janeiro em busca de acesso e acolhimento. A acessibilidade, que por definição traz a prerrogativa de oferta na utilização dos serviços de saúde, tem como elementos facilitadores ou dificultadores aspectos geográficos, o que inclui a distância entre os serviços de saúde e os locais de residência das(os) usuárias(os) (PEREIRA; CHAZAN, 2019).

Em relação ao bairro ou município de residência (Tabela 3 - Apêndice D), é importante destacar que o estado do Rio de Janeiro se divide em nove regiões de saúde: Metropolitana I¹⁵ (que inclui os municípios da Baixada Fluminense), Metropolitana II, Costa Verde, Norte, Noroeste, Centro-sul, Serrana, Médio Paraíba e Baixada Litorânea, contabilizando 92 municípios. O IEDE, instituição estadual, está localizado na capital, no município do Rio de Janeiro, região Metropolitana I, onde reside o maior número de usuárias: 66,8% das mulheres trans, e 67,5% dos homens trans.

As Regiões Metropolitana II, Serrana e Médio Paraíba têm percentuais de respectivamente 8,7%, 4,4% e 3,7%. Municípios das regiões Norte e Noroeste perfazem quatro

¹⁵ A Baixada Fluminense é composta por 13 municípios: Belford Roxo (BFR), Duque de Caxias (DQC), Guapimirim (GPM), Itaguaí (ITG), Japeri (JPR), Magé (MAG), Mesquita (MQT), Nilópolis (NLP), Nova Iguaçu (NIÇ), Paracambi (PRC), Queimados (QMD), São João de Meriti (SJM) e Seropédica (SRP).

usuárias (1,3%), enquanto as regiões da Baixada Litorânea e Centro-Sul contabilizam duas. Com relação aos homens trans, a região Metropolitana II é a segunda em matriculados no ambulatório do IEDE - 18 usuários (11,3%), enquanto as regiões Médio Paraíba e Serrana respondem por cinco usuários cada. Os demais são das regiões Norte, Noroeste e Centro- Sul.

Embora a Baixada Fluminense pertença à região Metropolitana I, há municípios relativamente distantes da unidade de referência, assim como os das demais regiões do estado, o que equivale dizer que o tempo de deslocamento e despesas com o transporte podem ser considerados dificultadores do acesso à saúde, o que não somente reafirma a existência de barreiras geográficas, como também barreiras econômicas para o acesso.

Pode-se utilizar como estratégias para o acesso, minimizando as barreiras econômicas, o Tratamento Fora do Domicílio - TFD (BRASIL, 1999), o Vale Social, instituído pela Lei Estadual nº 4.510/2005 (RIO DE JANEIRO, 2005), que consiste na gratuidade em transportes de concessão estadual (rodoviário intermunicipal, metroviário, ferroviário e aquaviário), além do Rio Card especial para os munícipes do Rio de Janeiro regulamentado pelo Decreto nº 32842/2010 (RIO DE JANEIRO, 2010). Todos os benefícios elencados dependem de critérios de elegibilidade e sendo assim podem ser concedidos ou não.

Em conformidade com a Portaria nº 2803/13 GM/MS (BRASIL, 2013b) que redefiniu o Processo transexualizador no SUS, o IEDE faz acompanhamento hormonal e multiprofissional em pessoas que demandam o serviço para tal procedimento e que tenham maioridade civil, ou seja, idade igual ou maior a 18 anos. O presente estudo identificou maiores percentuais nas faixas etárias das mulheres trans (Tabela 4 - Apêndice D) - entre 30 e 39 anos, contabilizando 102 usuárias (34,2% do total) e, entre 40 e 49 anos, 95 (31,9%). Não há usuárias na faixa etária de 18 a 19 anos, e percebe-se que ocorre uma menor procura por atendimento na faixa etária entre 20 e 29 anos, o que pode ter como justificativa a existência de barreiras econômicas (dependência financeira da família, desemprego e subemprego), assim como a geográfica, que leva à demora no acesso à unidade de referência pela ausência da disponibilidade do serviço de forma descentralizada. O mesmo acontece com os homens trans, pois houve um maior percentual nas faixas etárias entre 30 a 39 - 99 usuários (61,9%), e entre 40 e 49 anos - 43 (26,9%).

Após a exibição, em 2017, da telenovela “A Força do Querer”, ocasião em que foram abordadas questões relacionadas à transexualidade masculina, embora nos padrões do discurso médico, fomentou a discussão a favor da diversidade a partir da experiência da transexualidade masculina (SANTOS; MATTOS, 2020). Desse modo, pode ter havido uma procura maior de homens trans buscando atendimento hormonal no processo transexualizador.

Com relação à cor/etnia o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2008) pesquisa a cor ou raça da população brasileira com base na autodeclaração. Desse modo, foram identificados nos prontuários das(os) usuárias(os) perguntas sobre cor ou raça de acordo com as seguintes opções: branca, preta, parda, indígena ou amarela. Autodeclararam-se brancas 43,3% usuárias, pardas 35,9% e pretas 16,1%. Duas usuárias (0,7%) se autodeclararam indígenas. Não consta a informação de raça/cor em 12 prontuários (NI). Com relação aos homens trans, 65 (40,6%) se autodeclararam brancos, 66 (41,3%) pardos e 26 negros. Um se autodeclarou indígena (Tabela 5 - Apêndice D).

Contudo, o Estatuto da Igualdade Racial, instituído pela Lei n 12.288, de 20 de julho de 2010, no Inciso IV (BRASIL, 2010a) dispõe que a população negra é “o conjunto de pessoas que se autodeclararam pretas e pardas, conforme o quesito cor ou raça usado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2008), ou que adotam autodefinição análoga” (BRASIL, 2010a). Assim, somando-se as usuárias trans que se autodeclararam pardas e pretas têm-se o total de 155 (52%), e os usuários trans somam 92 (57,6%), perfazendo em ambos os casos a maioria. Não houve identificação (NI) com relação à cor /raça em 2 (1,3%) prontuários.

Quanto ao estado civil (Tabela 6- Apêndice D), duzentas e trinta e seis mulheres trans disseram estar solteiras, o que equivale a (79,2%), 6 (2,0%) casadas, 8 (2,7%) divorciadas e 48 (16,1%) vivem em união estável. As solteiras, segundo relatos, assim se encontram não por desejarem, mas porque possuem dificuldades em se relacionarem afetivamente e sexualmente dada a sua identidade de gênero. Com relação aos homens trans, 119 (74,4%) declaram-se solteiros, ao passo que 31 (19,4%) vivem em união estável, 7 (4,4%) encontram-se casados e 3 (1,9%) divorciados. Antes da transição, as(os) e divorciadas(os) foram casadas(os) com pessoas do sexo biológico diferentes delas e deles.

Os relacionamentos amorosos de pessoas transexuais, notadamente referentes às mulheres trans, são dificultados pela fetichização. De um modo geral, pessoas trans têm receio de se relacionarem com pessoas cisgênero, receio de sofrerem transfobia e ainda terem o dilema de revelar ou não ser uma pessoa trans (BONINI, 2021).

No que concerne escolaridade (Tabela 7 - Apêndice D) levou-se em conta o artigo 21 da Lei nº 9394 de 20 de dezembro de 1996 que estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional (BRASIL, 1996): Educação Básica (formada pela Educação Infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio) e Educação Superior. Foi considerado no campo escolaridade o apresentado na ficha de atendimento do Serviço Social (utilizada em todas as unidades de saúde estadual) com os seguintes indicadores: Analfabeto (ANF), Ensino Fundamental

Completo (EFC), Ensino Fundamental Incompleto (EFI); Ensino Médio Completo (EMC), Ensino Médio Incompleto (EMI); Ensino Superior Completo (ESC) e Ensino Superior Incompleto (ESI). Cerca de 40% das mulheres trans concluíram o EMC, ao passo que 14,4% disseram possuir EMI. Porém, 4,4% alegaram ter Ensino Fundamental Completo e 11,7% EFI. Aproximadamente 11% (32) possuem Ensino Superior Completo e 16,4% (49) Ensino Superior Incompleto. Há 7 (2,3%) com pós-graduação. Duas pessoas disseram ser analfabetas. Não foi identificada a escolaridade (NI) em apenas uma ficha social.

Com relação aos homens, cerca de 46% possuem EMC e 28,8% ESI, devendo ser ressaltado que esses ainda são estudantes. Aqueles com ESC, EMI e EFI são 17 (10,6%), 18 (11,3%) e 3 (1,9%) respectivamente. Já os pós-graduados totalizam 3 (1,9%).

As mulheres trans pretas e pardas equivalem ao dobro das mulheres trans brancas que não possuem ensino fundamental completo e a metade das que possuem ensino superior completo, como também existem entre elas duas que são analfabetas (Tabela 8 - Apêndice D).

Percebe-se que a maioria das pessoas transexuais possuem ensino médio completo, o que pressupõe maior esclarecimento para acessar os serviços de saúde. É certo que quanto maior o nível de escolaridade, maior é o entendimento sobre direitos, melhor a colocação no mercado de trabalho, muito embora essas pessoas enfrentam dificuldades por conta das suas identidades de gênero. Quanto menor a escolaridade maior vulnerabilidade social estará presente.

É imprescindível destacar que muitas(os) daquelas e daqueles que não concluíram os estudos atribuem ao fato de terem sofrido transfobia. Foucault (1999) pontua o poder disciplinar da escola por intermédio de manifestações micro em que a escola dita como os corpos devem se comportar. Trata-se, na maioria das vezes, de uma espécie de “não-lugar” em que pessoas transexuais são constantemente vigiadas: a escola exerce insistentemente o papel de normalizá-las. As consequências se tornam visíveis: fracasso (entendido como o não cumprimento do aluno a uma demanda da escola), abandono escolar, repetência (SALVADOR; OLIVERIA; FRANCO, 2021).

A escola pode ser um ambiente hostil também para as pessoas LGBTI+, o preconceito e a violência estão presentes principalmente nas falas das usuárias do AMIG quando são atendidas no Serviço Social, principalmente entre as mulheres trans pretas. Piadas, frases ofensivas, não uso do nome social, negativa ao uso do banheiro conforme identificação de gênero são exemplos de violências. Não há como negar que diante de tanta violação e negação de direitos, há abalo emocional e prejuízo da saúde mental.

Com o objetivo de minimizar tal evasão, o direito ao uso do nome social nos

ambientes escolares seja na rede pública ou privada de ensino e em todos os níveis e modalidades é garantido pela Resolução nº 12 de 16 de janeiro de 2015 do Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoções dos Direitos de Lésbicas, Gays, Travestis e Transexuais (CONSELHO NACIONAL DE COMBATE À DISCRIMINAÇÃO E PROMOÇÕES DOS DIREITOS DE LÉSBICAS, GAYS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS, 2015), como também pela Resolução nº 1/2018 do Conselho Nacional de Educação (BRASIL, 2018). Cabe ressaltar que a resolução nº 1/2018 dispõe que para as(os) alunas(os) que queiram utilizar o nome social, é pré-requisito a anuência das(dos) representantes legais, o que não ocorre com a Resolução nº 12/2015. Tais resoluções podem ser consideradas um diferencial na vida dessas pessoas, como também o acolhimento dos professores, diretores e alunos.

Os Parâmetros Curriculares Nacionais-PCNs¹⁶ (BRASIL, 1997) possui como um dos temas transversais a orientação sexual nas escolas, porém sem o objetivo de ampliar, com os adolescentes, as discussões em relação aos preconceitos de gênero e de ideias programadas pelo senso comum, como por exemplo o estereótipo esperado para homens e mulheres. Sendo assim, a escola ao invés de incluir, passa a ser um espaço de exclusão e, conseqüentemente, ocorre a evasão escolar o que implica a violação de um dos direitos humanos fundamentais preconizados na Constituição da República Federativa do Brasil: a educação.

Desse modo, os projetos pedagógicos precisam estabelecer uma educação pautada na empatia, pois somente desta forma se conseguirá construir uma sociedade mais justa. Além disso, as instituições de ensino formal precisam compreender o gênero como uma construção cultural, política e histórica (SALVADOR, 2019).

Nesse sentido, Vasconcelos (2018)

é preciso ter projetos pedagógicos que todos os sujeitos da escola possam compreender o gênero como uma construção social, cultural, política e histórica, na qual se destaca uma educação pautada na empatia, igualdade e humanidade, pois somente desta forma se consegue construir uma sociedade mais justa (VASCONCELOS, 2018, p. 6).

Relativamente à situação funcional com vínculo empregatício formal (Tabela 9 Apêndice A), aquele regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), 28,9% das mulheres trans encontram-se empregadas formalmente e, conseqüentemente, com vínculo previdenciário. As aposentadas com vínculo previdenciário são 5 (1,7%). As que não possuem

¹⁶ Parâmetros Curriculares Nacionais- são diretrizes elaboradas pelo governo federal com o objetivo principal de orientar os educadores por meio da normatização de alguns fatores fundamentais concernentes a cada disciplina (BRASIL, 1998).

vínculo empregatício e previdenciário formais são 133 (44,6%). O total das que dizem realizar alguma atividade informal, isto é, as autônomas é 74 (24,8%). Porém, somente 25 (8,4%) contribuem para a Previdência Social, enquanto 49 (16,4%) não contribuem.

A situação descrita acima pode ser observada também com relação aos homens trans, ou seja, 46 (28,8%) deles possuem vínculo regidos pela CLT, enquanto 91 (56,9%) encontram-se desempregados (Tabela 9). Já os com atividade informal perfazem um total de 23 (14,3%). Desse total, somente 4 (2,5%) possuem vínculo previdenciário.

Ingressar no mercado de trabalho pode ser considerado uma tarefa difícil, principalmente na atual conjuntura. Qualquer pessoa que deseja garantir a subsistência sabe das dificuldades encontradas. No entanto, as adversidades nesse momento são ainda maiores para as minorias sociais (SILVA *et al.*, 2021).

Algumas/alguns passam constantemente por processo seletivo, utilizando por vezes o nome social. São aprovadas (os), porém quando apresentam a documentação com o nome civil, os avaliadores informam por via telefone que a vaga já havia sido ocupada e pedem desculpas pelo ocorrido. Ou apenas pessoas com passibilidade (características de pessoas cisgênero) acabam conquistando uma vaga no mercado de trabalho sem revelar ser uma pessoa transexual. Percebe-se o preconceito na maioria dos empregadores que vinculam a aparência ao sexo biológico para contratação, em detrimento da identificação pelo gênero, como se isso por si só fosse primordial para atribuição de competência que a atividade laboral exige. Com tanta dificuldade em conseguir um emprego formal, resta para algumas o trabalho informal como profissionais do sexo.

Pesquisas desenvolvidas pelo Ministério do Trabalho e Previdência Social em parceria com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), pontuam que mulheres negras¹⁷ são o maior contingente de pessoas desempregadas e no trabalho doméstico (RIBEIRO, 2019). Corroborando com o indicado por Ribeiro (2019), a pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD)/Covid-19, em 2020, a qual indica que a taxa de desocupação nos primeiros meses da pandemia no país cresceu para todos os grupos de cor ou raça, com média geral passando de 10,7% para 13,1% entre maio e julho. Contudo, considerando-se somente a população negra – homens e mulheres – essa elevação ficou mais evidente, ou seja, passou de 10,7% e 13,8% para, respectivamente, 12,7% e 17,6% (SILVA; SILVA, 2020).

Reafirmando o exposto acima, Boaventura (2020a) elenca grupos sociais que historicamente são marginalizados e que devido à quarentena sem sombra de dúvida sofrem

¹⁷ Nessa referência estão incluídas somente as mulheres cisgênero (pessoa que se identifica com o sexo de nascimento).

ainda mais com o peso da discriminação, dadas as mudanças sociais impostas pré e pós pandemia. Tais grupos compõem o que o autor denomina de Sul. Deixa claro que não se trata de espaço geográfico e sim de um espaço tempo, político, social e cultural. “É a metáfora do sofrimento humano injusto causado pela exploração capitalista, pela discriminação racial e pela discriminação sexual, como por exemplo as pessoas LGBT” (SANTOS, 2020a, p. 15).

É importante salientar que antes e durante a pandemia a situação de desemprego vem sendo enfrentada diariamente por mulheres trans, notadamente as(os) que se declararam pardas(os) e pretas(os), o que lhes confere condição de maior vulnerabilidade social (Tabela 10 - Apêndice D).

As mulheres trans e os homens trans, em sua maioria, possuem rendimentos em torno de um a dois salários mínimos (66,1% e 73,9% respectivamente). Aquelas e aqueles (18,2% e 5,8% respectivamente) em atividade laboral informal apresentam renda/ganho inferior a um salário mínimo. Somente 18 (10,9%) delas e 10 (14,5%) deles dispõem de renda em torno de três a quatro salários mínimos. Apenas duas têm renda acima de cinco salários mínimos. Já os homens trans que possuem ganhos acima de 5 salários são três, o que equivale a 4,3%. Não foi identificada (NI) em 7 (3,0%) prontuários a informação de rendimentos auferidos (Tabela 11- Apêndice D).

Um ponto importante a destacar é o debate acerca das interseccionalidades¹⁸, que podem ser entendidas como marcadores de vulnerabilidades de diferentes categorias sociais que acentuam e favorecem as iniquidades. Desse modo, o sistema social em que as categorias (raça, gênero, classe social, orientação sexual, dentre outras) estão incluídas e organizadas definem a maneira como essas interseccionalidades, ou como tais marcadores de vulnerabilidade passam a marginalizar pessoas, por exemplo, mulheres trans (NOGUEIRA; LEITÃO; SILVA, 2021).

Nesse sentido, como pontua Assis (2019), embora nos estudos relacionados às interseccionalidades os marcadores de gênero e raça inicialmente fossem os mais apontados, hoje em dia percebe-se uma preocupação maior de análises que contemplem outras intersecções, como identidade de gênero, sexualidade e outras. Ao adotar, por exemplo, as vulnerabilidades de mulheres transexuais e travestis, é relevante identificar eixos de subordinação, e como as interseccionalidades permeiam, atingem esses corpos. Portanto, é

¹⁸ O conceito de interseccionalidade foi sistematizado por Kimberlé Crenshaw(2002), que possui como ponto nodal dessa reflexão a interação/intersecção entre os marcadores sociais da diferença. Para uma maior compreensão ler: as autoras do *black feminism* norte americano, Patricia Hill Collins (1990); Angela Davis (2017), Bell Hooks (1984), Audre Lorde (1983). No Brasil, Sueli Carneiro (1985), Luiza Bairros (1995); além de Lélia Gonzales (1988) e Beatriz Nascimento (1989), que não trabalharam com o conceito em si, mas com muitas premissas que o antecedem (ASSIS, 2019).

importante compreender que tais categorias interagem e, por conseguinte, não devem ser percebidas separadamente.

Para Akotirene (2019, p. 50), a interseccionalidade não é uma narrativa teórica dos excluídos, mas se faz presente nas diferenças identitárias, “nas desigualdades impostas pela matriz da opressão”. Fica mais evidente quando mulheres negras experimentam situações discriminatórias por conta da conjunção: raça, classe e gênero. Ser mulher, negra e pobre, especificamente na sociedade brasileira, convencida de que a ideia de miscigenação é argumento para a inexistência de racismo bem como para a não identificação dos efeitos deletérios deste.

Considerar a existência dessa sobreposição é imprescindível para compreender a análise realizada nesse estudo em mais um grupo historicamente vulnerável, como no caso das mulheres trans (em referência às mulheres transexuais e travestis, conforme posto anteriormente). De fato, ser mulher trans é identificar-se como pessoa que, através de seus corpos postos à margem, experimentam dia a dia os impactos ao transgredirem a lógica imposta pela cisheternormatividade. Tais impactos são indubitavelmente mais eficazes quando se trata de mulher trans negra e pobre: seus corpos são transversalizados pela opressão racista, classista e de gênero (MENEZES, 2018).

Identificar as especificidades de um grupo vem sendo um grande desafio nas várias instituições, sejam elas de saúde, educação, emprego, segurança etc. Desafio de ampliar o olhar e conceber que a presumida “igualdade de atendimento” difere de pessoa para pessoa enquanto nega-se que a cor da pele influencia. Segundo Crenshaw (2004), o desafio se apresenta na complexidade de pensar e perceber a diferença dentro da diferença. A vulnerabilidade maior dessas mulheres pode ser percebida nos dados sociodemográficos, principalmente no que concerne à escolaridade e à empregabilidade: as mulheres negras possuem maior dificuldade em concluir os estudos e conseguirem vínculo de trabalho formal.

Com relação à composição familiar (Tabela 12 - Apêndice D), o número de mulheres transexuais que residem com membros da família é maior do que daquelas que residem sozinhas, isto é, 29,9%. O mesmo ocorre com os homens trans, ou seja, 13,8% residem só. Dois aspectos da composição familiar merecem destaque: o primeiro diz respeito ao fato da maioria ainda residir com os familiares, serem dependentes financeiramente e, por conta disso, por vezes não possuem condições de arcar com as despesas do acompanhamento hormonal no processo transexualizador (medicamento, deslocamento até a unidade). O segundo refere-se ao fato de residir com a família não implicar necessariamente acolhimento e proteção, uma vez que, por conta da transição, por vezes a relação é conflituosa.

Quanto ao perfil de saúde (Tabela 13 - Apêndice D), do total de 298 mulheres trans, 198 (68%) não apresentam qualquer tipo de doença. Dentre as 32% portadoras de alguma doença, as mais frequentes são infecções sexualmente transmissíveis: HIV (55,9%) e sífilis (5,4%); hipertensão arterial (12,9%), diabetes mellitus (4,3%), asma brônquica (3,2%) e hipotireoidismo (3,2%). Com relação aos homens trans, do total de 160, a maioria não possui qualquer tipo de doença: 78% deles. Aparecem em destaque hipertensão arterial (15,2%), asma brônquica (12,1%), hipotireoidismo (9,1%), obesidade (9,1%) e diabetes mellitus (6,1).

É importante ressaltar que existe a prática de uso de hormônios sem acompanhamento médico. Isso se deve ao fato da demanda pela mudança dos caracteres sexuais secundários e a escassez de serviços e de profissionais médicos que sintam confiança em prescrever os medicamentos com segurança, bem como acompanhá-las(os) no processo transexualizador. O uso dos hormônios sem acompanhamento adequado prejudica sobremaneira a situação de saúde dessas pessoas, principalmente daquelas e daqueles que já possuem algum tipo de doença e comorbidades (CARMO *et al.*, 2020). Sendo assim, o acesso equitativo, célere à hormonização poderia evitar o risco à saúde a que essas pessoas estão expostas.

As comorbidades (Tabela 14 - Apêndice D) foram relatadas por sete mulheres trans e por dez homens trans. Tanto as mulheres trans quanto os homens apresentam como comorbidades HIV, diabetes mellitus, hipertensão e obesidade. Infere-se que a obesidade nos homens trans acontece como uma forma de não legitimar os caracteres do corpo feminino e dessa maneira pode impactar no comportamento alimentar inadequado dos mesmos (COSTA; CASIRAGHI, 2021).

As doenças citadas fazem parte da linha de cuidado realizada pela atenção primária à saúde. O acompanhamento multiprofissional e a troca de informações entre a unidade primária e a unidade de referência para o processo transexualizador é imprescindível, uma vez que os efeitos colaterais oriundos da hormonioterapia podem funcionar como fatores de risco, agravando as comorbidades e levando à deterioração do estado de saúde.

Sendo assim, a descentralização do cuidado se faz cada vez mais necessária, pois a unidade de atenção básica do território de residência da(o) usuária(o) prestaria cuidado integral a elas e a eles rotineiramente, sem entraves ou barreiras de acesso geográfico, econômico e funcional que essas pessoas enfrentam constantemente.

Quanto ao uso de drogas ilícitas (Tabela 15 - Apêndice D), 80,2% das mulheres trans e 84,4% dos homens trans alegam não ter usado qualquer tipo de drogas ilícitas. Cerca de 7,4% delas e 10% deles alegam utilizar substâncias psicoativas como maconha e/ou cocaína. É importante salientar que a baixa autoestima das pessoas LGBT+, acentuada pelo preconceito

social, não aceitação da família e de amigos, dificuldade em obter emprego e manter relacionamentos amorosos, isolamento social, depressão são algumas das circunstâncias que desencadeiam o uso de drogas.

Ainda que se trate de um processo individualizado, é importante desenvolver estratégias de enfrentamento às várias situações negativas que se apresentam ao longo da vida, tais como insegurança, ansiedade, violência e até mesmo de transfobia (SCHULER *et al.*, 2020). Outro fator importante decorre da dificuldade de acesso aos serviços de saúde para a mudança dos caracteres sexuais secundários, o que gera um impacto negativo na saúde mental dessas pessoas. Experiências de discriminação social colaboram para o consumo de drogas, aumento a ocorrência de comportamento sexual de risco, e transtornos como ideação suicida (FONTANARI *et al.*, 2019). Além disso, o abuso dessas substâncias impacta negativamente na sua saúde orgânica, principalmente naquelas que já possuem algum tipo de doença e comorbidades.

No que diz respeito a violência contra as pessoas trans, se faz mister ressaltar que acontece nos mais variados espaços. A vivência do preconceito e discriminação inicia-se muitas vezes no ambiente de convívio social e nos espaços que, tradicionalmente, deveriam ser refúgio da violência diária, ou seja, a família. Entre as mulheres e homens trans, 28 (9,4%) e 12 (7,5%) respectivamente, que verbalizaram sofrer violência sexual (Tabela 16 - Apêndice D), apontam alguém da família como o agressor (pai, avô, primo).

A prática dessa violência pode se dar também por pessoas desconhecidas e muitas delas são reflexos de uma cultura patriarcal e machista que perpassa pela transfobia e culmina na forma de “educar” esses corpos ditos dissidentes, como exemplo o estupro “corretivo” vivenciado por algumas mulheres trans e homens trans (BENEVIDES; NOGUEIRA, 2021). A violência, seja ela por orientação sexual ou pela identidade de gênero, é uma das formas pelas quais o estigma se expressa e surge de um sistema de crenças e preconceitos onde a homossexualidade é rechaçada em relação a heterossexualidade (GUIMARÃES, 2018).

Lamentavelmente, em todos os casos relatados acima não houve registro da ocorrência nas delegacias de polícia e, conseqüentemente, os agressores ficaram impunes. É irreparável o dano psicológico vivenciado por essas pessoas. Não foi identificado registro de violência em 298 prontuários e desse modo restou prejudicada uma análise mais apurada.

Quanto à requalificação civil (Tabela 17 - Apêndice D) os dados dos prontuários do AMIG permitiram ainda o conhecimento do ano em que as mulheres trans e os homens trans viabilizaram-na. Entende-se por requalificação civil a alteração do nome e gênero por via

administrativa, quando se aperfeiçoa, no caso das pessoas transgêneros¹⁹, o chamado direito ao nome que é uma ramificação dos direitos da personalidade, subjetivo e intrínseco à pessoa humana.

O nome civil, em regra, obedece ao princípio da imutabilidade, ou seja, não pode sofrer alterações, salvo em situações excepcionais, como casos que poderiam constranger a pessoa, equívoco no registro civil, alterações em razão da Lei de Proteção à Vítima e Testemunhas e mais recentemente o nome da pessoa transexual (BRASIL, 1973). Esse último sofreu importante evolução a partir do entendimento do Supremo Tribunal Federal que, em março de 2018, em defesa ao Princípio da Dignidade Humana, reconheceu às pessoas transgênero o direito de alterar o nome e gênero no registro civil sem que necessitem ajuizar ação e/ou se submeter a cirurgia de redesignação sexual para a efetivação da requalificação civil, o que pôde ser viabilizado através do Provimento nº 73 de 28 de junho de 2018 do Conselho Nacional de Justiça (BRASIL, 2018).

Atualmente, a alteração pode ser realizada extrajudicialmente, em cartório de registro civil das pessoas naturais. Anteriormente para que se chegasse a tal decisão era necessário ajuizamento de ação o que não garantia a outorga, uma vez que ficava a critério do magistrado a sua concessão ou não.

Assim, observa-se que 142 (47,6%) mulheres trans são requalificadas civilmente, enquanto 73 (45,7%) dos homens trans o são. Apesar de não haver referência sobre a requalificação em 243 prontuários, esse quantitativo não tem expressividade, e provavelmente muitos já obtiveram a requalificação civil dada a decisão do STF, bem como a maior viabilização do direito após o ano 2018.

Com certeza, a partir da decisão do STF, pessoas transgênero tiveram um impacto positivo nas suas vidas, pois a maior facilidade de requalificação civil pôde contribuir para o acesso à saúde, educação, emprego e demais direitos, além de proporcionar uma vitória dentre tantas dificuldades enfrentadas no dia a dia.

6.1.2 Caracterização das(os) participantes da entrevista

As entrevistas foram realizadas em abril de 2022, com 16 participantes identificadas (os) nesse estudo pela letra E - entrevistada(o), para preservar a identidade (Tabela 18 - Apêndice D) Utilizou-se como método “as narrativas de vida” de Daniel Bertaux (2020),

¹⁹ Transgênero é todo indivíduo que reivindica um gênero não apoiado no seu sexo e tem o direito garantido por lei de ser chamado pelo seu nome social caso assim deseje (BUSS, 2017).

conforme descrito anteriormente. Assim, foi solicitado às(aos) entrevistadas(os) que contassem as experiências vivenciadas desde a atenção primária até a unidade especializada a partir do seguinte enunciado: “Conte-me a sua experiência vivenciada da atenção primária até o IEDE” (BERTAUX, 2020). O método prevê a utilização de filtro, respeitando a espontaneidade das pessoas entrevistadas, e as incentivando a falar dos contextos que as atravessaram (Bertaux, 2020). Sendo assim, foram utilizadas perguntas orientadoras para as entrevistas: 1) Houve acolhimento na Atenção Primária?; 2) Qual o tempo de espera para a chegada até a unidade especializada?; 3) Faz acompanhamento na Atenção Primária?; 4) Houve orientações pela Atenção Primária para chegada à unidade especializada?; 5) Houve violência institucional? Após, procedeu-se às transcrições, uma análise das narrativas e posterior comparação.

6.2 NARRATIVAS DE VIDA

As narrativas de vida permitiram identificar as facilidades e entraves ao acesso, através dos temas emergentes aprendidos nas falas das(dos) 16 entrevistadas(dos), as quais estão descritas, por exemplo, na tabela 19 (Apêndice D).

6.2.1 Análise das entrevistas

Após as transcrições das entrevistas, procedeu-se a análise temática das narrativas, que permitiu a comparação dos aspectos vivenciados ora em comum, ora diferentes, relatados pelas (os) entrevistadas (os). Em seguida, prosseguiu-se com a leitura dos textos, com o destaque dos temas relevantes e posterior categorização. Após o destaque dos temas, partiu-se para a identificação das narrativas que traziam as mesmas situações, as quais foram sublinhadas por cores, organizando os elementos que trazem os conteúdos utilizados na análise. Desse modo, cada uma das narrativas representando situações similares foram agrupadas constituindo unidades temáticas e, por fim, foram destacadas das narrativas as partes sublinhadas, tendo sido reagrupadas de acordo com as cores representativas de uma categoria (SANTOS; SANTOS, 2008). (Tabela 19 - Apêndice D).

Dessa forma, foram encontrados 52 temas²⁰ (Tabela 19 - Apêndice D) que foram agrupados em 15 unidades temáticas (vários temas agrupados). Como unidades temáticas

²⁰ “Unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura” (Bardin, 1977 apud SANTOS; SANTOS, 2008, p. 717).

têm-se acolhimento; regulação; cuidados em saúde das pessoas transexuais; violência institucional; conhecimento profissional, capacitação profissional; patologização da transexualidade; orientação para a unidade de referência; uso do nome social; comprometimento profissional; rotatividade profissional e falta de gestão; sentimentos referidos no processo de transição; conhecimento e desconhecimentos das(os) usuárias(os) sobre transexualidade/regulação; auto medicação/desejo de se cuidar; e rede de apoio com facilitador da regulação.

Ocorreu um último reagrupamento formando uma categoria e duas subcategorias. “Acessibilidade das pessoas transexuais e travestis nos serviços de saúde: políticas e práticas institucionais” como categoria; “a capacitação permanente como ferramenta de acesso”; “o protagonismo das pessoas transexuais e travestis e a importância da rede de apoio” constituem subcategorias.

6.2.2 Acessibilidade das pessoas transexuais e travestis nos serviços de saúde: políticas e práticas institucionais

As narrativas apresentaram uma sensível identificação do cenário de acesso aos serviços de saúde para as pessoas transexuais e travestis. Pensando que o acesso dependeu de inúmeras variáveis, permeando a tríade de fatores interferentes - geográfico, econômico e funcional -, utilizou-se o conceito de acessibilidade que diz respeito à oferta de possibilidades de utilização dos serviços de saúde que englobam todos esses elementos (PEREIRA; CHAZAN, 2019).

No quesito acolhimento (Tabela 19 - Apêndice D), nove pessoas entrevistadas disseram que foi bom. Entretanto, sete referenciaram mau acolhimento na Atenção Primária de Saúde. Cabe ressaltar que cinco participantes relataram que o atendimento no centro especializado foi melhor do que na APS e um deles relacionou o bom acolhimento, na APS, ao fato de ter chegado “muito rápido” ao IEDE. O não acolhimento pode estar relacionado à falta de sensibilização dos profissionais de saúde quanto à necessidade e à importância da transição de gênero das pessoas transexuais e travestis.

Meu acolhimento foi muito bom, todos me trataram com respeito com relação a isso, não é?... fui muito bem acolhida. Assim, na minha opinião, não tive preconceito, não tiveram preconceito com a minha pessoa em relação a isso, inclusive os médicos, fui super bem atendida. Eu gostei bastante do acolhimento e do profissionalismo da médica (E1).

Foi bem rápido. Levou de 2 a 3 meses mais ou menos. Fui muito bem acolhido. Foi

supertranquilo (E3).

Na primeira consulta também não tive uma experiência boa pela questão do nome, porque eu pedi para ser chamado pelo nome social, e na primeira consulta ficaram berrando o nome de registro e eu não tive coragem de entrar, de levantar na hora e ir para consulta. Não tive coragem. Primeiro eu esperei todo mundo ser atendido (E2).

Nunca tive um constrangimento com a equipe do IEDE. Já na clínica da família, e também no UPA, algumas vezes já aconteceram é das pessoas errarem o nome ou até mesmo não sei se porventura falta de informação, até mesmo por maldade, não sei, mas algumas vezes acontecem como por pessoas trans sim, sei lá acho que pouco caso...é, acho que a expressão certa pra usar (E4)

Concepções heterocisnormativas perpetuadas pela sociedade fazem com que muitos profissionais não tenham empatia e não acolham essas pessoas que fogem à “regra” do binarismo, ou de outras normas impostas social e culturalmente (SCHNECK, 2021). Essas concepções normativas marcam a “sociedade disciplinar”, caracterizada por atos repressivos e de controle visando à padronização dos comportamentos. Ocorre a patologização de algumas formas “naturais” da sexualidade (FOUCAULT, 2011a).

Conclui-se que há necessidade de educação permanente dos profissionais da saúde sobre esta e outras questões, a fim de proporcionar uma assistência qualificada e que reafirme os princípios do SUS.

A regulação (Tabela 19 - Apêndice D) consiste no direcionamento das(os) usuárias(os) da Atenção Primária para uma unidade de referência via Sistema Estadual de Regulação (SER). Segundo dados do Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz (JATOBÁ *et al.*, 2019), na análise situada do Sistema de Regulação de Consultas e Exames no município do Rio de Janeiro, a inserção na plataforma SER pode ser considerada muito trabalhosa, principalmente no que tange à usabilidade do sistema, uma vez que exige o anexo de vários documentos, dentre eles exames e, conseqüentemente, gera o aumento da rotina de trabalho dos médicos reguladores a partir da Atenção Primária de Saúde. O profissional regulador tem como atribuição estabelecer critérios de prioridades baseados nas classificações de risco. Desse modo, o tempo de espera para tratamentos eletivos, ou seja, não emergenciais, é uma preocupação constante nas políticas de saúde.

No entanto, o tempo razoável de espera não é mencionado, nem na Política Nacional de Regulação do SUS e nem em periódicos e artigos que tratam do assunto (BRASIL, 2008d). Por isso, fazem-se necessários a produção de conhecimento e o aperfeiçoamento das diretrizes da política para o melhor encaminhamento dessas questões. A não observância de tais temas implica a falta de qualificação, falta de conhecimento da rede e de conhecimento de protocolo por parte do profissional regulador: a inadequada classificação de risco traz impactos diretos


no acesso das(os) usuárias(os) aos agendamentos de procedimentos e/ou consultas especializadas (CARVALHO, 2021). O cálculo do tempo de espera é feito considerando a data inicial do atendimento e a data final, que é a realização do procedimento, consulta ou cirurgia.

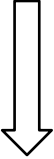
Como o tempo de espera ideal não é mencionado na Política Nacional de Regulação e, logo, implica na subjetividade, no entendimento, pelos diversos atores, do que é demorado ou não. De um lado, o tempo e a urgência vivida no processo de transição para pessoas transexuais e travestis, soma-se ao fato de que a demora leva a comportamentos de risco tais como a automedicação; de outro, o SER. Um estudo realizado no Espírito Santo considerou o tempo de espera até a chegada à atenção especializada pela utilização da média e da mediana (FARIAS *et al.*, 2019). Utilizando o método aplicado nesse estudo, foram encontradas como média e mediana, respectivamente, 12,24 meses e 6 meses para consolidar o acesso com a admissão no IEDE (Tabela 20 - Apêndice D).

Cabe esclarecer que, estatisticamente, a média não é o instrumento mais adequado para a utilização onde existam dados numéricos muito discrepantes, tais como a chegada à unidade especializada em dois dias e, ao extremo, após cinco anos. Desse modo, a mediana é a ferramenta mais justa para a análise do universo ora pesquisado quando apresentou o valor de seis meses, ao passo que a média ficou em 12,24 meses. De acordo com Neres e Cantanhêde (2018), a mediana não é afetada por valores extremos, ela corresponde, num conjunto de dados, ao valor do meio quando os dados originais estão organizados em ordem crescente (ou decrescente) de magnitude. Para fim de cálculo da média e da mediana considerou-se todos os meses como se tivessem 30 dias e o ano 360 dias.

Entende-se, salvo melhor juízo, o valor de seis meses como o mais próximo da realidade apresentada. Isso não significa que não devam ser estabelecidas estratégias que visem diminuir ainda mais esse tempo.

Tabela 20 - Tempo de chegada no IEDE – Média e Mediana

Entrevistada(o)	Meses	Semanas	Dias	Ajuste dos dias para cálculo da mediana	Mediana		
1	5		150	2	 Aumento da discrepância		
2	3		90	3			
3	3		90	7			
4	24		720	14			
5	7		210	90			
6	9		270	90			
7	6		150	150			
8	9		270	150	Dias	Meses	Anos

Entrevistada(o)	Meses	Semanas	Dias	Ajuste dos dias para cálculo da mediana	Mediana				
9	26		780	210	$(150 + 210) / 2 = 360 / 2 = 180$	6	0,50		
10	0	1	7	270	Aumento da discrepância				
11	32		960	270					
12	12		360	360					
13	60		1800	720					
14	0	2	14	780					
15	0		2	960					
16	0		3	1800					
Média (dias)			367,25	COMPARATIVO MÉDIA X MEDIANA (MESES)					
Média (meses)			12,24	MÉDIA				MEDIANA	
Média (anos)			1,02	12,24				6	

Fonte: A autora, 2022.

Nesse sentido, das(os) 16 entrevistadas(os), oito tiveram tempo de espera inferior a 6 meses e oito superior. No entanto, cabe ressaltar os hiatos no tempo de regulação que variou entre 2 dias a 5 anos, com possibilidade da influência da classificação de risco desenhada no sistema e da subjetividade no atendimento que dá maior celeridade de acordo com avaliação médica ou do profissional regulador. Uma das narrativas fez menção a este fator: a usuária E13 foi regulada em 2016 e só chegou à unidade de referência em 2021, enquanto E15 que foi regulada em 2015 chegou à unidade em dois dias (vide Tabela 18).

Foram em torno de cinco anos que eu finalmente entrei no sistema, ser chamada para cá (IEDE), começar a ser atendida, regulamentada por aqui... durante períodos eu era encaminhada para uma doutora e essa doutora me examinava. Ela me dizia assim, na clínica geral, não é. Sei lá, olha, não tem como te encaminhar e não tem como te tratar aqui”. Até que teve um momento, eles falaram assim, olha, você vai lá para a Policlínica de Mesquita que atende toda a cidade. Indo lá, novamente não foi recomendado o acesso ao IEDE, mesmo que eu sempre comentasse sobre o SER, sobre o IEDE para ser encaminhada, ela dizia que não era possível, que não tinham como. Eles explicitamente disseram, não havia como eu ser encaminhada para o IEDE (E13).

As relações entre os profissionais de saúde, no caso o regulador e as pessoas transexuais e travestis ocorrem sob o jugo do poder no discurso proferido, da verdade entendida como oficial e o que deve se submeter a ela. Nesse caso, a “normalidade” social valida a reprodução e a manutenção dessas verdades oficiais, aqui definida como logofilia, termo utilizado por Foucault como sentimento do discurso pleno de verdades (FOUCAULT, 2009).

Em contrapartida, outra usuária retornou dois dias após a inserção e descobriu que já havia encaminhamento ao IEDE. Provavelmente houve a atuação da subjetividade do

regulador, empatia relacionada à importância da mudança dos caracteres sexuais secundários para essas pessoas:

Assim eu recebi um papel com o número, e levei até uma moça (administrativo) e ela falou assim: olha, (a gente vai entrar em contato com você quando o seu SISREG sair, mas o ideal é que você venha aqui de tempos em tempos para ter uma noção e tal, para verificar o status" [...] "E aí, dois dias depois, eu fui lá, o que para mim era até muito precoce. Eu fui lá quando eu estava descendo a escada, a moça olhou, falou assim: tem dois dias que você veio, é impossível já ter saído. Eu falei, ahhh!!!! mas eu estou aqui, você não pode dar uma olhadinha, por favor? "- "Olha, eu vou olhar por desencargo, mas dois dias... Você não conhece o famoso sistema?" [...] "e tinha saído (E15)

Em relação ao cuidado em saúde das pessoas transexuais (Tabela 19 - Apêndice D), nas dezesseis narrativas transcritas, onze delas disseram não fazer acompanhamento na clínica da família, enquanto cinco fazem. O não acompanhamento se deve ao fato de várias situações dentre outras, tais como: demora nas marcações das consultas, patologização da transexualidade e encaminhamento médico a outra unidade privada de saúde. É certo que tal encaminhamento ocasionou um maior deslocamento (barreira geográfica), maior custo com transporte (barreira econômica). Em somente cinco delas(es) houve relatos de acompanhamento, inclusive três delas(es) fazem terapia hormonal em seus territórios (Tabela 19 - Apêndice D).

Eu não faço mais acompanhamento na Clínica da Família porque além de ser um acompanhamento muito demorado, eu precisei fazer uma consulta com a médica que eu estava precisando urgentemente fazer alguma coisa em relação a uma alergia que eu tenho na pele e aí eu não estava conseguindo marcar lá, não estava conseguindo marcar também aqui pelo IEDE e aí lá eu tentei por duas vezes e só consegui resultado daqui a cinco meses. Daí a cinco meses as coisas vão se agravando cada vez mais. Então às vezes é de fato é melhor você tentar aqui no IEDE (E4).

Esse doutor me fala para ir para um hospital particular, eu por minha conta acho isso um absurdo, não é? Agora não me vem o nome, realmente eu não lembro o nome da clínica particular que ficava lá em Copacabana. Olha só! de Mesquita para Copacabana. Dizendo que era um projeto, não é? Como pode se dizer, de caridade, um projeto humanitário e que eles iriam me receber. Chegando lá houve ainda mais informações porque além de terem me dito que eu só poderia fazer terapia hormonal depois que passasse por dois anos de confirmação por algum psiquiatra que eu era uma pessoa identificada como mulher trans (E13).

A patologização é uma das formas de enquadramento dos padrões, seja pela ciência ou pela sociedade, a fim de tolher o jeito que a pessoa deseja ser (GRADE; GROSS; UBESSI, 2019). O poder psiquiátrico tem um papel na consolidação da patologização desta condição humana, da transexualidade. Assim, as práticas discursivas e não discursivas possuem como instrumento de dominação o poder disciplinar e, nesse caso, aqueles relacionados ao modo de existir e de ser que se dará pelo enquadramento heteronormativo (FOUCAULT, 2008).

O relato abaixo vai de encontro ao que é preconizado pela Política Nacional de Humanização (PNH), em uma dos princípios, ou seja, a transversalidade, que é o reconhecimento das diferentes práticas de saúde e especialidades que podem dialogar com a experiência daquelas e daqueles que são assistidos (REIS-BORGES; NASCIMENTO; BORGES, 2018). De acordo com Foucault (1999), o poder-saber da medicina recai ao mesmo tempo sobre o corpo e sobre a população com efeitos disciplinares e regulamentadores, exercendo poderes sobre a vida e morte das pessoas – o biopoder e a biopolítica.

Então eu fui meio que julgado antes mesmo, passei por uma entrevista na qual meio que estavam me julgando, mas depois disso me encaminharam através do sistema. Eu só recorro essa clínica quando preciso muito e até ultimamente precisando muito eu não tenho ido porque essa questão de tratamento tá sendo muito, muito difícil lá. Eles não têm ideia do que é transexual. Não têm ideia (E2).

Chegando na minha unidade do posto de saúde, eu trouxe as informações que eu havia sido encaminhada pelo HUPE e que eu gostaria de fazer o processo de transição hormonal sendo inserida no SER. Eles não entenderam o que [era] para ser feito. Na verdade, eles nunca, supostamente, tinham tido esse contato com pessoas trans no bairro. Nunca tinham atendido e eles não souberam como me receber, não souberam como me encaminhar, não souberam me explicar nada (E13).

Das(os) cinco participantes que fazem acompanhamento na Clínica da Família para outras demandas, somente três delas(es) fazem acompanhamento hormonioterápico, tendo em vista as iniciativas dos médicos de família dos seus territórios, muito embora a Portaria do Processo Transexualizador tenha somente credenciado o IEDE como unidade de referência. Uma possibilidade viável que pode ser implementada é a descentralização do cuidado, pois ainda que pouquíssimas clínicas da família assistam pessoas transexuais para hormonioterapia, tais iniciativas beneficiam em muito, ao eliminar as barreiras geográfica, funcional e econômica. Os instrumentos normalizadores no processo de descentralização da saúde são os que concretizam a real implementação e são abordados desde 1991. Cada ente federativo é autônomo e soberano nas suas decisões e atividades, constituindo instrumentos definidores do modelo de atenção à saúde e direcionadores de políticas públicas no âmbito da saúde (PEREIRA; CHAZAN, 2019).

Eis os relatos de E7 e E9:

Aí, um dia eu fui no posto de saúde pra tentar pegar uma receita pra pessoas que têm pressão alta pra poder tomar injeção do covid. Aí eu chegando lá o médico me atendeu, foi muito simpático. Aí eu me senti bem à vontade com ele. Aí ele perguntou para mim, se eu precisava de mais alguma coisa. Depois do atendimento, eu falei assim: doutor, eu queria saber como eu faço para ser um homem trans [...] “Aí ele pegou e falou: “por coincidência, nós estamos começando um programa aqui agora” [...]. Eu falei: eu quero fazer isso, eu quero ser um homem trans, caramba, foi muito bom! Quando ele falou, eu praticamente... eu chorei mesmo, começou a sair lágrimas dos meus olhos, porque eu ia realizar um sonho. (E7) [nesse momento E7

se emociona e fica com os olhos marejados de lágrimas]

Eu faço acompanhamento no posto, porque lá eles disponibilizam aquilo que a gente não tem: é o primeiro acolhimento, exames específicos que a gente precisa, exames diferenciados, mais aprofundados. Eles se disponibilizaram em compreender mais as nossas necessidades, então eles tentaram se aprofundar mais na parte da endocrinologia para ver o que que poderiam fazer para poder prescrever os hormônios. Tudo certinho no tempo adequado para adaptação do nosso corpo (E9).

Por outro lado, inferiu-se que a avaliação médica para estabelecer a classificação de risco passou por critérios que não necessariamente foram relacionados somente com a condição de saúde da pessoa. Quando o profissional médico demonstra empatia com as situações relacionadas às pessoas LGBTI+, provavelmente terá um comprometimento maior e, desse modo, a subjetividade na avaliação médica fica mais evidente. Assim sendo, têm-se as seguintes falas:

Vamos ver quanto tempo vai levar para você entrar (fala do médico) e na minha ficha eu vi que tinha, ele me deu duas fichas, um escrito prioridade e a outra urgência agora, só não sei qual que veio para cá (E7).

Aí ela falou que ia abrir o sistema, ia tentar melhorar a classificação. Botar como urgência ou prioridade para poder diminuir o tempo, a diferença (E9).

6.2.3 A capacitação profissional como ferramenta de acesso

O conhecimento profissional sobre regulação e transexualidade (Tabela 19 - Apêndice D), é relatado por nove entrevistadas(os), sendo que as falas de E10 e E12 remetem à época em que a inserção para acompanhamento na unidade de referência era realizada pelo Sistema Nacional de Regulação - SISREG²¹. Em 2018 passou a ser regulado pelo Sistema Estadual de Regulação-SER. Eis algumas das narrativas:

Eu não tenho precisão para te falar, porque eu não entendo muito bem, mas se eu não me engano tinha lá escrito, processo transexualizador, transexualização. E ela falou, olha, eu vou te botar nesse programa e aí você vai aguardar ser chamada (E6).

Eu fui procurar essa pessoa em São João de Meriti, quando chegando lá essa pessoa já era minha amiga e tinha acesso ao sistema do SISREG (E10).

Eu fiquei muito grata, pelo que ela fez por mim, porque foi ela que abriu a porta para mim do IEDE e eu fui inserida no sistema SISREG e fiquei esperando um ano. Na época, o sistema SISREG era uma coisa demorada mesmo. Eu tive que ter toda paciência do mundo para ter acesso à endocrinologia que eu acho fundamental para qualquer travesti ou transexual no Rio de Janeiro. A gente sem o tratamento hormonal, a gente não sabe de fato o que que está acontecendo conosco. Então é muito importante. É preciso, é necessário ter o tratamento ambulatorial de um endocrinologista (E12).

²¹O Sistema Nacional de Regulação (SISREG) do Ministério da Saúde é operado pela Secretaria Municipal de Saúde na gestão de suas áreas de planejamento de saúde.

Por outro lado, sete pontuaram o desconhecimento do profissional regulador o que vai ao encontro da percepção de vários autores no que tange à dificuldade no acesso e o alto tempo de espera relacionados à falta de capacitação sobre os fluxos e modos de encaminhamento. As atribuições da regulação relacionadas ao acesso envolvem vários fatores, dentre eles: garantia de acesso aos serviços de forma adequada, garantir os princípios de equidade e da integralidade, disseminar e implantar protocolos de regulação, orientar e adequar os fluxos de assistência tendo como elemento de suporte aspectos relacionados à capacitação, à padronização da conduta do regulador, à comunicação e à gestão (JATOBÁ *et al.*, 2019). Dessa maneira, o desconhecimento do profissional regulador sobre a inserção no sistema para acompanhamento hormonal gera uma desassistência e, conseqüentemente, contribui para que cada vez mais a automedicação seja a saída. Eis alguns relatos:

É a doutora na verdade ela não, não tinha conhecimento, não é? Tanto que foi eu buscando um conhecimento para estar repassando isso pra ela, porque ela também não tinha conhecimento de fato a importância que era o IEDE pra nós, trans, e pra ela (o IEDE) só cuidava das pessoas que tivessem diabetes ou coisa do tipo, e a coisa é bem maior, não é? Eu comecei em 2016 e só de fato em 2018 que eu consegui está fazendo o acompanhamento fixo aqui no IEDE (E4).

É, o meu primeiro contato com a saúde com esse objetivo foi na clínica da família, em março de 2018. Marquei minha consulta em março de 2018, fui atendida pela doutora Eunice e expliquei a ela que eu queria iniciar minha transição. E nesse momento, ela falou que não sabia o que fazer, não sabia para onde me encaminhar, não sabia nem que o SUS oferecia esse tipo de tratamento (E11).

Chegando na minha unidade do posto de saúde, eu trouxe as informações que eu havia sido encaminhada pelo HUPE e que eu gostaria de fazer o processo de transição hormonal sendo inserida no SER. Eles não entenderam o que para ser feito. Na verdade, eles nunca, supostamente, tinham tido esse contato com pessoas trans no bairro. Nunca tinham atendido e eles não souberam como me receber, não souberam como me encaminhar, não souberam me explicar nada (E13).

Segundo Foucault (2011a), a ordem médica, com seu olhar focado na doença e não na pessoa, atinge o modo de ver as pessoas transexuais e travestis com a restrição da autonomia delas no processo decisório frente à abordagem médica dos seus corpos (FOUCAULT, 2011a).

Três entrevistadas(os) destacaram ter recebido orientação (Tabela 19 - Apêndice D) sobre o IEDE, o que demonstra o conhecimento do profissional regulador sobre a regulação, o que também não deixa de ser uma forma de acolhimento.

E isso foi muito bom que eu não esperava que fosse tão bem acolhido, assim, logo de primeira. Eles me orientaram que iriam fazer uma inserção no sistema, tudo direitinho e encaminhar aqui para o IEDE (E9).

Fui e expliquei para a doutora Mariana, que eu queria iniciar a minha transição e ela me explicou que não era com ela. Que ela era um endócrino que não trabalhava com

essa especialidade. Ela trabalhava com todas as outras, menos essa, e ela me explicou todos os passos. Me explicou como que eu tinha que fazer para chegar no IEDE, que o IEDE tinha a parte especialista para pessoas com disforia de gênero (E11).

Eles me orientaram. Eu lembro que quando eu recebi, eu recebi um papel para vir para o IEDE. Eu não lembro exatamente o que tinha nesse papel, mas eu lembro que o papel tinha as informações necessárias (E15).

Em contrapartida, o descompromisso profissional (Tabela 19 - Apêndice D) foi relatado na fala de cinco entrevistadas(os), ocasionando prejuízo e atraso no acesso para a unidade especializada. Eis uma delas:

Me colocou no SISREG novamente e, nesse dia, ela [médica reguladora] lançou no dia 15/08/2018, e a minha vaga saiu em dezembro. Porém, o agente [comunitário de saúde] não me avisou. Eu perdi minha consulta. Ou seja, agosto, setembro, outubro, novembro, dezembro, quatro meses da clínica até o IEDE. Mas como não fui avisada, perdi [...] E eu falei para o administrativo que ninguém me avisou sobre essa consulta que tinha passado, não me avisaram nada, não me levaram o papel, e isso é uma obrigação do agente comunitário de saúde. Não é um favor, é uma obrigação, e ele não fez. Não mudei de telefone, continuo com o mesmo telefone da mesma época e mesmo endereço. É mais questão de irresponsabilidade mesmo dos profissionais da clínica (E11).

Conforme pontua Jatobá *et al.* (2019) os Agentes Comunitários de Saúde efetuam tentativas de entrega do documento de encaminhamento aos usuários do seu território. Caso não encontrem os mesmos, o documento retorna à Unidade Básica de Saúde (UBS). Estratégias para encontrar os usuários são realizadas, dentre elas telefonar faltando quinze dias a uma semana do dia agendado para consulta e ou procedimento, como também solicitar aos parentes ou amigos que o usuário compareça à UBS, a fim de obter o encaminhamento.

Fato semelhante ocorreu com E5 que não foi orientada sobre as pendências a serem cumpridas para o encaminhamento à unidade de referência.

A regulação mandava respostas, e as respostas que eu não entendia, era uma resposta negativa e, enfim, mandava esperar e de contagem, foi pelo menos mais três, quatro, cinco vezes que foi, voltou, foi voltou e eu tentava procurar a administração da clínica. Não tinha nenhuma resposta, ninguém falava nada (E5).

Como bem sinaliza Foucault (2009) um dos princípios da Ordem do Discurso é a descontinuidade, onde há leitura do discurso e a evidenciação da rarefação que revela a insipiência da verdade nos discursos. Pelos relatos apresentados, pode-se pressupor que a transexualidade seja de fato rarefeita, tendo como base o discurso heteronormativo, o que leva a práticas descontínuas que ora se cruzam, ora se ignoram ou se excluem. O que fica em vigência, ou que pelo menos é reforçado, é o princípio do discurso da exterioridade que demarca as fronteiras do discurso (certo e errado/permitido e não permitido/ de direito ao acesso e não acesso), limitando a busca de um núcleo de verdades significativas,

provavelmente políticas, que estejam dentro do binarismo (FOUCAULT, 2009).

Contudo, quatro pontuaram o compromisso profissional (Tabela 19 - Apêndice D) como um diferencial no atendimento por ocasião da inserção no sistema, conforme dois relatos abaixo:

Aí a gente deu sequência, conhecemos o sistema juntos e eu sabia que a minha CID classificava F 64.0, disforia de gênero e eu auxiliei ele nesse quesito. A gente preencheu o cadastro junto com o nome social (E16).

No posto hoje eu sei que o Heitor Beltrão tem um trabalho, com pessoas trans, muito legal, grupo de apoio (E15).

A entrevistada E15 se referiu ao Centro Municipal de Saúde Heitor Beltrão, localizado no bairro da Tijuca, unidade que por iniciativa própria passou acolher e acompanhar a saúde das pessoas transexuais residentes no território de abrangência do referido centro.

Observa-se que o descompromisso está relacionado também à falta de capacitação da equipe, desde o não conhecimento sobre inserção no SER, a não entrega do documento de encaminhamento, bem como ao não uso do nome social - este último relatado por três entrevistadas(os), muito embora sete tenham relatado o respeito ao uso do nome social na APS. Cabe ressaltar que por iniciativa de um profissional da APS, a utilização do nome social foi sugerida, uma vez que o entrevistado desconhecia o direito ao uso.

Não foi respeitado o nome social e ainda me vejo como alvo de chacota, quando eu passo fica aquele buchicho de todo mundo falando vai passar um transexual, não sei se fala desse jeito ou de outras formas que dá para sentir um pouco de maldade e eu me afastei totalmente da clínica, entendeu? (E2).

Na verdade, eu nem sabia que eu poderia usar o nome social e lá sempre foram me tratando com meu nome normal. Aí um dia a menina lá do posto que me atende falou assim: você não quer usar o nome social, você tem algum nome que você gostaria de ter? (E9).

Há necessidade de educação permanente (Tabela 19 - Apêndice D) de toda a equipe, bem como o conhecimento de todos os serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS) para continuidade no processo de cuidado, objetivando a assistência integral (REIS-BORGES; NASCIMENTO; BORGES, 2018). Portanto, ao desconsiderar aspectos ligados à subjetividade da(o) usuária(o), o discurso cisheteronormativo pode constituir um obstáculo no que diz respeito ao acesso das pessoas transexuais e travestis ao acompanhamento hormonioterápico no processo transexualizador (FOUCAULT, 2009).

Contudo, a importância da educação permanente só foi apontada por uma entrevistada, uma vez que se sentiu chateada pelo descompromisso da médica reguladora.

Eu acho que eu fui a primeira pessoa que chegou lá. Eu tive que explicar para a médica o que ela tinha que fazer. E, na verdade, a médica que tinha que saber o que fazer. E como a gente, a gente procura uma unidade de saúde querendo orientações e não orientar o profissional. É, fica até chato, é uma coisa bem chata (E11).

A rotatividade dos profissionais da atenção primária (Tabela 19 - Apêndice D) é um problema constante que vai impactar não só no processo de trabalho (novas capacitações, novo profissional regulador), mas também com o estabelecimento de novo vínculo entre usuárias(os) e profissionais de saúde. Tal rotatividade se dá por vários fatores: não renovação contratual entre as organizações sociais e o poder público, excesso de trabalho, baixa remuneração e atrasos no pagamento dos salários. Atualmente, a APS é gerida por organizações sociais, as quais primam pelo gerencialismo, flexibilidade na forma de contratação dos trabalhadores, esvaziamento do controle social a título do modelo neoliberal instituído no país (PILOTTO; JUNQUEIRA, 2017).

A rotatividade de profissionais leva à interrupção do vínculo com a(o)usuária(o), e o novo cuidado nem sempre ocorre de maneira empática. Essa situação impacta sobremaneira no acesso das pessoas transexuais e travestis, o que pode ser exemplificada nos seguintes relatos:

Eles (médicos) parecem que mudam de seis em seis meses ou de um ano em um ano. Então, assim, eu já peguei médicos lá muito bons, que super se disponibilizaram para aprender, para ajudar a gente da melhor forma possível, como também teve profissionais que falaram que não era o que eles tinham aprendido e que eles também queriam continuar passando só o que estava ali no receituário. Entendeu? Para não deixar a gente sem a medicação e sem o hormônio. E passar os exames que também já estavam ali no sistema (E9).

Além da endocrinologia que eu acho superimportante, são serviços que foram deixando de existir. A própria infectologista ia sair da Clínica da Família, ela estaria se aposentando, entrando no tempo de aposentadoria dela. E de fato estava tendo um remanejamento de uma galera imensa da Clínica da Família, e eu precisava de um lugar para me cuidar, não é? O único lugar que veio na minha cabeça naquele momento para me cuidar era Fiocruz. [...] Teve um período em que a própria psicóloga teve que ser trocada. Ela decidiu sair porque o tempo dela de casa também já estava praticamente terminando, porque ela ia ser remanejada para outro hospital, mas iriam trocar de profissional e trocar de acompanhamento. Então quer dizer, eu deixei também de ter esse acompanhamento que eu vinha tendo regularmente na Clínica da Família com a Psicologia (E12).

A formalização e fragilização de vínculos trabalhistas das Organizações Sociais de Saúde (OSS) pode ser analisada como produto de práticas e de políticas características da racionalidade de governo neoliberal na atualidade brasileira, que fragiliza o SUS tanto pela precariedade quanto pela flexibilização do trabalho (BUSSINGUER; SALLES, 2018). Em um paralelo, Foucault (2008) infere que a razão econômica e sua lógica são o cerne do governo, princípio para o seu funcionamento e para o seu controle através da biopolítica, inclusive

sobre o controle social e, conseqüentemente, das pessoas. Pensando nas instituições de saúde como equipamento social, a mesma prática se incide, sendo aplicados mecanismos de controle através da execução de Políticas Públicas e estruturação funcional para o desenvolvimento delas.

A falha na gestão foi verbalizada somente por uma entrevistada quando ocorreu a interrupção do serviço por falta de pagamento de salários, o que efetivamente teve um impacto negativo na assistência.

Nós víamos os profissionais da área da saúde fazendo um protesto dentro da unidade de saúde, dizendo que eles estavam lá não pelo salário, mas sim pela vocação do trabalho deles. Mas eles não poderiam trabalhar de graça. Eles precisavam do salário deles para sobreviver, e nós como no lugar de paciente precisamos do atendimento daqueles profissionais que estão lá e que precisam de dinheiro para sobreviver. Então quer dizer, nós necessitamos dos profissionais para que prestassem bom serviço para nos acolher, e nós não tínhamos esse serviço porque eles não tinham os salários deles em dia para poder ir muitas das vezes nem ao serviço para prestar, entendeu? Então quer dizer, a falta do salário desse profissional foi um problema muito grave nas Clínicas da Família e no acesso (E12).

Diante da falta de uma política de valorização profissional com salários dignos, de infraestrutura adequada para o desenvolvimento das atividades, os profissionais de saúde atuam na contramão da produção de uma saúde pública integral, quando não pedem o desligamento da unidade básica de saúde. Sendo assim, é certo que condições político-administrativas que afetam a vida dos trabalhadores da saúde também resultarão em efeitos naquelas e naqueles que se relacionam com eles, aqui, particularmente, as pessoas transexuais e travestis, uma vez que terão que estabelecer novo vínculo e depender da empatia dos novos profissionais de saúde para a garantia da continuidade da assistência.

No que tange à violência institucional (Tabela 19 - Apêndice D) sete usuárias(os) disseram não ter sofrido violência, porém nove relataram ter sofrido, ainda que em alguns casos tenha sido simbólica.

Teve uma questão de uma médica que depois de dois anos da minha transição ainda abrir a porta do consultório no qual estava sendo atendido por dois médicos por questões de ortopedia e reumatologia, e ela entrou lá só para falar que o meu rosto antigamente parecia de uma bonequinha e que eu tinha mudado muito, e eu achei totalmente desnecessário esse tipo de comentário. Totalmente! Não sei nem porque ela entrou lá, eu sendo atendido. Justamente para causar esse desconforto. Assim como ela causou no primeiro dia de consulta, na qual ela me questionando que eu tinha útero. Dizendo assim: “Como você é homem se tem útero?” (E2).

Exemplo de violência simbólica também pode ser visualizada na experiência vivenciada por E6 quando o sexo biológico foi levado em conta em detrimento do gênero. O sentimento de não pertencimento foi aflorado. Eis o relato:

Eu tive uma situação que realmente me deixou muito incomodada, que foi até agora pouco tempo [...]. A gente precisou das vacinas e a gente foi tomar, nessa clínica da família específica. A idade do meu marido é diferente da minha e então nós tomamos vacinas em datas diferentes, em dias diferentes. Chegou na minha época de tomar a vacina, eu já estava fazendo, já estava na transição em relação ao nome, já tinha dado entrada na documentação. Então qual foi a minha dúvida? Hoje eu vou, eu vou tomar a vacina? É, no dia do homem ou da mulher? Mas isso não, não em questão da minha dúvida em relação ao meu gênero, mas em relação a uma parte burocrática em relação a documentação [...]. Então, eu fui com ele no dia dele tomar a vacina para perguntar sobre a minha vacina, então eu falei, eu vou com ele e lá eu pergunto, eu tiro a minha dúvida. Bom, eu venho no dia do homem, eu venho no dia da mulher? Eu gostaria de vir no dia da mulher para não passar nenhum tipo de constrangimento e outra já dei entrada, a documentação tá indo [...]. E eu não sei exatamente quem foi, qual é o cargo dessa mulher na clínica da família, era uma senhora. Se eu não me engano, eu acho que ela era enfermeira chefe. Ela virou para mim e falou, olha, senti ela um pouquinho ríspida no modo de falar e perguntou o seguinte: você já mudou o seu documento? Falei, não, não, oficialmente, ainda não, mas eu estou em trâmite, estou em processo, mas eu estou com o documento antigo ainda [...]. Já que você está com o documento antigo, então você venha no dia de homens, porque como o seu CPF ainda consta no masculino, vai dar problema no sistema. O sistema não vai ler que você é uma mulher, vai ler que você é um homem. Enfim, foi a explicação que ela me deu [...]. Meninas trans, algumas com nome mudado, algumas com o nome não mudado, retificado, enfim, a maioria delas foi no dia da mulher e não tiveram problema nenhum. Então, isso eu me senti, me senti violentada, me senti agredida, até porque a situação é o lance da empatia. É, às vezes, se ela tivesse um pouco de empatia pela causa, pela situação, o lance do acolhimento não é, enfim, essa foi a experiência que eu tive, um pouco desagradável em relação à vacina (E6).

A ausência de violência física nos espaços institucionais faz com que não se perceba outras facetas da violência nas relações sociais como por exemplo, a simbólica, exercida pelo poder simbólico. Conforme, as palavras do próprio Bourdieu:

[...] enquanto instrumentos estruturados de comunicação e de conhecimento que os sistemas simbólicos cumprem a sua função política de instrumentos de imposição ou de legitimação da dominação, que contribuem para assegurar a dominação de uma classe sobre a outra (violência simbólica) dando reforço da sua própria força às relações de força que as fundamentam e contribuindo assim, segundo a expressão de Weber, para a **domesticação dos dominados** (BOURDIEU, 1989, p. 11, grifo do autor).

Ela é tão potente ao ponto de aprisionar a sociedade e os corpos sem precisar usar a força física na medida que:

A mera junção entre a sociedade e sistema ressignificam práticas dominantes no decorrer da história, por meio de sistemas simbólicos de dominação, os quais em sua maioria são excludentes e negatórios de reconhecimento, de modo que o poder, ainda que de forma invisível, é extremamente eficiente, e tem produzido segregação social (SILVA *et al.*, 2021, p. 128).

Tal fato ocorre porque o discurso de verdade única e absoluta da dicotomia entre a transexualidade e a cisheteronormatividade se perpetuam nos serviços de saúde. Dessa forma, o profissional de saúde, que atua em políticas binárias, ou seja, saúde do homem e saúde da mulher, são preparados para atender, via protocolos ministeriais, as pessoas de acordo com o

sexo. As palavras de Foucault (2009) sinalizam esse entendimento heterocisnormativo como um discurso de verdade, onde as pessoas se ancoram para reproduzi-los, sendo o discurso um objeto de poder e ao mesmo tempo ferramenta que transita entre limites interpostos de ordem moral, social.

É importante frisar que o desrespeito ao uso do nome social foi apontado também por três participantes da pesquisa como uma das formas de violência mais vivenciadas pelas pessoas transexuais. Ainda que esse direito esteja previsto desde 2009 na Carta de Direitos dos Usuários na Saúde (BRASIL, 2011), essa normativa ainda não foi acolhida integralmente na rotina de profissionais da saúde, comprometendo sobremaneira o efetivo cuidado à saúde dessas pessoas (SANTOS, 2019).

Quando eu fui no posto pela primeira vez, até eu consegui fazer exigência que elas deveriam me chamar pelo nome social que eu já tinha, já tinha no meu cartão do SUS foi uma complicação, por exemplo: demoraram para aceitar a ideia de que eu já poderia ter inserção do meu nome social lá dentro do sistema e ser chamada pelo meu nome social. Muitas vezes houve momentos de onde eu como fui atendida, eu não fui chamada pelo meu nome social (E13).

6.3 O PROTAGONISMO DAS PESSOAS TRANSEXUAIS E TRAVESTIS: A IMPORTÂNCIA DA REDE DE APOIO

Os sentimentos (Tabela 19 - Apêndice D) apresentados nos dezesseis relatos no processo de transição foram gratidão (2), realização de um sonho (2), felicidade (2), chateação (1), tristeza (2), resiliência (1), frustração (1), constrangimento (1), indignação (1), “abalo psicológico” (2), desejo de ser respeitado (1). Desejo de cuidar da saúde aparece em treze falas contrapondo à automedicação. Alguns desses sentimentos estão relacionados intimamente com situações de empatia, realização de um sonho, bem como de violência institucional sofrida.

A importância de viabilizar o acesso mais rápido e eficiente para minimizar os sentimentos de insatisfação e frustração objetivando a promoção de bem-estar e qualidade de vida às(aos) usuárias(os) envolvidas(os) é imprescindível. Como bem sinaliza Bento (2017, p. 207), “é dever do Estado assegurar os meios práticos para garantir o acesso universal e igualitário à saúde e ao bem-estar. Esse é um direito de todo cidadão e cidadã”.

Alguns exemplos dos sentimentos relatados são representados nas seguintes falas:

As orientações para o IEDE não, não tive. Eu já fiquei sabendo através do meu amigo, entendeu? Mas ninguém me falou assim: lá tem um ambulatório que você vai fazer um tratamento hormonal, não, nada disso. Simplesmente me jogaram, eu acho que pensaram assim: lá eles vão se virar. Foi assim que me senti, jogado (E2).

Poxa é me chamavam pelo nome, nome de batismo ou até mesmo ignoravam aquele nome que estava no nome social e isso deixava a gente muito chateado porque a gente sabe dos nossos direitos que a gente luta tanto pelo respeito (E4).

O meu processo foi muito longo, foi muito doloroso para mim. Essa questão do tempo da clínica da família até o IEDE foi muito difícil para mim, porque eu ficava, eu me sentia muito triste por eu querer algo e não ter o meu direito velado, entendeu? (E5).

Na articulação entre gênero e sexualidade nos marcos das lutas pelos direitos humanos, (BENTO, 2017) tenta intrinsecamente cruzar as dimensões analíticas e políticas, pois

tensionar a compreensão do que seriam direitos humanos é pôr em evidência uma guerra que é travada todos os dias por seres que estão fora da festa celebratória da humanidade. A humanidade não está pronta. É um projeto racializado, generificado, sexualizado (BENTO, 2017, p. 24 - 25).

Ainda que a sexualidade seja algo discutido e gerenciado socialmente desde a antiguidade, sua trajetória é marcada por regulações sociais que delimitam o exercício pleno dos desejos humanos, tendo sua legitimação constituída dentro dos preceitos de instituições sociais, que funcionam como indicadores de normalidade, logo categorizados para definir as identidades sexuais (FOUCAULT, 2011a).

Uma das entrevistadas, apesar de ter passado por constrangimento/sofrimento (Tabela 19 - Apêndice D) na unidade básica de saúde por não ter podido tomar a vacina no dia agendado para as mulheres, também se sentiu agradecida por estar realizando o acompanhamento na unidade de referência.

Constrangimento? Constrangimento na verdade a gente passa todo dia, a gente tem situações desagradáveis todos os dias, mas a gente vai aprendendo a lidar com essas situações. Então, isso eu me senti, me senti violentada, me senti agredida, até porque a situação é o lance da empatia.

Acho que hoje a saúde tá tão sucateada, não é, no Brasil... a gente passa por tanta situação. Então, encontrar um lugar como IEDE para mim é um presente. Deus, colocou esses profissionais assim na minha vida, de uma forma que eu não tenho nem como agradecer. Como explicar? É assim, é maravilhoso (E6).

É importante ressaltar que, no senso comum, existe um entendimento de que esse “sofrimento pessoal e social” é algo próprio da pessoa transexual, uma decorrência necessária de sua condição de transexual, e não o resultado da difusão da transfobia que desencadeia a violência institucional e outras formas de violência às quais essas pessoas estão expostas cotidianamente (SANTOS, 2020).

Dois dos entrevistados referiram-se ao sentimento de felicidade (Tabela 19 - Apêndice D) por ter sido acolhido e por poder realizar um sonho.

Quando ele (médico) falou, eu praticamente... eu chorei mesmo, começou a sair lágrimas dos meus olhos, porque eu ia realizar um sonho. Me encontrei ali naquele momento, sabe a felicidade? Eu comecei a chorar porque eu voltei para o trabalho todo feliz. Eu estou muito feliz. Eu não gosto de falar que dá vontade de chorar. Nesse momento os olhos ficam marejados de lágrimas (E7).

Ela (a médica) vendo todo o meu interesse em relação à minha própria saúde, foi me dando dicas de onde eu poderia me cuidar, e dentre esse atendimento clínico eu questionei a ela sobre o tratamento hormonal. O que eu poderia fazer e aonde eu poderia achar e em que lugar que eu poderia buscar um atendimento que fosse público, que eu não tivesse custo, que eu não pudesse pagar, que eu não teria condição de pagar (E12).

Por outro lado, a resiliência (Tabela 19 - Apêndice D) foi percebida na fala de E8 quando não teve o direito ao uso do nome social respeitado.

Ele (profissional de saúde da clínica da família) me chamou uma vez no meu nome masculino, não é? Então, mas como eu não tenho esse problema com nome... eu estava tão entusiasmada (em chegar à unidade de referência). Não me deram muita confiança, não, mas eu não ligo, rsrsrs porque eu queria mesmo era o tratamento, tratamento, saiu, não é? (E8).

O protagonismo/empoderamento (Tabela 19 - Apêndice D) de algumas e alguns das(os) participantes das entrevistas deve ser destacado, pois se assim não fosse, muito provavelmente ainda estariam desassistidas no que tange ao acompanhamento hormonal, conforme falas de E11 e E13 a seguir:

Eu fui acompanhando, não é? É essa segunda vez que me colocaram na fila. Eu fui acompanhando e quando me chamaram eu soube que me chamaram pelo portal da transparência. Eu não soube pela clínica, porque se fosse pela clínica é... eu não iria saber novamente. Eu ia perder mais um tempo. Entramos na fila pela terceira vez para entrar no IEDE, então assim foi importante eu ter descoberto. Eu não sei se muitas pessoas têm acesso a esse portal, mas eu sou muito agradecida por eu ter tido acesso a esse portal e ter conseguido acompanhar. Porque se fosse depender deles, eu não teria conseguido acessar o IEDE. Não mesmo (E11).

E volto para lá (Policlínica) e eles continuam assim: Não, a gente só tem como te encaminhar para essa pessoa, a gente só tem como te encaminhar para um endócrino. E inclusive esse doutor foi demitido de novo e outra pessoa o substituiu. Então, olha só, ninguém estava me recebendo, ninguém estava assim, tendo um encaminhamento claro da minha situação. [...] Então pensei assim: ‘Olha, eu vou na Ouvidoria. Se eu tiver alguma dúvida, eles vão poder me explicar lá. Assim, isso não está fazendo sentido’ [...] E eles (Ouvidoria) viram que meus documentos que estão assinados pelas doutoras da unidade básica não faziam sentido. Por exemplo: diziam que eu estava com um caso de depressão e transexualismo. Assim, escreveram até transexualismo, homossexualismo. Eu tive vários documentos que eles foram assinando ao longo dos anos, não é? E assim, foi uma completa desinformação. Depois eles falaram assim: ‘Oh! É o seguinte: eu vou te dar esse papel aqui, agora você vai lá agora vai marcar endócrino. No dia desse endócrino você vai chegar para esse doutor, olha, quero ser encaminhada para o SER para poder ser encaminhada para o IEDE (E13).

No que se refere à rede de apoio (Tabela 19 - Apêndice D) houve quatro relatos de ajuda externa (fora da rede de saúde) e de dois relatos de ajuda interna (dentro da rede de

saúde) para agilização da inserção no sistema, presentes nas falas de E5 e E10 respectivamente:

Até que uma menina aqui do IEDE que é advogada e por acaso, assim eu descobri que ela trabalhava com direitos civis, e eu procurei ela para que ela pudesse me ajudar, e através dela eu consegui. [...] Eu tive ajuda para poder entrar aqui e, por incrível que pareça, foi muito rápido. Depois que eu levei o papel do ofício dessa menina, que era advogada para até a clínica, foi muito rápido, foi muito rápido mesmo (E5).

Para E10, ter conhecido um profissional da área da saúde, facilitou a chegada ao IEDE, fez com que ocorresse de maneira célere.

Eu fui procurar essa pessoa em São João de Meriti, quando chegando lá essa pessoa já era minha amiga e tinha acesso ao sistema do SISREG [...]. Isso para mim foi muito fácil, diferente de muitos outros amigos meus pelo fato de eu ter conhecimento e ela simplesmente sentou comigo lá na frente do computador, pegou meu nome, marcou minha consulta já para a semana seguinte. Eu nem sabia da existência do IEDE, não sabia nada. O tempo do posto até o IEDE foi mais ou menos uma semana pelo fato da minha amiga ter acesso ao sistema do SISREG ter me colocado (E10).

A noção de rede de apoio tem sido muito utilizada na área da saúde pública em referência a redes de apoio familiar, social e até psicossocial. Pelas falas, percebe-se a importância de uma rede de apoio para as pessoas transexuais e travestis uma vez que constitui um aparato que favorece, na área da saúde, a ajuda na obtenção ou facilitação acesso a tratamentos e procedimentos necessários (FERREIRA, 2016).

O apoio recebido de uma rede vem de maneira formal, informal e até mesmo virtualmente. Nove entrevistadas(dos) relataram que a informação sobre o processo transexualizador deu-se de maneira virtual através das redes sociais como, por exemplo, o Facebook. As relações e redes sociais parecem ser uma importante ferramenta no acesso à saúde.

6.4 ANÁLISE COMPARATIVA

O método Narrativa de Vida de Daniel Bertaux (2020), compreende dois tipos de análise das narrativas: a compreensiva e a comparativa. Optou-se no presente estudo utilizar a comparativa, onde nos percursos biográficos puderam ser identificadas as recorrências das situações, lógicas semelhantes que através de seus efeitos permitiram confirmar um mesmo encadeamento de práticas, mecanismo ou um mesmo processo. As narrativas foram analisadas e comparadas enquanto casos positivos ou negativos quanto ao acesso (Tabela 21 - Apêndice D). Nas situações em que não houve relatos, considerou-se como zonas brancas, ou seja,

nenhuma informação foi fornecida. A recorrência dos casos positivos e negativos levou a saturação dos dados e, por conseguinte, à confirmação de uma hipótese com a criação de conceito (BERTAUX, 2020).

Conforme explicitado anteriormente, a análise comparativa contempla o espírito comparativo, as recorrências e a construção de hipótese e de conceitos e refere-se à unidade do objeto do estudo que é: a narrativa de vida das pessoas transexuais atendidas em uma unidade de referência no município do Rio de Janeiro. Na definição da unidade do objeto de estudo devem ser considerados ainda o modo como se deu a escolha dos casos a serem observados, no presente estudo, pessoas transexuais e travestis que tiveram facilidades (positivos) ou entraves (negativos) no acesso ao IEDE (BERTAUX, 2020).

A recorrência de percurso é definida por Bertaux (2020) como “um tipo particular de trajetória [...] que apresentam traços comuns”, sendo assim, as recorrências nos percursos das dezesseis pessoas entrevistadas ocorreram desde o atendimento pela Unidade Básica de Saúde onde receberam o encaminhamento para o centro especializado, via regulação do SISREG ou SER. Municípes de outras cidades o fizeram através das suas Secretarias Municipais de Saúde. Identificou-se como casos positivos aqueles em que houve facilidades no acesso e/ou situações positivas relacionadas ao acolhimento (por exemplo, pelo respeito ao uso do nome social), ao compromisso profissional, ao conhecimento sobre regulação e inserção correta no sistema.

Contudo, chamam-nos atenção os casos negativos, definidos como relatos e descrições muito semelhantes que podem ser visualizadas na Tabela 21(Apêndice D) tais como: a falta de acolhimento, os entraves para o acesso, como por exemplo o desconhecimento do regulador sobre a inserção no SER, a falta de comprometimento dos profissionais de saúde, diferença na classificação de risco, novas inserções, rotatividade dos profissionais de saúde, sentimentos negativos apresentados durante o processo, desrespeito ao uso do nome social e episódios de violência institucional. Destaca-se o protagonismo de pessoas cuja demora no acesso fez com que buscassem uma solução, seja pela mudança na classificação de risco ou por buscar canais competentes para ter a garantia do direito. Ainda que tenha sido um número reduzido de situações, pôde-se descobrir mecanismos sociais muito relevantes que marcaram esses percursos.

As hipóteses são formas originais e iniciais de novos conceitos, uma vez que: “Na pesquisa de campo, por outro lado, se constrói progressivamente um modelo de interpretação dos fenômenos observados, a elaboração de hipóteses e de conceitos é concomitante” (BERTAUX, 2020, p. 119). Entendeu-se que o autor usa a categoria como uma proposição de

conceitos embrionários e precoces, que quando amadurecidos, se tornam uma hipótese, com a proposição de conceitos novos. A categoria e as subcategorias delineadas na análise levaram à criação de um “conceito resolutivo” para os problemas de acesso encontrados.

Logo, a partir da análise crítica dos dados coletados e entendendo as dificuldades apreendidas nos casos negativos, propõe-se a adoção de “instrumentos garantidores de acesso”. A ideia subjacente é de que os entraves estão alicerçados principalmente no desconhecimento do regulador, seja sobre o processo transexualizador, seja sobre os procedimentos para adequada classificação e inserção no sistema. As entrevistas nos trazem ainda evidências do despreparo, da falta de entendimento para a condução correta do acompanhamento hormonal para o processo transexualizador.

Desse modo, os instrumentos garantidores de acesso, a curto prazo, se constituiriam na produção de um documento norteador com diretrizes de atendimento com a classificação de prioridades/protocolos de conduta; na educação permanente para os profissionais de saúde objetivando sensibilizá-los acerca da desconstrução normativa de gênero e a longo prazo a descentralização do atendimento.

6.5 RECOMENDAÇÕES PARA A VIABILIZAÇÃO DOS INSTRUMENTOS GARANTIDORES DE ACESSO

As recomendações que estão apresentadas neste tópico dizem respeito ao conceito resolutivo para as questões de entraves ao acesso à saúde, quais sejam: elaboração de um protocolo de prioridades para regulação, educação permanente e descentralização do atendimento.

6.5.1 Protocolo de prioridades para regulação do acesso do Processo Transexualizador baseado em vulnerabilidades do sujeito e tempo de espera

Protocolos na área da saúde são importantes instrumentos para o enfrentamento de diferentes situações na assistência, bem como na gestão dos serviços. Entretanto, são direcionados por diretrizes diversas e acabam por ser agrupados quanto à natureza em protocolos clínicos e de organização dos serviços. O Ministério da Saúde muito embora tenha instituído a Portaria nº 2803/2013 do Processo Transexualizador **não possui um protocolo específico para a realização de acompanhamento hormonal no Brasil.**

No âmbito da Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro, os protocolos de regulação

existentes estão em conformidade com os do Ministério da Saúde, como por exemplo os direcionados à oncologia, cirurgia bariátrica, cirurgia de catarata, gravidez de alto risco, dentre outros²², mas não há nenhuma referência no que tange ao protocolo de regulação que dê diretrizes para a inserção na unidade de referência estadual para tratamento hormonioterápico de pessoas transgênero. Vale salientar que existem protocolos internacionais que foram desenvolvidos para o atendimento às pessoas transgênero por profissionais da APS como é o caso de São Francisco, Califórnia²³, Uruguai²⁴, Canadá²⁵, voltados para o manejo clínico, contudo existem particularidades nessas situações que indicam a necessidade de definir as prioridades nesses grupos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2020).

No âmbito do RJ obtivemos informação constante do Manual do Solicitante do Complexo Estadual de Regulação que se refere aos protocolos de solicitação de exames e consultas ambulatoriais. No caso do processo transexualizador, apresenta, no item 4.11 (Figura 7), apenas a necessidade de encaminhamento médico e a restrição de atendimento para pessoas abaixo de 16 anos. Tal indicação não é um protocolo que ajude a definir situações que justifiquem posicionamento prioritário na fila de atendimento.

Figura 7 – Recomendação do SER à APS no caso do processo transexualizador

4.11. OUTRAS ESPECIALIDADES	
• Solicitação de consulta em Outras Especialidades	
Recurso	Requisitos necessários
AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA INFECÇÃO CONGÊNITA ZIKA/ STORCH/CHIKUNGUNHA	<ul style="list-style-type: none"> • Inserir no SER de forma clara e detalhada o encaminhamento médico de casos suspeitos de infecção congênita em crianças.
HORMONIZAÇÃO SAÚDE - TRANS	Inserir no SER de forma clara e detalhada: <ul style="list-style-type: none"> • Encaminhamento médico. • Idade a partir de 16 anos.
CENTRO DE REFERÊNCIA MULTIDISCIPLINAR PÓS-COVID 19	Inserir no SER de forma clara e detalhada: <ul style="list-style-type: none"> • Encaminhamento médico. • Comprovação de infecção prévia por COVID-19. • Descrição de internação e tipo de leito. • Critérios de inclusão: Pacientes com agravamento de comorbidades ou sequelas após a infecção por COVID-19.

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do RJ. Acesso em: jul. 2022.

²² Para maior elucidação, disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/regulacao/protocolos-nacionais-de-regulacao-assistencial>.

²³ Para maior entendimento os documentos estão disponíveis em: <https://transcare.ucsf.edu/guidelines> (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2020)

²⁴ Disponível em: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/guia-clinica-para-personas-trans-hormonizacion> (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2020)

²⁵ Disponível em: <http://sherbourne.on.ca/wp-content/uploads/2014/02/Guidelines-and-Protocols-for-Comprehensive-Primary-Care-for-Trans-Clients-2015.pdf> (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2020).

Assim sendo, com a evolução do presente estudo, percebeu-se que a forma atual de regulação com as classificações de risco realizadas pela APS não atende de forma equitativa a essas pessoas, dadas as suas especificidades, quanto à atribuição de necessidade de priorização ou redução do tempo de espera para acesso ao tratamento de harmonização. Nesse último caso, a percepção se deu especialmente nas narrativas, vide Tabela 18 - Caracterização dos Participantes da Pesquisa.

De acordo com a Tabela 18 (Apêndice D), podemos observar entrevistadas(os) que levaram dois ou mais anos (E4, E9 e E11) para serem atendidos no IEDE e até mesmo o caso extremo da entrevistada E13 cujo tempo para acesso ao instituto foi de 5 anos. Desse modo, evidencia-se a necessidade da elaboração de um protocolo único pautado em prioridades, visando a uma maior equidade para os mais vulneráveis, que contribua fornecendo diretrizes à APS, uma vez que ela é a porta de entrada do sistema e faz o encaminhamento à unidade de referência conforme critérios estabelecidos.

O princípio constitucional da igualdade pressupõe que as pessoas colocadas em situações diferentes sejam tratadas de forma desigual: “Dar tratamento isonômico às partes significa tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais, na exata medida de suas desigualdades” (NERY JÚNIOR, 1999, p. 42), como é o caso das pessoas com deficiência e as pessoas idosas de acordo com os seus diplomas legais (Lei nº 13146/2015 - Estatuto da Pessoa com Deficiência e Lei nº 10741/2003 - Estatuto do Idoso), respectivamente, nestes termos:

Art. 8º É dever do Estado, da sociedade e da família assegurar à **pessoa com deficiência, com prioridade**, a efetivação dos direitos referentes à vida, à **saúde**, à sexualidade, à paternidade e à maternidade, à alimentação, à habitação, à educação, à profissionalização, ao trabalho, à previdência social, à habilitação e à reabilitação, ao transporte, à acessibilidade, à cultura, ao desporto, ao turismo, ao lazer, à informação, à comunicação, aos avanços científicos e tecnológicos, à dignidade, ao respeito, à liberdade [...] (BRASIL, 2015b, grifo nosso).

Art. 3º É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público **assegurar ao idoso**, com absoluta **prioridade**, a efetivação do direito à vida, à **saúde**, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. (BRASIL, 2015b, grifo nosso).

§ 1º A garantia de prioridade compreende:

(...);

VIII – garantia de acesso à rede de serviços de saúde e de assistência social locais (BRASIL, 2003).

Cabe destacar que, além da garantia legal de prioridade no atendimento às pessoas

idosas, deve-se considerar que o próprio processo de envelhecimento traz o aparecimento de algumas doenças tais como: diabetes mellitus, hipertensão arterial, osteoporose que podem ser exacerbadas pelo uso de hormônios. Logo, fazer com que essas pessoas fiquem na fila por longo tempo é limitar ainda mais o acesso, pois para a realização da cirurgia é necessário o acompanhamento multiprofissional por no mínimo 2 anos. Desse modo, essas pessoas possuem fator de risco maior tanto para o início da hormonioterapia como para a realização da cirurgia caso haja demora (CRENITTE; MIGUEL; JACOB FILHO, 2019).

Assim sendo, recomenda-se a implementação de um protocolo de prioridades levando-se além das situações de vulnerabilidades descritas acima, o tempo de espera na fila do SER. Sendo assim, tal instrumento legal no âmbito do SER contemplaria os fatores acima sugeridos, num sistema de classificação de prioridades que, ao cruzar os referidos dados por usuária(o), estabeleça uma maior justiça na prioridade do acompanhamento hormonal. Por conseguinte, propõe-se o enquadramento das(os) usuárias(os) por pesos de acordo com as tabelas a seguir.

Tabela 22 – Peso por faixa etária (IBGE, adaptado)

Idade	Peso
16 a 19	1
20 a 29	2
30 a 39	3
40 a 49	4
50 a 59	5
≥ 60	6

Fonte: A autora, 2022.

A tabela 22 adota como 16 anos a idade inicial, tendo em vista que tal idade está prevista no Manual do Solicitante – Complexo Estadual de Regulação.

Tabela 23 – Peso por tempo de espera

Meses de espera	Peso
0 a 6	1
7 a 12	2
13 a 24	3
>24	4

Fonte: A autora, 2022.

Tabela 24 - Peso por situação de deficiência (física, visual, auditiva, múltipla)

Existência de deficiência	Peso
Não	0
Sim	1

Fonte: A autora, 2022.

Objetivando ilustrar nossa proposta, apresentamos as tabelas a seguir que simulam o que deverá ocorrer na mudança sugerida no Sistema SER em relação ao quadro atual. Cabe destacar que as tabelas são meramente ilustrativas já que as ações se darão no campo do *software* do Sistema SER que, ao ser alimentado com as informações advindas das UBS e Clínicas da Família, farão automaticamente a distinção entre os fatores: tempo de entrada no sistema, faixas etárias e pessoas portadoras de deficiência, reenquadrando todos os inscritos numa nova fila. A partir desse ponto (data de *reset* do sistema, que deverá ser comunicado a todos os inscritos) haverá a distinção isonômica ora sugerida.

Nas tabelas a seguir apresenta-se 16 usuárias(os) hipotéticos com diversos tempos de entrada no sistema SER (em meses), respectivas idades, com ou sem deficiência (nos termos ora propostos), demonstrando sua localização numa fila também hipotética e, posteriormente, seu reenquadramento conforme pretendido.

Tabela 25 - Situação atual por usuária(o), meramente ilustrativa para entendimento da proposta

Posição na fila (atual)	Usuária (o)	Idade	Peso da idade	Peso da deficiência	Tempo de espera (meses)	Peso do tempo de espera	Soma dos pesos
1	A	29	2	0	12	2	4
2	B	33	3	0	12	2	5
3	C	29	2	0	11	2	4
4	D	19	1	0	19	2	3
5	E	27	2	0	19	2	4
6	F	49	4	0	17	3	7
7	G	41	4	1	15	3	8
8	H	44	4	0	10	2	6
9	I	35	3	1	9	2	6
10	J	22	2	0	3	1	3
11	K	34	3	0	2	1	4
12	L	21	2	0	4	1	3
13	M	21	2	0	19	3	5
14	N	50	5	0	1	1	6
15	O	60	6	1	1	1	8
16	P	35	3	0	1	1	4

Fonte: A autora, 2022

A tabela representa a situação atual, sem enquadramento por sistema de pesos, o que gera situações não isonômicas, tais como pessoas com maior tempo na fila posicionadas após pessoas com menor tempo na fila, além de não haver distinção entre idosos e pessoas com deficiência. Adotou-se um fator de pessoas com deficiência de 12,5% do total.

Tabela 26 - Correção da posição na fila em função dos pesos

Posição na fila (atual)	Posição na fila (anterior)	Usuária (o)	Idade	Peso da idade	Peso da deficiência	Tempo de espera (meses)	Peso do tempo de espera	Soma dos pesos
1	7	G	41	4	1	15	3	8
2	15	O	60	6	1	1	1	8
3	6	F	49	4	0	17	3	7
4	8	H	44	4	0	10	2	6
5	9	I	35	3	1	9	2	6
6	14	N	50	5	0	1	1	6
7	2	B	33	3	0	12	2	5
8	13	M	21	2	0	19	3	5
9	1	A	29	2	0	12	2	4
10	3	C	29	2	0	11	2	4
11	5	E	27	2	0	19	2	4
12	11	K	34	3	0	2	1	4
13	16	P	35	3	0	1	1	4
14	4	D	19	1	0	19	2	3
15	10	J	22	2	0	3	1	3
16	12	L	21	2	0	4	1	3

Fonte: A autora, 2022.

A tabela 26 mostra um reposicionamento inicial, criando classes em função dos pesos constantes nas tabelas 22,23 e 24. Pesos maiores assumem lugar no início da fila, mas há que se corrigir as situações em que os pesos são os mesmos. Dessa sorte, se faz necessária a correção por tempo de espera (Tabela 27). Destaca-se que as tabelas são ilustrativas para entendimento da proposta, eis que o sistema SER poderá ser reprogramado para efetuar tais operações automaticamente, como anteriormente explicado.

Tabela 27 - Correção da posição na fila por tempo de espera nos casos de empate de pesos situação final

Posição na fila (atual)	Posição na fila (anterior)	Usuária (o)	Idade	Peso da idade	Peso da deficiência	Tempo de espera (meses)	Peso do tempo de espera	Soma dos pesos
1	7	G	41	4	1	15	3	8
2	15	O	60	6	1	1	1	8
3	6	F	49	4	0	17	3	7
4	8	H	44	4	0	10	2	6
5	9	I	35	3	1	9	2	6
6	14	N	50	5	0	1	1	6
7	13	M	21	2	0	19	3	5
8	2	B	33	3	0	12	2	5
9	5	E	27	2	0	19	2	4
10	1	A	29	2	0	12	2	4
11	3	C	29	2	0	11	2	4
12	11	K	34	3	0	2	1	4
13	16	P	35	3	0	1	1	4
14	4	D	19	1	0	19	2	3
15	12	L	21	2	0	4	1	3
16	10	J	22	2	0	3	1	3

Fonte: A autora, 2022.

Conforme a Tabela 27, os usuários G, O e F que se encontravam respectivamente em 7º, 15º e 6º lugares, passam agora a ocupar os três primeiros lugares na fila em função dos novos fatores de isonomia adotados. Note-se que a(o) usuá(ria)(o) que se encontrava em 4º lugar passou a ser o 14º. Nesse sentido, campanhas de esclarecimento para o novo enquadramento serão cruciais para o pleno entendimento dos critérios de isonomia ora propostos. Importante esclarecer que, como dito anteriormente, esse reposicionamento na fila considerando o tempo de espera se dará uma única vez para “zerar” o sistema e que as posições na fila se darão pela ordem de chegada associada aos fatores de deficiência e de idade.

Ressalte-se que a proposta citada se aplica apenas às(aos) usuá(ria)(s), objeto desse estudo, porém pode ser utilizada em quaisquer situações no nível do atendimento ambulatorial, representando, salvo melhor entendimento, um avanço em direção à equidade no atendimento pelo SUS.

6.5.2 Educação permanente para os profissionais de saúde

A educação permanente tem como objetivo principal oportunizar ao trabalhador, notadamente da saúde, atualização e participação eficaz no dia a dia do serviço. É imprescindível estabelecer um programa de educação permanente tendo como base a interdisciplinaridade, pois esta propicia maior interação entre a equipe de saúde, permitindo a promoção da aprendizagem e o intercâmbio de conhecimentos (GUERRA; MELO JÚNIOR; FROTA, 2018).

A grande rotatividade dos profissionais de saúde provocada pela mudança constante do contrato de gestão entre as Organizações Sociais de Saúde e o Poder Executivo, conforme dito anteriormente, causa a descontinuidade do serviço, compromete a qualidade do atendimento, gera insegurança e vem impactando na demora da inserção para acompanhamento especializado. Desse modo, a educação permanente visando a sensibilização dos profissionais e mudança de paradigma, no que tange aos conceitos postos de cisheteronormatividade, e o protocolo unificado minimizariam os efeitos deletérios dessa rotatividade dado o conhecimento rotineiro dos instrumentos citados.

6.5.3 Descentralização no atendimento para acompanhamento hormonal no Processo Transexualizador

A descentralização foi inicialmente estabelecida com a Constituição Federal (1988) e, no que se refere à saúde, foi regulamentada pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90. O principal objetivo da descentralização é oferecer acesso aos serviços nas APS orientando-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade, com destaque para a acessibilidade. Uma das atribuições da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) prevista no artigo 4 do Regimento Interno da CIB/RJ diz respeito a: “Coordenar, supervisionar e avaliar a execução de atividades e serviços necessários e imprescindíveis à consecução do processo de descentralização, de acordo com legislação em vigor” (GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2017, n.p.). Isto posto, equivale dizer que se sugere que o acompanhamento hormonal seja feito pelo profissional médico da APS devidamente capacitado. As APS possuem como atribuição promoção de saúde e ações preventivas e de assistência e, sendo assim, a unidade de referência estadual teria atribuição da assistência e de matriciamento²⁶. Hoje, o que se percebe, é uma desigualdade não justificada no tempo de espera de pessoas que, diferentemente de outras, precisam passar por um longo período aguardando pelo início do acompanhamento hormonal na unidade de referência, bem como enfrentar barreiras econômicas, geográficas e funcionais para usufruírem do direito à saúde.

Caso não seja viável a descentralização para todas ou diversas unidades de atenção primária de saúde, que seja avaliada a possibilidade de a descentralização ocorrer para uma unidade de referência em cada uma das nove regiões de saúde do estado do RJ, facilitando o acesso.

²⁶ Matriciamento “é o processo de trabalho em que especialistas prestam suporte para as equipes da AB de modo a produzir melhor assistência aos usuários atendidos neste nível de atenção, por intermédio de ações terapêuticas conjuntas e atividades pedagógicas, assumindo assim um caráter técnico-pedagógico” (FAGUNDES; CAMPOS; FORTES, 2021, p. 2312)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Configura-se um contraste no conjunto das políticas públicas destinadas as pessoas LGBT. Em diversas áreas, inclusive na saúde, é notável a escassez ou incipiência na assistência destinada para esse segmento.

Tal incipiência se apresentou nas falas das(os) entrevistadas(os) com várias evidências de entraves, tais como: falta de acolhimento que faz com que as pessoas desistam de buscar as unidades de saúde para inserção ou acompanhamento multiprofissional; tempo de espera para acesso demasiadamente longo; rotatividade dos profissionais de saúde contratados pelas organizações sociais, tendo em vista a mudança no contrato de gestão; descompromisso profissional que é exacerbado pela falta de educação permanente; desconhecimento profissional sobre regulação e transexualidade; violência institucional que vai desde o desrespeito à utilização do nome social a atitudes preconceituosas com ênfase na cisheteronormatividade; diferentes formas de classificações de risco para as mesmas situações; centralização da assistência na unidade de referência para acompanhamento hormonal. Contudo, chama a atenção o protagonismo de algumas e alguns que, através da rede de apoio, buscaram formas alternativas mais céleres para o acesso.

A assistência ainda tem suas ações fortemente direcionadas à prevenção e combate às IST/HIV/AIDS, ações essas que possibilitaram as primeiras iniciativas para pessoas LGBT, as quais, progressivamente, transformaram-nas em ações sistemáticas e mais abrangentes. No entanto, como preconizado na Política Nacional de Saúde LGBT, cabem iniciativas para que o atendimento às pessoas transexuais e travestis vá além do controle e prevenção de IST. O princípio da integralidade ultrapassa tal aspecto e propõe um processo que se inicia desde a formulação das macropolíticas realizadas pelo Estado, passando pela gestão e gerência (planejamento, formas de implementação), até a realização de ações de cuidado à saúde dos indivíduos.

O segmento das pessoas transexuais e travestis, tem entre os tópicos do seu cuidado na política do Processo Transexualizador, no âmbito do SUS, a garantia da hormonização às pessoas transexuais e travestis que desejam realizá-la, embora ainda existam entraves na sua implementação. Para tanto, a unidade de referência estadual no Rio de Janeiro vem assistindo tais pessoas que foram encaminhadas para acompanhamento multiprofissional. Desse modo, como assistente social e pesquisadora pude perceber as facilidades e entraves para o acesso à unidade de referência tendo em vista os dados coletados pela caracterização do ambulatório, onde possibilitou identificar quem são essas pessoas, donde são oriundas, grau de

escolaridade, apoio familiar, bem como pelas entrevistas realizadas possibilitando a escuta de como foi o processo para acesso.

Refletindo sobre a Teoria do Reconhecimento de Axel Honnet, bem como sobre o conceito de Justo de Paul Ricoeur (BENTES, 2015) percebe-se a invisibilidade, vulnerabilidade também das pessoas transexuais e travestis, que estão em busca incessante pelo reconhecimento afetivo, jurídico, pela saúde ,pelo respeito moral, pelo direito de existir que são negados por não se “encaixarem” dentro de uma sociedade heteronormativa. Sendo assim a violação de direitos é visível não só pela sociedade, mas também pelas instituições e Políticas Públicas que deveriam promover acesso a bens e serviços de forma equitativa.

Percebe-se a responsabilidade do ambulatório para prestar assistência a todas as pessoas que vivem em não conformidade com o gênero designado e por esse motivo se faz necessário o conhecimento de tais dados pelos órgãos competentes e gestores, para que se torne possível a melhoria desejada nas políticas públicas direcionadas a esses indivíduos.

Diante de tais evidências propõe-se como recomendações a elaboração de um protocolo de prioridades, levando-se em conta o tempo de espera e vulnerabilidades (idade e deficiência), educação permanente de todos os envolvidos na assistência na APS e por último a pactuação para a descentralização do atendimento e acompanhamento hormonal.

Em síntese, as políticas públicas, notadamente na área da saúde são necessárias para garantir justiça, acesso universal, reconhecimento do outro e devem buscar efetivamente a integralidade em toda a sua polissemia, pois não há o que se falar em garantia de direitos, reconhecimento da(o) outra(o) enquanto cidadã(ao) de direitos, justiça se pessoas transexuais e travestis esperam por atendimento em uma unidade de referência por um longo período, que pode ser visualizada através do portal da Transparência da Regulação estadual. Garantir o acesso universal, igualitário, equitativo a essas pessoas se faz urgente.

REFERÊNCIAS

- ABRASCO, CEBES, ABRES, Rede UNIDA, AMPASA. **Fórum da Reforma Sanitária Brasileira**: Reafirmando Compromissos pela Saúde dos Brasileiros. Manifesto [*online*]. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/publicacoes/arquivos/20060713121020.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2022.
- AKOTIRENE, C. **Interseccionalidade**. São Paulo, SP: Pólen, 2019.
- ALMEIDA, G. S. de. Repercussões sociais da assistência à saúde do transexual. *In*: SILVA, E. A. da (org.). **Transexualidade**: princípios de atenção integral à saúde. São Paulo: Santos, 2012. p. 225-240.
- AMARAL, D. M. **A psiquiatrização da transexualidade**: análise dos efeitos do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero nas práticas de saúde. 2007. 129f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – área de concentração em Ciências Humanas e Saúde, do Instituto de Medicina Social) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/1955_1935_amaraldaniela.pdf. Acesso em: 31 jul. 2022.
- AMARAL, D. M. **Os desafios da despatologização da transexualidade**: reflexões sobre a assistência a transexuais no Brasil. 2011. 107 f. Tese (Doutorado em Ciências Humanas e Saúde; Epidemiologia; Política, Planejamento e Administração em Saúde; Administra) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <https://www.bdt.d.uerj.br:8443/handle/1/4576>. Acesso em: 31 jul. 2022
- ASSIS, D. N. C. de. **Interseccionalidades**. Salvador: UFBA, Instituto de Humanidade, Artes e Ciências, 2019. *E-book* (32 p.) (Gênero, Sexualidade e Educação). ISBN 978-85-8292-207-1. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/30892/1/eBook%20-%20Interseccionalidades.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2022.
- BAHIA, L. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 7, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/W7zxfv588XxhKQ7JJ8dGVKD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 31 jul. 2022.
- BENEVIDES, B. G., NOGUEIRA, S. N. B (org.). **Dossiê dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2020**. São Paulo: Expressão Popular, ANTRA, IBTE, 2021. *E-book* (136 p.). ISBN: 978-65-5891-013-8. Disponível em: <https://antrabrasil.files.wordpress.com/2021/01/dossie-trans-2021-29jan2021.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2022.

BENTES, H. H. S. **O sujeito do direito no conceito de justo de Paul Ricouer e sua importância para os direitos humanos.** In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE FILOSOFIA MORAL E POLÍTICA: Moralidade e Racionalidade Prática, 4., 2015, Pelotas/RS. **Anais [...].** Pelotas/RS: UFPel, 2015 p. 1-15. Disponível em: <http://cifmp.ufpel.edu.br/anais/1/cdrom/mesas/mesa3/01.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2022.

BENTO, B. **A reinvenção do corpo:** sexualidade e gênero na experiência transexual. Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2006.

BENTO, B. **Transviad@s:** gênero, sexualidade e direitos humanos. Salvador: EdUFBA, 2017.

BENTO, B.; PELÚCIO, L. Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. **Revista Estudos Feministas**, v. 20, n. 2, p. 569 - 581, ago. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/GYT43pHGkS6qL5XSQpDjrj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 31 jul. 2022.

BERTAUX, D. **As Narrativas de vida.** 4. ed. Lisboa, Portugal: Mundos Sociais, 2020

BONINI, É. H. **Percepções de pessoas transgênero sobre relações familiares e relacionamentos amorosos.** 2021. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade IMED, Passo Fundo, RS, 2021. Disponível em: <https://www.imed.edu.br/Uploads/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20final%20parcial.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2022.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico.** Tradução Fernando Tomaz. Lisboa: Difel, 1989.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Organizado por Alexandre de Moraes. São Paulo: Atlas, 2010c.

BRASIL. [Constituição (1998)]. **Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000.** Organizado por Alexandre de Moraes. São Paulo: Atlas, 2010b

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Provimento nº 73, de 28 de junho de 2018.** Dispõe sobre a averbação da alteração do prenome e do gênero nos assentos de nascimento e casamento de pessoa transgênero no Registro Civil das Pessoas Naturais (RCPN). Diário da Justiça/CNJ nº 119 de 29 de junho de 2018. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/cnj-regulamenta-alteracoes-nome-sexo.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2022.

BRASIL. **Lei nº 12.288 de 20 de julho de 2010.** Institui o Estatuto da Igualdade Racial; altera as Leis nºs 7.716, de 5 de janeiro de 1989, 9.029, de 13 de abril de 1995, 7.347, de 24 de julho de 1985, e 10.778, de 24 de novembro de 2003. Brasília, DF, 2010a.

BRASIL. **Lei nº 13.146 de 6 de julho de 2015.** Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, DF, 2015b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm. Acesso em: 31 jul. 2022.

BRASIL. **Lei nº 6015 de 31 de dezembro de 1973.** Dispõe sobre os registros públicos e dá outras providências. Brasília, DF, 1973. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6015compilada.htm. Acesso em: 31 jul. 2022.

BRASIL. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990a. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 31 jul. 2022.

BRASIL. **Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade no SUS [...]. Brasília, DF, 1990b. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 31 jul. 2022.

BRASIL. **Lei nº 9394, de 20 de dezembro de 1996.** Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, DF, 1996. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm. Acesso em: 31 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Cidadania. **Lei nº 10.741 de 1 de outubro de 2003.** Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. Brasília, DF, 2003. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.741compilado.htm. Acesso em: 31 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais.** 1998. Disponível em:
<http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/introdu%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução nº 1 de 19 de janeiro de 2018. Define o uso do nome social de travestis e transexuais nos registros escolares. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 de janeiro de 2018, Seção 1, p. 17. Disponível em:
http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=81001-rcp001-18-pdf&category_slug=janeiro-2018-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 31 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde.** 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b. 28 p. (Série E. Legislação de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986. 29 p. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 31 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: programa saúde da família.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1559 de 1 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2008d. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html. Acesso em: 31 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1707, 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 ago. 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.836, de 01 de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2803 de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html. Acesso em: 31 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2803 de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html. Acesso em: 31 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 fev. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 457, de 19 de agosto de 2008**. A Secretária de Atenção à Saúde - Substituta, no uso de suas atribuições. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 ago. 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Humaniza SUS**. 2014. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizausus/rede-humanizausus>. Acesso em: 31 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da XIV Conferência Nacional de Saúde**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a. 230 p. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/14_cns_relatorio_final.pdf. Acesso em: 31 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde. 2012b. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Aprova as normas aplicáveis a pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual Instrutivo do Pmaq**: para equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e Nasf. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2015a. 66 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_pmaq_atencao_basica.pdf. Acesso em: 31 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 56 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 55, de 24 de fevereiro de 1999. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde - SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. 1999. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prt0055_24_02_1999.html. Acesso em: 31 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013c. 36 p.

BUSS, C. G. **Transgênero e seu reconhecimento no Direito Civil Brasileiro**. 2017. Trabalho de Conclusão Curso (Especialista em Direito Civil Contemporâneo) - Universidade Federal do Mato Grosso, Cuiabá, 2017. Disponível em: https://bdm.ufmt.br/bitstream/1/788/1/TCCP_2017_Carina%20Gabriele%20Buss.pdf. Acesso em: 31 jul. 2022.

BUSSINGUER, E. C. de A.; SALLES, S. M. A precarização do direito humano fundamental ao trabalho nas organizações sociais de saúde. **Espaço Jurídico Journal of Law [EJL]**, v. 19, n. 2, p. 375–410, 16 ago. 2018. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7277481>. Acesso em: 31 jul. 2022.

BUTLER, J. **Problemas de Gênero Feminismo e Subversão da Identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018.

CARMO, G. M. do *et al.* Análise do Risco de Trombose em Transexuais devido a Terapia Hormonal. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 9, p. 71580–71592, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/17192/13983>. Acesso em: 31 jul. 2022.

CARVALHO, J. O. de. **A experiência da regulação assistencial ambulatorial na APS da cidade do Rio de Janeiro:** implicações para o acesso dos usuários à atenção especializada. 2021. 83 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/50641>. Acesso em: 31 jul. 2022.

CASTEL, P.-H. Algumas reflexões para estabelecer a cronologia do “fenômeno transexual” (1910-1995). **Revista Brasileira de História**. São Paulo, v. 21, n° 41, p. 77-111. 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbh/a/RrL6gCWPxj6tfQmdrNDLTnB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 31 jul. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n° 1.482/1997. Dispõe sobre o procedimento de transgenitalização e demais intervenções sobre gônadas e caracteres sexuais secundários. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 20944, 19 set. 1997. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/1997/1482>. Acesso em: 31 jul. 2022

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n° 1.652/2002. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalização e revoga a Resolução 1.482/1997. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2002. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2002/1652>. Acesso em: 31 jul. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n° 1.955/2010. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução. CFM n° 1.652/02. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, p. 109-10, 3 set. 2010. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2010/1955_2010.pdf. Acesso em: 31 jul. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n° 2.265/2019. Dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero e revoga a Resolução CFM n° 1.955/2010. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, p. 96, 9 jan. 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-2.265-de-20-de-setembro-de-2019-237203294>. Acesso em: 31 jul. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE COMBATE À DISCRIMINAÇÃO E PROMOÇÕES DOS DIREITOS DE LÉSBICAS, GAYS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS. Resolução n° 12 de 16 de janeiro de 2015. Estabelece parâmetros para a garantia das condições de acesso e permanência de pessoas travestis e transexuais [...]. 2015. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-social/old/cncd-lgbt/resolucoes/resolucao-012#:~:text=Estabelece%20par%C3%A2metros%20para%20a%20garantia,quanto%20ao%20reconhecimento%20institucional%20da>. Acesso em: 31 jul. 2022.

COSTA, M. de S. e S.; CASIRAGHI, B. A saúde do transgênero e a contribuição da nutrição. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, [S.l.] ano. 06, v. 06, p. 118–138, 2021. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/saude-do-transgenero>. Acesso em: 31 jul. 2022.

CRENITTE, M. R. F.; MIGUEL, D. F.; JACOB FILHO, W. Abordagem das particularidades da velhice de lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros. **Geriatrics, Gerontology, and Aging (Impr.)**, [S. l.], v. 13, n. 1, p. 50-56, 2019. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/ggaging.com/pdf/v13n1a09.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2022.

CRENSHAW, K. A Interseccionalidade na discriminação de raça e gênero. **VV. AA. Cruzamento: raça e gênero**. Brasília: Unifem, v. 1, n. 1, p. 7-16, 2004. Disponível em: https://mulheresnopoder.unilab.edu.br/wp-content/uploads/2019/09/BR_ART_42_A_INTERDECCIONALIDADE_NA_DISCRIMINACAO_DE_RACA_E_GENERO.pdf. Acesso em: 31 jul. 2022.

DÍAZ-BENÍTEZ, M. E.; FIGARI, C. Sexualidades que importam: entre a perversão e a dissidência. In: DÍAZ-BENÍTEZ, M. E.; FIGARI, C. (Org.). **Prazeres dissidentes**. Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2009. p. 21 – 30.

FAGUNDES, G. S.; CAMPOS, M. R.; FORTES, S. L. C. L. Matriciamento em Saúde Mental: análise do cuidado às pessoas em sofrimento psíquico na Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 26, n. 6, p. 2311–2322, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2021.v26n6/2311-2322/>. Acesso em:

FARIAS, C. M. L. *et al.* Tempo de espera e absenteísmo na atenção especializada: um desafio para os sistemas universais de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe5, p. 190–204, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/v43nspe5/0103-1104-sdeb-43-spe05-0190.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2022.

FERREIRA, B. de O.; BONAN, C. Cadê as populações LGBTTT na Estratégia Saúde da Família? narrativas de profissionais de saúde em Teresina, Piauí, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 26, n. 5, p. 1669–1678, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2021.v26n5/1669-1678/pt/>. Acesso em: 31 jul. 2022.

FERREIRA, E. M.; ARAÚJO, C. L.; FORNARI, L. F. A compreensão de temas das ciências sociais por meio da pesquisa qualitativa. **REVES - Revista Relações Sociais**, [S. l.], v. 3, n. 2, p. 0001–0003, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufv.br/reves/article/view/10027>. Acesso em: 1 ago. 2022.

FERREIRA, R. F. **Transexualidade, rede de apoio e suas multiplicidades**: do acolhimento ao protagonismo. 2016. 90 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Educação, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, RJ, 2016. Disponível em: <https://tede.ufrj.br/jspui/handle/jspui/1567>. Acesso em: 31 jul. 2022.

FONTANARI, A. M. V. *et al.* Dealing with gender-related and general stress: Substance use among Brazilian transgender youth. **Addictive Behaviors Reports**, [S. l.], v. 9, p. 100166, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2019.100166>. Acesso em: 31 jul. 2022.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I**: A vontade de saber. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque; J. A. Guilhon Albuquerque. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Biopolítica**: curso dado no Collège de France (1978-1979). Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970**. Tradução de Laura Fraga de Almeida. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2009.

FOUCAULT, M. **Nascimento da clínica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011a.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 2011b

GALLI, R. A. *et al.* Corpos mutantes, mulheres intrigantes: transexualidade e cirurgia de redesignação sexual. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, [S. l.], v. 29, n. 4, p. 447–457, 2013. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ptp/a/VZL8YWCThrbhcxYnD8T4FYh/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 31 jul. 2022.

GOMES FILHO, A. S.; SANTOS, C. E.; SILVA, L. M. Sexo, gênero, sexualidade: via(da)gens em conceitos. **ID on line. Revista de psicologia**, [S. l.], v. 10, n. 33, p. 20-36, 2017. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/629>. Acesso em: 31 jul. 2022.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. Ato do Presidente. Regimento Interno Comissão Intergestores Bipartite. **Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro**, 30 out. 2017. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/conheca-a-cib-rj/1781-regimento-interno-comissao-intergestores-bipartite.html>. Acesso em: 31 jul. 2022.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Secretaria de Saúde. Transparência. Sistema Estadual de Regulação, 2021. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/transparencia/aceso-a-informacao/2019/07/14-lista-de-espera-regulacao-ser>. Acesso em: 1 set. 2021

GRADE, C.; GROSS, C. B; UBESSI, L. D. Transsexuality Pathologization from a Integrative Review. **Psicologia, Saúde & Doença**, v. 20, n. 2, p. 435–451, 1 jun. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.15309/19psd200213>. Acesso em: 31 jul. 2022.

GRANT, C. **Direito, Bioética e Transexualidade: um debate sobre os limites e as possibilidades de ampliação da tutela jurídica das experiências trans***. 2015. 200 f. il. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Direito, Universidade Federal da Bahia, 2015. Disponível em: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/17741>. Acesso em: 31 jul. 2022.

GUERRA, H. S.; MELO JÚNIOR, C. A. da C.; FROTA, R. S. Educação continuada para agentes comunitários de saúde: uma visão acadêmica. **Extensio: Revista Eletrônica de Extensão**, v. 15, n. 28, p. 101–107, 2018. DOI: 10.5007/1807-0221.2018v15n28p101. Acesso em: 31 jul. 2022.

GUIMARÃES, R. C. P. **Estigma e Diversidade Sexual nos Discursos dos(das) profissionais do SUS: desafios para a saúde da população LGBT**. 2018. 148 f., il. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília, Brasília, 2018. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/34523>. Acesso em: 31 jul. 2022.

IBGE. **Pesquisa das Características étnico-raciais da população**. 2008. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9372-caracteristicas-etnico-raciais-da-populacao.html?=&t=resultados>. Acesso em: 31 jul. 2022.

JANINI, J. P. *et al.* A medicalização e patologização na perspectiva das mulheres transexuais: acessibilidade ou exclusão social. **Revista Enfermagem UERJ**, [S. l.], v. 25, p. e29009, 2017. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/29009>. Acesso em: 02 ago. 2022.

JANINI, J. P. **O cuidado da enfermeira à pessoa transexual, no processo transexualizador, na perspectiva familiar**. 2019. 44 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <http://www.bdtd.uerj.br/handle/1/11119>. Acesso em: 31 jul. 2022.

JATOBÁ, A. *et al.* **Análise Situada do Sistema de Regulação de Consultas e Exames no Município do Rio de Janeiro**. (Relatório de Pesquisa nº 9). Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz, Rio de Janeiro, dez. 2019. 45 p. Disponível em: https://cee.fiocruz.br/sites/default/files/CEE-Relat%C3%B3rio%20de%20Pesquisa_Analise_Situada_Sistema_Regulacao_Jatob%C3%A1%20et%20al.pdf. Acesso em: 31 jul. 2022.

JESUS, J. C. **Orientações sobre a população transgênero: conceitos e termos**. 2. ed. Brasília: Autor, 2012.

LAQUEUR, T. W.; WHATELY, V. **Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2001.

LIMA, L. D. de *et al.* Democracia e Saúde Coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 32, n. 4, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XED020416>. Acesso em: 02 ago. 2022.

MENEZES, L. M. de J. Transfobia e racismo: articulação de violências nas vivências trans. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 62–76, 2018. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/index.php/bis/article/view/34593>. Acesso em: 2 ago. 2022.

MORAIS, A. V. C.; CORTES, H. M. Cirurgia de redesignação sexual: implicações para o cuidado. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas/RS, v. 10, n. 3, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/16773>. Acesso em: 02 ago. 2022.

NOGUEIRA, F. J. de S.; LEITÃO, E. S. de F.; SILVA, E. C. S. da. Interseccionalidades na Experiência de Pessoas Trans nos Serviços de Saúde. **Revista Psicologia e Saúde**, [S. l.], v. 13, n. 3, p. 35–49, 2021. Disponível em: <https://pssa.ucdb.br/pssa/article/view/1243>. Acesso em: 2 ago. 2022.

NERES, R. L.; CANTANHÊDE, R. B. da S. Construindo Conhecimento de Média, Mediana e Moda: uma investigação docente. **Cadernos de Pesquisa**, São Luís, v. 25, n. 2, p. 187–206, 2018. Disponível em: <https://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/view/9328>. Acesso em: 2 ago. 2022.

NERY JÚNIOR, N. **Princípios do processo civil na Constituição Federal**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999.

OLIVEIRA, M. H. B. de *et al.* Direitos humanos, justiça e saúde: reflexões e possibilidades. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 43, n. spe4, p. 9–14, 2019.
DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S401>. Acesso em: 02 ago. 2022.

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Situação dos direitos humanos no Brasil**: Aprovado pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos em 12 de fevereiro de 2021. OEA, 2021. *E-book* (207 p.). ISBN 978-0-8270-7176-6. Disponível em: <http://file.plenu.org.br/Editor/2021/brasil2021pt1.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2022.

PEREIRA, L. B. de C.; CHAZAN, A. C. S. O Acesso das Pessoas Transexuais e Travestis à Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 1795, 2019. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1795>. Acesso em: 2 ago. 2022.

PERES, W. S.; TOLEDO, L. G. Dissidências existenciais de gênero: resistências e enfrentamentos ao biopoder. **Revista Eletrônica de Psicologia Política**, São Paulo, v. 11, n. 22, p. 261–277, dez. 2011. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/127026>. Acesso em: 02 ago. 2022.

PIANA, M. C. **O Serviço Social na contemporaneidade**: demandas e respostas. São Paulo: UNESP/ Cultura Acadêmica, 2009.

PILOTTO, B. S.; JUNQUEIRA, V. Organizações Sociais do setor de saúde no estado de São Paulo: avanços e limites do controle externo. **Serviço Social & Sociedade**, n. 130, p. 547–563, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/MhHy6ytmCHGBdDgF4ntBsHf/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 02 ago. 2022.

PRECIADO, P. B. **Um apartamento em Urano**: crônicas da travessia. Tradução Eliana Aguiar. Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA. 2006. Disponível em: http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/principios_de_yogyakarta.pdf. Acesso em: 02 ago. 2022.

REIS-BORGES, G. C.; NASCIMENTO, E. N.; BORGES, D. M. Impacto da Política Nacional de Humanização na Estratégia Saúde da Família e na Rede de Saúde. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 194 - 200, 2018. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/33313/25045>. Acesso em: 02 ago. 2022.

RIBEIRO, D. **Lugar de fala**: feminismos plurais. São Paulo: Pólen, 2019.

RIO DE JANEIRO. **Lei nº 4510, de 13 de janeiro de 2005**. Dispõe sobre a isenção do pagamento de tarifas nos serviços de transporte intermunicipal de passageiros por ônibus do Estado do Rio de Janeiro para pessoas portadoras de doenças crônicas que exijam tratamento continuado e dá outras providências. Rio de Janeiro: ALERJ, 2005.

RIO DE JANEIRO. **Decreto nº 32842, de 1 de outubro de 2010.** Regulamenta a Lei nº 5211, de 01 de julho de 2010, que institui o Bilhete Único no Município do Rio de Janeiro, bem como a Lei nº 3167, de 27 de dezembro de 2000, que disciplina a Bilhetagem Eletrônica nos serviços de Transporte Público de Passageiros do Município do Rio de Janeiro, incluído o exercício das gratuidades legalmente instituídas. Rio de Janeiro: ALERJ, 2010.

RUBIN, G. **Políticas do Sexo.** Tradutora: Jamille Pinheiro Dias. São Paulo: Ubu, 2017.

SALLES, D. G.; GONÇALVES, J. dos S.; ARAUJO, L. D. de. A transexualidade na literatura científica das ciências da saúde. **Informação & Informação**, [S. l.], v. 22, n. 2, p. 265–292, 2017. Disponível em: <http://dspace.cprm.gov.br/xmlui/handle/doc/19726>. Acesso em: 02 ago. 2022.

SALVADOR, N. R. C. **Pessoas trans na Educação Básica no Sul do Estado do Rio de Janeiro.** 2019. Dissertação (Mestrado acadêmico) – Faculdade de Educação, Universidade Federal de Juiz de Fora, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/bitstream/ufjf/11476/1/nayararioscunhasalvador.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2022.

SALVADOR, N. C.; OLIVEIRA, A. J. de; FRANCO, N. Fracasso, evasão e abandono escolar de pessoas trans: algumas reflexões necessárias. **Revista de Educação Pública**, [S. l.], v. 30, p. 1-18, 2021. Disponível em: <https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/educacaopublica/article/view/11840>. Acesso em: 31 jul. 2022.

SANTOS, B. S. **A Cruel Pedagogia do Vírus.** Coimbra: Boitempo, 2020.

SANTOS, I. M. M. dos; SANTOS, R. da S. A etapa de análise no método história de vida: uma experiência de pesquisadores de enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, [S. l.], v. 17, p. 714-719, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/fgg38tGXsf9F4qsDjH7KFbJ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 02 ago. 2022.

SANTOS, L. M. S. Notas sobre a violência contra a população trans e travesti nos serviços públicos de saúde no Brasil. CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 16., 2019, Brasília. **Anais [...]**. Brasília, v. 16, n. 1, 2019. Disponível em: <https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/1709/1670>. Acesso em: 02 ago. 2022.

SANTOS, M. C. B. **Aos trancos e barrancos:** uma análise do processo de implementação e capilarização do processo transexualizador no Brasil. 2020. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2020.

SANTOS, T. C.; MATTOS, G. As representações midiáticas da transexualidade na telenovela A força do querer. **Intexto**, Porto Alegre, n. 49, p. 214–232, 2020. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/index.php/intexto/article/view/85829>. Acesso em: 2 ago. 2022.

SCHNECK, S. **Experiência de Pessoas Transgênero com o Atendimento em Serviços de Saúde**: uma revisão integrativa. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde Pública (Faculdade de Medicina) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2021. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/230643>. Acesso em: 02 ago. 2021.

SCHULER, M. S. *et al.* Substance Use Disparities at the Intersection of Sexual Identity and Race/Ethnicity: Results from the 2015–2018 National Survey on Drug Use and Health. **LGBT Health**, v. 7, n. 6, p. 283–291, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1089/lgbt.2019.0352>. Acesso em: 02 ago. 2022.

SILVA, J. *et al.* Mulheres trans, violência simbólica e o rito de passagem de indivíduo a sujeito trans na perspectiva de Alan Touraine. **Revista Ilustração**, v. 2, n. 1, p. 127–137, 2021.

SILVA, T. D.; SILVA, S. P. **Trabalho, População Negra e Pandemia**: notas sobre os primeiros resultados da PNAD Covid-19. Notas Técnicas, nº 46, Brasília: IPEA, 2020. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/201110_diest_n_46.pdf. Acesso em: 02 ago. 2022.

SIMIONE, A. A. Pesquisa qualitativa e estudos de caso: significado e linhas práticas de orientação. **Revista Estudo & Debate**, Lajeado, v. 27, n. 4, p. 81-104, 2020. Disponível em: <http://univates.br/revistas/index.php/estudoedebate/article/view/2580/1757>. Acesso em: 02 ago. 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. O atendimento de pessoas trans na Atenção Primária à Saúde. 2020. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/o-atendimento-de-pessoas-trans-na-atencao-primaria-a-saude/>. Acesso em: 02 ago. 2022.

SOUSA, T. S. Retificando o gênero ou ratificando a norma? **Revista Direito GV**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 1 - 28, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6172201920>. Acesso em: 02 ago. 2022.

STÜLP, C. B.; MANSUR, S. S. O Estudo de Claudio Galeno como Fonte de Conhecimento da Anatomia Humana. **Khronos**, [S. l.], n. 7, p. 17, 2019. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/khronos/article/view/159295>. Acesso em: 2 ago. 2022.

TRINDADE, M. **Aspectos históricos do processo transexualizador no Rio de Janeiro**. 1. ed. Rio de Janeiro: Gramma, 2016.

UNGLERT, C. V. de S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 24, n. 6, p. 445–452, dez. 1990. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101990000600002>. Acesso em: 02 ago. 2022.

VASCONCELOS, F. R. S. Evasão Escolar de alunas travestis e transexuais. *In*: SEMINÁRIO CORPO, GÊNERO E SEXUALIDADE, 7.; SEMINÁRIO INTERNACIONAL CORPO, GÊNERO E SEXUALIDADE, 3.; LUSO-BRASILEIRO EDUCAÇÃO EM SEXUALIDADE, GÊNERO, SAÚDE E SUSTENTABILIDADE, RESISTÊNCIAS E OCUPAÇÕES NOS ESPAÇOS DE EDUCAÇÃO, 3., 2018, Rio Grande. **Anais [...]** Rio Grande: FURG, 2018, p. 1 – 8. Disponível em: <https://7seminario.furg.br/images/arquivo/250.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2022.

VEIGA, J. R. H. **O direito de pertencer a si mesmo**: a despatologização do transexualismo e sua regulamentação jurídica como um direito fundamental ao gênero. 2016. Dissertação (Mestrado em Direito) - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista, São Paulo, 2016. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/137885>. Acesso em: 02 ago. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Sexual health, human rights and the law**. Geneva: World Health Organization, 2015. ISBN 978 92 4 156498 4. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/175556/9789241564984_eng.pdf. Acesso em: 02 ago. 2022.

ANEXO A - FICHA DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL



FICHA DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL

**FAVOR PREENCHER COM
LETRA LEGÍVEL**

Serviço Social	Enfermaria:	Leito:	Nº Prontuário
-----------------------	-------------	--------	---------------

IDENTIFICAÇÃO/ESCOLARIDADE

Nome Social:		Sexo: <input type="checkbox"/> M () F	Identidade de Gênero: <input type="checkbox"/> Mulher transexual () Homem transexual <input type="checkbox"/> Travesti () Outros () Não se aplica
Nome Civil:		Religião:	Cor/Raça: <input type="checkbox"/> Branca () Preta () Parda () Indígena <input type="checkbox"/> Amarela
Endereço <u>Av. Rua, Nº, Bairro, CEP</u> :			Cidade/UF:
Naturalidade:	Data de Nasç.:	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro () Casado () Divorciado () Viúvo () União Estável () Outros	
<u>Telefone Fixo</u>	Celular	<u>Email</u> :	
Escolaridade: <input type="checkbox"/> Completo () Incompleto <input type="checkbox"/> Analfabeto () Ensino Fundamental () Ensino Médio () Ensino Superior	Possui Documentos? <input type="checkbox"/> Não () Sim Quais?		
Estudante: <input type="checkbox"/> Sim () Não	Local/ Unidade de Ensino		
Nome da Mãe:		Nome do Pai:	
Procedência:			
Obs.:			

SITUAÇÃO FUNCIONAL

Profissão:	Ocupação:	Renda:
Vínculo Empregatício: <input type="checkbox"/> S/Vínculo () CLT () Servidor Público () Autônomo () Prestador de Serviço		Vínculo Previdenciário: <input type="checkbox"/> Não () Sim Qual: _____
Telefone do trabalho:	Local de Trabalho/Endereço:	
Obs.:		

HABITAÇÃO

<input type="checkbox"/> Própria () Alugada () Posse () Outros	<input type="checkbox"/> Alvenaria () Pau-a-pique () Madeira () Outros	Nº de cômodos: <input type="checkbox"/> 1 () 2 a 4 () 5 a 7 () Acima de 7
Água (tratada): <input type="checkbox"/> Sim () Não	Esgoto Sanitário: <input type="checkbox"/> Sim () Não	Luz: <input type="checkbox"/> Sim () Não
		Coleta de Lixo: <input type="checkbox"/> Sim () Não
Obs.:		

COMPOSIÇÃO FAMILIAR

Nº de pessoas residentes na casa: <input type="checkbox"/> 1 () 2 a 4 () 5 a 7 () 8 a 10 () A partir de 11	Grau de parentesco: <input type="checkbox"/> Cônjuge () Filho () Mãe () Pai () irmã(o) () Avós () Sogra(a) () Colaterais () Agregados
Obs.:	

SAÚDE

Diagnóstico:				
Tem conhecimento da doença? <input type="checkbox"/> Sim () Não Desde: ___/___/___	Faz Tratamento? <input type="checkbox"/> Sim () Não	Local:		
Já esteve internado outras vezes? <input type="checkbox"/> Sim () Não	Quando? ___/___/___	Local:	Com o mesmo diagnóstico? <input type="checkbox"/> Sim () Não	Qual?
Drogas: (1) Faz uso (2) Fez uso () Álcool () Tabaco () Injetável () Outros				
Tem acesso a medicamentos e insumos pelo SUS? <input type="checkbox"/> Não () Sim Quais? _____				

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE**INSTITUTO ESTADUAL DE DIABETES E ENDOCRINOLOGIA LUIZ
CAPRIGLIONE****Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE**

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada: “Pessoas Transexuais e Travestis em uma unidade de referência da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro: estratégia em saúde para facilitação do acesso no atendimento,” de responsabilidade da pesquisadora Patricia dos Santos Moquedace, aluna de mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, sob a orientação da Professora Dra. Elvira Maria Godinho de Seixas Maciel. O objetivo da pesquisa é identificar as dificuldades e facilidades no acesso ao IEDE para acompanhamento hormonal. O convite se deve ao fato de você ser acompanhado(a) pelo Ambulatório Multiprofissional de Identidade de Gênero-AMIG/IEDE.

A pesquisa será realizada de abril de 2022 a outubro de 2022. Os dados da pesquisa serão coletados através de entrevista individual com pessoas transexuais e travestis com mais de 18 anos idade e que façam acompanhamento hormonal no IEDE. As entrevistas serão transcritas, após gravação, sendo realizadas no IEDE, em uma sala reservada onde somente a pesquisadora e o(a)entrevistado(a) estarão presentes. A entrevista terá a duração de até 1 hora e será realizada às quartas- feitas, ocasião de funcionamento do ambulatório pelos serviços de Endocrinologia, Psicologia, Psiquiatria e Serviço Social durante a espera entre um atendimento e outro para não causar transtornos ao(a) entrevistado(a). Se por alguma razão o(a) entrevistado(a) necessitar comparecer a instituição fora do agendamento da consulta com os demais profissionais para a realização da entrevista, a pesquisadora indenizará o participante da entrevista com as despesas referentes à alimentação, ao transporte para ele(ela), bem como para o(a) acompanhante.

Será garantido o direito a confidencialidade e o anonimato das informações obtidas, isto é, em nenhum momento ou em qualquer fase do estudo o seu nome será divulgado. Qualquer dado que possa identificá-lo(la) será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, porém os resultados serão utilizados tanto na produção da dissertação, quanto na

escrita de artigos a serem submetidos à publicação em revistas especializadas, assim como apresentações em seminários, simpósios, congressos. As gravações serão transcritas, armazenadas em um banco de dados onde somente a pesquisadora terá acesso e descartadas após 5 anos de término da pesquisa. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você é livre para se recusar a participar ou para retirar o seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem sofrer com isso qualquer tipo de penalização.

Além da entrevista como coleta de dados serão utilizadas algumas informações do seu prontuário, tais como: dados pessoais (naturalidade, idade, escolaridade, bairro de moradia, estado civil, cor/raça, situação funcional (profissão, ocupação, renda, vínculo empregatício, previdenciário); situação habitacional (tipo de moradia, nº de cômodos, situação de saneamento básico); composição familiar (nº de pessoas que residem na casa, grau de parentesco: situação de saúde (diagnóstico, local de tratamento, tempo de internação, uso de drogas ilícitas e lícitas); violência sexual; requalificação civil.

A participação na pesquisa não acarreta riscos diretos à integridade física do participante da pesquisa. Contudo, no caso de algum dano de ordem psicológica, moral, social como desconforto ou constrangimento, diante de algum assunto ou questão abordada, a entrevista será interrompida e a pesquisadora deverá perguntar se o (a) participante deseja ou não continuar e realizará o encaminhamento para o(a) psicólogo(a) que já o (a) assiste na instituição e que com ele(ela) terá atendimento no dia, explicando o ocorrido para inclusão na abordagem dentro do seu próprio processo terapêutico. Se houver algum dano, decorrente da pesquisa, você terá direito a buscar indenização, por meio das vias judiciais conforme Resoluções nº 466, item V.7 e nº 510/16-art 19, ambas do Conselho Nacional de Saúde, bem como na Lei nº 10.406/02, arts 927 e 954.

Quanto a benefícios, essa pesquisa aponta para uma possível contribuição social, pois trará informações que poderão ser úteis na elaboração de políticas públicas voltadas as pessoas transexuais e travestis que possuem demandas específicas na busca de acesso à saúde e à cidadania. Outro ponto importante a destacar é que o participante da pesquisa não terá nenhum tipo de pagamento ou de gratificação financeira e nenhum gasto pela sua participação nesse estudo. A pesquisadora se compromete em divulgar o resultado da pesquisa aos participantes, bem como ao gestor da unidade, através de palestra no auditório da instituição cenário da pesquisa.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar a pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato descritos neste Termo. Caso você concorde em participar desta

pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, da pesquisadora responsável. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável. Seguem os telefones e o endereço institucional da pesquisadora responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP do IEDE, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos da pesquisadora responsável: Patricia dos Santos Moquedace, Endereço: Rua Moncorvo Filho Centro, Rio de Janeiro/ RJ. Telefone: (21) 2332-7154, ramal 1142 email:patymoq@yahoo.com.br . COMITÊ ÉTICA/ IEDE R. Moncorvo Filho, 90 - Centro, Rio de Janeiro - RJ, 20211-340. Tel: 2332-7154.

Declaro que entendi os objetivos, condições e concordo em participar da pesquisa intitulada” Pessoas Transexuais e Travestis em uma unidade de referência da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro: estratégia em saúde para facilitação do acesso no atendimento”.

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Sim, autorizo a divulgação da transcrição. |
| <input type="checkbox"/> | Não, não autorizo a divulgação da transcrição. |
| <input type="checkbox"/> | Sim, autorizo a utilização de informações no meu prontuário. |
| <input type="checkbox"/> | Não, autorizo a utilização de informações no meu prontuário |

Rio de Janeiro, ____ de _____ de ____.

Nome por extenso do(a) participante: _____

Assinatura do (a) participante: _____

Nome por extenso da pesquisadora: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

**APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE
(DADOS DO PRONTUÁRIO)**



**INSTITUTO ESTADUAL DE DIABETES E ENDOCRINOLOGIA LUIZ
CAPRIGLIONE**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –TCLE
DADOS DO PRONTUÁRIO**

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada: “Pessoas Transexuais e Travestis em uma unidade de referência da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro: estratégia em saúde para facilitação do acesso no atendimento”, de responsabilidade da pesquisadora Patrícia dos Santos Moquedace, aluna de mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, sob a orientação da Professora Dra. Elvira Maria Godinho de Seixas Maciel. O objetivo da pesquisa é identificar as dificuldades e facilidades no acesso ao IEDE para acompanhamento hormonal. O convite se deve ao fato do participante da pesquisa ser acompanhado(a) pelo Ambulatório Multiprofissional de Identidade de Gênero-AMIG/IEDE.

A pesquisa será realizada de abril de 2022 a outubro de 2022. As informações para uma das etapas dessa pesquisa serão coletadas nos prontuários das pessoas transexuais e travestis com mais de 18 anos de idade e que façam ou fizeram acompanhamento hormonal no IEDE. As pessoas que atualmente realizam acompanhamento no AMIG/IEDE serão abordadas às quartas-feiras, ocasião de funcionamento do ambulatório (serviços de Endocrinologia, Psicologia, Psiquiatria e Serviço Social) durante a espera entre um atendimento e outro para não causar transtornos ao atendimento. Esta abordagem é feita para esclarecimento quanto ao objetivo e relevância da pesquisa, principalmente no que diz respeito à pesquisa no prontuário, quais dados serão utilizados, bem como sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ao assinar esse Termo, o(a) participante da pesquisa concorda que algumas informações do seu prontuário sejam incluídas no material da pesquisa: dados pessoais (naturalidade, idade, escolaridade, bairro de moradia estado civil, cor/raça, situação funcional(profissão, ocupação, renda, vínculo empregatício, previdenciário); situação habitacional (tipo de moradia, nº de cômodos, situação de

saneamento básico); composição familiar (nº de pessoas que residem na casa, grau de parentesco: situação de saúde (diagnóstico, local de tratamento, tempo de internação, uso de drogas ilícitas e lícitas); violência sexual (SIM ou NÃO); requalificação civil.

Se por alguma razão o(a) participante da pesquisa necessitar comparecer à instituição para assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) fora do agendamento da consulta com os demais profissionais para a realização da entrevista, a pesquisadora indenizará o participante da entrevista com as despesas referentes à alimentação e ao transporte para ele(ela), bem como para o(a) acompanhante.

Será garantido o direito à confidencialidade e ao anonimato das informações obtidas, isto é, em nenhum momento ou em qualquer fase do estudo o seu nome será divulgado. Qualquer dado que possa identificá-lo(la) será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, porém os resultados serão utilizados tanto na produção da dissertação, quanto na escrita de artigos a serem submetidos à publicação em revistas especializadas, assim como apresentações em seminários, simpósios, congressos. Reitera-se o compromisso com a garantia da proteção e confidencialidade das informações individuais de todos(as) participantes da pesquisa cujos prontuários forem utilizados.

Os dados que permitem a identificação do(da) participante da pesquisa serão mantidos em poder da pesquisadora, armazenados em meio digital protegido por senha segura, ressaltando-se que serão compartilhadas com a equipe de pesquisa (no caso, a orientadora da dissertação).

Após a utilização para esta pesquisa, o material proveniente da consulta aos prontuários será conservado em poder da pesquisadora principal por 5 (cinco) anos, e após esse tempo será destruído. A participação na pesquisa é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e o(a) participante da pesquisa é livre para se recusar a participar ou para retirar o seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem sofrer com isso qualquer tipo de penalização.

A participação na pesquisa não acarreta riscos diretos à integridade física do sujeito do estudo. Contudo, no caso de algum dano de ordem psicológica, moral, social como desconforto ou constrangimento, diante de algum assunto ou questão abordada decorrente da pesquisa, você terá direito a buscar indenização, por meio das vias judiciais, conforme Resoluções nº 466, item V.7 e nº 510/16-art 19, ambas do Conselho Nacional de Saúde, bem como na Lei nº 10.406/02, art. 927 e 954.

Quanto a benefícios, essa pesquisa aponta para uma possível contribuição social, pois trará informações que poderão ser úteis na elaboração de políticas públicas voltadas as

pessoas transexuais e travestis que possuem demandas específicas na busca de acesso à saúde e à cidadania.

Outro ponto importante a destacar é que o(a) participante da pesquisa não terá nenhum tipo de pagamento ou de gratificação financeira (exceto o ressarcimento de eventuais despesas de transporte e alimentação ocasionados pela participação na pesquisa) e nenhum gasto pela sua participação nesse estudo. A pesquisadora se compromete em divulgar o resultado da pesquisa aos participantes, bem como ao gestor da unidade, através de palestra no auditório da instituição cenário da pesquisa.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, o(a) participante da pesquisa poderá solicitar a pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato descritos neste Termo. Caso o(a) participante da pesquisa concorde em participar deverá assinar o TCLE mencionado, anteriormente, ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas do(da) participante da pesquisa e a outra, da pesquisadora responsável. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável. Seguem os telefones e o endereço institucional da pesquisadora responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP do IEDE, onde o(a) participante da pesquisa poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos da pesquisadora responsável: Patricia dos Santos Moquedace, Endereço: Rua Moncorvo Filho Centro, Rio de Janeiro/ RJ. Telefone: (21) 2332-7154, ramal 1142 email: patymoq@yahoo.com.br. COMITÊ ÉTICA/ IEDE R. Moncorvo Filho, 90 - Centro, Rio de Janeiro - RJ, 20211-340. Tel: 2332-7154.

Declaro que entendi os objetivos, condições e concordo em participar da pesquisa intitulada” Pessoas Transexuais e Travestis em uma unidade de referência da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro: estratégia em saúde para facilitação do acesso no atendimento”.

() Sim, autorizo a coleta de dados do meu prontuário.

() Não autorizo a coleta de dados do meu prontuário.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Nome por extenso do(a) participante: _____

Assinatura do (a) participante: _____

Nome por extenso da pesquisadora: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

**APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE -
(DISPENSA)**



**INSTITUTO ESTADUAL DE DIABETES E ENDOCRINOLOGIA LUIZ
CAPRIGLIONE**

**SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Título do Estudo: PESSOAS TRANSEXUAIS E TRAVESTIS EM UMA UNIDADE DE REFERÊNCIA DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RJ: estratégia em saúde para facilitação do acesso no atendimento.

Eu, PATRICIA DOS SANTOS MOQUEDACE, pesquisador responsável pelo estudo acima referido, considerando o descrito nas Resoluções do CNS 466/12-IV.3 e 510/16 art 16 e parágrafos, solicito a dispensa da apresentação do TCLE, em virtude de:

Procedimentos que serão realizados: Coleta de dados constantes nos prontuários dos(das) usuários(as) que fazem acompanhamento hormonioterápico em uma unidade de referência para acompanhamento no Processo Transexualizador no SUS. Serão colhidas as seguintes variáveis: dados pessoais(naturalidade, idade, escolaridade, bairro de moradia, estado civil, cor/raça, situação funcional(profissão ,ocupação, renda, vínculo empregatício, previdenciário);situação habitacional(tipo de moradia, nº de cômodos, situação de saneamento básico); composição familiar (nº de pessoas que residem na casa, grau de parentesco: situação de saúde(diagnóstico, local de tratamento, tempo de internação, uso de drogas ilícitas e lícitas); violência sexual(como variável binária SIM/NÃO); requalificação civil, com a finalidade de caracterizar o perfil socioeconômico e demográfico dos(das)usuários(as) supracitados(as).

Justificativa quanto à impossibilidade de obtenção do TCLE:

Serão 458 prontuários utilizados para coleta de dados. Dentre os 458 pacientes cujos

prontuários terão dados extraídos para o estudo, 30 usuários(as) participarão da entrevista e assinarão o TCLE anuindo a transcrição da entrevista e procedimentos necessários. Haverá dois TCLE: um para o consentimento à entrevista e outro para o consentimento de acesso ao prontuário (quanto aos que não serão entrevistados, deverá ser assinado o TCLE para a consulta e extração de dados do respectivo prontuário daqueles que ainda frequentam regularmente o ambulatório do IEDE).

Para os demais está sendo solicitada ao CEP/ENSP a dispensa de TCLE, tendo em vista a dificuldade de obter o consentimento por meio da assinatura desse instrumento, dado que há pessoas assistidas no IEDE que já encerraram o tratamento, impondo às pesquisadoras a dificuldade da ida a cada domicílio. Tal empecilho, prevê-se tanto para os residentes no município do Rio de Janeiro, quanto para os que residem em outros municípios e em outros estados da federação. Além disso, considera-se a existência da impossibilidade de estabelecer contato com usuários(as) cujos dados cadastrais estão desatualizados – endereço, telefones fixo e celular e/ou e-mail. Ressalta-se aqui que se trata de mais de 400 prontuários caso mantenhamos a intenção de traçar o perfil sociodemográfico dessa população/clientela da hormonioterapia do IEDE. Consideramos a relevância do resultado dessa pesquisa, mais precisamente desta etapa referente à caracterização, diante da pouca oferta de serviço especializado e da demanda crescente. Tal informação traria como benefício a possibilidade de planejar-se o aumento racional da oferta da hormonioterapia e o modo (em termos de quantidade, localização na UF do RJ, etc.) visando à facilitação do acesso e melhoria da qualidade de vida pelo atendimento a esta demanda específica da população transexual.

Embora ciente de que se deve “**apresentar TCLE para acesso aos prontuários dos(das) participantes localizáveis**”, frente à dificuldade de obter-se o consentimento por TCLE para consulta aos 458 prontuários, ao obter a dispensa do TCLE mediante consulta ao CEP/ENSP, as pesquisadoras teriam acesso à população dos usuários do ambulatório de hormonioterapia do IEDE.

Reitera-se o compromisso com a garantia da proteção e confidencialidade das informações individuais de todos os sujeitos cujos prontuários forem utilizados.

Quanto aos procedimentos metodológicos: os dados que permitem a identificação do paciente serão mantidos em poder da pesquisadora, armazenados em meio digital protegido por senha segura, ressaltando-se que serão compartilhadas com a equipe de pesquisa (no caso, a

orientadora da dissertação) apenas as informações que não permitam a identificação do sujeito. Após a utilização para esta pesquisa o material proveniente da consulta aos prontuários será conservado em poder da pesquisadora principal por (5) cinco anos, tempo ao final do qual serão destruídos.

Além disso será apresentado o termo de compromisso de uso dos dados (TCUD) em que a pesquisadora assegura que os dados extraídos para esta pesquisa serão agregados também como procedimento metodológico que impedirá a identificação dos sujeitos e que somente a pesquisadora Patricia dos Santos Moquedace terá acesso aos prontuários em sua totalidade.

Rio de Janeiro, 20 de janeiro de 2022.

Assinatura do pesquisador responsável

APÊNDICE D - TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das pessoas transexuais e travestis atendidas no IEDE de 2015 a 2021, segundo gênero autodeclarado

Gênero autodeclarado	Mulheres transexuais		Travestis		Homens trans		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	281	61,35	17	3,72	160	34,93	458	100

Fonte: A autora, 2022

Tabela 2 - Distribuição das pessoas transexuais e travestis atendidas no IEDE de 2015 a 2021, segundo país, região e naturalidade

País	Região	Naturalidade	Mulheres trans		Homens trans		Total		
			N	%	N	%	N	%	
Brasil	Centro-Oeste	Goiás	1	0,3	0	0,0	1	0,3	
		Norte	Amazonas	1	0,3	0	0,0	1	0,3
			Pará	2	0,7	0	0,0	2	0,7
	Nordeste	Bahia	8	2,7	3	1,9	11	3,8	
		Ceará	5	1,7	1	0,6	6	2,1	
		Maranhão	4	1,3	0	0,0	4	1,4	
		Paraíba	3	1,0	1	0,6	4	1,4	
		Pernambuco	4	1,3	0	0,0	4	1,4	
		Rio Grande do Norte	1	0,3	1	0,6	2	0,7	
		Sergipe	3	1,0	0	0,0	3	1,0	
	Sudeste	Espírito Santo	2	0,7	2	1,3	4	1,4	
		Minas Gerais	13	4,4	2	1,3	15	0,3	
		Rio de Janeiro	239	80,2	145	90,6	334	82,4	
	Sul	São Paulo	3	1,0	2	1,3	5	1,7	
		Paraná	5	1,7	2	1,3	7	0,7	
Exterior	Santa Catarina	2	0,7	0	0,0	2	0,3		
	Estados Unidos	1	0,3	-	0,0	1	0,0		
	Chile	0	0,0	1	0,3	1	0,0		
		Holanda	1	0,3	0	0,0	1	1,0	
Total			298	100	160	100	458	100	

Fonte: A autora, 2022.

Tabela 3 - Distribuição das pessoas transexuais e travestis atendidas no IEDE de 2015 a 2021, segundo local de residência por município/estado e região administrativa de saúde

Estado	Região	Mulheres trans		Homens trans		Total	
		N	%	N	%	N	%
Rio de Janeiro	Baixada Fluminense	33	11,1	19	11,8	52	11,4
	Baixada Litorânea	2	0,7	0	0,0	2	0,4
	Centro-sul	2	0,7	1	0,6	3	0,7
	Norte	4	1,3	2	1,3	6	1,3
	Noroeste	4	1,3	2	1,3	6	1,3
	Médio Paraíba	11	3,7	5	3,1	16	3,5
	Metropolitana I	199	66,8	108	67,5	307	67,0
	Metropolitana II	26	8,7	18	11,3	44	9,6

Estado	Região	Mulheres trans		Homens trans		Total	
		N	%	N	%	N	%
Outros estados	Serrana	13	4,4	5	3,1	18	3,9
	Amazonas	1	0,3	0	0,0	1	0,2
	Minas Gerais	1	0,3	0	0,0	1	0,2
	Paraná	2	0,7	0	0,0	2	0,4
Total		298	100	160	100	458	100

Fonte: A autora, 2022.

Tabela 4 - Distribuição etária das pessoas transexuais e travestis atendidas no IEDE de 2015 a 2021

Faixa Etária (anos)	Mulheres trans		Homens trans		Total	
	N	%	N	%	N	%
18-19	0	0	0	0	0	0
20 - 29	4	1,3	4	2,5	8	1,7
30 - 39	102	34,2	99	61,9	201	44
40 - 49	95	31,9	43	26,9	138	30
50 - 59	64	21,5	9	5,6	73	16
60 - 69	26	8,7	5	3,1	31	6,8
70 - 79	7	2,3	0	0	7	1,5
Total	298	100	160	100	458	100

Fonte: A autora, 2022

Tabela 5 - Distribuição das pessoas transexuais e travestis atendidas no IEDE de 2015 a 2021, segundo raça/cor autodeclarada

Raça/Cor	Mulheres trans		Homens trans		Total	
	N	%	N	%	N	%
Branca(o)	129	43,3	65	40,6	194	42,4
Indígena	2	0,7	1	0,6	3	0,7
Parda(o)	107	35,9	66	41,3	173	37,8
Preta(o)	48	16,1	26	16,3	74	16,2
Não identificado	12	4	2	1,3	14	3,1
Total	298	100	160	100	458	100

Fonte: A autora, 2022.

Tabela 6 - Distribuição das pessoas transexuais e travestis atendidas no IEDE de 2015 a 2021, segundo estado civil

Estado civil	Mulheres trans		Homens trans		Total	
	N	%	N	%	N	%
Casada(o)	6	2	7	4,4	13	2,8
Divorciada(o)	8	2,7	3	1,9	11	2,4
Solteira(o)	236	79,2	119	74,4	355	77,5
União estável	48	16,1	31	19,4	79	17,2
Total	298	100	160	100	458	100

Fonte: A autora, 2022.

Tabela 7 - Distribuição das pessoas transexuais e travestis atendidas no IEDE de 2015 a 2021, segundo escolaridade

Escolaridade	Mulheres trans		Homens trans		Total	
	N	%	N	%	N	%
Analfabeto	2	0,7	0	0,0	2	0,4
Ensino fundamental incompleto	35	11,7	3	1,9	38	8,3
Ensino fundamental completo	13	4,4	0	0,0	13	2,8
Ensino médio incompleto	43	14,4	18	11,3	61	13,3
Ensino médio completo	116	38,9	73	45,6	189	41,3
Ensino superior incompleto	49	16,4	46	28,8	95	20,7
Ensino superior completo	32	10,7	17	10,6	49	10,7
Pós-graduação	7	2,3	3	1,9	10	2,2
Não identificado	1	0,3	0	0,0	1	0,2
Total	298	100	160	100	458	100

Fonte: A autora, 2022.

Tabela 8 - Distribuição das mulheres transexuais e travestis atendidas no IEDE de 2015 a 2021, segundo escolaridade e raça/cor

Escolaridade	Raça/cor											
	Branca		Parda		Preta		Indígena		Não identificado		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Analfabeto	0	0,0	2	1,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,7
Ensino fundamental incompleto	11	8,5	14	13,0	9	19,1	0	0,0	1	8,3	35	11,7
Ensino fundamental completo	9	7,0	2	1,9	1	2,1	0	0,0	1	8,3	13	4,4
Ensino médio incompleto	13	10,1	20	18,5	9	19,1	0	0,0	1	8,3	43	14,4
Ensino médio completo	48	37,2	46	42,6	15	31,9	0	0,0	7	58,3	16	5,4
Ensino superior incompleto	24	18,6	17	15,7	6	12,8	1	50,0	1	8,3	49	16,4
Ensino superior completo	20	15,5	6	5,6	5	10,6	1	50,0	0	0,0	32	10,7
Pós-graduação	4	3,1	1	0,9	2	4,3	0	0,0	0	0,0	7	2,3
Não identificado	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	8,3	1	0,3
Total	129	100	108	100	47	100	2	100	12	100	298	100

Fonte: A autora, 2022.

Tabela 9 - Distribuição das pessoas transexuais e travestis atendidas de 2015 a 2021, segundo situação funcional.

Situação funcional	Mulheres trans		Homens trans		Total	
	N	%	N	%	N	%
Com vínculo formal ativa(o)s	86	28,9	46	28,8	132	28,8
Com vínculo formal inativa(o)s	5	1,7	0	0,0	5	1,2
Sem vínculo desempregada(o)s	133	44,6	91	56,9	224	48,9
Autônoma(o) com vínculo previdenciário	25	8,4	4	2,5	29	6,3
Autônoma(o) sem vínculo previdenciário	49	16,4	19	11,8	68	14,8
Total	298	100	160	100	458	100

Fonte: A autora, 2022.

Tabela 10 - Distribuição das pessoas transexuais e travestis atendidas no IEDE de 2015 a 2021 sem vínculo empregatício, segundo raça/cor autodeclarada

Raça/cor	Mulheres trans		Homens trans		Total	
	N	%	N	%	N	%
Branca(o)	66	31,4	40	44,0	106	47,3
Indígena	0	0,0	1	1,1	1	0,4
Parda(o)	45	21,4	32	35,2	77	34,4
Preta(o)	22	10,5	18	19,8	40	17,9
Total	210	100	91	100,0	224	100

Fonte: A autora, 2022

Tabela 11 - Distribuição das pessoas transexuais e travestis atendidas no IEDE de 2015 a 2021, segundo renda (em salários mínimos)

Renda (em salários mínimos)	Mulheres trans		Homens trans		Total	
	N	%	N	%	N	%
< 1	30	18,2	4	5,8	34	14,5
1 a 2	109	66,1	51	73,9	160	68,4
3 a 4	18	10,9	10	14,5	28	12,0
5 a 6	1	0,6	2	2,9	3	1,3
>7	1	0,6	1	1,4	2	0,9
Não informado	6	3,6	1	1,4	7	3,0
Total	165	100	69	100	234	100

Fonte: A autora, 2022

Tabela 12 - Distribuição das pessoas transexuais e travestis atendidas no IEDE de 2015 a 2021, segundo composição familiar

Número de residentes	Mulheres trans		Homens trans		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sozinho	89	29,9	22	13,8	11	2,4
2 a 4	195	65,4	125	78,1	320	69,9
5 a 7	11	3,7	13	8,1	24	5,2
> 7	2	0,7	0	0	2	0,4
Não identificado	1	0,3	0	0	1	0,2
Total	298	100	160	100	458	100

Fonte: A autora, 2022

Tabela 13 - Distribuição das pessoas transexuais e travestis atendidas no IEDE de 2015 a 2021, segundo diagnóstico/problema de saúde autodeclarado

Relata diagnóstico/problemas de saúde		Mulheres trans		Homens trans		Total	
		N	%	N	%	N	%
NÃO		198	68,0	117	78,0	315	71,4
SIM		93	32,0	33	22,0	126	28,6
	Alcoolismo	0	0,0	1	3,0	1	0,8
	Anemia falciforme	0	0,0	1	3,0	1	0,8
	Arritmia cardíaca	0	0,0	1	3,0	1	0,8
	Asma brônquica	3	3,2	4	12,1	7	5,6

Relata diagnóstico/problemas de saúde	Mulheres trans		Homens trans		Total	
	N	%	N	%	N	%
Crise convulsiva	0	0,0	2	6,1	2	1,6
Depressão	1	1,1	1	3,0	2	1,6
Descolamento de retina	0	0,0	1	3,0	1	0,8
Diabetes mellitus	4	4,3	2	6,1	6	4,8
Enxaqueca crônica	0	0,0	1	3,0	1	0,8
Gastrite	0	0,0	1	3,0	1	0,8
Hepatite B	1	1,1	0	0,0	1	0,8
Hepatite C	1	1,1	0	0,0	1	0,8
Hérnia de disco	1	1,1	0	0,0	1	0,8
Hérnia umbilical	1	1,1	0	0,0	1	0,8
Hiperplasia suprarrenal congênita	0	0,0	1	3,0	1	0,8
Hipertensão	12	12,9	5	15,2	17	13,5
Hipotireoidismo	3	3,2	3	9,1	6	4,8
HIV	52	55,9	1	3,0	53	42,1
Obesidade	1	1,1	3	9,1	4	3,2
Psoríase	1	1,1	0	0,0	1	0,8
Retrocolite ulcerativa	0	0,0	1	3,0	1	0,8
Sífilis	5	5,4	0	0,0	5	4,0
Síndrome de Darrin	0	0,0	1	3,0	1	0,8
Síndrome de Klinefelter	1	1,1	0	0,0	1	0,8
Sinusite crônica	1	1,1	0	0,0	1	0,8
Talassemia	0	0,0	1	3,0	1	0,8
Transtorno bipolar	1	1,1	0	0,0	1	0,8
Transtorno espectro autismo	1	1,1	0	0,0	1	0,8
Não informado	3	3,2	2	6,1	5	4,0

Fonte: A autora, 2022

Tabela 14 - Distribuição das pessoas transexuais e travestis atendidas no IEDE de 2015 a 2021, segundo diagnóstico/problema de saúde com comorbidades autodeclarado

Situação de saúde - com comorbidades	N	%
<i>Mulheres trans</i>		
Diabetes mellitus + hipertireoidismo	1	14,3
Diabetes mellitus + asma brônquica	1	14,3
Hipertensão + glaucoma	1	14,3
HIV + glaucoma	1	14,3
HIV + hipertensão	1	14,3
Sífilis + epilepsia	1	14,3
Sinusite + rinite alérgica	1	14,3
<i>Homens trans</i>		
Asma brônquica + hipertensão	1	10,0
Asma brônquica + gastrite + glaucoma	1	10,0
Ceratocone + asma brônquica	1	10,0
Comunicação interventricular + obesidade	1	10,0
Diabetes mellitus + cardiopatia	1	10,0
Diabetes mellitus + hipertensão	2	20,0
Hipertensão + obesidade	1	10,0

Situação de saúde - com comorbidades	N	%
Hipotireoidismo + síndrome de sensibilidade andrógena	1	10,0
Renal crônico + transtorno bipolar	1	10,0

Fonte: A autora, 2022

Tabela 15 - Distribuição das pessoas transexuais e travestis atendidas no IEDE de 2015 a 2021, segundo uso de drogas ilícitas

Uso de drogas ilícitas	Mulheres trans		Homens trans		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	22	7,4	16	10,0	298	65,1
Não	239	80,2	135	84,4	160	34,9
Não informado	37	12,4	9	5,6	46	10,0
Total	298	100	160	100	458	100

Fonte: A autora, 2022

Tabela 16 - Distribuição das pessoas transexuais e travestis atendidas no IEDE de 2015 a 2021, segundo relato de violência sexual

Sofreu violência sexual	Mulheres trans		Homens trans		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	28	9,4	12	7,5	40	8,7
Não	72	24,2	48	30,0	120	26,2
Não informado	198	66,4	100	62,5	298	65,1
Total	298	100	160	100	458	100

Fonte: A autora, 2022

Tabela 17 - Distribuição das pessoas transexuais e travestis atendidas no IEDE de 2015 a 2021, segundo ano de requalificação civil

Ano da requalificação	Mulheres trans		Homens trans		Total	
	N	%	N	%	N	%
2005	1	0,3	0	0,0	1	0,2
2006	1	0,3	0	0,0	1	0,2
2010	1	0,3	0	0,0	1	0,2
2011	2	0,7	0	0,0	2	0,4
2012	3	1,0	0	0,0	3	0,7
2013	5	1,7	0	0,0	5	1,1
2014	5	1,7	1	0,6	6	1,3
2015	5	1,7	0	0,0	5	1,1
2016	14	4,7	3	1,9	17	3,7
2017	20	6,7	17	10,6	37	8,1
2018	42	14,1	8	5,0	50	10,9
2019	29	9,7	34	21,3	63	13,8
2020	6	2,0	6	3,8	12	2,6
2021	8	2,7	4	2,5	12	2,6
Não informado	156	52,3	87	54,4	243	53,1
Total	298	100	160	100	458	100

Fonte: A autora, 2022

Tabela 18 - Caracterização das(os) participantes da entrevista

Entrevistada (o)	Identidade de Gênero	Idade (anos)	Cor/Raça	Escolaridade	Residência	Ano de acesso ao IEDE	Tempo de espera (em meses)
E1	MT	29	branca	EMC	Jacarepaguá	2015	5 meses
E2	HT	31	branca	EMC	Rio Comprido	2015	3 meses
E3	HT	32	parda	EMC	Seropédica	2017	3 meses
E4	HT	36	branca	ESI	Jacaré	2018	2 anos
E5	MT	23	branca	EMC	Tomás Coelho	2017	6 meses
E6	MT	39	preta	ESI	Jacarepaguá	2017	9 meses
E7	HT	48	preta	EMC	Leblon	2021	5 meses
E8	T	42	branca	EMC	Campo Grande	2016	9 meses
E9	HT	35	branca	EMC	Ilha do Governador	2021	2 anos e 2 meses
E10	HT	44	branca	ESI	São João de Meriti	2016	1 semana
E11	MT	28	parda	ESI-cursando	Paciência	2021	2 anos e 8 meses
E12	T	43	preta	EMI	Santo Cristo	2016	1 ano
E13	MT	25	parda	ESI-cursando	Mesquita	2021	5 anos
E14	HT	28	preta	ESI-cursando	Bangu	2015	2 semanas
E15	MT	36	branca	Mestranda	Tijuca	2015	2 dias
E16	HT	39	parda	ESI	Engenho de Dentro	2019	3 dias

*Identidade de Gênero-MT (mulher transexual); T (Travesti); HT (homem transexual).

Fonte: A autora, 2022.

Tabela 19 - Temas emergentes nas narrativas de vida apreendidos das falas das(os) participantes da entrevista

Temas	Unidades temáticas	Categoria
1- Acolhimento bom	Acolhimento	Categoria: Acessibilidade das pessoas transexuais e travestis nos serviços de saúde: políticas e práticas institucionais
11-Acolhimento ruim		
17- Acolhimento e acompanhamento no IEDE		
23 - Regulação demorada	Regulação	
4 - Regulação rápida		
44 - Nova inclusão na regulação		
18 - Atendimento com médico da rede privada	Cuidado em saúde das pessoas transexuais e travestis	
49 - Encaminhamento para rede privada		
19 - Não faz acompanhamento na clínica da família		
50 - Demora para agendamento de consulta na clínica da família		
32 - Faz acompanhamento na clínica da família para outras demandas		
35-Acompanhamento hormonal na clínica da família		
37- Avaliação médica para classificação de risco/alteração da classificação de risco	Violência institucional	
2 - Ausência de preconceito		
13 - Preconceito no atendimento		
20 - Violência institucional		
25 - Ausência de violência institucional		

Temas	Unidades temáticas	Categoria
3- Conhecimento profissional sobre regulação /transexualidade	Conhecimento/desconhecimento profissional	Subcategoria: A capacitação permanente como ferramenta de acesso
12 - Desconhecimento profissional sobre regulação e transexualidade		
45 - Necessidade de capacitação dos profissionais	Capacitação profissional Patologização da transexualidade	
51- Confirmação da transexualidade pela saúde mental		
39 - Orientações aos usuários sobre o IEDE	Orientação	
33- Informações fornecidas meramente de ofício		
8 - Falta de orientação do processo regulatório das pessoas trans		
9 - Respeito ao uso do nome social	Uso do nome social	
14 - Constrangimento pelo não uso do nome social		
15- Não uso do nome social no acolhimento		
30-Descompromisso profissional com o trabalho	Comprometimento/descomprometimento profissional	
41- Não comprometimento profissional/falta de capacitação profissional		
40 - Comprometimento profissional/capacitação profissional sobre saúde LGBT		
42- Rotatividade dos profissionais médicos na clínica da família	Rotatividade e falta de gestão	
48- Falta de respeito da gestão com os profissionais		
16 - Abalo psicológico	Os sentimentos apresentados nos dezesseis relatos no processo de transição foram gratidão (2), chateação (1), realização de um sonho (2), tristeza (2), resiliência (1), frustração (1), constrangimento (1), indignação (1) e, ao mesmo tempo, abalo psicológico (2), desejo de ser respeitado (1). Felicidade (2). O desejo de cuidar da saúde aparece em 13 falas contrapondo a automedicação	Subcategoria: O protagonismo das pessoas transexuais e a importância da rede de apoio
21- Processo doloroso/triste/incômodo/constrangimento/ indignação		
24 - Desejo de ser respeitada(o)/ser quem é		
34 - Resiliência		
36 - Realização de sonho/emoção		
47- Processo gratificante		
26 - Empoderamento/Iniciativa		
27- Conhecimento do usuário sobre regulação /transexualidade		
28 - Desconhecimento do usuário sobre processo transexualizador		
29 - Desconhecimento do usuário sobre regulação		
38 - Desconhecimento do usuário do direito ao uso do nome social		
5 - Prática de automedicação		
7 - Conhecimento sobre o risco da automedicação		
6 - Desejo cuidar da saúde/ realização de sonho	Rede de apoio como facilitador da regulação	
22-Ajuda de terceiros (profissionais fora da saúde)		
31- Busca na mídia de informação sobre saúde trans		
43- Ajuda de terceiros dentro da saúde		
46 - Importância da mídia no acesso à informação		
52-Fez amigas no IEDE		
10 - Orientação sobre processo transexualizador por amigo ou rede social		

Fonte: A autora, 2022.

Tabela 21 - Apresentação da análise comparativa das(os) participantes. Rio de Janeiro, 2022.

Unidades temáticas	Casos Positivos		Casos Negativos		Zona branca	
	N	%	N	%	N	%
Acolhimento	9	0,56	7	0,44	0	0
Atendimento melhor na unidade especializada do que na APS	10	0,63	0	0	6	0,38
Acolhimento bom sinônimo de regulação rápida	1	0,06	0	0	15	0,94
Faz acompanhamento na APS para outras demandas	5	0,31	11	0,69	1	0,06
Acompanhamento hormonioterápico na APS	3	0,19	13	0,81	0	0
Conhecimento do profissional sobre regulação e/ou transexualidade	9	0,56	7	0,44	0	0
Orientação na APS sobre a unidade especializada	3	0,19	2	0,13	11	0,69
Compromisso profissional	4	0,25	2	0,3	10	0,63
Uso do nome social na APS	7	0,44	3	0,19	6	0,38
Necessidade de capacitação profissional	1	0,06	0	0	15	0,94
Rotatividade dos profissionais da APS	0	0	3	0,19	13	0,81
Falha na gestão da APS	0	0	1	0,06	15	0,94
Episódios de Violência institucional	7	0,44	9	0,56	0	0
Sentimentos relatados (no processo de transição (gratidão, chateação, realização de um sonho, tristeza, resiliência, frustração, constrangimento, indignação, abalo psicológico, desejo de ser respeitado)	4	0,25	9	0,56	3	0,19
Ajuda de terceiros fora da saúde	4	0,25	0	0	12	0,75
Ajuda de terceiros dentro da saúde	2	0,13	0	0	14	0,88
Orientação sobre processo transexualizador por amigo ou rede social	7	0,44	9	0,56	0	0

Fonte: A autora, 2022