



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

---

JAKELINE MÁRCIA DOS SANTOS

**O CUIDADO EM SAÚDE ÀS PESSOAS TRANS-TRAVESTIS  
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE  
LONDRINA - PR**

---

Londrina  
2023

JAKELINE MÁRCIA DOS SANTOS

**O CUIDADO EM SAÚDE ÀS PESSOAS TRANS-TRAVESTIS  
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE  
LONDRINA - PR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social do Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social e Política Social.

Orientadora: Prof. Dra. Cássia Maria Carloto

Londrina  
2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

S237o SANTOS, Jakeline Marcia dos.

O cuidado em saúde às pessoas trans-travestis na atenção primária à saúde no município de Londrina - PR / Jakeline Marcia dos Santos. - Londrina, 2023.  
197 f.

Orientador: Cássia Maria Carloto.

Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Política Social) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social, 2023.

Inclui bibliografia.

1. Cuidado em saúde - Tese. 2. Diversidade de gêneros - Tese. 3. Atenção Primária à Saúde - Tese. 4. Travestis e transexuais - Tese. I. Carloto, Cássia Maria. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Estudos Sociais Aplicados. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social. III. Título.

CDU 36

JAKELINE MÁRCIA DOS SANTOS

**O CUIDADO EM SAÚDE ÀS PESSOAS TRANS-TRAVESTIS  
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE  
LONDRINA - PR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social do Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social e Política Social.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientadora Profa. Dra. Cássia Maria Carloto  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

---

Prof. Dr. Marco José Duarte  
Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF

---

Profa. Dra. Andrea Pires Rocha  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, 16 de fevereiro de 2023.

## AGRADECIMENTOS

A Aquele ser superior possuidor de inúmeras matizes, definições e identidades.

Aos meus pais, Joaquim e Maria, meus pontos de referência, essência de um amor incondicional. Pelo apoio integral, pelos cuidados e mimos, por estarem comigo sempre. Por confiarem em mim e me possibilitarem através dos estudos uma vida com caminhos distintos dos seus.

Aos amigos de outras jornadas acadêmicas: Juliana Mistrini, Danielle e Silvio Redon, por incentivarem a me arriscar nessa jornada e acreditarem que seria capaz de traçar o percurso do mestrado.

À Janaína Barbosa, amiga de longa data. Pela preocupação, cuidado, atenção. Por me conceder escuta, incentivo e apoio e por estar presente mesmo que do planalto central.

Aos colegas de curso Suelen, Esdras e João, pelas trocas, discussões, parcerias, risadas e deboches, que ajudaram a aliviar as tensões e angústias vivenciadas nesse processo. Uma pena que o contexto pandêmico tenha limitado nossas interações, resguardadas as salas do *meet*.

Ao corpo docente do PPGSER-UDEL, pela riqueza dos debates e conhecimento transmitido nas disciplinas, mesmo em condições desafiadoras impostas pelo contexto pandêmico, e acima de tudo, pela compreensão de nossas limitações no contexto do ensino remoto emergencial.

À Alexandra Moreira (Lelê), e Fabiane S. Cardoso (Fáb), com as quais tive o privilégio de dividir o espaço sócio ocupacional nos últimos dois anos, sendo com elas recheados de risadas, descontração, trocas, carinho e compreensão. Vocês se tornaram grandes amigas e tenham a certeza que sem o incentivo e apoio de vocês não teria concluído esta pesquisa.

Aos profissionais de serviço de saúde da atenção primária que participaram desta pesquisa. Agradeço a disponibilidade, a acolhida e o aceite de antemão em participar deste estudo. Obrigada por partilharem suas experiências e as inquietações cotidianas.

As pessoas trans-travestis que aceitaram participar deste estudo. Obrigada pela receptividade e por emprestar suas vivências para compor o contraponto deste trabalho. Espero que de alguma forma ele possa alcançar e contribuir com as

vivências das pessoas trans-travestis, especialmente no que tange o acesso e o cuidado em saúde.

À minha orientadora, Professora Dr. Cássia Maria Carloto, que aceitou me guiar pelo percurso de um estudo complexo. Obrigada pela confiança, paciência, pelo respeito, pelas orientações e contribuições.

Ao Professor Dr. Marco José Duarte e a Professora Dra. Andrea Rocha, por aceitarem compor a banca de qualificação e defesa desta pesquisa, pelo conhecimento partilhado, contribuindo para sua construção e para o processo de tornar-me pesquisadora.

À todas as pessoas que de alguma forma contribuíram para a continuidade de minha formação. Muito obrigada!

*“Tudo o que existe e vive precisa ser cuidado  
para continuar a existir e a viver”  
Leonardo Boff*

## RESUMO

SANTOS, Jakeline Márcia dos. **O cuidado em saúde às pessoas trans-travestis na atenção primária à saúde no município de Londrina - PR.** 2023. 197 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Política Social) – Centro de Estudos Sociais Aplicados, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2023.

Este trabalho teve como objetivo analisar o cuidado em saúde na Atenção Primária às pessoas travestis e transexuais, no município de Londrina – PR, a partir da percepção dos profissionais de saúde e das pessoas trans-travestis. Trata-se de uma pesquisa social de natureza qualitativa na qual foram empregadas as técnicas da pesquisa exploratória, documental e de campo, sendo esta última realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com cinco profissionais de saúde que atuam na atenção primária à saúde e com cinco pessoas que compartilham das identidades de gêneros trans-travestis e se configuram como potenciais usuárias do serviço de saúde. Os sujeitos de pesquisa foram selecionados a partir do levantamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Londrina que mais atendem as pessoas trans-travestis, considerando a frequência com que estes buscam atendimento, e posteriormente da aproximação com os/as profissionais de saúde que atuam na assistência direta e que expressaram no âmbito de sua prática atender ou já terem atendido pessoas trans-travestis. Já o acesso às pessoas trans-travestis se deu por meio da abordagem “bola de neve”. A análise das entrevistas foi realizada a partir da perspectiva da análise temática cujos eixos foram levantados a partir da sistematização dos dados, respeitando o delineamento do grupo dos sujeitos participantes. Construído a partir da perspectiva teórica crítica o trabalho situou em linhas gerais as representações tecidas historicamente sobre o corpo, gênero e sexualidade e como estas se articulam na dinâmica social, a partir dos marcadores de gênero, classe, raça/etnia e sexualidade, nas relações de poder, produzindo um controle ativo sobre determinados corpos e modos de vida. Compreendeu as discussões tecidas sobre o cuidado em saúde, a organização do cuidado no Brasil e a estruturação da atenção primária à saúde. Voltando a atenção para a discussão do cuidado em saúde as pessoas trans-travestis, o estudo sistematizou as ações desenvolvidas pelo poder público voltada às pessoas trans-travestis que se inserem na discussão dos direitos da população LGBTQ+, e olhando para a dimensão concreta, assinalou alguns elementos que tem perpassado o cuidado ofertado na APS na perspectiva de ambos sujeitos entrevistados, pontuando as necessidades de saúde mais recorrentes, as dificuldades, desafios e as limitações vivenciadas nesse processo. Desta vislumbra-se que salvo algumas situações o cuidado na APS tem se dado predominantemente à luz dos processos instituídos, esbarrando-se em burocracias, na falta do preparo, no desrespeito ao nome social e a identidade de gênero, entre outros.

**Palavras-chave:** diversidade de gêneros; cuidado em saúde; atenção primária à saúde; travestis e transexuais.

## ABSTRACT

SANTOS, Jakeline Márcia dos. **The health care for transvestite people in primary health care in the city of Londrina - PR.** 2023. 197 p. Dissertation. (Master in Social Service and Social Policy) – Center for Applied Social Studies, State University of Londrina, 2023.

The present academic work seeks to analyze the Primary Health Care for transvestites and transgender people in the city of Londrina - PR from the perspective of health professionals and the transvestite people. This is a qualitative social research in which exploratory, documentary and field research techniques were used, with the field research being carried out through semi-structured interviews with five health professionals who work in primary health care and with five people who have transvestite gender identities and are potential users of the health service. The research subjects were selected based on the Basic Health Units (BHU) in Londrina that most assist transgender people, considering the frequency with which they seek medical attention, and subsequently the approximation with the health professionals working in direct assistance and that expressed within the sphere of their activity assist or have already assisted trans people. As the access to transgender people occurred through the "snowball" approach. The analysis of the interviews was carried out from the perspective of thematic analysis whose pillars were raised from the data systematization, respecting the delineation of the group of participating subjects. Constructed from a critical theoretical perspective, the work situated in general, the representations historically made about the body, gender and sexuality and how these are organized in the social dynamics, from the markers of gender, social class, race/ethnicity and sexuality in the relationships of power, doing active control over certain bodies and ways of life. It included the discussions about health care, the organization about health care in Brazil and the structuring of primary health care. Turning the attention to the discussion of health care for transgender people, the study systematized the actions made by the public power focused at trans people that are part of the discussions on the rights of LGBT+, and looking at the concrete dimension, it pointed out some factors that have permeated the care provided in PHC from the perspective of both interviewed subjects, pointing out the most recurring health needs, difficulties, challenges, and limitations in this process. From this we can see that, except in some situations, the care in PHC has been done predominantly in the light of the instituted processes, running into bureaucracy, lack of preparation, disrespect for the social name and gender identity, among others.

**Key words:** gender diversity; health care; primary health care; transvestites and transgender.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Mapeamento inicial das UBS's do município de Londrina e a população Trans-Travesti adstrita .....	20
<b>Quadro 2</b> - Caracterização das UBS's delimitadas como universo da pesquisa de campo .....	23
<b>Quadro 3</b> - Perfil dos/as Profissionais de Saúde Entrevistados/as.....	24
<b>Quadro 4</b> - Ações articuladas em defesa à população LGBT+ no período de 2004 a 2016 – Gestão PT .....	72
<b>Quadro 5</b> - Ações e articulações realizadas no governo Bolsonaro na contramão do avanço da promoção de cidadania de LGBT+ no período 2019 - 2020 .....	77
<b>Quadro 6</b> - Propostas elencadas no Plano Nacional de Promoção de Cidadania e Direitos Humanos de LGBTs.....	83
<b>Quadro 7</b> - Objetivos e diretrizes da PNSI-LGBTs .....	84

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADI	Ação Direta de Inconstitucionalidade
ADPF	Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIS	Ações Integradas de Saúde
ALIA	Associação Londrinense Interdisciplinar de AIDS
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
BSH	Brasil sem Homofobia
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEP-UEL	Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina
CF	Constituição Federal
CIDI	Centro Integrado de Doenças Infecciosas
CIEV	Comissão Interministerial de Enfrentamento à Violência
CML	Câmara Municipal de Londrina
CNCD	Conselho Nacional de Combate à Discriminação
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COVID	Corona Vírus Disease / Doença Do Coronavírus
CPATT	Centro de Pesquisa e Atendimento para Travestis e Transexuais
CPF	Cadastro de Pessoa Física
DAPS	Diretoria de Atenção Primária a Saúde
DF	Distrito Federal
DPPR	Defensoria Pública do Paraná
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EC	Emenda Constitucional
ESF	Estratégia Saúde da Família
FHC	Fernando Henrique Cardoso
GM	Gabinete do Ministério
GO	Goiás
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana

IST	Infecção Sexualmente Transmissível
LGBT	Lésbica, Gay, Bissexual, Travesti e Transexual
LGBT+	Lésbica, Gay, Bissexual, Travesti e Transexual e demais identidades sexuais e de gêneros
LGBTI	Lésbica, Gay, Bissexual, Travesti, Transexual e Intersexual
LGBTQIAP+	Lésbica, Gay, Bissexual, Travesti, Transexual, Queer, Intersexual, Assexual, Pansexual e demais identidades sexuais e de gêneros
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MARL	Movimento de Artistas de Rua de Londrina
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MMFDH	Ministério da Mulher, Família e dos Direitos Humanos
MS/GM	Ministério da Saúde/Gabinete do Ministério
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NOBSUS	Normas Operacionais Básica do Sistema Único de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEC	Projeto de Emenda Constitucional
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PL	Projeto de Lei
PP	Progressistas
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNDH	Programa Nacional de Direitos Humanos
PNSI-LGBT	Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
PSF	Programa Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
RAS	Rede Assistencial de Saúde
SARS-CoV-2	Vírus da família do Coronavírus causador da doença Covid-19
SEDH-PR	Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República

SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESA/PR	Secretaria de Saúde do Estado do Paraná
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiça
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USP	Universidade de São Paulo

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>CAPÍTULO 1 – CORPOS, GÊNEROS E SOCIABILIDADES DISSIDENTES: TRANSEXUALIDADE E TRAVESTILIDADES EM CENA</b> .....	28
1.1 Os MARCADORES DE CLASSE, RAÇA, ETNIA, GÊNERO E SEXUALIDADE NA PERSPECTIVA DA INTERSECCIONALIDADE .....	28
1.2 CORPO, SEXO, GÊNERO E SEXUALIDADE NAS RELAÇÕES SOCIAIS.....	31
<b>CAPÍTULO 2 - CUIDADO E ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL</b> .....	42
2.2 CUIDADO, NECESSIDADES E O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE .....	46
2.3 POLÍTICA DE SAÚDE E A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL ..	51
2.4 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL NO CONTEXTO DA OFENSIVA NEOLIBERAL ..	56
2.5 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E A ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO .....	59
2.5.1 Da Perspectiva Restrita à Ampliada: O Desenvolvimento da APS no Brasil .....	63
<b>CAPÍTULO 3 – ATENÇÃO À SAÚDE, AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E A POPULAÇÃO TRANS-TRAVESTI</b> .....	70
3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS E A POPULAÇÃO TRANS-TRAVESTIS .....	70
3.2 ATENÇÃO E O CUIDADO EM SAÚDE ÀS PESSOAS TRAVESTIS E TRANSEXUAIS .....	81
<b>CAPÍTULO 4 - CUIDADO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA ÀS PESSOAS TRANS-TRAVESTIS EM LONDRINA – PR</b> .....	92
4.1 DO LADO DE CÁ: O CUIDADO EM SAÚDE NA APS AS PESSOAS TRANS-TRAVESTI NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE .....	93
4.1.1 Concepções e Entendimentos dos Profissionais sobre as Discussões de Gênero, Sexualidade e Diversidades .....	93
4.1.2 Atenção e Cuidado em Saúde as Pessoas Trans-Travestis na APS .	100
4.1.3 O Espaço do Vínculo, do Acolhimento e da Integralidade na Produção do Cuidado .....	101

4.1.4	A Organização e o Cuidado em Saúde as Pessoas Trans-Travestis nas APS.....	107
4.1.4.1	Busca, acesso e o reconhecimento da identidade de gênero e do nome social no atendimento às pessoas trans-travestis .....	108
4.1.4.2	Demandas, limitações e dificuldades evidenciadas pelos profissionais de saúde na assistência às pessoas trans-travestis.....	111
4.1.5	Preconceito, Discriminação e Despreparo dos Serviços de Saúde na Produção do Cuidado Integral.....	111
4.2	DO LADO DE LÁ - PERCEPÇÕES DE PESSOAS TRANS-TRAVESTIS SOBRE O CUIDADO E A ATENÇÃO A SAÚDE NA APS DE LONDRINA.....	124
4.2.1	Identificação e Aproximação das Vivências das Pessoas Trans-Travestis Participantes da Pesquisa.....	125
4.2.2	Situação de Saúde das Pessoas Trans-Travestis .....	138
4.2.3	Pessoas Trans-Travestis, Necessidades e as Barreiras para o Cuidado em Saúde.....	143
4.2.4	O Cuidado em Saúde as Pessoas Trans-Travestis.....	149
4.2.4.1	A relação das pessoas trans-travestis com os serviços de saúde.....	150
4.2.4.2	Percepções dos sujeitos trans-travestis sobre o cuidado em saúde ofertado na atenção primária.....	156
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>163</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>173</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>187</b>
	APÊNDICE A - Questionário – Mapeamento APS .....	188
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	190
	APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: pessoas Trans-Travestis .....	192
	APÊNDICE D – Roteiro de entrevista semiestruturada: Profissionais de Saúde - Área Assistencial.....	194
	APÊNDICE E - Roteiro de entrevista semiestruturada: Pessoas Trans-Travestis.....	195

<b>ANEXOS</b> .....	196
ANEXO A - Comprovante Comitê de Ética em Pesquisa .....	197

## INTRODUÇÃO

Inserido nas discussões que abordam o campo das diversidades de gêneros e o cuidado em saúde, o trabalho que se segue é fruto de uma pesquisa de mestrado desenvolvida com o objetivo de analisar o cuidado em saúde na Atenção Primária às pessoas travestis e transexuais no município de Londrina – PR, a partir da visão dos profissionais de saúde e das pessoas trans-travestis.

A pretensão para desenvolver este trabalho foi motivada por instigações levantadas no decorrer da elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado em 2016 como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social pela Universidade Estadual de Londrina (UEL), o qual se propôs a discutir o atendimento às Pessoas Lésbicas, Gays, Travestis e Transexuais – LGBTs<sup>1</sup> na Proteção Especial de Média Complexidade no Município de Londrina – PR.

O referido trabalho contextualizou o movimento do Poder Público frente às requisições da população LGBTQ+, bem como as políticas públicas desenvolvidas pelo Estado. Neste campo, o trabalho debruçou-se sobre a Política de Assistência Social no âmbito municipal, evidenciando a necessidade de instrumentalizar os operadores da Política sobre as particularidades e especificidades dos sujeitos atendidos. No que tange às necessidades das pessoas travestis e transexuais, demonstrou a limitação decorrente da inexistência de espaços de acolhimento que respeitem as identidades de gêneros e as fragilidades da rede de serviços, as quais ultrapassam o campo da política de assistência social e estendem-se às demais políticas públicas.

No campo da sexualidade, o estudo evidenciou como os sujeitos dissidentes da *cisheteronormatividade*<sup>2</sup> foram tratados ao longo da história, bem como as diferentes concepções elaboradas, pautadas em visões biologicistas, essencialistas e patologizantes. Nesse debate, cabe colocar que o que está em jogo é a hegemonia do que comumente se chama de heterossexualidade. O termo em si se dá como contraposto à homossexualidade, porém o que se coloca em xeque não é apenas sua

---

<sup>1</sup> Naquele momento, está era a sigla de expressão social e política representativa das pessoas de gêneros e orientações sexuais dissidentes das normas do sistema sexo-gênero e da heterossexualidade. A utilização desta na forma que se apresenta, “LGBT”, refere-se ao modo em que originalmente foi empregada em estudos e documentos que tratavam sobre as discussões que envolvem a temática.

<sup>2</sup> Termo que alude, de modo conjugado, o conceito de cisnormatividade (ideia referente à cisgeneridade - identidade de gênero que abrange pessoas que se identificam com o gênero que lhes foi determinado quando de seu nascimento - como algo natural e de heteronormatividade (crença na heterossexualidade como característica do ser humano ‘normal’). Ver JESUS (2012).

definição como tal, mas a estrutura naturalizante de um modo de ser dicotômico, em que só pode haver uma maneira rígida de identidade e generificação. Ela pressupõe a normatividade da orientação sexual, logo, se pode falar em uma heteronormatividade. Mas esse termo só é possível porque existe uma cisnormatividade. Toda relação de poder baseada na heterossexualidade dos corpos, em que uma vagina biológica e o corpo feminino coincidem, bem como um corpo biológico e pênis biológico, tomam como pressuposto a ideia inicial de cisgeneridade (PRECIADO, 2018). Esse tipo de visão tem sustentado práticas discriminatórias, violentas e segregadoras em diversos campos, expressando como a dimensão de sexo e gênero pode potencializar processos de vulnerabilidades vivenciados por determinadas populações. O Brasil, por exemplo, tem sido apontado, já há alguns anos, como o país que mais mata pessoas travestis e transexuais no mundo (LIONÇO, 2008; ANTRA, 2020).

De posse dos conhecimentos levantados e dos resultados obtidos, as indagações que antes nos levaram a buscar compreender o atendimento à população LGBTQ+ na Política de Assistência Social foram, aqui, reformuladas e redirecionadas às pessoas travestis e transexuais e à área da saúde: uma dimensão que perpassa a vida de todos.

Ante a instabilidade das fronteiras que delimitam as identidades de gênero, e compreendendo que as definições da identidade travesti e transexual relacionam-se a elementos que perpassam a dimensão social, objetiva e subjetiva, neste trabalho, vamos sempre usar o termo trans-travestis para nos referirmos às mesmas enquanto sujeitos que compõem parte do universo da pesquisa. Essa opção não visa homogeneizá-las, mas sim reconhecer o caráter fluido das identidades sociais, bem como apontar a limitação e a problemática das fronteiras construídas para classificar as identidades de gêneros em questão.

Nos últimos anos, a sigla referente às identidades sexuais e gêneros dissidentes da cisheteronormatividade tem sido redimensionada em função da ampliação da discussão e do reconhecimento das diversidades existentes no campo das identidades sexuais e de gênero, além das possibilidades das articulações que fogem à matriz hegemônica. Atualmente, tais identidades têm sido representadas pelo acrônimo LGBTQIAP+, no qual, para além das orientações sexuais e de identidades de gêneros já denominadas anteriormente, a letra “Q” de “queer” remete à fluidez de movimento das identidades, que não permite definições; “I”, às pessoas intersexuais;

“A”, às pessoas assexuais; “P”, à pansexual, e “+” refere-se as demais formas de expressão das orientações sexuais e identidades ainda não legitimadas.

Entendemos a importância de utilizar o conceito como forma de conferir visibilidade à pluralidade das identidades sexuais e de gêneros. No entanto, compreendendo a conformação histórica e o reconhecimento político do movimento social LGBT, que se articula diante das opressões, discriminações, preconceito e violências direcionadas às pessoas gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais, e considerando que as identidades estão sempre em trânsito, utilizaremos no decorrer do trabalho a abreviação LGBT+, compreendendo que o signo de adição comporta as demais expressões de sexualidade dissidentes da heterossexualidade e cisgeneridade.

No contexto da saúde, pesquisas publicadas no último quinquênio, (2015-2020) sobre a transexualidade e a travestilidade, evidenciam que as pessoas trans-travestis enfrentam diversas barreiras para o acesso aos serviços de saúde, dentre as quais se destacam o desrespeito à identidade de gênero e ao nome social, dificuldades relacionadas ao acolhimento, ao desconhecimento e à falta de habilidade dos profissionais de saúde para atuar nas demandas apresentadas (LEÃO et al, 2020).

Em um mapeamento preliminar da produção de conhecimento, realizado nesta janela temporal, podemos observar um expressivo aumento de pesquisas que correlacionam às temáticas de direitos humanos, cidadania, diversidade de gêneros, sexualidades e saúde. No entanto, poucas têm se debruçado sobre a discussão da atenção e o cuidado em saúde das pessoas trans-travestis na atenção primária em saúde (APS). Em paralelo, os estudos evidenciam que as discussões realizadas na área da saúde estão centralizadas nos serviços especializados e seus protocolos; nas tecnologias e nos processos de mudanças corporais e nas vivências dos sujeitos trans-travestis nestes espaços (LEÃO et al, 2020). A referência do atendimento na atenção primária à saúde aparece como um dado de não vinculação das mesmas aos serviços ofertados nesta esfera de atenção.

Voltando nossa atenção à política de saúde, este dado se mostra significativo diante da centralidade que a APS ocupa na organização dos serviços e da rede de atenção à saúde, a qual, a partir dos princípios e diretrizes que a fundamentam, visa “possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde” (BRASIL, PNAB 2017, p. 6).

Essas indagações levaram a proposição do presente estudo, que tem como objeto o cuidado na atenção primária em saúde à população trans-travesti. O problema de pesquisa partiu da seguinte questão: Como se dá o cuidado em saúde para a população transexual e travesti no âmbito da atenção primária à saúde (APS) no município de Londrina – PR?

Para alcançar o objetivo proposto, buscamos: a) Identificar os componentes que constituem e direcionam o cuidado em saúde; b) Contextualizar a organização da atenção à saúde no Brasil e identificar aquelas direcionadas às pessoas travestis e transexuais; c) Desvelar os elementos que influenciam e interferem no cuidado e no processo saúde-doença da população travesti e transexual; d) Conhecer a percepção dos sujeitos trans-travestis sobre os cuidados ofertados pela atenção primária à saúde em Londrina - PR, e dos/as profissionais que atuam na atenção primária à saúde em Londrina sobre os cuidados à população trans e travestis.

A pesquisa é social e de natureza qualitativa, pois traz a possibilidade de nos debruçarmos sobre uma parte da realidade em movimento, marcada ao mesmo tempo por elementos de especificidade e diferenciação que se respaldam em seu caráter histórico e dinâmico, com resultados aproximados e provisórios (MINAYO, 2010).

Segundo Minayo (2010, p. 21), a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares e preocupa-se em compreender e explicar a dinâmica das relações sociais, depositárias de crenças, valores, atitudes e hábitos. Ela trabalha com o universo de significados e aspirações que correspondem a um espaço mais profundo das ações e relações humanas, dos processos e dos fenômenos sociais.

Na intenção de compreendermos os elementos que compõem a tríade Cuidado em Saúde – Atenção Primária e Diversidade de Gênero, dispomos das técnicas da pesquisa exploratória, que tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito; da revisão bibliográfica, que pressupõe um estudo sobre o material existente relacionado ao objeto de pesquisa (GIL, 2008); da pesquisa documental – que incide na exploração de fontes documentais; e da pesquisa de campo, que possibilita uma aproximação com a realidade delimitada pelo estudo sob a qual se formularam os questionamentos (MINAYO, 2010).

Apoiada na revisão bibliográfica, a pesquisa exploratória demarcou a primeira fase do estudo, na qual realizamos uma revisão de literatura em materiais que abordavam temas relacionados às diversidades de gênero; produção de cuidado em saúde e atenção primária à saúde. Foram utilizados como fonte de dados artigos

científicos, dissertações, monografias, teses e livros relacionados aos temas subscritos. Por meio da pesquisa documental, realizamos o mapeamento do ordenamento jurídico brasileiro, considerando, nesse ínterim, as leis, políticas, programas e projetos relacionados à área da saúde, bem como àquelas que preveem em seu texto conteúdos que denotem a articulação de elementos com a defesa e a garantia dos direitos das pessoas travestis e transexuais<sup>3</sup>.

A terceira fase do estudo foi balizada pela pesquisa de campo, na qual buscamos estabelecer uma aproximação com o espaço em que se opera e se concretiza o cuidado em saúde na esfera da atenção primária, com o intuito de compreender como se dá em relação às pessoas trans-travestis e de identificar os elementos presentes nesse processo. Por se tratar de uma pesquisa que envolve seres humanos, antes de iniciarmos a fase da pesquisa de campo, conforme disposto na resolução 196/96 do Ministério da Saúde, a proposta do presente estudo foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (CEP-UEL).

A pesquisa de campo foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde que atuam na atenção primária de Londrina e com pessoas trans-travestis potenciais usuárias desses serviços. Por se tratar de dois grupos distintos, as entrevistas foram direcionadas por diferentes roteiros de perguntas, elaborados de modo a articular os objetivos do estudo, e realizadas mediante a assinatura do TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Dado o contexto da pandemia causada pelo novo coronavírus, o contato com os sujeitos se desenvolveu predominantemente por telefone e as entrevistas ocorreram de forma presencial e online, conforme preferência dos participantes, resguardando os protocolos de segurança.

Neto (1994) conceitua a entrevista como uma técnica que busca obter informações dos atores sociais que vivenciam parte da realidade em foco. A entrevista se caracteriza por uma comunicação verbal que reforça a importância da linguagem e do significado da fala, capaz de obter dados tanto objetivos quanto subjetivos.

Para a definição do universo da pesquisa de campo, realizamos uma aproximação das Unidades Básicas de Saúde (UBS), por meio de um questionário eletrônico disparado com o objetivo de identificar aquelas que possuem, dentre a

---

<sup>3</sup> Todos os documentos pesquisados são de acesso público.

população adstrita, pessoas trans-travestis que tenham acessado o serviço e a frequência que o fazem. Recorremos a esse recurso dada a extensão do município de Londrina e a inviabilidade de abranger todos os equipamentos que compõem a rede da atenção primária (atualmente composta por 54 UBS distribuídas entre as regiões urbana - norte, centro, leste, oeste, sul - e rural).

Elaborado pelo Google forms, o link do questionário foi disparado via mensagem eletrônica (e-mails), pelo endereço eletrônico institucional das unidades de saúde disponibilizado no sítio eletrônico do Cadastro Nacional dos Estabelecimento de Saúde (CNES). Ao todo, foram disparados cinquenta e quatro questionários, dos quais trinta foram respondidos. As respostas foram sistematizadas e condensadas nos seguintes critérios: atende regularmente; atende frequentemente; atende raramente, conforme Quadro 1. De modo a preservar a identificação das unidades de saúde, tomamos como referência a região em que elas estão localizadas.

Quadro 1- Mapeamento inicial das UBS's do município de Londrina e a população Trans-Travesti adstrita

Região	Unidade de Saúde	População Adstrita	População Trans-travesti Adstrita	Pessoas Trans-Travestis que buscam a UBS	Frequência
CENTRO	C1	15000	4	4	Regularmente
CENTRO	C2	40000	-	-	Regularmente
CENTRO	C3	12000	6	6	Frequentemente
CENTRO	C4	7300	-	-	Frequentemente
LESTE	L1	9250	5	A maioria	Raramente
LESTE	L2	4000	20	20	Frequentemente
LESTE	L3	16000	-	-	Eventualmente
LESTE	L4	16000	-	15	Eventualmente
LESTE	L3	15000	15	15	Regularmente
LESTE	L6	3500	2	2	Raramente
LESTE	L7	12000	10	5	Regularmente
LESTE	L8	12000	-	-	Raramente
NORTE	N1	12000	15	15	Eventualmente
NORTE	N2	17000	-	-	Regularmente
NORTE	N3	12700	5	5	Eventualmente
NORTE	N4	20000	-	-	Frequentemente
OESTE	O1	16269	10	10	Eventualmente
OESTE	O2	8000	20	20	Eventualmente
OESTE	O3	13000	5	5	Eventualmente
OESTE	O4	13000	-	-	Eventualmente

<b>OESTE</b>	O5	20000	-	-	Eventualmente
<b>RURAL</b>	R1	2500	0	0	Não buscam
<b>RURAL</b>	R2	5894	4	4	Regularmente
<b>RURAL</b>	R3	940	-	0	Não buscam.
<b>RURAL</b>	R4	4000	6	1	Raramente
<b>RURAL</b>	R5	2000	-	-	Não buscam.
<b>SUL</b>	S1	18000	2	2	Raramente
<b>SUL</b>	S2	2000	1	1	Eventualmente
<b>SUL</b>	S3	10000	2	-	Eventualmente
<b>SUL</b>	S4	10000	-	-	Raramente

Fonte: elaborado pela autora, 2022.

Conforme os dados dispostos, vemos que, das trinta unidades de saúde que responderam ao formulário, três assinalaram que não possuem pessoas transexuais e ou travestis dentre a população adstrita. Em contrapartida, vinte e sete unidades expressaram o contrário. Percebe-se que dezessete unidades (63%) conseguem ter uma média de pessoas trans/travestis adstritas, enquanto dez (37%) desconhecem e/ou ignoram esse dado. Das que possuem entre o público atendido pessoas travestis e ou transexuais, sete apontaram que raramente pessoas trans/travestis buscam a unidade; 11, eventualmente; quatro, frequentemente e seis buscam regularmente a unidade.

Ao nos atentarmos a esses dados, vemos que possuem pouca variação em grande parte das respostas. O que nos faz pensar se a informação indicada no tocante à população adstrita foi evidenciada com base no reconhecimento e identificação das pessoas trans-travestis que buscam a unidade de saúde ou, se para além destas, há outra forma de traçar um indicador de pessoas trans-travestis que residem no território, mas que podem não acessar a unidade de saúde. Teria alguma forma de identificá-las? Essa foi uma das questões que emergiu no processo de pesquisa e que apareceu também durante algumas entrevistas. Entendemos que tal resultado pode se dar em decorrência da dificuldade daqueles que realizam o cadastro das pessoas referenciadas na UBS de fazerem perguntas relacionadas à dimensão de gênero e sexualidade, o que corrobora com os apontamentos de Duarte (2014), da compreensão que se tem sobre essas pessoas, além de poder indicar um não acesso de trans-travestis às unidades de saúde.

Outro aspecto a ser considerado, quando olhamos o cenário da organização dos serviços de saúde no município, é o contexto epidemiológico e sanitário em que

esta pesquisa foi realizada, demarcado pela emergência da COVID-19, provocada em decorrência do surgimento do novo coronavírus SARS-CoV-2. Esse quadro acentuou a crise na saúde pública, influenciando a organização de diversos serviços de saúde em todos os níveis de atenção. Na atenção primária, unidades de saúde foram direcionadas a prestar atendimento a situações respiratórias, restringindo seu atendimento para demais situações. Nesse cenário, temos que das 54 unidades básicas de saúde que compõem a rede da APS no município, ao menos 11 unidades estiveram referenciadas ao atendimento de síndromes respiratórias e de casos suspeitos ou confirmados de Covid-19.

Embora o questionário seja direcionado às unidades, temos de considerar que as respostas coletadas podem não representar fidedignamente a realidade em função de diversos fatores. Ainda assim, a aplicação do mesmo nos permitiu identificar as unidades de saúde que mais possuem pessoas trans/travestis atendidas: cinco delas se destacaram: a L2 e O2 - com uma média de 20 pessoas adstritas/atendidas; a L4 - com uma média de 15 pessoas; e a L3 e a N1 - com uma média de 15 pessoas trans/travestis.

Considerando as limitações, as restrições impostas e a reorganização dos processos de trabalho, as unidades que foram referência para síndromes respiratórias não foram listadas como potenciais espaços para a realização da pesquisa de campo, ainda que tenham mostrado no questionário um quantitativo expressivo de pessoas trans-travestis referenciadas.

Tendo isso em vista, inicialmente, foram elencadas três unidades de saúde que se sobressaíram em relação às demais no tocante a quantidade de pessoas trans-travestis atendidas. Posteriormente, em razão do acesso a informações colhidas com o segundo núcleo de sujeitos entrevistados - as pessoas trans/travestis-, incluímos uma quarta unidade de saúde, a N2, apontada como destaque no cuidado entre aqueles que buscam atendimento.

O Quadro dois traça um breve perfil das unidades de saúde que se constituíram como universo da pesquisa de campo e condensa, em linhas gerais, as principais ações, programas e serviços ofertados; formas de acesso; o público predominante atendido; as demandas e as requisições de saúde de maior incidência da população referenciada.

Quadro 2 - Caracterização das UBS's delimitadas como universo da pesquisa de campo

CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE PARTICIPANTES						
REGIÃO	UBS	PROFISSIONAIS	SERVIÇOS E PROGRAMAS	ACESSO	DEMANDAS MAIS RECORRENTE	PÚBLICO PREDOMINANTE
NORTE	N1	ACS; aux. administrativo; aux. serv. gerais; clínica geral; pediatria; educador físico; enfermagem; nutrição; odontologia/saúde bucal; psicologia.	Atendimento em consulta em clínica geral; pediatria; puericultura; pré-natal; grupos de atividade física; PSE/saúde bucal; coleta de exame preventivo; grupo diabético; campanhas preventivas; realização de exames.	Busca espontânea; agendamento; busca ativa;	Assistência farmacêutica; atendimento médico/consulta; atendimento odontológico; saúde da mulher;	Idosos gestantes; mulheres
LESTE	L2	ACS; aux. administrativo; aux. serv. gerais; clínica geral; pediatria; enfermagem.	Procedimentos gerais da APS; teste rápido de gravidez; coletas de exame de sangue; vacinas; preventivos; consulta clínica médica; pediatria; visita domiciliar; assistência odontológica; grupos de ginástica; puericultura, grupo de gestante, PSE.	Busca espontânea	Assistência farmacêutica; atendimento médico; exame preventivo.	Pacientes crônicos (hipertensos e diabéticos) gestantes; mulheres em idade fértil.
NORTE	N2	ACS; área da enfermagem (auxiliar, técnico e enfermeiro); farmacêutica; área médica (clínica geral, pediatria); odontologia; administrativo; fisioterapia; educação física; nutricionista; psicologia (residência).	-	Busca espontânea		
LESTE	L3	ACS; área administrativa; clínica geral, pediatria e ginecologia; enfermagem; odontologia, serviços gerais, Equipe NASF (nutricionista, farmacêutico, fisioterapia, psicologia e educador físico).	Puericultura; pré-natal; programa de tuberculose; hanseníase; teste rápido; imunização.	Busca espontânea; agendamento; busca ativa	Atendimento médico; assistência farmacêutica; acompanhamento pré-natal.	Gestantes

Fonte: elaborado pela autora a partir dos dados levantados em entrevista, questionário próprio e CNES, 2022.

Delimitado o universo de pesquisa, realizamos uma aproximação com a coordenação das unidades de saúde selecionadas e com alguns profissionais de saúde que atuam na assistência direta para a apresentação da proposta do estudo. O processo para a escolha desses profissionais se deu com a aceitação do convite daqueles que expressaram atender ou já ter atendido pessoas que compartilharam das identidades de gênero trans-travestis, sendo este o único critério estipulado para a definição dos profissionais de saúde participantes.

As entrevistas com os profissionais de saúde foram direcionadas por um roteiro composto por 13 perguntas, formuladas com o intuito de possibilitar o entendimento da compreensão desses sujeitos sobre as discussões de gênero e sexualidade, sua proximidade com a temática e de conhecer os aspectos envolvidos/relacionados à operacionalização do cuidado e do atendimento às necessidades de saúde das pessoas trans-travestis no respectivo serviço.

Foram entrevistados cinco profissionais de saúde, sendo quatro da área de enfermagem e um da área médica. O quadro abaixo traça um breve perfil dos/as profissionais entrevistados/as.

Quadro 3 - Perfil dos/as Profissionais de Saúde Entrevistados/as

PERFIL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ENTREVISTADOS/AS					
NOME	FORMAÇÃO	ANO DE FORMAÇÃO	ÁREA DE ATUAÇÃO	TEMPO DE ATUAÇÃO NA APS	TEMPO DE ATUAÇÃO NA UBS
P1	Pós-graduação	2004	Enfermagem	11 anos	3 anos
P2	Pós-graduação	2006	Enfermagem	12 anos	2 anos
P3	Nível técnico	1994	Enfermagem	27 anos	25 anos
P4	Pós-graduação	2003	Enfermagem	18 anos	10 meses
P5	Pós-graduação	2015	Medicina	7 anos	---

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Conforme podemos observar, são profissionais que se formaram em diferentes espaços temporais e, considerando o tempo de formação, denotam uma atuação predominante na atenção primária, possuindo, assim, uma bagagem densa em sua área de atuação.

Diferentemente das ferramentas empregadas para a delimitação do universo da pesquisa de campo e definição dos sujeitos profissionais de saúde, o processo para a seleção dos sujeitos trans-travestis se deu a partir da técnica “bola de neve”, na qual um sujeito considerado *informante-chave*, com quem a pesquisadora possui

acesso, indicou outras pessoas para participarem do estudo, que indicaram outras, e assim sucessivamente. Segundo Vinuto (2014, p. 203), tal tipo de amostragem é uma forma não probabilística, que utiliza cadeias de referência.

Estabelecemos contato com dez sujeitos reconhecidos socialmente a partir das categorias identitárias da transexualidade e travestilidade, recebendo retorno de seis. Destes, cinco responderam positivamente ao convite para participar da entrevista. Trata-se de pessoas com faixa etária entre 20 e 35 anos, de diferentes naturalidades e regiões do município, e com ocupações distintas, que se reconhecem e se identificam a partir das categorias identitárias travesti, mulher trans e homem trans. São sujeitos com trajetórias singulares, que, por vezes, se entrecruzam em determinados aspectos em razão da vivência e transgressão das normas e da identidade de gênero reivindicada.

A entrevista com os sujeitos trans-travestis foi subsidiada por um roteiro estruturado por quatro grandes tópicos, desdobrando-se em questões pensadas com o intuito de compreendê-los em sua integralidade, trazendo à cena elementos de suas vivências, relações sociais, familiares, do cuidado e da relação com os serviços de saúde e com a atenção primária (roteiro anexo).

Tanto as entrevistas realizadas com os profissionais de saúde quanto com as pessoas trans-travestis foram gravadas e transcritas em documento próprio, preservando as informações, os sentidos e as expressões essenciais das falas de cada um. Após esse percurso, os registros foram submetidos ao processo de análise propriamente dito.

A tratativa dos dados foi realizada sob a perspectiva metodológica da análise temática, na qual, respeitando o delineamento do grupo dos sujeitos entrevistados, as falas foram organizadas em unidades de registro e codificadas conforme o conteúdo que expressavam. Posteriormente, foi realizado o processo de categorização do qual emergiram núcleos temáticos distintos para cada grupo de sujeitos.

Do lado dos profissionais de saúde, foram destacados como núcleos temáticos aqueles cujo conteúdo expressaram: as concepções e entendimentos dos profissionais de saúde sobre as discussões de gênero, sexualidade e diversidades; os elementos que permeiam o cuidado em saúde às pessoas trans-travestis na APS em suas perspectivas; as necessidades de saúde identificadas; as dificuldades e limitações enfrentadas por esses sujeitos no atendimento; e suas percepções sobre o cuidado na atenção primária às pessoas trans-travestis.

Do processo de análise das entrevistas das pessoas trans-travestis, conformaram-se os seguintes núcleos temáticos: conteúdos que remem à compreensão de saúde, aos fatores que influenciam na situação de saúde e as necessidades de saúde das pessoas trans-travestis; a relação das pessoas trans-travestis com os serviços de saúde e a atenção primária e os elementos que permeiam o cuidado em saúde na dimensão profissional; as limitações e dificuldades vivenciadas nestas; e, por fim, as percepções das pessoas trans-travestis sobre o cuidado em saúde ofertado na atenção primária.

A relação entre os respectivos conteúdos expressos nos eixos subscritos foi realizada de forma pontual em alguns momentos durante a análise, sendo tratada de forma mais contundente na parte final deste estudo.

O trabalho encontra-se organizado em quatro capítulos precedidos das considerações finais. Sua estrutura foi pensada de forma a situar os principais aspectos, conceitos e concepções a respeito dos elementos que atravessam o debate proposto a partir do horizonte histórico que lhes é próprio.

No primeiro capítulo, sob a luz da perspectiva da interseccionalidade, que compreende as relações sociais a partir dos marcadores de classe, raça, etnia, gênero e sexualidade, situamos as representações tecidas historicamente sobre o corpo, gênero e sexualidade e como estas se articulam na dinâmica social, a partir dos marcadores de gênero, classe, raça/etnia e sexualidade, nas relações de poder, produzindo um controle ativo sobre determinados corpos e modos de vida. Introduzimos, ainda, os conceitos necessários para a compreensão da problemática das identidades de gênero, da transexualidade e travestilidade, entendendo-as como categorias identitárias próprias, que diz sobre as possibilidades e rearticulação do corpo, do sexo e do gênero para além da dicotomia binária.

No segundo capítulo, realizamos a discussão do cuidado em saúde e a organização da atenção à saúde no Brasil, com destaque para a esfera da atenção primária. Nesta, situamos os modelos teóricos elaborados para a compreensão do processo saúde-doença e os modelos técnico-assistenciais que têm orientado o modo de produzir saúde no país, bem como a necessidade de sua mudança, orientada por uma APS fortalecida e ampliada.

No terceiro capítulo, estreitando ainda mais o fio condutor que perpassa a proposta deste estudo, tratamos da organização da atenção e do cuidado em saúde no que tange à população trans-travestis, que se insere no campo das discussões dos

direitos da população LGBT+, buscando olhar para os elementos que atravessam a construção desse cuidado.

No quarto capítulo, apresentamos os resultados da pesquisa de campo, que revela dados sobre o cuidado em saúde na APS às pessoas trans-travestis, na perspectiva daqueles que atuam na assistência direta na atenção primária, e das próprias pessoas trans-travestis, potenciais usuários dos serviços de saúde.

A partir do caminho percorrido, tecemos uma aproximação com o campo do cuidado em saúde à população trans-travesti na APS, conhecendo e identificando como tem se dado o atendimento a esta população, as necessidades de saúde e as demandas mais recorrentes apresentadas, as dificuldades e as barreiras encontradas para o acesso à política de saúde na atenção primária, bem como os desafios encontrados tanto pelos profissionais de saúde como pelos sujeitos trans-travestis no atendimento das demandas destes últimos.

Acreditamos que o trabalho que se apresenta tem a potencialidade de contribuir para a compreensão e reflexão dos processos de trabalhos desenvolvidos na atenção primária, com a produção de conhecimento que integra os sujeitos das diversidades de gênero no âmbito das políticas públicas de saúde, com o exercício profissional daqueles que atuam cotidianamente na política de saúde.

## **CAPÍTULO 1 – CORPOS, GÊNEROS E SOCIABILIDADES DISSIDENTES: TRANSEXUALIDADE E TRAVESTILIDADES EM CENA**

Este capítulo irá discutir, em linhas gerais, como foi sendo construída as abordagens sobre a sexualidade e sua intersecção com as interpretações construídas historicamente sobre a relação entre corpo, identidade de gênero e sexualidade e como isso será um fator preponderante na organização das relações sociais no sistema capitalista, patriarcal, racista e heteronormativo. Para tanto, iniciamos nosso debate situando, a partir da perspectiva da interseccionalidade, os marcadores sociais da diferença que se articulam nessa sociabilidade e que conferem relações desiguais.

### **1.1 OS MARCADORES DE CLASSE, RAÇA, ETNIA, GÊNERO E SEXUALIDADE NA PERSPECTIVA DA INTERSECCIONALIDADE**

O modo de viver, adoecer e morrer de determinadas populações tem sido atravessado por marcadores de classe, raça, etnia, gênero e sexualidade como dimensões interdependentes e estruturantes das relações sociais. A articulação dessas dimensões tem sido abordada, entre outras, pela concepção de interseccionalidade.

Cunhada na década de 1990 pela jurista negra norte-americana Kimberlé Crenshaw (2002) como um conceito que permite a análise das relações articuladas pelas dimensões de gênero e raça, a perspectiva da interseccionalidade evidencia a articulação das relações sociais de gênero às dimensões classe e raça como relações que se entrelaçam e produzem, na dinâmica social, processos distintos de diferenciação que potencializam a produção e reprodução de desigualdades. Sob esse ponto de vista, a partir da condição de raça, classe, gênero, religião e sexualidade, determinados grupos têm sua vulnerabilidade ampliada (HIRATA, 2014).

Com base nas experiências sociais de grupo de mulheres marginalizadas racial e etnicamente, Crenshaw (2002) evidencia como as vulnerabilidades produzidas pela intersecção destas relações sociais têm potencializado processos de subordinação e discriminação. A autora define interseccionalidade como um meio de:

capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas

discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras (CRENSHAW, 2002, p.177).

Antes mesmo da interseccionalidade se apresentar como um conceito, a articulação das relações sociais de gênero às dimensões de classe e raça já se configurava como uma questão à corrente do feminismo negro, sendo problematizadas por ativistas e intelectuais do movimento desde a década de 1970. Nesse processo, os marcadores de raça/etnia e classe ganham foco e configuram-se como objeto de discussão de parte dos movimentos feministas ao evidenciarem que as desigualdades atreladas às diferenças sociais atingem as mulheres de formas distintas, desconstruindo, assim, a alusão à figura de um feminino universal, que se reconhece na esfera econômica, mas que se diferencia a partir das relações estruturadas por esses eixos (HIRATA, 2014; BERTH, 2019). Esse feminino universal se detinha principalmente à realidade das mulheres brancas e era influenciado por grande parte da história ocidental europeia, que nos condiciona a ver as diferenças humanas de maneira simplista e de simples oposição (LORDE, 2009).

A origem do conceito de interseccionalidade esteve atrelada sobretudo à necessidade de criação de um campo teórico que desse conta das particularidades e contradições que envolvem o ser mulher negra numa sociedade capitalista, patriarcal, racista e heteronormativa. Posteriormente, o conceito é adotado pelas teóricas e feministas do movimento negro de forma massiva, começando também a ser apropriado por outros campos de conhecimento e grupos de ativistas que procuravam – e procuram - desvendar outras formas de dominação e discriminação.

Audre Lorde (2019, p.243), escritora norte americana, feminista, negra, lésbica, cuja vivência foi atravessada pela articulação dos elementos que estruturam as relações sociais nessa sociabilidade, chama a atenção para as formas como se operam tais relações no campo concreto, a partir dos marcadores de classe, gênero, raça e sexualidade. Ao evidenciar que “a opressão e a intolerância com o diferente existem em diversas formas, tamanhos, cores e sexualidades” e que tal expressão se sustenta na crença da superioridade de um sobre o outro. A autora explana que, apesar de se darem de modos distintos, coexistem e compartilham da mesma base. Conforme aponta:

Eu aprendi que sexismo (a crença na superioridade inerente de um sexo sobre todos os outros e, assim, seu direito de dominar) e heterossexismo (a crença na superioridade inerente de uma forma de amar sobre todas as

outras e, assim, seu direito de dominar) vêm, os dois, do mesmo lugar que o racismo – a crença na superioridade inerente de uma raça sobre todas as outras e, assim, seu direito de dominar, (LORDE, 2019, p. 243 apud 1983).

Ainda em seu texto-depoimento, ao situar os elementos que estruturam as relações sociais, Lorde (2019) evidencia a relação entre as opressões destinada a determinados grupos a partir da articulação dos marcadores sociais da diferença e as possíveis intersecções entre eles.

Entre as mulheres lésbicas, eu sou negra; e entre as pessoas negras, eu sou lésbica. Qualquer ataque contra as pessoas negras é um problema para lésbicas e gays, porque eu e milhares de outras mulheres negras somos parte da comunidade lésbica. Qualquer ataque contra lésbicas e gays é um problema para pessoas negras, porque milhares de lésbicas e homens gays são negros. Não existe hierarquia de opressão (idem).

A autora postula que a luta pela liberdade e pelo direito de existir deve se dar de forma coletiva, uma vez que não há hierarquias de opressão, o que requer, no campo político, a superação das fronteiras traçadas pelos marcadores sociais, entre os grupos, em função da diferença que particulariza as identidades.

Os ataques cada vez mais frequentes a lésbicas e homens gays são só o estopim para ataques cada vez mais frequentes a todas as pessoas negras, pois onde quer que formas de opressão se manifestem neste país, pessoas negras são vítimas em potencial. E encorajar membros de grupos oprimidos a se lançarem uns contra os outros é um procedimento-padrão da direita cínica. Enquanto estivermos divididos por causa de nossas identidades particulares, não temos como estar juntos em ações políticas efetivas (LORDE, 2019, p. 244, apud 1983)

Hooks (2015) traz o debate sobre a questão da raça, gênero e classe no que tange às questões da negritude e afirma que, devido a toda uma construção social, os sujeitos que sofrem violência racial não conseguem compreender e nem refletir acerca dessas violências, uma vez que são naturalizadas e perpetuadas nas políticas sexuais, concepção esta que não somente diz respeito aos negros, mas também à população LGBTQ+.

Duarte, Oliveira e Ignácio (2020) também propõem um modo interseccional de pensar as identidades relacionais, construídas nas dimensões de raça, gênero e sexualidade, que escapam do enquadramento de uma “sociedade cisheterossexista branca”. Na intersecção dessas dimensões, os autores evidenciam o aprofundamento da precarização de vidas já precarizadas, as quais, à medida que não correspondem aos padrões sociais, se encontram mais suscetíveis à discriminação, ao preconceito e à violência.

Entendemos que o conceito de interseccionalidade nos auxilia a compreender as particularidades e vulnerabilidades que atravessam os sujeitos da travestilidade e transexualidade e que se produzem de formas distintas. Nesta pesquisa, podemos destacar a intersecção entre gênero, raça, classe e sexualidade como elementos que se sobressaem no processo de reconhecimento dos sujeitos sobre a diferença de definições e redefinições das identidades, nas vivências e experiências sociais dos sujeitos trans-travestis e, dentro dessas, as possíveis intersecções, que se operam na relação corpo e gênero.

## 1.2 CORPO, SEXO, GÊNERO E SEXUALIDADE NAS RELAÇÕES SOCIAIS

Santos (2016) afirma que, desde a antiguidade, as representações sociais sobre o corpo e o sexo estruturaram parte das relações sociais. Em seu estudo, a autora faz uma breve descrição sobre como o conhecimento construído sobre esses elementos voltaram-se aos interesses de determinadas instituições, grupos e classes sociais. Costa (1996) comenta que

O sexo da divisão bipolar é simplesmente o que vai justificar e impor diferenças morais aos comportamentos femininos e masculinos, de acordo com as exigências da sociedade burguesa, capitalista, individualista, nacionalista, imperialista e colonialista implantada nos países europeus. A reinterpretação dos corpos humanos conforme o mito da bi-sexualidades original foi, antes de tudo, uma solução exigida pelos problemas político-ideológicos postos pela revolução burguesa (COSTA, 1996, p. 75).

Com a consolidação da burguesia e do desenvolvimento da ciência, diversas áreas do conhecimento adotaram o corpo como objeto de estudo (LIMA, 2016). A inauguração de uma ciência própria do sexo no século XIX contribuiu para a compreensão do corpo como um campo de saber que enunciava uma verdade definitiva acerca do sexo. De acordo com Weeks (2010), baseada nas ‘verdades’ anunciadas pelo corpo, a sexologia contribuiu para determinar a maneira como as pessoas se relacionam socialmente e sexualmente, bem como seus papéis desempenhados na sociedade, categorizando as práticas e as características sexuais entre normais e anormais.

Criticando a visão essencialista constituída a respeito da sexualidade, do corpo e do sexo, Foucault (2010), em “A História da Sexualidade: a vontade de saber”, aponta que as compreensões tecidas sobre essas dimensões ignoraram o fato de que

a sexualidade, na verdade, se constituiu enquanto um dispositivo histórico, um aparato de regulação engendrado no plano discursivo, colocado em movimento em um determinado momento da história em que as ciências e as forças políticas e morais voltaram-se para o sexo a fim de definir as normas de conduta, as regras, seu espaço e as relações permissivas a ele.

Na presunção de que o corpo e o sexo revelam uma verdade essencial, os discursos constituídos neste campo contribuíram para o processo de definição e construção de identidades sociais. A partir de uma ideia fixa e imutável e do alinhamento entre as dimensões do corpo, do sexo e de gênero, buscou-se estabelecer uma identidade verdadeira e legítima dos sujeitos por meio da sexualidade, negando sua ambiguidade ou inconstância.

Nessa perspectiva, a constituição das identidades das pessoas relacionava-se com as características físicas e biológicas e ao que se considerava normal em um padrão pré-definido de características femininas e masculinas (WEEKS, 2010). Dessa forma, presumia-se que tal corpo se remetia a tal sexo, que por si só já enunciava um determinado gênero. É nesse sentido que se compreende que os corpos sexuados são generificados, pois antes mesmo de nascer já lhes é conferido uma identidade, e aqueles que não se adequam à 'lógica', automaticamente, possuem um desvio, um transtorno, uma doença (LOURO, 2010; BENTO, 2006).

Contrapondo a interpretação naturalista e essencialista sobre a sexualidade, Louro (2010), argumenta que a sexualidade se constitui na dimensão social e política, envolvendo processos culturais e plurais que articulam “rituais, linguagens, fantasias, representações, símbolos, convenções”. O corpo, situa a autora, ganha sentido socialmente e carrega consigo marcas da cultura atribuídas no processo de socialização. Constituídas nesse processo, as identidades sociais, de gênero e sexuais são circunscritas nas e pelas relações sociais, sobretudo em suas dimensões de poder (LOURO, 2010, p. 11).

As formulações teóricas elaboradas pelo movimento feminista na década de 1970 contribuíram para o reconhecimento da dimensão social do gênero e seu posterior deslocamento do campo biológico. As categorias sexo e gênero têm sido mobilizadas como constructos relacionados a dimensões distintas, nas quais o primeiro sinaliza a diferença biológica e o segundo, as representações sociais construídas sobre essa diferença biológica/corpo, conformando, assim, atributos e valores relativos à identidade feminina e masculina (ALOS, 2011).

Ao demonstrar que as desigualdades de gênero têm uma base material, constituída como produto de um sistema que estrutura as relações sociais a partir da diferença sexual em favor do padrão de reprodução das relações sociais de dominação dos homens sobre as mulheres, as teóricas feministas contribuíram para a construção de uma nova abordagem que compreendesse o corpo para além da condição biológica, conferindo-lhe uma dimensão social, um espaço de manifestação da cultura (LOURO, 2010).

Apesar da abordagem possibilitar uma compreensão ampliada das relações sociais, ela tem sido problematizada por alguns autores. Pois é a partir das representações tecidas sobre o corpo e o sexo que as identidades são construídas, uma compreensão essencialista. Contudo, as identidades são construídas a partir das representações construídas sobre corpo e sexo (ALOS, 2011). Ao limitar o social à dimensão biológica, essa análise retoma a compreensão essencialista que a mesma outrora problematizou.

A constituição de identidades que não tomem o sexo como referência é inviabilizada, e os corpos que reivindicam outras expressões de gênero - que não a predisposta pelas representações tecidas sobre o sexo biológico ou, ainda, que atuem com comportamentos e personalidade que não estão circunscritos nos padrões do feminino-masculino - são compreendidos como um problema (ALOS, 2011).

Em “Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do sexo”, Butler (2010) articula os conceitos de materialidade e performatividade, produzidos a partir do campo discursivo, para pensar o processo de constituição das identidades engendradas na diferença sexual. Compartilhando das premissas dos estudos de Foucault, a autora compreende que os discursos constituídos sobre o sexo - produzidos sob uma norma cultural - regulam, produzem, controlam e demarcam os lugares dos corpos de uma determinada matriz.

Assim, além de uma estrutura biológica, o sexo, enquanto categoria discursiva, é “parte de um ideal regulatório cuja materialização é imposta: esta materialização ocorre (ou deixa de ocorrer) através de certas práticas altamente reguladas” (BUTLER, 2010, p. 153).

A partir desses discursos, o corpo expressa uma materialidade constitutiva dos efeitos do poder, engendrados pelos discursos acerca dele a partir do sexo, em uma dinâmica de constante produção e reprodução. O corpo, dessa forma, adquire visibilidade à medida que sua materialidade se expressa de forma inteligível, dentro

de uma produção cultural, sob as premissas da matriz cisheterossexual (BUTLER, 2010).

Não podemos esquecer que essa matriz se constitui como um dos pilares do modo de produção capitalista ao consolidar os valores da burguesia, que institui e define o modelo de família patriarcal, a família nuclear e o papel da mulher como reprodutora, “que sustenta e alimenta a reprodução do capital”. Nessa lógica, “os corpos, na sua dimensão anatofisiológica e na sua dimensão social, passaram a constituir dispositivos complexos onde o controle e a disciplinarização foram a força motriz” (LIMA, 2014, p. 29).

Compreendendo o gênero como uma categoria problemática para analisar as relações sociais, Butler (2010) constrói sua argumentação denotando que, para além de um aparato biológico, as representações discursivas do sexo o reiteram como um aparato regulatório e definidor de normas, constituindo também uma dimensão social. A autora argumenta que pensar o sexo como a base sobre a qual o gênero se constitui socialmente - vinculado ao aparato biológico do sexo/diferença sexual - revela uma visão essencialista no pensamento construtivista, como se constituísse sobre a premissa do biológico.

Contra-pondo-se às formulações elaboradas sobre um fundacionalismo biológico, “gênero” se vincula ao sexo à medida que ambos são conformados, regulados e constituídos por práticas discursivas e que se alteram no tempo, cultura e espaço. Nesta leitura, corpos e sujeitos são constituídos e constituintes no e pelo plano discursivo regulado sobre o sexo. O corpo, aqui, adquire materialidade à medida que performativa o gênero e reitera as normas discursivas em favor da cisheteronormatividade.

Nessa direção, os discursos sobre o sexo são constituídos no plano social e simbólico, conferindo materialidade ao corpo e uma performance de gênero. Ambas as dimensões estão diretamente interligadas, mais do que isso: o gênero reitera as práticas discursivas e regulatórias engendradas sobre o sexo, assimiladas pelos corpos e produzidos pelos sujeitos, como um mecanismo que confere a materialidade aceitável dentro do espectro de inteligibilidade. A partir do que Butler (2010) denomina de “performatividade de gênero”, sujeitos se inserem e transitam nos espaços públicos, constituem relações, articulam dimensões de poder, se reconhecem na coletividade e engendram espaços de acolhimento/pertencimento.

Por outro lado, aqueles que desestabilizam as normas de gênero e da heteronormatividade e que escapam do poder regulatório discursivo do sexo-gênero se defrontam com um não lugar, tendo a materialidade de seus corpos questionada, inviabilizada e negada, o que Butler denomina de vidas abjetas, aquelas que situam as “zonas invisíveis, inabitáveis da vida social” (BUTLER, 2002, p.20).

O conceito de abjeção ganha, então, espaço nas proposições de Butler (2002) ao se ater às vulnerabilidades que atingem determinados corpos em função da articulação entre corpo, sexo e gênero como efeito das inconstâncias destes, cuja performatividade deixa de expressar aquilo que lhe é aceitável e inteligível. O termo abjeção diz respeito à ideia de corpos “descartáveis”, que não teriam uma “existência legítima”, invisibilizados pelo sistema político e normativo. As tipologias, de acordo com a autora, é o modo pelo qual a abjeção é imposta, considerando o lugar da tipologia inserida na patologização psiquiátrica. Ademais, se pode esclarecer que a abjeção diz respeito não somente à ideia de sexo ou heteronormatividade, mas a todos os corpos, cujas vidas consideradas desimportantes, seriam desprovidos de uma reivindicação ontológica. Quando o corpo sai fora dos padrões, a abjeção entra como um jeito de expurgar o medo da morte, da deficiência e da não conformidade - já estabelecida e atuante quando nos diz como devemos ser (BUTLER, 2002).

Dentre os sujeitos que transgridem os limites dados pelo sexo-gênero, performatizando um gênero tido como inteligível e, com este, sofrendo os assujeitamentos de uma sociedade que se organiza dentro da racionalidade que afirma a cisgeneridade como o ‘normal’, situam-se as pessoas travestis e transexuais.

A sigla LGBTQIA+<sup>4</sup> (referência à Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Queer, Intersexual, Assexual e demais identidades sexuais e de gêneros que não se conformam ao modelo normativo) se situa no terreno das diversidades das sexualidades e de gêneros, o constantemente confundidas e embaralhadas. Essa confusão é evidenciada quando nos deparamos com as representações tecidas sobre as pessoas transexuais, travestis e transgêneros que, por não serem inteligíveis, são,

---

<sup>4</sup> Até o término desta pesquisa, esta é a sigla representativa das diversidades das identidades de gênero e sexualidades. “O fato dessas letras estarem crescendo e sempre se modificando é uma forma de mostrar como esse não é um debate finalizado. Ele está em aberto e vai continuar a mudar. As letras fazem o papel de mostrar que as questões existem e são visíveis para que as pessoas possam compreender” (Lucas Bulgarelli, antropólogo, doutorando pela USP, coordenador do Núcleo de Pesquisa em Gênero e Sexualidade da Comissão de Diversidade Sexual da OAB-SP e Diretor do Instituto Matizes – Pesquisa e Educação para Equidade, citado em <https://glamour.globo.com/lifestyle/noticia/2021/06/lgbtqiap-qual-o-significado-de-cada-letra-da-sigla.ghtml>. Em 04/12/22.

muitas vezes, confundidas como sujeitos da homossexualidade (ZAMBRANO, 2011). Soma-se, ainda, o fato que, até ser nominada como uma categoria identitária própria, a transexualidade e a travestilidade foi percebida como parte da homossexualidade, situada no terreno da diversidade sexual (BENTO, 2008).

Visando traçar as diferenças que distinguem as identidades sexuais das identidades de gênero, Marinho (2018, p. 203) situa que a primeira se relaciona à orientação sexual dos seres humanos e diz respeito "às maneiras como as pessoas vivem sua sexualidade", a quem as pessoas direcionam seu afeto e desejo sexual. Estes podem se desenvolver

por pessoas do mesmo gênero (homossexual), do gênero diferente com o qual se identifica (heterossexual), por ambos os gêneros (bissexual), por nenhum dos gêneros (assexual) e por todas as expressões de gênero (pansexual)". Assim conformam-se o campo das diversidades sexuais as identidades de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Pansexuais, assexuais entre outras que não se reconhecem dentro da heterossexualidade (MARINHO, 2018, p. 603).

Diferenciando-se do processo da construção das identidades sexuais, as identidades de gênero "se referem à maneira como os sujeitos se percebem e se identificam no interior dos pertencimentos de gênero" (MARINHO, 2018, p. 603). É neste campo que se localizam as pessoas travestis, transexuais e transgêneros, compondo o rol das diversidades de gênero à medida que suas existências extrapolam as identidades de gêneros conferidas no nascimento, não se conformando às categorias binárias e normativas assignadas pelo sexo. Apesar de interligadas, a orientação sexual é um processo distinto da identidade de gênero, isto é, a maneira como alguém se reconhece dentro de uma identidade de gênero não implica ou pressupõe a quem ela destina o seu afeto/desejo. Assim, pessoas travestis e transexuais podem tanto pertencer à identidade homossexual como também pode se afirmar em uma heterossexualidade (LOURO, 1997; JESUS, 2012; MARINHO, 2018).

Na discussão sobre o debate da diversidade de gênero, verifica-se o uso de diversos conceitos cujas definições são carregadas de sentidos e significados que trazem consigo perspectivas e posicionamentos ideo-políticos. Travestis, transexuais, transgênero, *transvestigênere*<sup>5</sup>, gênero não binário, *queer*, dissidentes de gênero,

---

<sup>5</sup> Termo emergente do ativismo transfeminista, cunhado pela vereadora Erika Hilton e ativista Indianarie Siqueira, para abarcar a diversidade das identidades, que fogem do sistema sexo-gênero, e designar as pessoas "que se entendem para além de vestes, roupas ou órgãos genitais" [...] que fogem do CISTema" (CORREIA, 2022) como forma de superar os conceitos forjados sobre as identidades que borram e escapam às normativas de gênero, e de criticar as fronteiras identitárias delimitadas pelo

transviados são algumas das categorias, conceitos e termos utilizados no campo das ciências humanas e sociais, nas esferas políticas e coletivas, para compor e engendrar as discussões das identidades de gêneros.

A emergência de conceitos para definição das experiências diversas de gêneros é um fenômeno resultante da articulação das instituições reguladoras, dos saberes médicos e da mobilização dos sujeitos no cenário público e político brasileiro na busca pelo reconhecimento, além dos avanços dos estudos de gênero e sexualidade, ambos demarcados após a segunda metade do século XX (MARINHO, 2018).

As categorias emergem na necessidade de classificar, nomear e catalogar as vivências daqueles que escapam da matriz cultural da cisnormatividade/inteligibilidade de gênero, do que é definido como uma ‘mulher de verdade’, “segundo o discurso essencializador/biologicista dessa matriz de gênero” (MARINHO, 2018; BENTO, 2006).

A categoria transexual, segundo Bento (2006, p. 22), aparece na década de 1980 como uma conquista do avanço da ciência ao conseguir desvendar as origens da “doença” daqueles que não se conformam e não se adequam ao gênero imposto. A autora questiona a institucionalização da transexualidade interpretando-a como uma posição identitária, fixa e única, para quem a ciência passa a desenvolver tecnologias e instrumentos para ‘corrigir’ e ‘tratar’ essa doença. Nesse processo, a ciência construiu algo do que seria aceito como ‘transexual verdadeiro’, elencando critérios para que estes assim fossem considerados e tratados. Já àqueles que não se reconheciam ou eram reconhecidos dentro do padrão construído sobre o que era ser transexual, ao darem respostas divergentes ao esperado pelos documentos médicos, era negado o acesso ao tratamento. Em ambos os casos, os sujeitos que transgrediram as fronteiras das relações sexuais e de gêneros impostas ocupam, na história da sociedade moderna, da sexualidade e dos discursos médicos, a posição e condição de doentes, transtornados.

Ainda de acordo com Bento (2006), o aparato do dispositivo da transexualidade dispõe de dois tipos de discursos: o da psicanálise e o da endocrinologia, que lida com a questão dos hormônios. Tais discursos vão em direção à ideia de que uma pessoa transexual odeia sua genitália e, por isso, teria o desejo de uma cirurgia de

---

poder hegemônico sobre as identidades trans que, a depender do ponto de vista conceitual, epistêmico e político, a enquadram como transexuais, travestis e/ou transgênero.

transgenitalização, o que lhe permitiria exercer com êxito sua heterossexualidade. Contudo, falar sobre transexualidade nos aponta para a discussão de identidade de gênero desmembrada da biologia, pois falamos de pessoas que têm suas genitálias e corpos dentro da estrutura da normalidade, mas ainda assim não se reconhecem no corpo. Nesse sentido, a genitália se torna apenas uma parte do corpo. Conseqüentemente, o dispositivo da transexualidade como produtor de uma lógica única para se vivenciá-la não encontra respaldo, pois não há uma única explicação para o ser.

Longe de reificar práticas de categorização, tão presentes na história da ciência moderna, e na tentativa de nos aproximarmos dos elementos que particularizam e caracterizam as identidades trans (àquelas que subvertem, transgridem e transpõem as normas de gênero), nos guiaremos pela compreensão elaborada por Peres e Toledo (2011), que tem como ponto de partida conceitual definições que se apresentam em permanente construção, considerando, ainda nesse processo, o reconhecimento por parte dos sujeitos que se conformam às respectivas identidades. Para os autores,

- travestis são pessoas que se identificam com as imagens e estilos diferentes do esperado socialmente para seu sexo biológico e que desejam e se apropriam de indumentárias e adereços dessas estéticas, realizando com frequência a transformação de seus corpos por meio da ingestão de hormônios e/ou da aplicação de silicone industrial, assim como pelas cirurgias de correção estética e de implante de próteses, o que lhes permitem se situar dentro de uma condição agradável de bem estar biopsicossocial.
- transexuais são pessoas que não se identificam com seus genitais biológicos (e suas atribuições socioculturais), podendo, às vezes, utilizarem a cirurgia de transgenitalização para construir suas expressões de gêneros em consonância com seu bem-estar biopsicossocial e político, podendo ser FtM (*femme to male* – mulher a homem) ou MtF (*male to femme* – homem a mulher) (PERES e TOLEDO, 2011, p. 265).

Ao contrário das definições médicas, essa forma de compreender os sujeitos das travestilidades e transexualidades demarca sua autonomia no processo de reconhecimento e afirmação de sua identidade, como parte de um processo que busca um bem-estar geral.

Teixeira, Morais e Teixeira (2015, p. 85) conceituam a travestilidade como “a coragem de ser quem se é”. Apoiados no “Guia de Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos”, elaborado por Jaqueline Gomes de Jesus (2012), os autores simplificam a compreensão da identidade travesti ao situar que estas “são as pessoas que vivenciam papéis de gênero feminino, mas não se reconhecem como

homens ou como mulheres, mas como membro de um terceiro gênero ou de um não gênero”.

A construção e a reconstrução de um corpo que se direciona a afirmação de uma identidade de gênero diversa da que é suposta socialmente pelos marcos do masculino e feminino é um dos principais elementos que caracteriza as identidades de gênero das travestis. Ao publicizá-las, elas rompem com os limites do corpo, se apropriam de símbolos do universo feminino e fazem dele um produto que expressa e afirma outra identidade social. Assim, a experiência social da travesti desvela-se na construção/fabricação de “formas e contorno femininos com auxílio da tecnologia da medicina estética nos seus próprios corpos, criam seu próprio gênero, seus próprios valores relacionados ao feminino e ao masculino” (TEIXEIRA, MORAIS e TEIXEIRA, 2015, p. 86).

Essa relação também é evidenciada, em parte, nas experiências identitárias das pessoas transexuais. Tagliamento (2015, p. 65) situa que, ao não ocupar uma posição dentro da matriz inteligível, a maioria das pessoas trans-travestis “é considerada figura monstruosa, e abjeta, [...] a não ser quando serve aos prazeres e as fantasias eróticas de alguns sujeitos, caso contrário, as pessoas trans são marginalidades socialmente, cabendo-lhes a rua, a pista”.

A histórica ausência das pessoas trans-travestis nos espaços públicos, políticos e sociais e sua presença predominante às ruas, na prostituição, revelam o paradoxo que tem constituído as vivências sociais desses sujeitos e a negação de sua condição enquanto tal. Ao transgredir e refutar as normas sociais impostas, ao romper os limites das caixinhas, do alinhamento do gênero à estrutura biológica, essas pessoas têm tido sua existência marginalizada, e patologizada, e sua cidadania, negada. Conforme destaca Tagliamento (2015),

A marginalização vivenciada pelas pessoas trans se dá justamente porque elas não se enquadram no sistema de normas de gênero e de sexualidade vigente em nossa sociedade. Elas escapam da classificação de gênero tradicional, em que o gênero deve corresponder necessariamente ao seu corpo anatomofisiológico. [...] Elas encontram-se, portanto, à margem das identificações possíveis, a partir das normas que regulam e ditam o que é normal e o que não o é, quais identificações são possíveis e quais não são [...] São, portanto, discriminadas e estigmatizadas socialmente por não se enquadrarem nos atributos e, conseqüentemente, nas categorias que a sociedade reconhece como “normais”. Por pertencerem a categorias tidas como diferentes e incomuns, a sociedade procura afastar-se delas e, ainda, tratá-las como perigosas e más. Elas deixam de ser vistas na sua totalidade, ou seja, como pessoas com potencialidades, com capacidade de ação [...]. Esse processo de estigmatização produz atos de violência contra as pessoas trans, levando-as, muitas vezes, à morte. Além disso, produz a exclusão

destas do mercado de trabalho, das escolas e dos serviços de Saúde, fazendo com que tenham seus direitos básicos, enquanto cidadãos, negados (TAGLIAMENTO, 2015, p. 65-66).

A violência cometida contra travestis e transexuais evidencia as tentativas de reiterar as fronteiras de gêneros, de restabelecer a norma instituída, seja na negação do reconhecimento da cidadania, do reconhecimento da identidade, do nome social, na discriminação, seja na violência psicológica, sexual, física e ou simbólica. Assim, pessoas trans-travestis têm sido despejadas, desrespeitadas, constrangidas, humilhadas, violentadas, mortas, esquartejadas e, mesmo após a morte, têm suas vivências e identidades negadas.

Na análise das sociabilidades das identidades trans-travestis na sociedade capitalista, Marinho (2018) situa as bases e as relações sociais sob as quais as identidades de gêneros são constituídas e demarcadas. Sob a lente do materialismo histórico-dialético, a autora resgata as dimensões que estruturam a realidade concreta, desvela os processos de opressão-exploração, que conformam a totalidade das relações sociais que se expressam nas trajetórias das pessoas trans como parte das relações engendradas pelas estruturas de classe e gênero.

Conformadas e socialmente determinadas sob as estruturas das relações de classe, raça e gênero, na dinâmica das relações sociais no modo de produção capitalista, as identidades se orientam por sistemas de subordinação, exploração e opressão, implicando em “relações sociais desumanizadas, alienadas, mercadorizadas, coisificadas”. Trazendo estes elementos para o debate, Marinho (2018, p. 604) evidencia no patriarcado o principal poder regulador por detrás das normativas de gênero. Para a autora, as identidades trans-travestis “estão sob os efeitos nocivos dos preconceitos e discriminações consubstanciados pelas ideologias sexista, patriarcal e pela dominação-exploração capitalista que normatizam a sexualidade e o gênero como uma unidade” (idem). Dessa forma, a violência destinada a elas, a transfobia, tem sua base na estrutura patriarcal.

De acordo com a autora, as bases sob as quais as relações sociais se estruturam na sociabilidade burguesa “agudiza ideologias opressoras de gênero, raça/etnia, classe. O machismo, o sexismo e o sistema patriarcal funcionam como mola propulsora dos binarismos de gênero e da heteronormatividade, base das violências homofóbicas/lgbtfóbicas/transfóbicas” (MARINHO, 2018, p. 607).

Sob essas ideologias, o corpo trans, seja ele assumindo uma gramática corporal masculina ou feminina, por escapar dos padrões de gênero que

incidem também sobre a sexualidade e por afrontarem o patriarcado (o status quo da dominação-exploração masculina) sofre a transfobia. A reflexão advinda daí é que, a travesti e a mulher transexual rompem com as normas de gênero, porém não se limita nisto, elas também afrontam à ordem patriarcal ao rejeitarem o papel da dominação-exploração masculina originalmente a elas reservado (quando ao nascer, assignadas como homem). Por conseguinte, a travesti e a mulher transexual são vítimas do patriarcado, não tanto por subverterem o padrão de gênero, mas por serem agora associadas ao feminino (e desejarem isso), o que na cultura patriarcal é valorado como algo menor, inferior. Sem legitimidade social na ordem patriarcal de gênero para esta vivência, são lidas como aquelas que ferem a honra masculina, já que alguém que nasceu com a genitália masculina tem um falo a zelar e não pode estar associado ao que é inferior (MARINHO, 2018, p. 607).

A partir dos apontamentos realizados, podemos entender que reside nas vivências e corpos trans-travestis uma vulnerabilidade que pode ser ampliada a depender do lugar que essas pessoas ocupam na sociedade, bem como na atual sociabilidade, em que pessoas travestis negras, pobres, periféricas ocupam a base da pirâmide das desigualdades sociais.

## **CAPÍTULO 2 - CUIDADO E ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL**

A análise do cuidado em saúde da população trans-travestis perpassa pela necessidade de deslocarmos o olhar restrito do sujeito orgânico, biológico e individual para a dimensão social, como forma de compreender a materialidade sob a qual os sujeitos se constituem, produzem e reproduzem sua existência, ou são por ela (re)produzidos. Nesse sentido, iniciamos nossa discussão situando a compreensão da determinação social do processo saúde-doença em contraponto à perspectiva biomédica, apresentando, em linhas gerais, os modelos teóricos e assistenciais desenvolvidos ao longo da organização da sociedade. Posteriormente, adentraremos à esfera do cuidado em saúde propriamente dito, na qual abordaremos os elementos que compõem e direcionam a produção do cuidado em saúde e a organização da atenção e do cuidado em saúde no país, detalhando com mais acuidade a esfera da Atenção Primária à Saúde.

### **2.1 MODELOS CONCEITUAIS DE SAÚDE E A DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA**

A revisão de literatura sobre a discussão da dimensão social da saúde e dos modelos conceituais elaborados na tentativa de apreender os fenômenos que perpassam o processo saúde-doença evidenciam formulações justapostas, difusas e fragmentadas sobre os aspectos do adoecimento. As elaborações tecidas sobre a saúde e sua dimensão social revelam-na como um campo de discussões e disputas que influenciam o modo de entender, perceber e intervir neste campo. Ademais, conforme aponta Laurell (1982), a concepção da saúde se atrela à forma como a sociedade se organiza e se estrutura historicamente.

Dentre as concepções de saúde e de doença desenvolvidas ao longo da história, Backers et al (2008), destacam as compreendidas pelas esferas místico-religiosas; as vinculadas pela relação de equilíbrio x desequilíbrio da natureza; aos processos ecológicos do meio ambiente que originou a teoria miasmática; pelo avanço dos estudos da biologia com o desenvolvimento da bacteriologia, relacionando a causa da doença a agentes externos; e pela relação entre estes com o ambiente e o

corpo biológico. Os fatores psíquicos começam a ser relacionados às causas de doenças no século XX, inaugurando, posteriormente, a compreensão do ser humano como um ser biopsicossocial.

Partes destas compreensões engendraram na sociedade a elaboração de modelos explicativos a respeito do processo de adoecimento, preservando algumas relações com o passado e o presente. Dentre estes, os processos de adoecimento têm sido explicados essencialmente pelo modelo mágico-religioso; pelos modelos oriundos do desenvolvimento da racionalidade e da medicina moderna demarcada no início do século XIX com foco na doença e na estrutura biológica do indivíduo; pelo modelo da história natural da doença e pelo modelo histórico-social que emerge da medicina social em meados do século XX (PUTTINI, PEREIRA JUNIOR e OLIVEIRA, 2010; BORGUI, OLIVEIRA E SEVALHO, 2018).

Relacionados às entidades/divindades, à natureza e outros elementos, o modelo mágico-religioso, até a Idade Média, explicou predominantemente os processos de adoecimento e sofrimento humano. Já na atualidade, sua expressão é vinculada a aspectos culturais, religiosos e regionais (BARROS, 2020; BACKERS et al, 2008).

De acordo com Backers et al (2009), a compreensão moderna da doença compartilhada na cultura ocidental é resultante de uma construção teórica fragmentada, fundamentada no pensamento científico da Idade Moderna, que tendia à redução, à objetividade e à fragmentação do conhecimento do corpo em sua perspectiva biológica, assentada na anatomopatologia. Pautado na dualidade cartesiana, que marcou o nascimento da ciência moderna, o desenvolvimento da biologia respaldou as teorias explicativas que compreendiam a saúde como ausência de doença e a doença como um desajuste do corpo humano provocado por um agente patológico. Situando a organização social vigente, Laurell (1982) sinaliza que esse entendimento, na sociedade capitalista, é condicionado pelos interesses e necessidades da classe dominante, ocultando, assim, o caráter social da saúde e da doença à medida que as relaciona à (in)capacidade de trabalhar, criando uma relação direta com a exploração e acumulação capitalista.

O desenvolvimento do modelo biomédico se deu com as descobertas no campo das ciências naturais e no reconhecimento dos fatores presentes no processo de adoecimento a partir da interação entre os agentes patológicos, o corpo humano e o meio ambiente. Vinculados às condições sanitárias, ao processo de urbanização e à

industrialização, esses avanços resultaram na configuração dos modelos explicativos unicausal, bacteriologista, sanitaria e social, consolidado como uma tendência dominante até o final da década de 1960 (PUTTINI, PEREIRA JUNIOR e OLIVEIRA, 2010).

Desenvolvida na segunda metade do século XX, a compreensão dos processos de adoecimento a partir da perspectiva multicausal demarcou um avanço no conceito de saúde ao reconhecer como parte desta a interação dos elementos da dinâmica social. Fundamentada na teoria da história natural da doença, a multicausalidade sinalizou uma mudança paradigmática no âmbito dos modelos explicativos dos processos saúde-doença, refletindo na definição de saúde adotada pela OMS após a segunda guerra.

A saúde saiu do patamar de ausência de doença e passou a ser compreendida como um produto determinado pela interação de múltiplos fatores. Essa perspectiva inaugurou uma compreensão de saúde positiva como um estado no qual, dentro de uma normatividade, possibilitava o desenvolvimento de práticas preventivas como forma de atuar ante ao processo de adoecimento e não só apenas frente a este - quando a patologia já está instalada. No entanto, de acordo com Puttini, Pereira Junior e Oliveira (2010), a visão múltipla à saúde ainda permanece em segundo plano à medida que o modelo da multicausalidade compreende a determinação do fenômeno do processo saúde sob a perspectiva do modelo biomédico, na compreensão e interpretação das patologias como um processo puramente natural. Na mesma direção, Garbois, Sodré, Dalbello-Araújo (2017) apontam que, apesar do avanço, a compreensão do processo de adoecimento por via dos determinantes sociais sustenta o paradigma da racionalidade e da ciência moderna, vinculando elementos da realidade à causa dos processos de adoecimento sem implicar a organiza o social em que são produzidos. De acordo com os autores, essa compreensão foi incorporada pelas principais agências de saúde como forma de orientar as práticas e interven es visando a redu o dos agravos e a melhoria da condi o de saúde da popula o, esvaziada de reflexão crítica sobre a estrutura social.

Interpretado pela perspectiva crítica como uma vertente determinista, esse modo de apreender os processos saúde-doença   refutado na década de 1970, com a emergência da perspectiva histórico-social, trazendo para o debate da compreensão dos processos de adoecimento a interpreta o do processo saúde-doença a partir da estrutura social (GARBOIS, SODRÉ, DALBELLO-ARAÚJO, 2017). Em uma

perspectiva dialética, as condições de saúde são vinculadas ao padrão e à organização societária, aos desgastes provocados pelo modo de produção e reprodução social e à estrutura social de classes. Tem-se, nesse processo, as bases para a emergência da compreensão do processo da saúde doença enquanto processo social, a partir da base social como determinação deste.

A determinação social - enquanto uma categoria analítica que encontra respaldo no materialismo histórico-dialético - compreende o processo saúde-doença em uma perspectiva histórica, operada por um conjunto de mediações. Ao fazê-lo, o modelo explicativo da determinação social sinaliza uma ruptura com os modelos anteriores, sustentado em uma relação de causalidade e que, na contramão destes, passa a compreender os fenômenos do processo saúde-doença a partir do contexto histórico, do desenvolvimento das relações sociais de produção, das forças produtivas e das classes sociais como um campo de mediação cuja realidade é operada por movimentos contraditórios, por forças políticas, econômicas e sociais (BORGUI, OLIVEIRA E SEVALHO, 2018).

A dimensão social do processo saúde-doença manifesta-se de diversas formas, evidenciada pelos diferentes perfis patológicos constituídos ao longo da história, cujas mudanças são decorrentes das transformações sociais e das relações estabelecidas em determinados períodos, contexto, espaço/lugar, tempo histórico, “no modo particular de combinar-se o desenvolvimento das forças produtivas e as relações sociais de produção”; pelos indicadores que sistematizam as condições de vida e nos modos específicos de adoecer e morrer dos indivíduos (LAURELL, 1982, p. 9).

Em síntese, com base nas contribuições dos autores supracitados, temos que a variação do perfil patológico, isto é, o processo biológico de desgaste e reprodução que induz a processos de adoecimentos, decorre das articulações estabelecidas dos seres humanos entre a natureza, intimamente vinculadas à organização, estrutura social, relações políticas e econômicas, ao modo de produção e reprodução social, a forma como a sociedade organiza seus processos de trabalho e ao desenvolvimento tecnológico. Todo esse conjunto implica na produção coletiva de modos de vida distintos de um determinado grupo. Assim, tal perspectiva permite compreender como o processo saúde-doença de um grupo se difere de outros, sendo estes construídos por mediações que expressam o modo de viver e adoecer dos indivíduos (LAURELL, 1982).

## 2.2 CUIDADO, NECESSIDADES E O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

*“Que estranho personagem, então, é o cuidado! Ele não é o Ser, mas sem ele não há Ser; ele não é a matéria nem o espírito, mas sem ele a matéria não está para o espírito nem o espírito para a matéria; ele é uma dádiva do tempo, mas o tempo deve a ele sua existência” (AYRES, 2004).*

Compreendido como um dos elementos que possibilita a existência da humanidade que se caracteriza por atitudes de atenção, zelo, afeto e responsabilidades relacionadas a algo ou alguém (PINHEIRO, 2008), o cuidado tem sido analisado sob diferentes perspectivas, enfoques e dimensões que ultrapassam a definição comumente empreendida sobre o mesmo, pressupondo uma relação de ajuda/apoio desenvolvida na interação entre sujeitos, (CONTATORE, MALFITANO, BARROS, 2017).

A ausência de uma reflexão conceitual que melhor apreenda os elementos constitutivos da esfera do cuidado figura uma marca presente na produção dos estudos que se propõem a pensá-lo. Em revisão de literatura, Bustamante e McCallum (2014) pontuam que o cuidado tem adquirido um caráter multifacetado. As análises construídas acerca do cuidado perpassam por compreensões vinculadas às representações sociais; a um recorte vinculado ao objeto de estudo ou área do pesquisador; a uma perspectiva sócio-histórica; materialista; afetiva e pragmática<sup>6</sup>. De uma forma geral, elas reforçam a compreensão da importância do cuidado na preservação da espécie humana, dos laços sociais e da humanidade em geral (BUSTAMANTE E MCCALLUM, 2014; SILVEIRA, 2019; CONTATORE, MALFITANO E BARROS, 2017).

As reflexões tecidas por Ayres (2004) nos auxiliam a compreender um pouco as concepções impressas no conceito de cuidado. Em seus estudos, o autor descreve que a compreensão do cuidado pode ser balizada por quatro grandes sentidos: como

---

<sup>6</sup> Dentre os estudos que apreendem o cuidado em uma perspectiva sócio-histórica, encontramos os realizados pelas teóricas feministas que, a partir das relações histórico-sociais, tomam o cuidado como objeto de análise sob a perspectiva do trabalho. Nessa esteira, é compreendido como um trabalho diferenciado, desqualificado, constituído por atividades subalternizadas, estas que, dada a divisão sexual do trabalho e as relações sociais de gênero historicamente construídas, têm sido imputadas como uma atividade do universo feminino na esfera doméstica. A ética do cuidado tem se debruçado sobre os elementos que configuram o processo de trabalho do cuidado, destacando-o como uma “moralidade que concede importância central à manutenção e preservação dos laços humanos”. A partir das narrativas das experiências vividas pelas trabalhadoras, tais estudos têm problematizado os sentidos e significados atribuídos a dimensão afetiva do cuidado – sinalizando-o como “atividade concreta que mobiliza sentimentos/afetos contraditórios e ambivalentes” (SILVEIRA, 2019).

uma *categoria ontológica*, a partir da filosofia heideggeriana; como um modo de ser-no-humano (*dasein*), que se movimenta e projeta-se na relação com a natureza; como uma *categoria genealógica*, que o entende enquanto dispositivo tecnológico desenvolvido no campo do discurso, que visa o controle e o disciplinamento dos corpos, essenciais para estabelecimento de uma determinada ordem moral; como uma *categoria crítica*, compreendendo-a como expressão de práticas fundamentadas em uma racionalidade e normatividade, expressas na interação entre sujeitos; como *categoria reconstrutiva*, como campo de potencialidade e de criação de novas práticas que mobiliza, para além da racionalidade, novos saberes e tecnologias, comprometidos com os sujeitos e o modo de viver no mundo.

Considerando as diversas formas de abordar o cuidado, situamos que é a partir do sentido crítico e reconstrutivo sinalizado por Ayres (2004), fundamentado pelas relações sociais, que compreendemos, neste trabalho, o cuidado em saúde como objeto e produto desenvolvido no interior dos processos de trabalho em saúde.

No âmbito da saúde, o cuidado se relaciona com ações e práticas que visam a manutenção da vida daqueles que, por algum motivo ou circunstância, se encontrem com a saúde comprometida. Estabelecido nas relações entre profissional/usuário, o cuidar pressupõe atitudes positivas, de respeito, compreensão, acolhimento, escuta e responsabilidade pelo sujeito, seu sofrimento e sua história de vida (PINHEIRO, 2008).

Para Cecílio (2011), a gestão do cuidado em saúde é operacionalizada por distintas esferas e atores que se correlacionam constantemente. São elas: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária<sup>7</sup>. Segundo o autor, as conexões estabelecidas por estas dimensões produzem uma complexa “rede de pontos de contato, atalhos, caminhos colaterais e possibilidades, mais ou menos visíveis e/ou controladas pelos trabalhadores e gestores” (p. 592). Dessa forma, não poderíamos pensar o cuidado em saúde como responsabilidade exclusiva de um campo, setor ou profissional, uma vez que ele se constrói em diferentes dimensões, espaços e sujeitos.

---

<sup>7</sup> De acordo com Cecílio, (2011), a gestão do cuidado da dimensão **profissional** desenvolve-se no encontro entre profissionais/trabalhadores da saúde e usuários; a **organizacional** é aquela que se realiza no interior dos serviços, relacionado a organização do processo de trabalho, definição de fluxos, dispositivos, entre outros; **sistêmica**: refere-se à construção de conexões formais e regulares, compondo redes ou linhas de cuidados; e a **societária** é a dimensão conferida à esfera pública e ao desenvolvimento de políticas sociais em geral.

Considerando a relação estabelecida entre as dimensões, atores e elementos mobilizados pelas necessidades de saúde, sinalizamos que, na produção deste trabalho, ateremos nosso foco à dimensão profissional, entendendo-a como espaço operativo que materializa o contato do usuário com o serviço, política e sistema de saúde, condensando e refletindo as demais dimensões.

A produção do cuidado em saúde guarda uma relação direta com a forma que se organizam os processos de trabalho em saúde e se conforma como produto deste. Em uma abordagem marxista, Gonçalves (1992), ao se debruçar sobre o processo de trabalho em saúde, retoma a concepção da categoria trabalho como o meio pelo qual o ser humano transforma algo através do investimento de energia. Trata-se de um processo de transformação da natureza que não ocorre de forma espontânea, mas que envolve a atividade intencional de um agente visando a satisfação de uma necessidade. Esse movimento confere ao trabalho um caráter teleológico, uma finalidade operada dentro de um complexo causal que busca, por meio do uso de instrumentos e pela força de trabalho, alcançar um objetivo. A capacidade teleológica do ser humano de elaborar e projetar na natureza uma ação orientada a um fim é o que distingue o processo de trabalho humano e o produz enquanto ser social (GONÇALVES, 1992).

O processo de trabalho usual é constituído de componentes permanentes, independente da atividade a que se direciona. Composto pelo emprego da força de trabalho em si - denominado de trabalho vivo -, de matérias-primas, pelo uso de ferramentas e instrumentos (desenvolvidos em um processo anterior – denominado de trabalho morto) e pela capacidade de manipular esses elementos, mobilizando um conjunto de saber, esse processo possibilitará a organização de trabalho (MERHY, 2013).

De acordo com Gonçalves (1992), na divisão sociotécnica do trabalho, os processos de trabalho em saúde são constituídos por objetos e necessidades historicamente determinadas, que se relacionam com a evolução das práticas de saúde, com o modo de entender o processo saúde-doença e a forma como as necessidades de saúde são compreendidas. O autor aponta que no conjunto das transformações sociais que culminaram a configuração da sociedade capitalista, as necessidades de saúde se redimensionaram enquanto uma necessidade social, uma “necessidade necessária” para a permanência da estrutura de produção e reprodução.

O cuidado em saúde tem se desenvolvido historicamente de forma articulada com a organização, produção e reprodução das relações sociais. Essa característica é apontada nos estudos de Gonçalves (1992), que versa sobre as práticas de saúde em diferentes organizações sociais, salientando que, embora constituída e compreendida de formas distintas, essas formas estão vinculadas às representações constituídas no conjunto das relações sociais, variando no tempo e espaço conforme a ordem social.

Demarcando uma nítida divisão entre a esfera coletiva e individual, centrado na doença, no agente patológico e nas alterações morfológicas, o processo de trabalho em saúde, sob essa base material, reorganizou-se:

como forma de controlar a doença em escala social relativamente ampla e efetiva, como forma de recuperar a força de trabalho na mesma escala e finalmente, como forma de ampliar efetivamente os direitos e o consumo das classes subalternas (GONÇALVES, 1992, p. 41).

Sustentado pela racionalidade tecno-científica e medicina moderna, delimita-se, nesse contexto, a emergência do modelo clínico e epidemiológico como formas predominantes de produzir o cuidado - até a atualidade.

Contator, Malfitano e Barros (2017) situam que, ao se organizar em torno dos processos objetivos da doença, o cuidado clínico suprimiu todo e qualquer aspecto subjetivo presente na experiência de adoecimento. O sujeito é, portanto, reduzido à própria doença, e nada que não se relacione aos aspectos orgânicos e biológicos é considerado.

A doença foi objetivada pela disfunção com o desenvolvimento da clínica médica e passou a ser o alvo e o sentido da ação terapêutica. Já o doente foi relegado à posição de portador da doença, [...] as ações de cuidado passaram a ser orientadas pela busca do fator patológico, para um tipo de atenção pautada na ideia de que a cura poderia ser alcançada a partir do restabelecimento daquilo que foi estipulado como normal, em detrimento do processo criativo e existencial (CONTATOR, MALFITANO E BARROS, 2017, p. 555).

Merhy, Feuerwerker e Gomes (2016, p. 41) destacam que restrita às regularidades da doença como manifestações particulares de um fenômeno geral, essa forma de cuidar não considera os demais elementos presentes na produção da vida e dos modos de vivê-la, anulam os saberes “que não tomem o corpo biológico como objeto e os que não se baseiam em conhecimentos ditos científicos sobre o tema”. Ao contrário, esses conhecimentos colaboram para a produção de um cuidado generalista, pautado em procedimentos disciplinadores e normatizadores, esvaziados

de sentido e sem espaço às diferenças e singularidades. Os autores pontuam, também, que a produção de saúde nessa perspectiva corre o risco de anular do sujeito existir à condição de si, dos seus modos de vida, à medida que institui determinados modos de viver como adequados e outros não.

É a partir da interação estabelecida entre aquele que busca um serviço de saúde e o trabalhador de saúde que o processo de trabalho pode se constituir: a partir do e no encontro, em uma relação de intersecção. Trata-se, pois, de um processo atravessado por elementos subjetivos e objetivos, cuja natureza está em constante transformação singular. Diante do alto componente relacional, os resultados dos processos de trabalho em saúde são imprevisíveis, podendo concretizar ou não o alcance do produto final, que é a satisfação da necessidade de saúde (MERHY e FRANCO, 2009).

Neste processo, o trabalhador de saúde agencia constantemente um conjunto de tecnologias que se entrelaçam aos componentes do trabalho morto e do trabalho vivo. São elas as tecnologias duras (instrumentos, ferramentas, máquinas); as tecnologias leve-duras, expressas na articulação de um saber estruturado que permite a manipulação das ferramentas e instrumentos; e as tecnologias leves, correspondentes ao espaço de encontro e à relação entre trabalhador e usuário, estabelecidos no exercício do trabalho vivo em ato (MERHY e FRANCO, 2003).

A forma com que estas tecnologias se articulam imprime um sentido no modo de produzir o cuidado, podendo assumir um aspecto mais dinâmico, criativo, com possibilidade de mudanças - se desenvolvido de forma centrada nas relações com foco nas tecnologias leves -; ou mais rígido, fechado, preso à lógica dos instrumentos e procedimentos, concentrado nas tecnologias duras.

Com esses elementos em cena, Merhy e Franco (2013) sinalizam que o processo de trabalho em saúde se configura como um campo social em que operam distintas forças sociais, interesses, necessidades e finalidades em torno do modo de produzir saúde. Segundo os autores, há, neste campo, uma disputa em torno das tecnologias que determinam o cuidado voltado aos interesses nem sempre comprometidos com a produção de saúde, mas com a produção de valores, movimentados pelo uso das tecnologias duras e leve-duras.

Assim, o campo da produção de saúde, ao mesmo tempo que se revela como um campo de possibilidades, do exercício e da busca por autonomia, criatividade, interação e mudanças, dado o seu caráter pouco estruturado, pode se configurar

também como um campo perverso, normatizador, disciplinador e centralizador, de sujeição e dependência (MERHY, 2003).

Apesar das forças e modelos instituídos, o modo de produzir saúde pode assumir outras configurações dado às suas particularidades, sobretudo pelo aspecto instituinte presente na dimensão do trabalho vivo em ato. Sobre este, Assis et al (2010, p. 15) aponta que o trabalho vivo possui uma capacidade de gestar mudanças nas práticas de cuidado à medida que confere a estas “o atributo da liberdade, a possibilidade de os sujeitos em ato exercerem, no limite, a sua capacidade criativa para a resolução dos problemas de saúde” e construir novos processos de trabalho.

### 2.3 POLÍTICA DE SAÚDE E A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL

Segundo Pereira (2008, p. 96), a política se relaciona à esfera do Estado, se configurando como meio pelo qual este intervém na sociedade. Conforma-se em um espaço de disputa, de conflitos e poder, no qual se refletem as relações contraditórias na sociedade e que busca, por meio do consenso, a mediação de conflitos de interesses, estabelecendo estratégias de ação “guiadas por uma racionalidade coletiva”. Como instrumento, as políticas públicas têm como funções principais a concretização de direitos conquistados e positivados legalmente e a alocação de bens públicos, conforme necessidade e interesse da coletividade. À política social, subgênero da política pública, acrescenta-se a definição de que se constitui como direitos sociais conquistados em determinados momentos pela coletividade.

Nesse sentido, a configuração da saúde como direito social é fruto de um processo histórico e social, legitimado na Constituição Federal de 1988. É a partir da promulgação da Carta Constituinte, influenciada pelas forças presentes nos movimentos sociais e pela articulação de diversos setores da sociedade, que são tecidas as bases para a construção de uma política de saúde de caráter universal, equânime e integral. Essa política supera, ao menos no campo formal, a fragmentação, exclusão e seletividade presente no modelo de atenção à saúde vigente até então, e sustenta a criação de Sistema Único de Saúde – SUS, regulamentado posteriormente pela Lei Orgânica da Saúde – LOS – Lei 8080/90 e pela Lei 8142/90.

Até a instituição do SUS, a Política de Saúde no Brasil se dividia em subsetores, vinculados ao campo da saúde pública, com foco em ações de campanhas e controle de endemias, à saúde do trabalhador (desenvolvidas pelo Ministério do Trabalho) e ao campo de assistência médico-hospitalar, desenvolvida pela medicina previdenciária, com ênfase em práticas curativas e individuais (PAIM, 2009).

Organizada inicialmente sob a égide de um sistema de proteção social de base contributiva (COHN, 1996) e de uma política de saúde fragmentada, atrelada aos interesses do setor privado (CAMPOS, 1992), a atenção à saúde no Brasil, até a década de 1950, se desenvolveu quase que estritamente vinculada ao sistema previdenciário, tendo seu acesso regulado pelo mercado formal de trabalho. A assistência médica desenvolvida até esse momento direcionava-se apenas aos trabalhadores vinculados à Previdência Social e seus dependentes. Aos demais, restava recorrer ao setor privado, empresarial, suplementar e/ou filantrópico para serem assistidos em suas necessidades de saúde (PAIM, 2009).

A ampliação da atuação do Estado no campo da assistência à saúde, após os 1960, foi demarcada pela compra de serviços da rede privada, principalmente no que concerne à assistência hospitalar, enquanto o poder público, paralelo às ações de saúde pública, se encarregou da assistência ambulatorial. A histórica relação de parceria e dependência existente entre os setores resultou em um sistema de saúde centralizado, altamente fragmentado, com acesso desigual, constituindo categorias distintas de usuários/clientes, de baixa cobertura e produtor de iniquidades e desigualdades (COHN, 2010; CAMPOS, 1992).

O esgotamento e a ineficiência desse modelo de atenção, associado ao momento de crise política e econômica vivenciada na década de 1970, intensificou os processos de desigualdade e de migração desenfreada às periferias urbanas, influenciando as condições de saúde da população. Demarcam-se, nesse contexto, iniciativas do poder público local na organização de respostas à parte das necessidades de saúde, por meio do incremento de serviços de atenção básica e pela articulação de novos sujeitos coletivos na arena política, em defesa da reabertura política e democrática do país. Influenciada por tais forças, a reforma do setor é colocada na agenda pública, tendo como um de seus principais e expressivo expoente o Movimento da Reforma Sanitária (PAIM, 2018).

O projeto reformador teve seu primeiro impulso com a criação dos departamentos de medicina preventiva nas faculdades ligadas à área, a partir dos

quais se difundiu o pensamento crítico da saúde. Vinculado a esse percurso acadêmico, houve também avanços progressivos na implementação de políticas de saúde alternativas às impostas pelo regime militar, conforme a transição à democracia adquirira um perfil mais nítido (GEERSCHMAN, 2004, p. 54). Constituído por diversos atores sociais, o Movimento Sanitário defendia uma proposta de reforma na área da saúde pautada na democratização e na construção de um sistema de saúde público, universal e de qualidade (MATOS, 2009). Pretendia ampliar não apenas esses serviços, mas instituir a universalização destes, o financiamento do setor público, organização integrada, a alteração do modelo curativista e hospitalocêntrico, conferindo, assim, foco à assistência ambulatorial (GEERSCHMAN, 2004).

Influenciando diretamente na construção do SUS, o movimento teve suas principais propostas discutidas e aprovadas na VIII Conferência Nacional de Saúde - CNS, realizada em 1986. Considerada como um marco histórico da política pública de saúde, foi a primeira conferência aberta ao público e contou com a forte participação de representantes de diversos setores da sociedade, comunidade, associações e representantes políticos (BRAVO, 2006). Os direcionamentos adotados apontavam para a construção de um sistema de saúde único e descentralizado, defesa das bases para reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento setorial, apreendendo a saúde em sua concepção mais abrangente, entendendo-a como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso à posse de terra e a serviços de saúde. Tal definição supera a compreensão reducionista de saúde como sinônimo de ausência de doença, sustentando que sua condição é produto de um conjunto de determinantes que interferem no estado geral do indivíduo e em seu processo saúde-doença (BRASIL, 1986).

Adensada pelo processo constituinte desenhado na abertura democrática, a discussão fomentada na 8ª CNS se configurou como base, e as propostas aprovadas como diretrizes para a organização de um novo sistema de saúde. Posteriormente, foram incorporadas no plano jurídico-legal da Constituição Federal de 1988, no artigo 24º, que trata sobre a competência dos entes federativos, e nos artigos 197; 198 e 200, que versam sobre o tema saúde, no capítulo da Seguridade Social.

Em linhas gerais, a carta constituinte confere às ações e serviços de saúde relevância pública, cabendo ao poder público a responsabilidade em assegurá-las e garanti-las, dispendo também da organização e das atribuições do SUS (BRASIL,

1988). A saúde, assim, é regulamentada como política de seguridade social, ao lado da previdência e da assistência social. Matos (2009) chama a atenção para o fato de que, apesar da inscrição normativa dos direitos sociais na carta magna ser considerada um avanço, não podemos compreender que estes por si só são e/ou estão garantidos. Todavia, também não podemos ignorar que tal prerrogativa aponta para o caráter progressista demarcado na Constituição, resultante de um amplo processo e mobilização social, abrindo passagem e redefinindo as relações sociais entre o estado e a sociedade pós-governo ditatorial. Segundo o autor,

é somente com a Constituição Federal de 1988 que as políticas sociais passam a ser tratadas como direito de cidadania e dever do Estado, prevendo, por exemplo, a universalização da saúde (onde todos têm direitos aos serviços e ações de saúde, independente de contribuírem financeiramente ou não), o controle social sobre a previdência social e, também, a garantia de que a assistência social é um direito de cidadania (MATOS, 2009, p.13).

A Constituição inaugurou o modelo de proteção social que integra um conjunto de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à Saúde, à Previdência e à Assistência Social (MATOS, 2009). No tocante a saúde, preconizou a criação do Sistema Único de Saúde, definindo enquanto diretrizes organizativas: a descentralização, com direção única em cada esfera de governo; o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e a participação da comunidade (BRASIL, 1988).

A criação do respectivo sistema se deu posteriormente com a materialização da Lei Orgânica da Saúde - Lei 8080/90, que regulamenta em todo o território nacional as ações e os serviços de saúde, compreendendo-as como um direito fundamental do ser humano, reafirmando o dever do Estado na promoção das condições necessárias para o seu pleno exercício, por meio da formulação e execução de políticas econômicas e sociais, que tenham por finalidade a redução de doenças e a garantia do acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990).

Adotando uma concepção ampliada de saúde, a lei compreende a saúde como resultante de inúmeros fatores e condicionantes como a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais entre outros que, articulados, expressam a organização social e econômica do país. A identificação

e divulgação desses fatores, a formulação de políticas socioeconômicas, bem como a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com vistas ao desenvolvimento da integralidade das ações assistenciais às atividades preventivas, constituem os objetivos do SUS (BRASIL, 1990).

No art. 7º, do Capítulo II, a LOS prevê que as ações e serviços públicos de saúde, bem como os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS, serão desenvolvidos conforme as diretrizes da Constituição Federal, tendo dentre seus objetivos a universalidade de acesso; a integralidade de assistência; a preservação da autonomia das pessoas; a igualdade da assistência à saúde; sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; e a capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência (BRASIL, 1990).

Aqui, percebe-se quão amplo e complexo se faz a proposição e instituição de um novo modelo técnico-assistencial de saúde em contrapartida ao que se desenvolvia outrora, cujas ações se davam de modo fragmentado. Isso porque, o SUS se organiza de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente, com direção única em cada esfera de governo, com atribuições e competências definidas, agregando, por meio de subsistemas, as especificidades da atenção de determinados grupos, como a saúde indígena e a população negra, o atendimento e internação domiciliar; o acompanhamento à saúde materno-infantil, entre outros (BRASIL, 1990).

Segundo Paim (2009), a rede regionalizada possibilita que os serviços de saúde dialoguem com a realidade do território, bem como suas necessidades, a partir da gestão do município, possibilitando, dessa forma, a descentralização dos serviços básicos, enquanto os serviços especializados se apresentam mais concentrados e centralizados. Essa organização visa garantir o atendimento integral à população e a resolutividade na atenção à saúde, pois envolve as dimensões presentes na produção do cuidado em saúde, por meio de sua promoção, proteção e recuperação.

A institucionalização do SUS sinaliza, portanto, um marco para a organização do cuidado em saúde, gerando expectativas quanto à mudança do modelo técnico-assistencial, até então centrado na doença, em práticas curativas, hospitalocêntricas e biologicistas. No entanto, tal mudança ultrapassa o setor saúde, pois envolve as dimensões políticas, econômicas e sociais. Como veremos no próximo tópico, serão as forças em disputas intensificadas pela ofensiva neoliberal que darão a tônica e a roupagem ao projeto que nasceu do movimento da reforma sanitária, desconfigurando

e subvertendo-o essencialmente aos interesses econômicos. Nessa esteira, temos uma divisão radical do projeto idealizado x projeto do implementado. Este último traz consigo as contradições presentes na sociedade, intensificadas pela política econômica de crivo neoliberal, as tensões, resistências e as tentativas constantes do desmantelamento do sistema universal.

#### 2.4 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL NO CONTEXTO DA OFENSIVA NEOLIBERAL

Conforme vimos, a criação do SUS condensa a mobilização e articulação da sociedade por uma política de saúde universal, pública e integral como parte de um conjunto de ações que visam assegurar o direito fundamental à vida. É uma conquista popular que nasceu da organização das bases da sociedade. Contudo, dado os limites históricos, políticos, organizacionais e a histórica dependência/parceria com o setor privado, o SUS teve sua implantação comprometida. Acrescenta-se a isso o contexto internacional de crise generalizada e recessão econômica vivenciados na década de 1970.

Apesar de seu reconhecimento no plano jurídico, legal-formal, o SUS passou por diversos ataques e reformulações, assumindo um direcionamento distinto do projeto defendido pela reforma sanitária, sofrendo os impactos dos ajustes econômicos adotados pelo Estado sob a perspectiva do neoliberalismo (CAMPOS, 1992).

A implantação da política de saúde tal como defendia o movimento sanitarista se mostrou inviável em um contexto de grande desigualdade no setor, resultante da intrínseca relação presente na trajetória do setor saúde com o setor privado (CAMPOS, 1992). Ultrapassando a dimensão da saúde, Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018) pontuam a necessidade de mudanças estruturais no modelo de desenvolvimento que busque, para além do crescimento econômico, a promoção social e o fortalecimento dos valores democráticos.

Ao analisar a política de saúde após a promulgação da reconhecida Constituição Cidadã, Matos (2009) evidencia poucos avanços, ficando à revelia e sendo tratada com descaso nos governos eleitos cujos planos convergiram para a implantação da política neoliberal, demarcada no processo da contrarreforma do

Estado, desencadeada na década de 1980 como resposta à crise econômica<sup>8</sup>. Alinhada à perspectiva neoliberal, a contrarreforma redefiniu o papel do Estado na tendência de sua redução frente a demandas sociais pela via de ajuste fiscal e contenção de gastos, e em contraposição ao estado intervencionista, tem readequado suas funções alinhadas ao mercado (OLIVEIRA, 1999).

Sobre a gestão nacional da política de saúde nos governos eleitos entre o período de 1990 e 2016, Machado, Baptista e Nogueira (2011) observam uma relação de continuidade e de mudanças em distintos momentos, influenciada pela correlação de forças dos projetos em disputa e suas contradições. Em seus estudos, na trajetória dos governos pós-reabertura democrática e influenciada por políticas liberais, as autoras evidenciam a dupla relação entre a expansão dos serviços públicos de saúde e sua mercantilização. Nessa direção, vemos que a política de saúde ainda é gerenciada sob a ordem dos interesses do capital, na qual, metamorfoseada em mercadoria e reduzida a perspectiva do lucro, as dimensões e práticas de promoção, proteção e prevenção têm sido negligenciadas (PREUSS, 2018).

Ao revisar os 30 anos da instituição do SUS no país, Paim (2018) apresenta os aspectos positivos, os obstáculos, os desafios e as ameaças enfrentadas pelo sistema subjugado à política do capital. O autor destaca, enquanto vetores positivos dessa trajetória, a consolidação de uma rede de instituições de ensino e pesquisa que interagem com os níveis de gestão da política; a descentralização política e administrativa; a organização político institucional que, através de elaborações de normas, contribuíram para a sustentabilidade institucional do SUS e para sua materialidade expressa em estabelecimentos, equipes, equipamentos e tecnologias; e o reconhecimento formal do direito à saúde (PAIM, 2018).

Além destas, Souza et al (2018) destacam os aspectos práticos e significativos, resultantes das ações, políticas e programas desenvolvidos pelo SUS até 2015, como o aumento da expectativa de vida, a queda do índice de mortalidade geral e infantil, a expansão das ações de assistência farmacológica, o controle de doenças

---

<sup>8</sup> Ancorando-se em um discurso ambíguo, que de um lado denota uma ineficiência e esgotamento, e de outro, de que o espaço público tem servido a interesses particulares, a contrarreforma do Estado propõe, em um primeiro momento, uma redução da atuação deste para reduzir o desequilíbrio fiscal; em um segundo momento, pautado pelo discurso da busca pela eficiência e qualidade, a desresponsabilização do Estado na oferta de atividades ligadas às áreas sociais. Na área da saúde, a reforma direciona aos processos de terceirização, privatização, flexibilização da oferta dos serviços por demandas e não por necessidades de saúde (ALMEIDA, 1999), e o retorno do usuário na perspectiva de consumidor e não usuário, e da saúde como mercadoria, não como um direito.

transmissíveis e infecciosas, a mudança no perfil de saúde/doença da população brasileira e redução das desigualdades regionais (SOUZA et al, 2018).

As políticas adotadas na área da saúde após 2015 assinalam a instabilidade e imprevisibilidade quanto ao futuro do SUS. De acordo com Bahia (2018), estas têm limitado a consolidação de um sistema universal à medida que amplia por outros meios a oferta, cobertura e o acesso à saúde. A aprovação da Emenda Constitucional 95 (EC-95/2016), proposta e sancionada pelo Governo Temer (2016-2019); o fomento da discussão da proposta para criação de planos de saúde populares; as propostas de alterações na lei dos planos de saúde visando sua revogação para permitir a contratualização de serviços fragmentados por procedimentos; o reajuste destes após os 60 anos – violando o princípio da igualdade em razão da idade etc. são algumas ações que denunciam o desmantelamento, o desfinanciamento e o descumprimento dos preceitos do SUS (BRAVO, PELAEZ E PINHEIRO, 2018).

A falta de prioridade ao SUS, a adoção de políticas de austeridade fiscal e o subfinanciamento crônico fortaleceram a hegemonia contrária ao SUS, colocando em xeque suas conquistas (PAIM, 2018). Nesse sentido, Souza, et al (2019) destacam os retrocessos das condições de saúde da população após 2015, com a redução das coberturas de programas sociais; disparidades regionais na qualidade do cuidado; com a expansão da cobertura de serviços de saúde de forma fragmentada entre setores públicos, filantrópicos e privados; com ofertas de serviços que refletem as iniquidades no acesso e na qualidade do cuidado. Segundo o autor, tais medidas possibilitaram o retorno de doenças antes consideradas erradicadas no país, o agravamento de doenças para as quais não há tecnologias de controle, bem como revés dos índices de mortalidade infantil, evidenciando um não sistema único de saúde, “mas um conjunto de serviços fragmentados que disputam os mesmos recursos” (SOUZA, et al, 2019, p. 2785).

Notadamente, temos que a política de saúde construída após a Constituição Federal é marcada por períodos de avanços, resistência e retrocessos, resultantes das disputas dos projetos societários e da dinâmica da correlação de forças da sociedade. Nesse jogo, o projeto defendido pelo movimento sanitário tem sido enfraquecido, ao passo que o neoliberal tem alcançado êxito em suas investidas, “na disputa dos recursos financeiros, materiais e simbólicos que a sociedade brasileira destina aos serviços de saúde” (SOUZA, et al, 2019, p. 2785).

É ímpar destacar, aqui, a importância do SUS no contexto do enfrentamento a epidemia da COVID-19<sup>9</sup>, a qual mostrou a importância de se contar com um sistema único de saúde pública, gratuita e universal, como também as fragilidades deste sistema após o período de tentativas de desmonte acirradas no governo de Jair Messias Bolsonaro.

É nesse cenário, em meio a tantos desafios e resistências, tendo os rebatimentos das tensões políticas, econômicas e as necessidades de saúde como base, que a atenção e o cuidado em saúde têm se organizado no Brasil. A atenção primária, terreno de nosso debate, assumirá o papel central de integrar e ordenar a atenção à saúde. Para compreender como se desenvolveu esse processo, contextualizamos a seguir a atenção primária e sua estruturação no país.

## 2.5 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E A ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO

Usualmente compreendida como um conjunto de práticas integrais, de cunho ambulatorial de baixa densidade tecnológica, voltada a atender as necessidades de saúde individual e coletiva (GIOVANELLA E MENDONÇA, 2012; LAVRAS, 2011), a organização da atenção primária à saúde, enquanto o primeiro nível de atenção à saúde, formulada pela primeira vez pelo Relatório Dawson<sup>10</sup>, se relaciona com a crise mundial vivenciada no setor saúde na década de 1970 e com as práticas da medicina preventiva e comunitária desenvolvidas outrora, como modelos alternativos e complementares ao modelo médico-curativista.

Sua adoção como uma estratégia para orientar os modelos de saúde advém da deliberação da I Conferência Internacional Sobre Atenção Primária em Saúde, realizada em 1978, na cidade de Alma-Ata/Cazaquistão, pela Organização Mundial da Saúde – OMS, em conjunto com o Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF, em um contexto de questionamentos, ineficiência dos modelos verticalizados nos países periféricos e da crise do modelo de atenção à saúde

---

<sup>9</sup> Declarada pela OMS como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional em janeiro de 2020.

<sup>10</sup> Neste, a atenção primária se configura como o primeiro ponto de contato do sistema de saúde, conformado por práticas preventivas e curativas de baixa densidade tecnológica sob a responsabilidade de profissionais generalistas, estabelecendo-se como porta de entrada para o sistema que se organizaria de forma regionalizada e hierarquizada (FAUSTO e MATTA, 2007).

curativista, hospitalocêntrico e biologicista, pautado na figura do médico e em sua crescente especialização (GIOVANELLA E MENDONÇA, 2012).

A crítica ao modelo médico hegemônico e a adoção de proposta de práticas democráticas que dialogassem com a realidade social e com as dimensões da prevenção e da promoção, que marcaram as discussões do setor saúde nas décadas de 1960-1970, contribuíram para a realização da Conferência de Alma-Ata (GIOVANELLA E MENDONÇA, 2012; FAUSTO E MATTA, 2007). Além disso, Mendes (2015) aponta como elementos colaborativos a esse cenário a emergência dos movimentos sociais na década de 1960; a discussão da saúde materno-infantil; a publicação de estudos relevantes na área da saúde; a proposta de desmedicalização dos cuidados de saúde; a mudança da liderança da OMS, entre outros (MENDES, 2015).

A conferência teve suas deliberações sistematizadas no reconhecido documento 'Declaração de Alma - Ata' que, dentre seus pressupostos, reafirmou a saúde em uma concepção ampliada, como um direito humano fundamental, que requer o desenvolvimento de políticas econômicas e sociais; expressou a preocupação com a desigualdade e iniquidades de saúde entre os países desenvolvidos e subdesenvolvidos, colocando-as como inaceitáveis. Também apontou para a necessidade de redução de lacunas existentes no setor da saúde para o alcance da meta de saúde para todos, reconhecendo a importância dessa dimensão da promoção e proteção para o alcance da melhoria da qualidade de vida da população; reiterou a responsabilidade do Estado no desenvolvimento da saúde por meio de medidas sociais e sanitárias, destacando a importância dos cuidados primários nesse processo para o alcance de um nível de saúde aceitável até os anos 2000 (OMS, 1979).

De forma abrangente, a Declaração definiu os cuidados primários como:

essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação (OMS, 1979, p. 3).

Tais cuidados ocupam um papel central na organização dos sistemas nacionais de saúde, com foco no desenvolvimento da comunidade, representando o primeiro

nível de contato desta com o sistema de saúde, se caracterizando - conforme estruturado no relatório Dawson - pela oferta da assistência o mais próximo possível dos locais de permanência da população, dialogando com as necessidades de saúde do território, compondo um processo contínuo integrado com os demais níveis de atenção (OMS, 1979; LAVRAS, 2011).

Ao desenvolvimento dos cuidados primários e a consequente elevação dos níveis de saúde, a declaração dispõe que estes devem proporcionar os serviços de proteção, prevenção, cura e reabilitação, tendo como foco os principais problemas de saúde da comunidade. Além disso, requerem o desenvolvimento de ações de educação em saúde; saneamento básico e fornecimento de água tratada; segurança alimentar; ações voltadas para a saúde materno-infantil; o planejamento familiar; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; e o desenvolvimento de ações que se articulem com as políticas setoriais relacionadas ao desenvolvimento nacional (OMS, 1979, FAUSTO E MATTA 2007).

Com base nos estudos de Starfield (2002), Giovanella e Mendonça (2012) elencam um conjunto de características inerentes à operacionalização da APS em sua perspectiva abrangente, configurando-se também como as bases teóricas das práticas da APS, que permitem identificá-las e avaliá-las. São elas: o primeiro contato; longitudinalidade; integralidade; coordenação da atenção; focalização na família; orientação comunitária - sendo que os quatro primeiros se constituem como atributos essenciais, e os demais, derivados (GIOVANELLA E MENDONÇA, 2012; CAMPOS, 2011).

Apesar da compreensão de APS estabelecida na Declaração de Alma Ata, outras perspectivas de APS foram sendo delineadas, disseminadas e operacionalizadas (GIOVANELLA E MENDONÇA, 2012; PAIM, 2012; MENDES, 2011; FAUSTO E MATTA, 2007). Nesse sentido, Paim (2012) aponta que, dependendo da vertente política-ideológica, a APS pode assumir diversas formas, variando desde uma estratégia focalizada, seletiva e limitada, com foco na população mais vulnerável, a uma perspectiva ampla, de reorientação do sistema e dos serviços de saúde (PAIM, 2012).

Dentre as perspectivas existentes, Giovanella e Mendonça (2012) identificam a existência de quatro linhas distintas de APS: a. A APS como programa focalizado e seletivo, com cesta restrita de serviços; b. como um dos níveis de atenção do sistema

de saúde, “que corresponde aos serviços ambulatoriais médicos não especializados de primeiro contato, incluindo ou não amplo espectro de ações de saúde pública e de serviços clínicos direcionados a toda a população”; c. a APS propagada pela Conferência de Alma Ata, como uma concepção de modelo assistencial e de organização de saúde, de caráter abrangente e integral; d. a APS como filosofia “que orienta processos emancipatórios pelo direito universal à saúde” (GIOVANELLA E MENDONÇA, 2012, p. 9).

Em um contexto internacional, marcado pela crise econômica e o avanço da política neoliberal como pano de fundo, a concepção defendida na declaração de Alma Ata sofreu críticas, principalmente por parte das agências e organismos internacionais, como o Banco Mundial. Ante a alegação de ser muito abrangente, idealizada e pouco propositiva, a perspectiva restrita foi fortemente disseminada nos países em desenvolvimento, entre a década de 1990 e 2000, por meio de programas focalizados, seletivos e restritos (GIOVANELLA E MENDONÇA, 2012; FAUSTO E MATTA, 2007).

As poucas mudanças nos níveis de saúde, a ineficiência da APS estruturada em programas focalizados, a baixa resolutividade, a ampliação de iniquidades em saúde, assim como as mudanças demográficas e epidemiológicas já referidas anteriormente, revelaram a incompatibilidade da perspectiva seletiva da APS com as necessidades e a concepção ampliada de saúde. Diante da ineficiência destes, apoiados em evidências de que uma APS fortalecida possibilita a organização de um sistema de saúde equitativo e eficiente, com menores custos e maior satisfação do usuário, a OMS resgatou a perspectiva da APS propagada na Declaração de Alma Ata, sistematizando-a no documento “Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas” (FAUSTO E MATTA, 2007; OPAS/OMS, 2007).

A reestruturação da APS em sua perspectiva ampliada pressupõe a organização de um sistema de saúde com direito ao mais alto nível possível de saúde; a equidade e a solidariedade; que tenha como princípios o fomento da qualidade, a capacidade de resposta às necessidades de saúde das pessoas; a responsabilidade governamental; a justiça social; a sustentabilidade; a participação e a intersetorialidade. Além disso, que seja constituído por elementos estruturais e funcionais que garantam a cobertura e o acesso universal à atenção integrada e contínua; à orientação familiar e comunitária; à promoção e prevenção (OPAS/OMS, 2007).

Nessa direção, a APS configura-se como coordenadora do cuidado - articulando ações de forma simultânea voltadas ao mesmo objetivo - e principal porta de entrada dos sistemas de saúde, com práticas centradas no indivíduo, e não em sua enfermidade. É, portanto, responsável por viabilizar a continuidade da assistência nos demais níveis do sistema, de acordo com as necessidades de saúde do sujeito e na perspectiva da integralidade, bem como desenvolver ações coletivas e individuais, de prevenção, promoção e recuperação de saúde (LAVRAS, 2011).

Almeida, Giovanella e Nunan (2012, p. 377) apontam que a coordenação dos cuidados “é condição necessária para o alcance de uma resposta integral, capaz de atender ao conjunto de necessidades em saúde dos usuários, que envolve a integração entre os níveis do sistema de saúde”. Para os autores, os serviços de uma atenção primária fortalecida em seus atributos “são os mais adequados para coordenar o percurso terapêutico do usuário, na maior parte dos episódios de adoecimento”, capazes de mobilizar apoio, recursos políticos e financeiros que a possibilite se consolidar como coordenadora do cuidado (ALMEIDA, GIOVANELLA E NUNAN, 2012, p. 377).

No processo de reestruturação do sistema de saúde com a constituição do SUS e, posteriormente, com o modelo de atenção fundamentado nas RAS, a APS no Brasil passou a se delinear como a principal estratégia capaz de responder grande parte das demandas de saúde da população (LAVRAS, 2011). Considerando o desencadeamento desse processo, traçaremos no tópico seguinte o caminho da estruturação da APS no Brasil, a qual, a partir do ordenamento do SUS, se desenvolveu sob a denominação de Atenção Básica de Saúde.

### 2.5.1 Da perspectiva restrita à ampliada: O desenvolvimento da APS no Brasil

O desenvolvimento da Atenção Primária no Brasil como parte do processo de organização do Sistema Único de Saúde, assim como os processos que marcaram a mudança da direção político-social do país, se relaciona com o contexto das décadas de 1970 e 1980, quando se tem - paralelas às ações do poder público, o desenvolvimento de iniciativas em âmbito local promovidas por escolas de saúde como parte da formação médica, experiências apoiadas por universidades e agências internacionais.

Anterior a esse período, é possível observar na trajetória histórica da Política de Saúde do Brasil, nas décadas iniciais do século XX, ações que dialogam com a esfera da atenção primária desde o momento em que o Estado passou a atuar no setor por meio do desenvolvimento de políticas sociais (LAVRAS, 2011). Todavia, naquele momento, essas políticas eram vinculadas às ações desenvolvidas no campo da saúde pública, de caráter sanitário, e às desenvolvidas pelas escolas de saúde, de caráter educativo. Ambas buscavam promover a educação sanitária com vistas à prevenção, o controle e a erradicação de doenças endêmicas (FAUSTO E MATTA, 2007).

Ao sistematizar o desenvolvimento da trajetória da APS no Brasil, nos ciclos que compreende a década de 1920 a 1940, Mendes (2015) identifica o surgimento dos Centros de Saúde na USP em 1924 e a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) na década de 1940. Nos anos de 1960 a 1970, no campo das práticas da atenção primária incorporadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde, tem-se a oferta focalizada de assistência médica ao grupo materno infantil e a doenças infectocontagiosas, como tuberculose e hanseníase, por meio do desenvolvimento de programas de saúde pública (MENDES, 2015).

Para além das atividades desenvolvidas pelo poder público, durante as décadas de 1960 e 1970, novas práticas correspondentes à atenção primária foram desenhadas e se relacionaram com o período de efervescência no cenário nacional e internacional, surgindo como reflexos da expansão das escolas de saúde; da criação do Departamento de Medicina Preventiva e criação dos primeiros programas de integração docente-assistencial desenvolvido sob o incentivo de agências internacionais, além dos convênios e parcerias das escolas médicas com as secretarias estaduais de saúde (GIOVANELLA E MENDONÇA, 2008).

Os programas e projetos desenvolvidos nesse período ocuparam um lugar de destaque na mudança da compreensão das práticas de saúde e na relação com as condições sociais, assinalando à necessidade de mudanças do modelo de atenção, conforme apontam Fausto e Matta (2007).

As propostas alternativas que emergiram dos programas docente-assistenciais e posteriormente dos programas de extensão de cobertura traziam como questão central a compreensão de que não se tratava apenas de construir um modelo de atenção com maior racionalidade técnica, mas construir um novo modelo que fosse mais democrático e inclusivo socialmente, que fosse capaz de se responsabilizar pela saúde das pessoas. A atenção à saúde, neste caso, não se limitava a olhar os processos de adoecimento, mas tinha por referência a noção de que o estado de saúde das

peças expressava uma relação direta com as condições de vida, o que exige uma intervenção muito mais ampla (FAUSTO E MATTA, 2007, p. 54).

A partir desses elementos, sob o influxo da medicina preventiva e comunitária, ao longo da década de 1970, foram desenvolvidas nas regiões vulneráveis iniciativas externas ao poder público como forma de ampliar o acesso às práticas médicas assistenciais às populações excluídas do sistema previdenciário.

De acordo com Giovanella e Mendonça (2008, p. 596), as atividades desenvolvidas por estes projetos “postulavam uma medicina com base na atenção integral, o que não significava subordinar as ações ao campo biológico, mas pensar a dimensão social em que se desencadeava o processo saúde-doença”. Configurando como práticas alternativas ao modelo de atenção à saúde vigente nas atividades desempenhadas, despertaram parte da comunidade acadêmica para as discussões sobre as necessidades de se repensar o sistema de saúde, em uma perspectiva mais abrangente e inclusiva, indo de encontro com as prerrogativas defendidas pela articulação do então nascente movimento da reforma sanitária, influenciando mudanças na forma do poder público gerenciar a atenção à saúde.

É a partir desse momento que as atividades de atenção primária passam a ser desenvolvidas de forma mais consistentes, embora ainda em uma perspectiva desarticulada, focalizada e restrita, com ações que tinham como objetivos a expansão do acesso à população nos serviços de saúde e a oferta de assistência básica às populações e regiões vulneráveis (FAUSTO e MATTA, 2007).

O êxito dessas experiências influenciou a criação de serviços na esfera nacional que serviram de base para a criação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) - que atuava na destinação de recursos à construção de unidades básicas de saúde em determinadas regiões do país; à proposição do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde) na década de 1980, como forma de diminuir as desigualdades regionais da atenção à saúde; e à institucionalização do programa de Ações Integradas de Saúde (AIS). As AIS se configuraram como uma tentativa de organizar a atenção primária enquanto primeiro nível de atenção a toda população, independente de contribuição previdenciária, a partir da integração entre os serviços de saúde pública e de assistência médica-previdenciária, com oferta de ambas nas unidades básicas de saúde, responsável por ofertar ações em nível local (GIOVANELLA E MENDONÇA, 2008).

Apesar da criação do SUS sinalizar uma grande mudança no modo de organizar os serviços e ações de saúde, estas não se expressaram diretamente no âmbito da organização da atenção primária. Ao tratar sobre o processo de reestruturação da APS a partir da reorganização da política de saúde, Conill (2008) destaca que as discussões realizadas no campo da atenção primária nos anos anteriores não ocuparam um lugar de destaque na organização do SUS. Em um contexto de crise, o SUS teve seus primeiros anos marcados pela organização e integração das instituições e pelos desafios de se estabelecer na conjuntura de reformano campo das políticas sociais.

Nesse contexto, organismos internacionais, como o Banco Mundial, ao realizar um contraponto da situação de saúde nos países desenvolvidos e subdesenvolvidos, evidenciou a pobreza como um determinante para a elevação dos níveis de saúde e, por isso, propôs uma série de ações sob o argumento de combatê-la.

Sistematizadas no "Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial 1993 - Investindo na Saúde", tais ações caracterizaram um conjunto de estratégias que se traduziu na retirada e diminuição do Estado no desenvolvimento de políticas de saúde para além da esfera pública e da assistência aos desprovido de condições, defendendo sua atuação na área da saúde pública e da assistência à população pobre, com foco nas ações preventivas. De acordo com o documento,

a **provisão de serviços de saúde econômicos aos pobres** é uma forma eficaz e **socialmente aceitável** de focar a redução da pobreza. [...] os gastos do governo na área da saúde devem ser reorientados para programas mais econômicos, que façam mais em benefício dos pobres [...] muito pequena é a proporção destinada a programas de baixo custo e altamente eficientes, como o controle e tratamento das doenças infecciosas e da desnutrição (BANCO MUNDIAL, 1993, p. 3-5 grifos nossos).

Apartado da perspectiva defendida tanto na Conferência de Alma-Ata, das proposições do movimento da reforma sanitária e alijada do acúmulo das experiências que antecederam o SUS, o desenvolvimento da atenção básica, até parte dos anos 2000, foi demarcado por tais características, orientado predominantemente pela abordagem seletiva disseminada pelas agências internacionais.

Até a primeira metade da década de 1990, a atenção básica foi desenvolvida pelos estados e municípios paralelamente deslocada da estrutura organizativa do sistema de saúde (CORNELL, 2008). As ações desenvolvidas preservavam uma relação de continuidade com as práticas seletivas, característica da perspectiva da APS restrita, executada na década anterior, desarticulada da rede, sem configurar de

fato um sistema nacional (LAVRAS, 2011); com ações verticalizadas direcionadas às regiões mais vulnerabilizadas (FAUSTO e MOTTA, 2007). Destacam, nesse contexto, a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994.

O deslocamento da atenção básica para uma posição de destaque na estrutura organizativa do SUS ocorreu com a vinculação da pasta ao Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, pelo então Ministro da Saúde Adib Jatene – no Governo FHC, diante do reconhecimento da potencialidade do Programa Saúde da Família no aprimoramento e fortalecimento da Atenção Primária à Saúde. Seguiu-se pelo avanço do processo de descentralização do SUS, direcionada a partir das proposições da Norma Operacional Básica do SUS (NOB-SUS) de 1996, que, dentre outros elementos, redefiniu os papéis dos entes federativos na condução da política de saúde; conferiu a gestão da atenção básica aos municípios, garantindo seu financiamento com repasse via fundo a fundo por meio da instituição do Piso da Atenção Básica (PAB); adotou na expansão do PSF e PACS a principal estratégia para a reorganização do modelo assistencial e a organização da atenção básica no SUS (FAUSTO E MATTA, 2007; BRASIL, 2011).

Fausto e Matta (2007, p. 60) identificam, na trajetória do PSF, a existência de dois momentos distintos, sendo o primeiro marcado inicialmente como um programa focalizado, desenvolvido de forma marginal, em pequenos municípios, voltado ao atendimento de grupos excluídos; e o segundo como um ponto estratégico inerente à reorientação e reorganização da atenção básica. Segundo as autoras, tanto o PACS quanto o PSF “trouxeram a família e a comunidade como norteadores da organização da atenção à saúde quando tradicionalmente a abordagem individual centrada na doença dominava a ação programática da política nacional de saúde”. Essa compreensão é denotada por Bousquat, et al (2020), que apontam que, apesar da concepção focalista dos programas, “apresentaram inovações para a reorientação do modelo assistencial no SUS, aliando a prática do cuidado individual com a abordagem populacional na perspectiva da vigilância em saúde com territorialização” (BOUSQUAT, et al, 2020, p. 4746).

Mesmo com a mudança qualitativa (MENDES, 2015), os incentivos realizados para a expansão e o aprimoramento do PSF nos anos 1990 a 2000 não foram suficientes para alterar a perspectiva restrita da APS. As desigualdades regionais presentes na estruturação dos serviços dos grandes centros urbanos, em paralelo aos

municípios de pequeno porte e a convivência simultânea do programa com ações de APS de cunho tradicional, são alguns dos fatores que contribuíram para a expressão da permanência do caráter seletivo e focalizado, direcionado às populações pobres (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

Diante desse contraste, visando o desenvolvimento de uma APS alinhada à perspectiva ampliada revisitada pela OPAS/OMS nos anos 2000, em 2006, o Ministério da Saúde auditou, por meio da Portaria n. 648/GM, a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, consolidando o PSF não mais como um programa, e sim como uma estratégia prioritária reconhecida como modelo substitutivo e de reorganização da atenção básica.

No sentido de revitalizar a organização da atenção básica no país, a PNAB redefiniu os princípios gerais que a conformam, dispendo sobre os componentes que a configuram, com destaque aos recursos necessários para a sua estruturação e implantação, as competências dos entes federados, bem como a composição e as condições do financiamento da atenção básica (BRASIL, 2006b). Além do mais, incorporou os atributos de uma APS abrangente e definiu que a organização dos serviços deste nível de atenção fundamentar-se-á de modo a:

- I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;
- II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;
- III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
- IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;
- V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e
- VI - estimular a participação popular e o controle social – (BRASIL, 2006b).

Buscando se consolidar como ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde, a norma dispôs sobre as características do processo de trabalho da atenção primária e as atribuições dos profissionais; sinalizou o processo de educação permanente como responsabilidade conjunta das secretarias municipais e estaduais de saúde, e especificou os elementos que orientam a Saúde da Família enquanto estratégia de reorganização da Atenção Básica (AB). Além destas, em

consonância com normas anteriores, a PNAB ratificou a atenção básica como porta de entrada preferencial do SUS (BRASIL, 2006b).

Considerando os elementos que conformam a APS em sua perspectiva ampliada, na abordagem do cuidado às pessoas trans-travestis nesta esfera de atenção, direcionaremos nosso estudo tendo como referência as diretrizes que versam sobre o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde de qualidade e resolutivos, em consonância com o princípio da equidade (disposto no item I) e o desenvolvimento das relações de vínculos e responsabilização na perspectiva da longitudinalidade do cuidado (elencado no item III).

## **CAPÍTULO 3 – ATENÇÃO À SAÚDE, AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E A POPULAÇÃO TRANS-TRAVESTI**

As ações desenvolvidas pelo Poder Público voltadas à saúde das pessoas trans-travestis inserem-se em um cenário amplo, fruto das reivindicações históricas do movimento social LGBT+ e de suas articulações com o Estado, na busca pela igualdade e pelo reconhecimento dos direitos que não os discrimine em função de suas identidades sexuais e de gênero. Diante disso, apresentaremos neste capítulo as principais ações desenvolvidas pelo poder público às pessoas LGBT+. Em seguida, nos debruçaremos especificamente às ações desenvolvidas às pessoas trans-travestis na área da saúde. Nesta, situaremos também alguns elementos que têm marcado o cuidado em saúde das pessoas trans-travestis na dimensão profissional, a partir de pesquisas desenvolvidas sobre a temática.

### **3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS E A POPULAÇÃO TRANS-TRAVESTI**

A entrada, permanência e o reconhecimento dos sujeitos e das temáticas da diversidade sexual e de gênero na cena pública/social são um fenômeno bastante recente, visto a constituição da nossa formação sócio-histórica, que reflete as disputas de forças políticas e sociais, marcadas por dominação, controle e resistência. Neste cenário, a busca pelo reconhecimento e pela cidadania tem sido mobilizada, essencialmente, pela articulação e atuação dos movimentos sociais e pelos tratados internacionais instituídos no âmbito dos direitos humanos e da saúde, dos quais o país se constitui signatário (TAGLIAMENTO, 2015).

Refletindo a correlação de forças expressas na sociedade, podemos observar que o desenvolvimento de políticas públicas voltadas à proteção social de pessoas de orientação sexual e identidade de gênero dissidentes da cisheteronormatividade é marcada pela omissão e regressão do poder público frente às demandas dessas pessoas. Como sinaliza Irineu, Oliveira e Lacerda (2020),

Até os dias atuais, os direitos sexuais e reprodutivos têm enfrentado conservadorismos institucionalizados no Poder Público. Políticos conservadores estão organizados por meio da Frente Parlamentar Evangélica no Congresso Nacional, e tem promovido, do púlpito à tribuna, pânico morais que promovem discursos ‘em defesa da família tradicional’ e contra a ‘ideologia de gênero’, alocando movimentos LGBTI e feministas como agentes do mal e da imoralidade. O impacto imediato é a não aprovação de nenhuma legislação específica, culminado na judicialização

dos direitos LGBTI como estratégia de reconhecimento jurídico por meio da Jurisdição Constitucional (IRINEU, OLIVEIRA E LACERDA, 2020. p. 100).

Essa relação fica evidente à medida que resgatamos parte da trajetória das discussões e políticas públicas elaboradas no campo da diversidade sexual e de gênero e nos deparamos no cenário atual com a ofensiva da agenda ultraneoliberal-conservadora.

Tomando como ponto de partida a promulgação da Constituição Federal, Lopes (2020) pontua que as primeiras ações efetivas direcionadas às pessoas LGBTs permaneceram vinculadas até o final da década de 1990 ao campo da saúde, com ações do Ministério da Saúde voltadas ao financiamento de programas de promoção de prevenção a DST/AIDS.

Aragusuku e Lopes (2015) apontam que a aproximação do Estado, no âmbito do Governo Federal, com as reivindicações do movimento inicialmente denominado LGBTs, começou a ser ensaiada e pré-estabelecida institucionalmente em 1995, no Governo do então presidente Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), com a elaboração do Programa Nacional de Direitos Humanos I (PNDH-1), no qual, ao reconhecer os “homossexuais” como sujeitos vulneráveis, propôs a criação de legislação proibindo a discriminação com base na orientação sexual, indo de encontro com as resoluções da Conferência Mundial de Direitos Humanos (1993). Nesta direção, na tentativa de regularizar o reconhecimento da união de pessoas do mesmo sexo, a então deputada federal Marta Suplicy (PT-SP) propôs o Projeto de Lei – PL 1151/1995, que sequer chegou a ser votado, sendo retirado de pauta em 2011 por “entendimento das partes” (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2001).

Ainda no Governo FHC, foi criado, em 2001, o Conselho Nacional de Combate à Discriminação – CNCD. Em 2002, foi elaborada a segunda versão do Programa Nacional de Direitos Humanos, o PNDH-2, que, diferentemente do PNDH-1, apresentou propostas concretas para o enfrentamento da discriminação por orientação sexual (ARAGUSUKU e LOPES, 2015; IRINEU e OLIVEIRA, 2021). É assim que, após quase doze anos da promulgação da constituição e das primeiras tentativas ensaiadas de se desenvolver ações voltadas à comunidade LGBT+, se registra, no âmbito do poder público, a elaboração das primeiras propostas direcionadas a este segmento (IRINEU e OLIVEIRA, 2021).

A materialização da primeira política pública direcionada ao combate da violência e discriminação voltada às pessoas LGBTs ficou ao cargo do Governo Lula

(2003 – 2010), com a criação do Programa Brasil sem Homofobia - BSH (2004), sinalizando uma proximidade do poder público com as reivindicações do movimento.

Elaborado pela Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República (SEDH-PR), em conjunto com movimento LGBT+, representantes do Estado e da sociedade civil, o Brasil Sem Homofobia

se apresenta como uma agenda comum do governo e do movimento, prevendo ações a serem executadas pelas diversas instâncias estatais gestoras de educação, saúde, justiça e segurança, destinadas a apoiar projetos de fortalecimentos de organizações não-governamentais de caráter público que atuam no combate à homofobia e na promoção da cidadania LGBT; capacitar profissionais e representantes do movimento LGBT que atuam na defesa dos direitos humanos; disseminar informações sobre direitos e promoção de autoestima; e incentivar a denúncia de violação dos direitos humanos contra LGBT (FACCHINI E SIMÕES, 2009, p. 21).

De lá até meados dos anos 2016, tem-se um avanço significativo das discussões acerca dos direitos de LGBT+ no âmbito do Governo Federal, culminando no desenvolvimento de importantes medidas para o reconhecimento e o enfrentamento à sua discriminação.

O quadro 04 sistematiza as ações articuladas nesse período, na gestão do Governo Lula (2003-2010) e no Governo Dilma (2011–2016), relacionadas ao reconhecimento e ampliação desses direitos.

Quadro 04 - Ações articuladas em defesa à população LGBT+ no período de 2004 a 2016 – Gestão PT

Ano	Ações
<b>2009</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização da 1ª Conferência Nacional LGBT;</li> <li>- Publicação do Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT;</li> <li>- Publicação do Programa Nacional de Direitos Humanos III - (PNDH-3);</li> <li>- Aprovação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT pelo Conselho Nacional de Saúde.</li> </ul>
<b>2010</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Publicação do Decreto nº 7.388 que regulamenta o Conselho Nacional de Combate à Discriminação e para a promoção e defesa dos direitos de LGBT.</li> </ul>
<b>2011</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização da 2ª Conferência Nacional LGBT;</li> <li>- Promulgação Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT (PNSI-LGBT).</li> </ul>
<b>2012</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Publicação do 1º Relatório de Violência Homofóbica no Brasil.</li> </ul>
<b>2013</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Publicação do 2º Relatório de Violência Homofóbica no Brasil;</li> <li>- Elaboração do Guia Orientador para a Criação de Conselhos Estaduais/Municipais de Direitos Da População LGBT;</li> <li>- Criação do Sistema Nacional de Enfrentamento a Violência LGBT.</li> </ul>
<b>2014</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Criação do Comitê Nacional de Políticas Públicas LGBT;</li> <li>- Criação da Comissão Interministerial de Enfrentamento à Violência Contra LGBT;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promulgação da resolução nº11/2014 do CNCD/LGBT, que institui parâmetros para a inclusão dos itens “orientação sexual”, “nome social” e “identidade de gênero” nos boletins de ocorrência emitidos pelas autoridades policiais no território nacional;</li> <li>- Promulgação da resolução nº12/2014 do CNCD/LGBT, que estabelece parâmetros para as garantias das condições de acesso e permanência de pessoas travestis e transexuais nas instituições de ensino.</li> </ul>
<b>2016</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização da 3ª Conferência Nacional LGBT;</li> <li>- Promulgação do Decreto N° 8.727 que dispôs sobre “o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional”.</li> </ul>

Fonte: Sistematizado pela autora com base em: Aragusuku e Lopes (2015); Brasil (2013); Brasil (2015); Brasil (2016); Brasil (2016b); Secretaria de Direitos Humanos (2015); Irineu e Oliveira (2021).

Na análise das ações desenvolvidas na Gestão PT, Nardi (2013) observa que, embora fossem da mesma base partidária, o Governo Dilma não pode ser caracterizado como uma continuidade das ações do ex-presidente Lula, no que tange a formulação de ações voltadas a garantir os direitos da população LGBT+, sendo marcado pela adoção de uma política conciliatória. Cedendo a pressões dos setores conservadores do Congresso Nacional, em 2011, a então presidente sinalizou uma refração na pauta LGBT+ ao determinar a suspensão da distribuição de materiais didático-pedagógicos que abordavam assuntos relacionados à orientação e educação sexual nas escolas e do programa escola sem homofobia. Esse veto evidenciou as tensões entre as alianças e as pressões políticas que permeavam o cenário nacional (NARDI, 2013). Nessa direção, Irineu, Oliveira e Lacerda (2020, p. 100) referem também que a gestão de Dilma foi marcada por descontinuidades, ambiguidades e contradições, com “restrições orçamentárias, ações descontínuas e uma vontade política subsumida a negociações com segmentos conservadores”.

Apesar do aparente avanço da articulação assinalada no campo das discussões dos direitos das pessoas LGBTs, podemos perceber a existência de um déficit na esfera legislativa que institua e assegure os direitos desta população. Irineu e Oliveira (2021) relacionam esse dado como decorrente do resultado das alianças políticas institucionais e do alinhamento e fortalecimento da ofensiva neoliberal com as “forças neoconservadoras que se traduzem em uma ofensiva antigênero na política institucional, perseguindo direitos sexuais e reprodutivos” (IRINEU e OLIVEIRA, 2021, p. 38).

Fruto deste processo e do reiterado engavetamento dos projetos de leis que versam sobre políticas para pessoas LGBT+, as propostas vinculadas ao campo dos

direitos sexuais e reprodutivos têm sido judicializadas e/ou conduzidas pelo STJ e o STF dentro de suas competências jurídicas-constitucional.

Foi assim na matéria que trata do reconhecimento do companheiro/a homossexual como dependente no Regime Geral da Previdência Social (2010); do reconhecimento de adoção de casais homossexuais (2015); no julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade 4.277, que reconhece a união estável entre casais do mesmo sexo como entidade familiar nos termos do art. 226 da Constituição Federal de 1988, e da extensão do regime protetivo do casamento aos casais homossexuais pelo STJ (IRINEU e OLIVEIRA, 2021).

Em 2015, ao negar o Recurso Extraordinário 845.779, sob o entendimento que a identidade social “está diretamente ligada à dignidade da pessoa humana e a direitos da personalidade”, o STF conferiu a possibilidade do uso de banheiro conforme o reconhecimento da identidade de gênero (STF, 2015), abrindo jurisprudência para o direito de as pessoas serem tratadas “em conformidade com aquilo que se identifica e se apresenta publicamente” (IRINEU e OLIVEIRA, 2021, p. 2). Ademais, corroborando com a garantia desse direito, ao julgar a ADI 4275/DF em 2018, o STF reconheceu a identidade de gênero, dispondo que

1. O direito à igualdade sem discriminações abrange a identidade ou expressão de gênero. 2. A identidade de gênero é manifestação da própria personalidade da pessoa humana e, como tal, cabe ao Estado apenas o papel de reconhecê-la, nunca de constituí-la. 3. A pessoa transgênero que comprove sua identidade de gênero dissonante daquela que lhe foi designada ao nascer por autoidentificação firmada em declaração escrita desta sua vontade dispõe do direito fundamental subjetivo à alteração do prenome e da classificação de gênero no registro civil pela via administrativa ou judicial, independentemente de procedimento cirúrgico e laudos de terceiros, por se tratar de tema relativo ao direito fundamental ao livre desenvolvimento da personalidade (STF, 2018, p. 2).

Outra ação que se destaca, por reiterada recusa e regulada judicialmente, diz respeito à criminalização da homofobia. Através da Ação Direta de Inconstitucionalidade por Omissão - 26, em 2019, o STF equiparou a discriminação em razão da orientação sexual e/ou identidade de gênero ao crime de racismo, compreendido como racismo em razão social até que o Congresso Nacional instaure legislação que verse sobre o crime de homofobia (IRINEU e OLIVEIRA, 2021). No entendimento do STF:

- práticas homofóbicas e transfobias configuram atos delituosos passíveis de repressão penal, por efeito e mandados constitucionais de criminalização (CF, ART. 5º, INCISOS XLI E XLII), por traduzirem expressões de racismo em sua dimensão social

- ninguém pode ser privado de direitos nem sofrer quaisquer restrições de ordem jurídica por motivo de sua orientação sexual ou em razão de sua identidade de gênero
- as várias dimensões conceituais de racismo. o racismo, que não se resume a aspectos estritamente fenotípicos, constitui manifestação de poder que, ao buscar justificação na desigualdade, objetiva viabilizar a dominação do grupo majoritário sobre integrantes de grupos vulneráveis (como a comunidade LGBTI+), fazendo instaurar, mediante odiosa (e inaceitável) inferiorização, situação de injusta exclusão de ordem política e de natureza jurídico-social (STF, 2019, p. 4-7).

Mais recentemente, em 2020, temos o julgamento da ADI nº 5543, que declara inconstitucionais as resoluções da ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária – e do Ministério da Saúde, que dispõem sobre a “inaptidão temporária para indivíduos do sexo masculino que tiveram relações sexuais com outros indivíduos do mesmo sexo realizarem doação sanguínea nos 12 (doze) meses subsequentes a tal prática”. Na mesma perspectiva, em 2021, o STF, por meio da ação de Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental – ADPF 600 e 457, suspendeu o efeito de legislações municipais de Londrina – PR e Nova Gama (GO), respectivamente, dispondo do seu caráter conflitante com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação, além de assinalar que a competência de legislar sobre a matéria de ensino e educação é uma atribuição privativa da União. Sob a retórica da “ideologia de gênero”, essas normativas proibiam discussões de conteúdos relativos às questões de gênero na rede municipal (IRINEU e OLIVEIRA, 2021).

A atuação do STF frente à aprovação de normativas em âmbito local que não observam os limites e preceitos constitucionais nos mostra como as forças políticas têm se articulado e se alinhado na direção do atual governo, ao mesmo tempo que denota o crescimento do reacionarismo, da extrema direita e dos setores conservadores da sociedade.

Se já no governo Dilma as forças políticas assinalavam o aprofundamento da agenda conservadora, em uma rearticulação com o setor econômico, após sua destituição, estas forças passaram a direcionar a atuação do estado até então, sinalizando um conjunto de retrocesso e desmonte das ações articuladas. Assim, é por meio da atuação do poder judiciário que os direitos LGBT+ têm sido minimamente assegurados e reconhecidos, constituído como instrumento de enfretamento à discriminação e de cidadania.

Dando continuidade ao governo, a gestão do presidente Michel Temer (2016-2018) se caracterizou pelo aprofundamento da agenda neoliberal e pelo desmonte

dos direitos sociais, sendo marcado por sucessivas medidas de austeridade fiscal e ataques às políticas públicas de direitos humanos com expressiva redução de Ministérios. Dentre estes, o Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial, da Juventude e dos Direitos Humanos, responsável pela articulação de políticas voltadas ao público LGBTQ+. Diante da pressão dos movimentos sociais, o mesmo instituiu, posteriormente, a fins de figuração, o Ministério dos Direitos Humanos, sem a devida restituição orçamentária (IRINEU, OLIVEIRA E LACERDA, 2020).

Já o governo Bolsonaro, eleito em 2018 em meio à disseminação de *fake news* e discursos polêmicos de cunho fascista - que expressam um constante ataque aos direitos sociais de grupos que se situam no campo das diversidades e que faz um apelo constante à militarização - na análise de Amélia Cohn (2020, p. 157), tem sido demarcado pela “destruição dos direitos sociais num contexto formalmente democrático”. Nas palavras da autora,

A partir de 2019 o jogo endurece. Inicia-se um processo de destruição truculenta do arcabouço social da rede de proteção social, mas não só: do meio ambiente, do direito à terra por parte dos trabalhadores rurais, indígenas e ribeirinhos, dos direitos dos negros, dos LGBTQI+, enfim, de todos os direitos que não respondam à bíblia dos novos donos do poder. O pacto de solidariedade social que até então vinha sendo construído a duras penas e crivado de tensões vem agora sendo substituído a ferro e fogo (literalmente) pela norma régia de cada um por si e contra os outros. A burocracia estatal se torna o algoz e o cemitério das políticas sociais e das práticas de gestão inovadoras e progressistas da área social (COHN, 2020, p. 153)

A análise crítica da autora compreende que este quadro é decorrente da rearticulação das forças conservadoras que permeiam o Congresso Nacional desde a Constituição, da adoção de uma agenda reformista e das alianças conciliatórias adotadas nos governos anteriores.

Na mesma direção, Irineu, Oliveira e Lacerda, (2020) evidenciam que a gestão deste governo no campo social tem se orientado por posicionamentos

que pode ser caracterizado por seu caráter a) anti-gênero (manutenção da ordem de gênero que submete o feminino ao domínio da masculinidade hegemônica); b) anti-diversidade (em relação às cidadanias LGBTI e da população negra); c) militarização e punitivismo (advindas da lava jato, criminalização do jovem negro, crise de segurança pública e negação dos direitos humanos); d) pró-meritocracia e anti-direitos sociais (a qual se expressa por meio de posturas contrárias às políticas sociais, como cotas e distribuição de renda) e, e) em favor do mercado (promovendo contrarreformas e políticas favorecendo a classe de empresários) e f) radicalização autocrática (com o número expressivo de militares nas distintas pastas do governo) (2020, p. 102).

Os autores destacam que a gestão de Bolsonaro tem sido marcada pela adoção da agenda ultraneoliberal e pela disseminação da moral conservadora fortalecida pelo discurso da defesa da família tradicional. Posição que assinala uma “cruzada antigênero”, a qual investe contra órgãos e setores responsáveis em desenvolver ações que visem a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos e a consequente nomeação de representantes de setores conservadores e religiosos para a gestão destas pastas.

Neste cenário, parte das conquistas alcançadas pela comunidade LGBTQ+ nos últimos 15 anos foram desmobilizadas e/ou suprimidas e, desde 2016, nada mais foi articulado no âmbito do governo federal. Ao contrário, desde 2019 vêm sendo mobilizados uma série de ações e discursos que vão na contramão do reconhecimento e a ampliação dos direitos humanos e sociais.

Com base nos estudos de Irineu, Oliveira e Lacerda (2020), elencamos no quadro 05 as ações e articulações até então adotadas nesse processo.

Quadro 5 - Ações e articulações realizadas no governo Bolsonaro na contramão do avanço da promoção de cidadania de LGBTQIA+ no período 2019 - 2020

PERÍODO	DISCURSOS, AÇÕES E ARTICULAÇÕES DESENVOLVIDAS
<b>Jan/2019</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- extinção da Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão; órgão do MEC responsável pela promoção de ações transversais sobre gênero, orientação sexual, identidade de gênero, deficiências e condição geracional;</li> <li>- Retirada da diretriz de promoção e defesa dos direitos da população LGBTI na reestruturação do MMFDH;</li> <li>- Ministra Damares Alves em discurso de posse refere que “meninos vestem azul e meninas vestem rosa” e que em sua gestão “meninos voltarão a ser príncipes e meninas princesas”;</li> </ul>
<b>Fev/2019</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- reorientação das campanhas específicas de prevenção às IST/AIDS, “desconsiderando as especificidades da população de homens gays e bissexuais, travestis, mulheres LBT e homens trans;</li> </ul>
<b>Mai/2019</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- a extinção do Departamento de HIV/Aids;</li> </ul>
<b>Jun/2019</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- a extinção do CNCD; a proibição de financiamento de filmes com temática LGBT;</li> </ul>
<b>Jul/2019</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cancelamento de ações afirmativas a pessoas trans no vestibular da Unilab após manifestação de Bolsonaro de intervenção no MEC</li> </ul>
<b>Dez/2019</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suspensão da realização da 4ª Conferência Nacional de Políticas Públicas LGBT;</li> </ul>
<b>Set/2020</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- o discurso do Ministro Milton Ribeiro sobre suas intenções de mudança acerca da educação sexual nas escolas e atribui “homossexualismo à família desajustadas”.</li> </ul>
<b>Fev/2020</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lançamento da campanha #tudotemseutempo pelo MMDSH, que estimula a abstinência sexual como método contraceptivo;</li> </ul>
<b>Out/2020</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pedido da AGU (Advocacia Geral da União) de revogação da decisão do STF que equiparou a discriminação à LGBTI ao racismo.</li> </ul>

Fonte: Irineu, Oliveira e Lacerda (2020).

Desenvolvidas até meados de 2020, a direção do atual governo sinaliza, para além de um retrocesso no campo dos direitos, o avanço abissal do conservadorismo na contemporaneidade, exigindo uma organização e fortalecimento dos setores e movimentos sociais pró-direitos humanos capaz de resistir às investidas das forças conservadas. Ademais, podemos observar o desmonte das ações que visavam o reconhecimento e a ampliação dos direitos de LGBT+s, articuladas nos anos 2000 a 2016, em um curto espaço de tempo, minando as possibilidades de qualquer avanço dos direitos pela via política institucional. Denotam, assim, mais uma característica do tempo presente: o autoritarismo, a intransigência, a não abertura para o diálogo e discussão com as instâncias de controle social, entre outros. Aliás, podemos apontar que a ausência de diálogo e a intolerância às diferenças são marcas do atual governo que encontra seus representantes nos demais níveis da esfera política.

Apontada em pesquisas nacionais que mapeiam as políticas públicas, os avanços e retrocessos no campo dos direitos de LGBT+, vemos que Londrina se enquadra nesse cenário, expressando um conservadorismo sem precedentes. Aliás, podemos destacar que outrora a mesma já foi reconhecida por seu caráter progressista e vanguardista, tanto no campo da assistência à saúde, como na aprovação de leis que coíbam a discriminação em razão da orientação sexual.

Voltando a atenção à discussão da temática no cenário municipal, vemos que, até 2015, o debate sobre a promoção da cidadania e a garantia de direitos à população LGBT pouco se destacou na esfera pública de Londrina. Até então não se tinha uma discussão expressiva acerca da temática em questão, uma vez que, com exceção das ações e intervenções realizadas por organizações coletivas e não governamentais, as ações realizadas pelo poder público municipal resume-se à publicação da Lei 8812/2012, que estabelece penalidades aos estabelecimentos que discriminem pessoas em virtude de sua orientação sexual, e na proposta para uma possível reorganização administrativa nas secretarias municipais, que previa na área social a implantação de uma secretaria geral de Políticas para as Mulheres e Direitos Humanos, agregando, dentre outras, uma gerência de direitos LGBT's, gerando resistência e controvérsias. Apesar de anunciada, o encaminhamento à Câmara Municipal não se concretizou (BONDE, 2014).

Em 2015, a discussão sobre a temática ganha expressão ocupando a arena pública e social com a realização da 1ª Conferência Municipal de Políticas Públicas e Direitos Humanos de LGBT<sup>11</sup> e, em 2016, com a reelaboração do Plano Municipal de Educação, marcado por intenso debate de vários setores da sociedade para a inclusão da discussão de gênero nos currículos, o qual, mediado pelas forças conservadoras que permeiam a câmara de vereadores, foi vetado.

Refletindo o avanço do conservadorismo na esfera nacional, o ano de 2016 foi marcado por fatos e atravessamentos políticos que evidenciaram a discussão da temática na esfera pública, política e social, sinalizando o movimento de tensão e resistência entre as forças que ocupam este debate. Questões como “escola sem partido” e “ideologia de gênero” entraram em cena gerando debates acalorados entre os diversos setores representantes da sociedade civil.

Entre 2017 e 2020, tramitou uma lei que visava uma suposta “neutralidade” política no ensino, tentando combater a ideologia de gênero nas escolas (PL26/2017). A proposta do então vereador e atual deputado federal, Ricardo Barros (PL), teria, segundo ele, o objetivo de “combater o abuso da liberdade de ensinar” (FOLHA DE LONDRINA, 11/02/2017). Em 2020, porém, o STF derrubou este projeto de lei, não apenas em Londrina, mas também na cidade de Paranaguá, litoral do estado (BEM PARANÁ, 27/08/2020).

Ainda em 2017, aconteceu a primeira parada LGBT de Londrina, reunindo mais de 5 mil pessoas não só da cidade, mas também da região e do interior de São Paulo. Segundo a organizadora na época, Poliana Santos, em entrevista para o jornal Folha de Londrina, “a gente vive um momento atual não só no país e em Londrina [...] em que o conservadorismo, a intolerância se tem feito muito presente e essa parada [...] é movimento de resistência”. (FOLHA DE LONDRINA, 03/09/2017).

Em dezembro do mesmo ano, foi realizada, na sede da Defensoria Pública do Paraná (DPPR) em Londrina, a primeira reunião que visava construir uma Rede de Proteção e Garantia de Direitos da População Trans de Londrina. O objetivo foi a criação de uma associação e de fluxos na saúde, bem como em outras políticas para maior apoio e atendimento a este público, além da promoção de políticas de saúde e

---

<sup>11</sup> Resultante da articulação de representantes de LGBT's da sociedade civil junto ao poder público municipal, a realização da 1ª Conferência Municipal de LGBT inseriu Londrina na etapa municipal da 3ª Conferência Nacional LGBT. Sob a responsabilidade da Secretaria Municipal do Governo e da Secretaria Municipal de Políticas para Mulheres, a conferência municipal teve como eixo central o tema: "Por um Brasil que criminalize a violência contra Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais".

direitos humanos, principalmente para a parcela da população em maior risco de vulnerabilidade social. Por fim, falou-se na elaboração de um plano de capacitação continuada destinado à equipe da Defensoria Pública da área de família e o levantamento de outras demandas no que tange ao público em questão e possíveis encaminhamentos ou ausência de serviços. Cabe dizer que estiveram presentes o grupo ElityTrans, do grupo Translúcidas, do Movimento de Artistas de Rua de Londrina (MARL), do movimento Secundário de Londrina e da rede feminista. (DPPR, 14/12/2017).

Em 2021, foi encaminhado pelo poder executivo à Câmara de vereadores o projeto de lei 76/2021, que prevê a criação do Conselho Municipal dos direitos LGBT. Formulado por entidades representativas, o órgão teria caráter consultivo, cuja finalidade seria

formular e propor diretrizes para ações voltadas à promoção da cidadania, dos direitos, enfrentamento a toda e qualquer forma de discriminação e violência contra a população LGBT e atuar no controle social e na orientação normativa e consultiva sobre as políticas públicas para a população LGBT (art.2º, p. 2).

Esse projeto de lei, todavia, acabou sendo rejeitado, sendo os vereadores de partido mais conservadores contrários à criação do conselho, entre eles, a vereadora bolsonarista, e cabe dizer, lésbica, conhecida como “Jéssicão” (PP) que, ignorando as desigualdades sociais, as violências e as discriminações vivenciadas pelas pessoas trans-travestis, alegou que a criação de um conselho voltado para a defesa de um grupo específico fere os princípios da dignidade da pessoa humana e da igualdade, os quais estão previstos na Constituição Federal (CML, 23/09/2021).

Em meio a vetos e controvérsias; tensões e resistências, algumas das pautas dos direitos de LGBT+ caminharam na atual gestão municipal, que se colocou aberta às discussões com os representantes dos movimentos e coletivos LGBT+, fato que se evidencia na proposição da própria criação do conselho de direitos LGBT+, apontado anteriormente. No tocante às ações voltadas às pessoas trans-travestis, tiveram destaque a implementação ambulatório multiprofissional especializado, localizado no CIDI (Centro de Integrado e Doenças Infecciosas), com acolhimento e atendimento de enfermagem, bem como testes rápidos para o rastreio de IST (BONDE, 20/10/2021). Apesar de reconhecer o avanço, há que se reconhecer que a estruturação deste serviço em um local de referência de atendimento às IST reforça os estereótipos construídos sobre as pessoas trans-travestis, sendo por meio das

IST/AIDS que, historicamente, o poder público voltou sua atenção à saúde das pessoas LGBT+, celebrando termos e convênios com as entidades não governamentais que, em Londrina, se destaca a Associação Londrinense Interdisciplinar de AIDS – ALIA.

Dentro deste breve panorama aqui relatado, o que mais se percebeu foi a dificuldade de encontrar fontes confiáveis e notícias que pudessem embasar fatos ocorridos no município. Esta dificuldade, porém, explicita a invisibilidade dos corpos trans-travestis, uma vez que o debate foi colocado em cena, mas não é devidamente noticiado. Contudo, as notícias só chegam quando a morte de uma pessoa trans-travestis acontece, o que mostra mais uma vez a abjeção, estes corpos “matáveis”, pois suas conquistas e suas lutas continuam à margem das manchetes, aparecendo somente as baixas, os óbitos.

### 3.2 ATENÇÃO E O CUIDADO EM SAÚDE ÀS PESSOAS TRAVESTIS E TRANSEXUAIS

Feito um panorama geral das ações e políticas públicas gestadas nas últimas décadas, delimitamos de forma mais detalhada nesta sessão as ações articuladas pelo Estado para as pessoas travestis e transexuais no campo da saúde, indicando, posteriormente, como se dá o cuidado à saúde dessa população.

Nessa esteira, fruto da mobilização, organização e articulação do movimento LGBT+ na luta pelo direito à saúde, sobressai a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT; a regularização e ampliação do processo transexualizador no SUS - além de um conjunto de portarias no âmbito da política de saúde que reiteram as pessoas LGBTs como sujeitos de direito à saúde.

Tais medidas se relacionam com o reconhecimento da vulnerabilidade a qual essas pessoas estão submetidas e as demandas históricas de saúde deste segmento, compreendidas por muito tempo, dentro da ordem médica e da moral burguesa, como pessoas portadoras de transtorno mental e/ou desvio de conduta moral/sexual (DUARTE, 2014). A necessidade da respectiva política se pauta pela concepção ampliada de saúde, pelos princípios/eixos estruturantes do SUS e, diante destas, pela necessidade de cuidado que não reduza essas pessoas à condição de doença e não se limite às ações vinculadas às infecções sexualmente transmissíveis - IST.

As necessidades de saúde dessa população já vinham sendo pautadas nos espaços deliberativos da política e no Conselho Nacional de Saúde desde a 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003, alcançando, em 2006, representação no âmbito do CNS. O lançamento da “Carta dos Direitos dos Usuários do SUS”, aprovada pela Portaria MS/GM 657 em 2006, reafirma os princípios do SUS e ratifica a saúde como um direito de todo cidadão, no desdobramento do 3º princípio, que “assegura ao cidadão o atendimento acolhedor e livre de discriminação, visando à igualdade de tratamento e a uma relação mais pessoal e saudável”. No que tange ao reconhecimento da orientação sexual e identidade de gênero, delimita a existência de um campo para o registro do nome pelo qual a pessoa usuária se reconhece e “prefere ser chamado, independentemente do registro civil, não podendo ser tratado por número, nome da doença, códigos, de modo genérico, desrespeitoso ou preconceituoso”. Em 2009, a mesma se desdobrou na publicação da Portaria nº 1820 do mesmo ano, reconhecida por assegurar o uso do nome social no âmbito dos serviços de saúde (TAGLIAMENTO 2016; BRASIL, 2007; BRASIL, 2009).

O reconhecimento da orientação sexual e da identidade de gênero na determinação social da saúde na 13ª CNS foi um passo importante para se pensar propostas que considerassem as vulnerabilidades, as iniquidades em saúde e a (in)visibilidade das pessoas de sexualidade e gênero diverso. As proposições emanadas desta conferência direcionaram parte da atuação do poder público no cuidado da saúde (BRASIL, 2013).

A instituição de uma política de saúde direcionada à atenção integral se constituiu como uma das estratégias previstas no programa Brasil sem Homofobia voltadas ao combate à discriminação, a violação de direitos e a promoção da cidadania de LGBT no âmbito da saúde. Sua estruturação expressou a articulação realizada com representantes do governo e da sociedade civil no âmbito Comitê Técnico de Saúde, instituído na esfera do ministério da saúde em 2004, considerando para tal as propostas do movimento LGBTs, a violência, discriminação e preconceito enfrentados por essa população na sociedade e a necessidade de discussão de protocolos relacionadas as cirurgias de adequação sexual e atenção à saúde mental (BRASIL, 2004, p. 23).

Após um processo extenso de debate, a PNSI-LGBTs teve sua aprovação prevista no Plano Nacional de Promoção de Cidadania e Direitos Humanos de LGBT

em 2009, divulgado após a realização da 1ª Conferência LGBT. O Quadro 6 sistematiza as principais propostas elencadas pelo plano.

Quadro 6 - Propostas elencadas no Plano Nacional de Promoção de Cidadania e Direitos Humanos de LGBTs

<b>PLANO NACIONAL DE PROMOÇÃO DE CIDADANIA E DIREITOS HUMANOS DE LGBT</b>	
<b>AÇÕES COMUNS VOLTADAS ÀS PESSOAS LGBTs QUE VISAM:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promoção da saúde e o combate da LGBTfobia institucional por meio da inclusão da temática no desenvolvimento de ações de educação permanente em saúde, humanização e a qualificação da atenção em saúde;</li> <li>- Prevê o reconhecimento às pessoas LGBTs nos sistemas de informação de saúde;</li> <li>- Estabelecimento de estratégias para conter o uso indiscriminado de hormônios.</li> </ul>
<b>AÇÕES VOLTADAS ESPECIFICAMENTE ÀS PESSOAS TRAVESTIS E TRANSEXUAIS:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização de campanhas de testagem de HIV, de conscientização de sexo seguro;</li> <li>- Inserção destes sujeitos nas campanhas sobre o câncer de próstata e a elaboração de material informativo a respeito;</li> <li>- Apoio a realização de pesquisas e estudos para produção de protocolos e diretrizes a respeito da hormonioterapia, implante de próteses de silicone e retirada de silicone industrial para travestis e transexuais, bem como estudos sobre mastectomia e histerectomia em homens transexuais e a implantação e implementação do Processo Transexualizador no SUS.</li> </ul>

Fonte: Sistematização da autora com base no documento em Brasil (2009b).

Parte destas propostas foram incorporadas na redação da PNSI-LGBT. Fundamentada nos preceitos legais que versam sobre o direito a saúde, a PNSI-LGBT foi instituída através da Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, tendo como objetivo primário promover a saúde integral dessa população, “eliminando a discriminação e o preconceito institucional, contribuindo para a redução das desigualdades e para consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo” (BRASIL, 2013).

A política condensa o movimento de luta e articulação dos atores envolvidos na defesa dos direitos das pessoas LGBT+s, visibilizando as vulnerabilidades e as particularidades que favorecem processos de adoecimento. Em sua redação, são definidos diversos objetivos e diretrizes voltados à ampliação, qualificação e à consolidação da atenção e do cuidado integral à saúde da população LGBT que

deveriam ser observadas na elaboração dos planos, programas e projetos de saúde (BRASIL, 2013).

Elencamos no Quadro 7 os objetivos e diretrizes dispostos no documento destacando aquelas que destinam-se especificamente às pessoas travestis e transexuais.

Quadro 7 - Objetivos e diretrizes da PNSI-LGBTs

<b>POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL LGBTs</b>	
<b>Objetivos específicos</b>	I - instituir mecanismos de gestão para atingir maior equidade no SUS, com especial atenção às demandas e necessidades em saúde da população LGBT, incluídas as especificidades de raça, cor, etnia, territorial e outras congêneres;
	II - ampliar o acesso da população LGBT aos serviços de saúde do SUS, garantindo às pessoas o respeito e a prestação de serviços de saúde com qualidade e resolução de suas demandas e necessidades;
	III - qualificar a rede de serviços do SUS para a atenção e o cuidado integral à saúde da população LGBT;
	IV - qualificar a informação em saúde no que tange à coleta, ao processamento e à análise dos dados específicos sobre a saúde da população LGBT, incluindo os recortes étnico-racial e territorial;
	V - monitorar, avaliar e difundir os indicadores de saúde e de serviços para a população LGBT, incluindo os recortes étnico-racial e territorial;
	<b>VI - garantir acesso ao processo transexualizador na rede do SUS, nos moldes regulamentados;</b>
	<b>VII - promover iniciativas voltadas à redução de riscos e oferecer atenção aos problemas decorrentes do uso prolongado de hormônios femininos e masculinos para travestis e transexuais;</b>
	<b>VIII - reduzir danos à saúde da população LGBT no que diz respeito ao uso excessivo de medicamentos, drogas e fármacos, especialmente para travestis e transexuais;</b>
	<b>IX - definir estratégias setoriais e intersetoriais que visem reduzir a morbidade e a mortalidade de travestis;</b>
	X - oferecer atenção e cuidado à saúde de adolescentes e idosos que façam parte da população LGBT;
	XI - oferecer atenção integral na rede de serviços do SUS para a população LGBT nas Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), especialmente com relação ao HIV, à AIDS e às hepatites virais;
	<b>XIII - prevenir novos casos de câncer de próstata entre gays, homens bissexuais, travestis e transexuais e ampliar acesso ao tratamento;</b>
	XIV - garantir os direitos sexuais e reprodutivos da população LGBT no âmbito do SUS;
	XVI - atuar na eliminação do preconceito e da discriminação da população LGBT nos serviços de saúde;
	<b>XVII - garantir o uso do nome social de travestis e transexuais, de acordo com a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde</b>

	<p>XVIII - fortalecer a participação de representações da população LGBT nos Conselhos e Conferências de Saúde;</p> <p>XIX - promover o respeito à população LGBT em todos os serviços do SUS;</p> <p>XX - reduzir os problemas relacionados à saúde mental, drogadição, alcoolismo, depressão e suicídio entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, atuando na prevenção, promoção e recuperação da saúde;</p> <p>XXI - incluir ações educativas nas rotinas dos serviços de saúde voltadas à promoção da autoestima entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais e à eliminação do preconceito por orientação sexual, identidade de gênero, raça, cor e território, para a sociedade em geral;</p> <p>XXII - incluir o tema do enfrentamento às discriminações de gênero, orientação sexual, raça, cor e território nos processos de educação permanente dos gestores, trabalhadores da saúde e integrantes dos Conselhos de Saúde;</p> <p><b>XXIII - promover o aperfeiçoamento das tecnologias usadas no processo transexualizador, para mulheres e homens;</b></p> <p>XXIV - realizar estudos e pesquisas relacionados ao desenvolvimento de serviços e tecnologias voltados às necessidades de saúde da população LGBTs</p>
<p><b>Diretrizes a serem observadas na elaboração do Planos, Projetos e ações de saúde</b></p>	<p>I - respeito aos direitos humanos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, contribuindo para a eliminação do estigma e da discriminação decorrentes das homofobias, como a lesbofobia, gayfobia, bifobia, travestifobia e transfobia, consideradas na determinação social de sofrimento e de doença;</p> <p>II - contribuição para a promoção da cidadania e da inclusão da população LGBT por meio da articulação com as diversas políticas sociais, de educação, trabalho, segurança;</p> <p>III - inclusão da diversidade populacional nos processos de formulação, implementação de outras políticas e programas voltados para grupos específicos no SUS, envolvendo orientação sexual, identidade de gênero, ciclos de vida, raça-etnia e território;</p> <p>IV - eliminação das homofobias e demais formas de discriminação que geram a violência contra a população LGBT no âmbito do SUS, contribuindo para as mudanças na sociedade em geral;</p> <p>V - implementação de ações, serviços e procedimentos no SUS, com vistas ao alívio do sofrimento, dor e adoecimento relacionados aos aspectos de inadequação de identidade, corporal e psíquica relativos às pessoas transexuais e travestis;</p> <p>VI - difusão das informações pertinentes ao acesso, à qualidade da atenção e às ações para o enfrentamento da discriminação, em todos os níveis de gestão do SUS;</p> <p>VII - inclusão da temática da orientação sexual e identidade de gênero de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nos processos de educação permanente desenvolvidos pelo SUS, incluindo os trabalhadores da saúde, os integrantes dos Conselhos de Saúde e as lideranças sociais;</p> <p>VIII - produção de conhecimentos científicos e tecnológicos visando à melhoria da condição de saúde da população LGBTs;</p> <p>IX - fortalecimento da representação do movimento social organizado da população LGBT nos Conselhos de Saúde, Conferências e demais instâncias de participação social.</p>

Fonte: Sistematização da autora com base em Brasil (2013).

O quadro nos mostra um conjunto de disposições que orientam para o reconhecimento e à promoção da cidadania de LGBT+ no âmbito da saúde, com

desenvolvimento de estratégias na esfera da gestão para a elaboração de mecanismos que visem coibir o preconceito e a discriminação nos serviços, a ampliação e qualificação destes de acordo com as necessidades e demandas de saúde de LGBT+ e o fortalecimento da participação e representação social nas instâncias que a competem. Parte destas relacionam-se e incidem sobre a assistência direta às pessoas trans-travestis, podendo ser trabalhadas/desenvolvidas na atenção primária às diretrizes concernentes aos itens I; IV e V. Dentre os objetivos, observamos que a APS poderia se configurar como terreno propício para o desenvolvimento e a articulação daqueles elencados nos itens: II; III; IV; V; X; XIII; XV; XVI; XIX; XX; XXI, principalmente por seu caráter preventivo, descentralizado e territorializado, além das diretrizes da adstrição e de primeiro contato que a fundamentam.

Um aspecto que nos chama a atenção se refere ao fato dos objetivos destinados especificamente às travestis e transexuais vincularem-se ao campo das IST/AIDS, que corrobora com a representação do imaginário coletivo em que as demandas e necessidades de saúde de travestis e transexuais são relacionadas e reduzidas às infecções sexualmente transmissíveis, reiterando o déficit de ações voltadas a este público capaz de incidir nas iniquidades de saúde (DUARTE, 2014).

Teixeira, Morais e Teixeira (2015), no que tange à condição de saúde de travestis, refletem que suas necessidades estão além desta e se relacionam dentre outras, ao “de silicone e suas possíveis consequências indesejadas, tais como: câncer de próstata; violência e suas consequências físicas e psicológicas; depressão e suas consequências” (TEIXEIRA, MORAIS e TEIXEIRA, 2015, p. 86).

A produção de cuidado em saúde, conforme tratamos na primeira parte do trabalho, articula diversos elementos que são engendrados com vista a desencadear o processo de cura, o bem-estar, e a redução de agravos de saúde. Nesse sentido, Duarte (2014, p. 90) sinaliza que a quebra de paradigmas do modelo biomédico decorrente das experiências adquiridas advindas da epidemia da HIV/AIDS e do processo transexualizador, em razão do reconhecimento dos direitos sexuais, da compreensão ampliada da saúde e do reconhecimento da diversidade sexual e de gênero na determinação social do processo saúde-doença, abre possibilidades para a produção de novas tecnologias e linhas de cuidados capaz de enfrentar as iniquidades em saúde dessa população.

Para tanto, há ainda desafios que necessitam ser superados no cotidiano do trabalho dos serviços de saúde para que o processo em ato se constitua de fato em um espaço potente de produção de saúde.

Dentro destes, Duarte (2014) sinaliza a presença do tabu e do medo de abordar assuntos relacionados ao campo das sexualidades. Assim, o autor percebe que a relação intercessora entre profissional-usuário é marcada por um silenciamento sobre estas questões, sendo abordada em determinados espaços e com determinados sujeitos, “exceto nos campos de HIV/AIDS e no processo transexualizador, como se somente nesses escopos o tema fosse legítimo”.

A constatação do autor vai de encontro com os achados de inúmeras pesquisas realizadas sobre a temática no âmbito da saúde. Reiterando-a, temos que as linhas de cuidados voltadas à população trans carregam a herança da década de 1980, no contexto da epidemia da AIDS. Tal herança tem reduzido o atendimento a esta população ao tratamento das infecções sexualmente transmissíveis (SANTOS, SILVIA e FERREIRA, 2019). Afora esta, salvaguarda a instituição do protocolo transexualizador, a atenção à saúde da população trans é irrisória.

É público e notório que as pessoas travestis e transexuais são historicamente alijadas de seus direitos enquanto cidadãs, enfrentado inúmeros obstáculos no acesso à saúde, educação, moradia, empregabilidade, assistência social, estando sob a égide da marginalização e exclusão social (OLIVEIRA e ROMANI, 2020; MONTEIRO e BRIGADEIRO, 2019; SANTOS, SILVA E FERREIRA, 2019; ROCON et al 2019; 2018).

Segundo Santos, Silva e Ferreira (2019), a população LGBTQ+ está entre o grupo de minorias sociais com menor acesso aos serviços de saúde e que não recebe a devida assistência. Já Rocon et al, (2020), aponta que dentre estes, a população travesti e transexual é a que mais enfrenta dificuldades no acesso por serviços de saúde, tanto pelas demandas específicas como no acesso aos serviços transexualizadores, quanto pelos episódios de discriminação presentes no cotidiano dos equipamentos de saúde.

Colaborando para este quadro, Oliveira e Romani (2020), ao buscar compreender como as trajetórias de pessoas transgêneros tem se constituído nas políticas públicas de saúde, evidenciam que o despreparo dos profissionais de saúde para atender demandas da população transexual tem se configurado como um elemento que aproxima essa população dos serviços especializados, em detrimento dos serviços da atenção básica. Segundo os autores, “o acesso aos serviços de saúde

de base territorial (Atenção Básica), na maioria das vezes, ocorre em razão da necessidade de conseguir um encaminhamento para esse ambulatório, ficando restrito a esses casos”.

No entanto, apesar de se pressupor um espaço com maior conhecimento sobre os aspectos da travestilidade e transexualidade, dado seu caráter de especialidade, nem sempre tais espaços se materializam na garantia do direito e no reconhecimento das identidades de gênero da população trans (ROCON et al, 2019).

A vivência de situações de discriminação e hostilidade nos serviços de saúde comprometem a perspectiva de um atendimento integral, público e de qualidade, livre de preconceitos e discriminação. A discriminação, o não reconhecimento da identidade de gênero, tem aparecido de forma unânime nos estudos realizados como elementos que estão presentes e atravessam o acesso dessa população aos serviços de saúde (MONTEIRO e BRIGADEIRO, 2019; ROCON et al 2018; 2019; SANTOS, SILVA, FERREIRA, 2019).

Outro elemento que se torna recorrente nos estudos e que impactam na busca da população trans pelos serviços de saúde diz respeito ao acolhimento – diretriz da Política Nacional de Humanização, presente em todas as fases do processo de trabalho em saúde. Segundo Rocon et al (2019) e Oliveira e Romanini (2020), a falta de um acolhimento adequado vivenciado nos serviços de saúde de forma geral constitui um dos fatores que tem afastado as pessoas transexuais e travestis dos serviços de saúde na medida que tais espaços têm materializado o desrespeito ao nome social e outras formas de discriminação e preconceito (ROCON et al, 2019).

No tocante à Atenção Primária de Saúde, os autores denotam, ainda, com base nos estudos realizados por Lima e Cruz (2016), que a ausência de uma articulação entre os níveis de atenção faz com que demandas “que poderiam ser acompanhadas pela atenção básica cheguem até a média e alta complexidade nos serviços transexualizadores, resultando em longas filas de espera por atendimento”. Contribui para este o fato de que o processo Transexualizador do SUS, que tem como foco a regulamentação dos procedimentos para a realização da readequação sexual, se constitui como o único serviço de atenção às demandas em saúde específicas da população transexual no Brasil. No entanto, este não é ofertado em todas as regiões do país, conforme apontam Rocon et al, (2019).

Mesmo após a ampliação do Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS) prever a implementação e a articulação com a atenção básica, está

pouco tem se concretizado. A falta de uma articulação entre os níveis de atenção, entre a atenção primária e processo transexualizador tem se constituído como limitadora do acesso (ROCON et al, 2019).

A patologização das identidades trans-travestis também tem sido apontada como elemento que interfere na procura, no acesso e no atendimento destes sujeitos, se constituindo em uma barreira em que ao mesmo tempo em que possibilita o acesso ao Processo Transexualizador, o limita, à medida que estabelece um conjunto de critérios vinculados a um diagnóstico que classifica como anormal as identidades de gêneros divergentes do binarismo presente no sistema sexo-gênero. Logo, podemos entender que o Processo transexualizador não é para todas as pessoas que se reconheçam como transexual/travesti, e sim aquelas que estão dispostas a submeter a um conjunto de procedimentos, a obedecer a critérios, regras e que tenha sua identidade validada como desviante pelo saber médico.

Para Tagliamento, (2015) as barreiras de acesso à saúde com as quais travestis e transexuais se deparam relacionam-se a fatores localizados na dimensão individual/intersubjetiva, social e pragmática, implicando na ampliação/diminuição da vulnerabilidade e no processo de adoecimento dessas pessoas. Para a autora, “as normas regulatórias de gênero atravessam as três dimensões da vulnerabilidade ao adoecimento, pois estabelecem relações de poder na vida cotidiana e no acesso a qualquer serviço, produzem a estigmatização e, conseqüentemente, um maior ou menor acesso aos serviços de saúde” (TAGLIAMENTO, 2015).

Nesse sentido, a autora pontua que a existência de políticas públicas e de legislações não é garantia de efetivação dos Direitos Humanos e sexuais das pessoas trans. Em seu cotidiano, elas esbarram na falta de preparo das(os) profissionais de Saúde, no fluxo de atendimento dos serviços e na falta de aceitabilidade dos serviços a suas vivências, suas experiências e seus modos de vida (TAGLIAMENTO, 2015).

Diante do exposto, podemos perceber que apesar do avanço no campo normativo, a existência de serviços e políticas públicas de saúde não tem sido efetivo para assegurar o direito à saúde das pessoas trans-travestis de forma eficiente. Este se relaciona antes de tudo com o reconhecimento dessas pessoas como sujeito de direitos<sup>12</sup>.

---

<sup>12</sup> A nossa concepção de direitos parte da perspectiva teórica que coloca no centro do debate o direito a ter direitos. Ver, por exemplo, Vera Silva Telles, Elizabete Jelin e Evelina Dagnino, que vão discutir direitos e cidadania atrelados a partir de Hannah Arendt, a concepção de direito a ter direitos. Essa

Destarte, retomamos que a produção do cuidado em saúde se relaciona a diversos elementos engendrados na articulação das distintas dimensões tecnológicas com vista a desencadear o processo de cura<sup>13</sup>, o bem-estar e a redução de agravos de saúde, pressupondo a articulação com os saberes instituídos nesse campo, o uso de ferramentas tecnológicas, e a articulação destes no processo de trabalho em saúde, que se materializa no encontro do profissional de saúde - usuário desse serviço.

Ao considerarmos os estudos realizados voltados ao cuidado em saúde das pessoas trans-travestis e os pressupostos da APS vemos que o cuidado em saúde na APS tem se desenvolvido em sua perspectiva mais restrita, de modo fragmentado, seletivo, centrado na doença e não no usuário, na contramão do que preconiza as diretrizes que conformam a atenção primária em sua perspectiva ampliada. Nessa esteira, a diretriz do acesso universal tem se esbarrado em barreiras que afastam as pessoas trans-travestis dos serviços e em critérios que orientam os protocolos a determinados procedimentos. Este por sua vez, contrapondo-se à perspectiva da integralidade, colabora para a fragmentação das necessidades de saúde do usuário, do cuidado ofertado e do próprio usuário - que é visto a partir de um determinado problema de saúde ou doença, haja visto as ações em saúde as população trans-travestis se limitarem expressivamente ao tratamento e prevenção de IST's e ao protocolo transexualizador.

O acolhimento inadequado, permeado muitas vezes por questões e aspectos morais, ao lado do despreparo técnico e de situações que expressam preconceito e discriminação, refletem nas relações desenvolvidas entre os sujeitos envolvidos no

---

abordagem discute e critica a noção liberal e individualista de direitos e cidadania e de como essas categorias políticas devem ser debatidas e demandadas numa esfera pública, res-pública, por movimentos sociais em que os direitos são definidos, demandados e concretizados a partir da participação de todos por meio de uma cidadania ativa. Implica relações de poder, nas quais sempre estão presentes, e relações de conflitos contraditórias e, por vezes, antagônicas. A justiça deve ser baseada na existência de um espaço para o debate público, e a participação na esfera pública torna-se tanto um direito quanto um dever. Os direitos estão sempre sendo rediscutidos e novos vão sendo demandados como, por exemplo, os reivindicados pelos movimentos negros, de mulheres, meio ambiente, população LGBT+ e outros, que demandam mais poder na esfera política. Aqui, a construção de uma sociedade com justiça social está atrelada ao rompimento das relações de dominação de classe, raça/etnia e gênero.

<sup>13</sup> Conforme aponta Mehry (1999), no campo da saúde, o objeto não é a cura ou a promoção e proteção a ela, mas a produção do cuidado, por meio do qual poderão ser atingidas a cura e a saúde, que são, de fato, os objetivos que se quer atingir.

processo do cuidado, comprometendo o estabelecimento de vínculos positivos entre o serviço, profissional de saúde e usuário, incidindo na longitudinalidade do cuidado.

Ante o exposto, vemos que são inúmeras as limitações e dificuldades enfrentadas para que a APS tenha condições de ser desenvolvida em seu potencial e em sua perspectiva mais ampla, o que expressa sobretudo a necessidade de imprimir uma nova racionalidade nos processos de trabalho em saúde, que dialogue com as necessidades do ser humano em suas múltiplas dimensões. Além desta, verifica-se a necessidade de se romper com a moral burguesa, conservadora e com os tabus construídos sobre o corpo e a sexualidade. Estes são uns dos principais desafios colocados para a consolidação de um novo modelo assistencial de cuidado, quando olhamos para o cuidado às pessoas trans-travestis, cuja direção do processo de trabalho, na dimensão relacional, tem a potencialidade de emergir as suas bases, provocando ruídos e fissuras no modo instituído de fazer saúde.

## **CAPÍTULO 4 - CUIDADO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA ÀS PESSOAS TRANS-TRAVESTIS EM LONDRINA – PR**

Apresentamos neste capítulo a exposição da análise dos dados acessados através da pesquisa de campo realizada com profissionais que atuam em algumas unidades de saúde que compõem a atenção primária no município e com as pessoas trans-travestis que participaram do presente estudo.

Considerando que os sujeitos participantes da pesquisa constituem grupos distintos, e que a análise das entrevistas se deu de acordo com estes, organizamos nosso texto em duas partes. Na primeira, “Do Lado de Cá: O Cuidado em Saúde na APS as Pessoas Trans-Travestis”, apresentamos a análise realizada a partir dos conteúdos expressados pelos profissionais de saúde. Nesta, situamos as compreensões tecidas pelos profissionais de saúde entrevistados sobre a dimensão de gênero e sexualidade; os elementos que atravessam a produção do cuidado em saúde às pessoas trans-travestis na APS em suas perspectivas; as necessidades de saúde identificadas, as dificuldades e limitações enfrentadas pelos profissionais de saúde no atendimento a estas, e as percepções destes sobre o cuidado na atenção primária as pessoas trans-travestis.

Seguindo a mesma estrutura empregada na análise das entrevistas dos profissionais de saúde, a segunda parte, “Do Lado de Lá - Percepções De Pessoas Trans-Travestis sobre o Cuidado e a Atenção à Saúde na APS de Londrina”, condensa a visão das pessoas trans-travestis que participaram do presente estudo sobre a atenção e o cuidado em saúde na dimensão profissional, privilegiando nesta a esfera da atenção primária. Além desta, situamos a compreensão das pessoas trans-travestis entrevistadas sobre saúde e cuidado, os aspectos que influenciam na condição de saúde; suas necessidades de saúde; os elementos que atravessam o cuidado em saúde e as dificuldades enfrentadas pelas mesmas nesse processo.

No intuito de preservar as identidades de todos os sujeitos entrevistados, no decorrer do texto os participantes serão identificados por letras seguida de numeral, sendo as pessoas trans-travestis por: ST01; ST02; ST03; ST04 e ST05, e os profissionais de saúde por: P1, P2, P3, P4 e P5.

#### 4.1 DO LADO DE CÁ: O CUIDADO EM SAÚDE NA APS AS PESSOAS TRANS-TRAVESTI NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

##### **4.1.1 Concepções e entendimentos dos profissionais sobre as discussões de gênero, sexualidade e diversidades**

Este eixo sistematiza os elementos que emergiram a partir de questões que buscavam identificar a concepção e a proximidade dos profissionais de saúde com a temática de gênero e sexualidade, categorias-chave que compõem parte do nosso objeto de estudo.

De forma geral, todos os participantes demonstraram possuir alguma proximidade com a temática, decorrente da busca própria pelo conhecimento específico, da ocupação de espaços de formação continuada, ou adquiridas pelas experiências estabelecidas no cotidiano nos espaços de trabalho e/ou nas vivências pessoais. Mesmo aqueles que sinalizaram possuir pouco ou nenhuma proximidade com os conceitos revelaram no decorrer da entrevista um grau de conhecimento, ainda que mínimo, sobre os elementos que perpassam o terreno das discussões de gênero e sexualidade.

Nesse processo, verificamos que estes conceitos são compreendidos de formas distintas pelos profissionais de saúde, estando algumas relacionadas à perspectiva histórica-social; as disseminadas pela ciência moderna hegemônica e sua tendência em classificar e categorizar sujeitos, práticas, fenômenos e processos sociais, outras correlacionadas às vivências pessoais, que refletem o conhecimento transmitido social e culturalmente. Temos, dessa forma, compreensões que dialogam com a perspectiva binária; com a perspectiva que se relaciona com a problematização desta, reconhece a limitação e a sinaliza como um sistema que organiza e tem estruturado as relações, as identidades sociais e sexuais, e aquelas que se organizam a partir dos símbolos estabelecidos culturalmente e que as aproxima da primeira.

Como comentado na primeira parte deste estudo, a perspectiva binária tende a compreender gênero a partir da dicotomia do sexo (macho-fêmea) e envolve a ele características atribuídas socialmente. Esta compreensão expressa elementos que sinalizam a forma como o conhecimento a respeito do corpo e do sexo foram sendo construído e classificado pela ciência moderna em uma concepção bicategorizante e

auto excludente entre masculino – feminino. Da mesma forma, compreende a sexualidade em função do sexo anatômico e das práticas sexuais.

óh quando fala gênero... vem assim, o gênero feminino e masculino né, agora... a sexualidade já é em relação ao homem e a mulher, acho que é mais anatômico, é isso...? não sei se tem a ver com a preferência sexual da pessoa (P1).

Ampliando o entendimento da perspectiva assinalada anteriormente, a concepção demonstrada no fragmento a seguir evidencia um entendimento a partir de uma perspectiva histórica-social na qual gênero se relaciona a uma dimensão mais ampla e expressa à maneira como a sociedade se organiza a partir dos atributos do sexo em masculino – feminino, não se limitando a esta.

gênero... é uma coisa, a nossa sociedade é muito binária né, então nós estamos acostumado com o gênero masculino e o gênero feminino, acho que ainda hoje a maioria das discussões giram em torno disso mas a gente sabe que o gênero é mais do que isso né, ele pode ser não binário também, mas a nossa sociedade é muito binária ainda, então questão de gênero assim, eu entendo como sendo assim, [...] nossa sociedade tenta padronizar modos de existência e aí as pessoas ficam meio perdidas por um tempo até encontrar algo que faça sentido (P2).

Complementando esta interpretação, tem-se também a ideia de gênero como um modo de expressão diante do mundo, demarcando neste o espaço da subjetividade, da identidade e da individualidade.

Eu acho que é uma forma de vida [...]. Cada um tem um gênero assim, um jeito de vestir, de se... de se pôr, de sexualidade, de... [...] na minha cabeça, não sei, no meu jeito de pensar, eu acredito que tenha um gênero diferente, de se portar, comportar, pensar, diante do mundo (P3).

Sobre a sexualidade, categoria distinta e interligada ao gênero, as respostas evidenciaram duas concepções: a já denotada anteriormente como reflexo do sexo anatômico e reduto das práticas sexuais, e a segunda como um complexo, uma dimensão da vida em que - para além das práticas sexuais, envolve afeto, prazer, sentimentos, desejo.

sexualidade é um contínuo de coisas... tem a ver com afeto, com sentimentos, com prazer, às vezes as pessoas entendem sexualidade só como prazer e não é... eu entendo a sexualidade como algo muito maior do que isso e que tem a ver com afeto mesmo... que as práticas sexuais elas são muito diversas... existem muitas possibilidades [...] eu entendo o conceito de sexualidade como algo muito além da parte sexual mesmo, tem a ver com afetos (P2).

Esta perspectiva alinha a sexualidade a uma dimensão ampliada, ao modo dos indivíduos se relacionarem consigo e com o outro, evidenciando nesta um campo de múltiplas possibilidades.

Um terceiro padrão de resposta identificado - e que se aproxima da perspectiva binária apontada anteriormente – relaciona tais categorias às identidades sexuais diversas da heterossexualidade, ao modo de eles se relacionarem com o outro e de se identificarem no mundo.

a gente atende um público, [...] de uma maneira geral, misto né... já atendi pacientes homossexuais, [...], homem, mulher, vice e versa. Casais de homens, casais de mulher, a experiência que eu tenho é desse nível (P4).

A ausência de uma compreensão precisa sobre estes conceitos foi outro ponto que se destacou em parte das falas dos profissionais, que evidenciaram a confusão que comumente se faz entre as dimensões de gênero e sexualidade na qual se define a segunda com aspectos da primeira.

sexualidade eu acho que é a parte mais fisiológica assim do ser né, é ele se adaptar com o que ele nasceu e com o que ele quer ser, sabe, assim, “eu sou... eu nasci com o órgão sexual masculino mas eu sou feminina”, então, é eu me portar de acordo que eu acho, com a minha cabeça assim, eu penso, “se eu sou feminina vou me portar como uma pessoa feminina independente de ter essa parte masculina”, [...] Tem a parte fisiológica da sexualidade e tem a parte mental, assim, psicológica, que é como é que você entende sua sexualidade, como é que você vai se portar a ela” (P3)

O entendimento acima, ao mesmo tempo que amplia a concepção de sexualidade, deslocando-a das práticas sexuais e do órgão genital, traz elementos da dimensão da identidade de gênero, construída a partir da identificação ou não com a identidade atribuída a partir do sexo anatômico, sendo pressuposto que carrega em si representações que organizam e localizam o sujeito no mundo.

Desdobrando-se deste processo, percebe-se que a compreensão sobre orientação sexual e identidade de gênero se embaralham nas falas de parte dos profissionais de saúde entrevistados. As pessoas travestis e transexuais foram, muitas vezes, associadas aos sujeitos da homossexualidade. Esta confusão aparece com mais evidência quando questionamos sobre a presença dos sujeitos trans/travesti no serviço de saúde ou quando são relatadas experiências no cotidiano destes.

- A gente está atendendo assim, sabe, essas mulheres homossexuais, elas se vestem igual homem, cortam o cabelo assim, eu vejo bastante (P3.).

- geralmente os homossexuais femininos, eles procuram bastante, [...] travesti não é tão comum... agora homossexual feminino, masculino, é mais comum (P3).

A tendência em compreender as pessoas transexuais (expressão da identidade de gênero) a partir do referente da homossexualidade (orientação sexual) decorre, de acordo Zambrano (2011), do desconhecimento, da incompreensão destas e da tentativa de encaixá-los em identidades mais próxima e inteligível possível. Percebe-se aqui uma ausência de parâmetros que permita compreender a transexualidade como uma identidade de gênero inteligível, e a identidade de gênero deslocada do sexo anatômico.

Além deste, verificou-se também em alguns diálogos à predisposição de compreender o gênero dos sujeitos a partir da referência do sexo biológico, mesmo quando se reconhece a possibilidade de transgredi-la. Falamos aqui das situações nas quais os profissionais partiram do sexo biológico para se referenciar as pessoas trans seguido do prefixo trans, e não do gênero com o qual os sujeitos se reconhecem.

- a gente já teve mulher trans gestante... então a gente sabe de algumas no território... (P5)

- Algumas vezes a gente vai fazer o preventivo dessa mulher, só que ela mudou na receita federal o nome, está como homem a gente não consegue lançar no sistema porque ela está como masculino, é uma coisa meio complexa assim sabe (P3).

Segundo Bento (2006, p. 44), a referência aos sujeitos trans pelo sexo biológico retoma a lógica da patologização e o saber médico que “nomeia as pessoas que passam pelo processo transexualizador de mulher para homem, de ‘transexuais femininos’, e de homem para mulher, de ‘transexuais masculinos’”. De acordo com a autora, esse raciocínio sinaliza que

mesmo passando por todos os processos para a construção de signos corporais socialmente reconhecidos como pertencentes ao gênero de identificação, os/as transexuais não conseguiram descolar-se do destino biológico, uma vez que o gênero que significará "transexual" será o de nascimento (BENTO, 2006, p. 44).

Na contramão desta, esteve presente dentre as falas também o reconhecimento das pessoas trans pela forma que elas se sentem, localizam e se reconhecem. Nesta ‘mulher trans’ ou transexuais femininas faz referência às pessoas que se identificam e se reconhecem dentro do referencial feminino, nas palavras de Bento (2006, p. 44), “que se definem e se sentem mulheres”, e os transexuais

masculinos/homem trans aquelas que se situam dentro do gênero masculino, sendo um dos critérios deste a autodefinição, as narrativas e subjetividades dos sujeitos.

eu nunca atendi alguém que falou “eu sou travesti” sempre fala eu sou trans” homem trans, mulher trans.... é uma denominação que a pessoa que se dá né... e eu nunca atendi travesti... (P2).

Temos aqui uma concepção que dialoga com autores que entendem a identidade de gênero a partir de uma perspectiva que considera as relações e o modo como o sujeito se coloca e se reconhece no mundo, para além do sexo, da dualidade masculino - feminino.

As diferentes formas de se compreender as dimensões de gênero e sexualidade e as identidades por ela articulada indica que não se trata de uma categoria dada, fixa e universal. Elas nos mostram que o conhecimento a respeito de tais categorias tem se ancorado nas compreensões presentes sobre o sexo e gênero, pautado por diferentes elementos, e que se desdobram em entendimentos mais alinhadas a uma perspectiva histórico-social, a uma pautada na ciência moderna conservadora, e aos signos e símbolos culturais.

Outro aspecto observado nas falas dos profissionais entrevistados diz respeito às confusões que são realizadas em torno dos termos na qual algumas compreensões manifestaram leituras a respeito das categorias gênero e sexualidade que não correspondem com o campo conceitual da mesma. Assim por vezes gênero e sexualidade tiveram seus conteúdos trocados ou confundidos. De acordo com Mathieu (2014), estas decorrem da ausência de uma melhor definição dos conceitos e das fronteiras entre sexo e gênero.

Parte dessas confusões se relaciona com a ambiguidade das noções de sexo (organização mental de ideias e de práticas), que implicam uma sobreposição prescrita do sexo biológico e ao sexo social, na qual “opõe-se geralmente o sexo, como aquilo que teria a ver com o “biológico”, e o “gênero”, como o que teria a ver com o “social” (MATHIEU, 2014, p. 177).

Na tentativa de compreender os pontos de divergências, as adequações e inadequações presentes nos fenômenos da articulação sexo-gênero em diferentes organizações sociais, Mathieu (2014, p. 179) identificou 3 modos distintos de conceituar a relação entre sexo e gênero: *a identidade sexual; a identidade sexuada e a identidade de [classe de] sexo*. Em cada um destes modos a autora situa que foi possível diferenciar:

Uma problemática da identidade pessoal em sua relação com o corpo sexuado e com a sexualidade, mas também com o estatuto da pessoa na organização social do “sexo”; uma estratégia das relações entre os sexos; uma concepção da relação entre sexo biológico e sexo social (ou entre sexo e gênero); uma definição da relação entre hétero e homossexualidade, ou, dito de outra forma, da relação entre sexo, gênero e sexualidade.

A partir da problemática da identidade pessoal a autora sistematiza os modos pelos quais o sexo e gênero se articulam, situando os sentidos e significados que eles adquirem dentro da organização social de diferentes culturas.

Na identidade sexual há o alinhamento entre sexo e gênero, na qual geralmente se tem uma adequação do sexo social (gênero) ao sexo biológico. O sexo (dado biológico) aqui é interpretado como um destino sobre o qual se construirá a identidade de gênero. Nesta perspectiva o gênero traduz o sexo o que prevalece são as características biológicas e psicossociais dos indivíduos. Esta leitura fica mais fácil de ser compreendida quando relacionamos o sujeito masculino/feminino a figura do homem/mulher respectivamente, sendo o homem aquele que possui órgão sexual masculino, e a mulher o órgão sexual feminino. Aqui a identidade pessoal, a ordem simbólica e social é fundada pela diferença dos sexos, em uma lógica bicategorizante e *hetero-sexual*, (MATHIEU, 2014).

Esta forma de compreender a articulação sexo-gênero é bastante presente nas sociedades ocidentais e podemos identificá-la em partes dos relatos retratados acima, principalmente aqueles que se remetem a perspectiva de gênero e sexualidade a partir do dado do sexo biológico, ao masculino e feminino. As inadequações e transgressões desse sistema são compreendidas a partir das ciências médicas e biológicas como patologia ou desvio. Decorre desta a definição da identidade do “transexual verdadeiro”, aquela que seguindo os manuais científicos, se comporta, se identifica, se reconhece, e se relaciona com o sexo oposto, se esbarrando na compreensão da psiquiatria. A adaptação do sexo ao gênero nesse modo caracteriza-se como possibilidade que se coloca na busca de alcançar a normalidade representada pela heterossexualidade (MATHIEU, 2014).

No entanto, esta não é única forma de compreender a adequação-inadequação presente na articulação sexo-gênero. Em seu estudo Mathieu (2014) identifica em diferentes culturas e organizações sociais, que a mesma se mantém a partir de outros elementos, como classe social, signos, rituais e símbolos, sendo as inadequações compreendidas e toleradas a partir da estrutura e das representações sociais. Da mesma forma a adaptação do sexo pelo gênero presente em outras sociedades se

relaciona com os símbolos, crenças, rituais, a figura social, próprias de determinadas culturas. Ainda assim em ambas as situações o foco reside no sexo biológico. Na maior parte das sociedades estudadas é ele que determina o gênero, mas é ele também que é problematizado.

O segundo modo de conceituar a articulação de sexo-gênero identificado por Mathieu (2014) denominada de identidade sexuada possui como principal referência o gênero e dialoga com processo pelo qual as representações sociais sobre o dado biológico passaram a se configurar como uma questão coletiva. Nesta a identidade pessoal é “fortemente ligada a uma forma de consciência de grupo”, na qual se tem uma consciência “da imposição de comportamentos sociais às pessoas sobre a base do seu sexo biológico” (p, 187). A tendência de bipartição de gênero e de sexo presente na identidade sexual se mantém na identidade sexuada, no entanto, ao contrário da primeira, a adequação entre estes é compreendida aqui mais como um símbolo da cultura do que da natureza. Esta por sua vez admite uma maior flexibilidade de comportamentos entre os sexos.

A identidade de sexo, ao contrário dos modos anteriores que situa a articulação do sexo-gênero a partir da adequação e da bipartição do sexo-gênero, tem como referência a heterogeneidade do sexo e do gênero e a recusa da “hierarquia do gênero” construída a partir da definição “biológica do sexo”. Nesta a articulação entre sexo-gênero é percebida mais como uma “*correspondência sócio-lógica e política, do que naturalista*”. Em contrapartida sua análise se dá em uma perspectiva materialista das relações sociais de sexo construídas em função da definição ideológica do sexo biológico e o modo como diferentes sociedades a manipulam para a diferenciação social (MATHIEU, 2014, p. 205).

Parte deste modo de compreender a articulação entre sexo-gênero está presente no entendimento de uma das entrevistadas que reconhece como possível outras identidades para além da concebida pela lógica da bicategorização do sexo – gênero. Contudo, de forma geral as falas demonstram a ausência de elementos, signos e símbolos culturais que permitam compreender gênero e sexualidade - bem como a articulação e desarticulação do sexo-gênero - de forma deslocada do campo biológico e das “verdades” disseminadas muitas vezes pela ótica e estética normativa da ciência moderna.

Ainda assim chamamos a atenção para o fato de que apesar deste há na elaboração dos documentos oficiais que direcionam a política de saúde a definição

dos elementos que se relacionam com as discussões de gênero e sexualidade, como diversidade, identidade, expressão, orientação entre outros, aqui trabalhados. Em um processo de constante revisão percebe-se que as normativas têm compartilhado na compreensão destes conceitos uma definição mais alinhada à perspectiva cultural/sociológica, do que biológica.

#### **4.1.2 Atenção E Cuidado Em Saúde As Pessoas Trans-Travestis Na Aps**

A segunda parte da entrevista com os profissionais da saúde buscou compreender a atenção e o cuidado às pessoas travestis e transexuais nas unidades de saúde selecionadas e os elementos presentes nestas, considerando o processo de trabalho em saúde e as diretrizes da APS.

Para este foram levantadas questões que tinham o intuito de identificar a partir da experiência do profissional de saúde como é o atendimento na unidade aos sujeitos trans-travestis, suas impressões, o fluxo de atendimento, às demandas que mais aparecem nos serviços e os principais encaminhamentos realizados. Além disso, compreendendo que os serviços de saúde são organizados por normativas e protocolos altamente prescritivos, e que a saúde trans apresenta algumas particularidades, procuramos identificar também junto aos profissionais a existência ou não de documentos que orientem sobre o acesso e o cuidado à saúde das pessoas trans, bem o conhecimento dos profissionais sobre estes.

Os conteúdos que emergiram nas respostas dos participantes apontaram para alguns elementos que compõem o processo de trabalho em saúde, especialmente os relacionados às tecnologias leves e leves-dura, como o espaço do vínculo na relação estabelecida no encontro entre trabalhador e usuário trans e a necessidade de se compreender o usuário em sua integralidade; a ausência de conhecimento de fluxos e de protocolos que orientem sobre atenção integral à saúde das pessoas travestis e ou transexuais, e por fim para a organização do cuidado, da atenção à saúde e do atendimento às pessoas trans nas unidades de saúde.

Conforme esperado pelo critério de seleção estabelecido para a coleta de dados da pesquisa de campo, todos os profissionais de saúde que participaram das entrevistas relataram ter ou já terem tido contato com pessoas transexuais na sua

rotina de trabalho, alguns com mais frequência do que outros em razão da procura espontânea dos sujeitos às unidades de saúde.

Um ponto observado nesse processo foi a não identificação e/ou a ausência das pessoas travestis pelos profissionais de saúde nas unidades de saúde em que atuam. Esta questão foi até pontuada em alguns momentos junto aos entrevistados, no entanto, apesar de terem conhecimento da existência de pessoas travestis no território, informaram que elas quase não buscam a unidade de saúde. Esse dado pode estar relacionado com a dificuldade de se interpretar as identidades travestis, sendo às vezes compreendida a partir da transexualidade ao mesmo tempo em que pode também sinalizar o não acesso das pessoas travestis às unidades de saúde.

Tendo isso em mente, e considerando as experiências que advém destas identidades se dão de maneira particular, a análise deste eixo se remeterá a questões relacionadas à atenção à saúde das pessoas trans especificamente. A análise sobre o acesso à saúde de travestis será abordada em um segundo momento, a partir das experiências destas pessoas nos espaços e serviços de saúde.

#### **4.1.3 O espaço do vínculo, do acolhimento e da integralidade na produção do cuidado**

Iniciando com a forma com que os profissionais situam a experiência no atendimento às pessoas trans, temos que apesar destes relatarem que o atendimento se dá de forma “*normal, como todo mundo*” sem distinção em razão da identidade de gênero, foi possível perceber que alguns relatos se referem ao atendimento às pessoas trans de forma mais tranquila, outros que denotam em sua compreensão uma certa dificuldade dos sujeitos compreenderem o fluxo, a rotina, a limitação e a dificuldade dos profissionais de saúde que atuam nas unidades, e paralelo a este, outros percebem uma resistência e um receio dos sujeitos trans em buscar os serviços em função de violência sofrida em outros espaços.

Para além de sinalizar como os profissionais de saúde comentam a experiência do atendimento aos sujeitos trans em razão da postura dos profissionais e dos usuários trans, um dos pontos em comum que podemos destacar nas falas é a referência ao vínculo estabelecido entre o profissional - usuários trans no processo de trabalho

- para mim eu acho normal [...] eu não tenho uma dificuldade... como a gente trata de uma maneira geral aqui, de uma população que não é desse tipo, que a população é bem pequena, que é um público que está começando a frequentar os postos, então é uma experiência boa [...] é gostoso de conversar com eles. Né, não em todos... mas a maioria que eu atendo é muito bom de se conversar. [...] e às vezes você vai conversando e eles criam uma certa afinidade para você e acaba eles mesmo expondo a vida para nós, é gostoso, eu pelo menos, a minha experiência foi boa, (P4).

- ah sempre tem, é... alguns se mostram mais, outros menos, mas assim, sempre tem alguém que é conhecido, tanto na região como na UBS, [...] teve uma época que eu era até a referência assim, acabava aparecendo bastante, porque assim, eu dava toda liberdade, conversava, [...], e elas acabam criando um vínculo, [...] acabei virando referência. [...], (P5).

Embora o vínculo seja mencionado nas falas como desdobramento da relação estabelecida no processo de produção do cuidado, podemos compreendê-lo como parte destas à medida que é a partir dele que o trabalho e o cuidado em saúde podem se constituir.

- a gente atende.... tem alguns... inclusive alguns pacientes ficam sabendo que lá [...] vão ser acolhidos, que vão ser respeitados, e ainda assim não é perfeito, de vez em quando uma ou outra ainda chama pelo nome civil, de vez em quando tem perrengue, mas já é um pouco melhor, assim, eu acredito né.... e o grande desafio é tornar esse tipo de atendimento universal, colocar os princípios do SUS.... (P2).

Estudos que situam a centralidade e a potencialidade do vínculo no processo de produção de cuidado apontam o mesmo como “um dos componentes operacionais que compõem as necessidades de saúde”. Este ainda é definido como diretriz operacional nos principais documentos que orientam a política de saúde e que permite a materialização dos princípios do SUS (Seixas e outros, 2017, p. 2). Na PNAB o vínculo perpassa ainda parte dos pressupostos dos princípios, dos fundamentos e diretrizes da atenção básica. Nesta o vínculo é situado como produto da “construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde [...], construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico”, (BRASIL, 2011).

Dentre os princípios da atenção básica podemos identificar o espaço do vínculo no conteúdo disposto do princípio relativo a universalidade, o qual pressupõe que “as equipes que atuam na atenção básica nas UBS devem receber e ouvir todas as pessoas que procuram seus serviços, de modo universal [...] e a partir daí construir respostas para suas demandas e necessidades” (BRASIL, PNAB, 2017, p. 7, grifos nossos).

O vínculo aparece como parte e componente do processo de reconhecimento das necessidades de saúde e da produção do cuidado de forma mais nítida no rol descritivo das diretrizes da AB no que tange a população adscrita, a resolutividade e a longitudinalidade do cuidado. Nestas, temos na população adscrita a previsão do “desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado e com o objetivo de ser referência para o seu cuidado”. Na longitudinalidade do cuidado “a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente”, e na resolutividade a previsão da “articulação das diferentes tecnologias através de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções centrada na pessoa para alcançar uma atenção básica resolutiva” (BRASIL, PNAB, 2017).

Cecílio (2009), sobre “A morte de Ivan Ilitch”, de Leon Tolstói, fornece elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado” situa a capacidade de estabelecer um bom vínculo entre profissional-paciente como um dos componentes essenciais que constituem a dimensão profissional da gestão do cuidado, ao lado da postura ética, da competência e saber técnico do profissional de saúde.

A partir do conto de Tolstói<sup>14</sup>, o autor traça um paralelo com a gestão do cuidado na dimensão profissional demarcando a potencialidade da relação e do vínculo estabelecido nos encontros entre trabalhador - usuário, podendo esse colaborar para o desenvolvimento de práticas criativas que dialoguem com as necessidades de saúde dos pacientes prezando a autonomia destes, ou para o risco de captura desse espaço na condição do cuidado prescritivo, padronizado, que dialoguem mais com as necessidades da doença e com o saber médico.

O vínculo, segundo Seixas et al (2017, p. 2), implica “no conhecimento das histórias de vida dos usuários e constituiria algo que precisa ser permanentemente construído entre trabalhadores e usuários”. Seu desenvolvimento é determinado pelo

---

<sup>14</sup> Em linhas gerais, o conto descreve a relação desenvolvida no encontro entre dois atores marcados por diferentes posições sociais, a de senhor e de servo, decorrente de um processo de adoecimento, mas que, em função da relação desenvolvida, tem-se o desenvolvimento de estratégias de alívio da dor pouco convencionais, ainda não reconhecidas pelo saber médico, colaborando para a produção de mais qualidade de vida, a partir do exercício da criatividade e da relação estabelecidas entre os sujeitos.

contexto de trabalho em saúde e pela forma com que as relações são estabelecidas entre os trabalhadores e usuários.

Diante do exposto e considerando os recortes trazidos das falas dos sujeitos entrevistados podemos compreender ainda que o vínculo se relaciona diretamente com o acolhimento e com a postura do profissional de saúde frente ao usuário trans e suas demandas, podendo se fazer determinante para a busca ou afastamento do usuário do serviço de saúde em razão dos afetos mobilizados nos encontros entre trabalhador de saúde – usuários trans.

- tem uma grande maioria que [...] portam de uma maneira que tudo está indo contra eles [...] não pode esperar, tem que passar na frente de todo mundo, porque se não começa a fazer escândalo, tem muito isso, [...] porque a gente tem, tem um tempo de espera... a gente não é mil maravilhas né, é um serviço público, então, por mais que a gente tente, a gente tem as nossas dificuldades né... e já teve problema também por conta do nome social... de brigar com funcionário, de achar que está fazendo de propósito e chamar do nome, já teve tudo isso que eu me lembre assim, no atendimento né.. (P5)

- as pessoas trans já sofrerem tantas coisas, em tantos serviços, que as vezes elas realmente chegam no serviço com o pé atrás, [...] achando que ela é maltratada né, e geralmente ela é mesmo, aí ela já faz um barraco, e daí todo mundo fala, “aí esse povo é muito estressado”, mas não, é que é um povo muito sofrido (P2).

Relacionados ao acolhimento (como atitude e uma das etapas iniciais do processo de trabalho em saúde), os fragmentos acima trazem de forma paralela diferentes perspectivas sobre a forma como os profissionais de saúde compreendem a postura das pessoas trans nos serviços de saúde. A primeira nos mostra uma percepção que particulariza/individualiza a experiência de alguns usuários trans na unidade de saúde e a relaciona com a dificuldade de compreensão deste sobre o fluxo e a rotina da unidade. Em uma perspectiva mais ampla, a segunda a correlaciona como reflexo das experiências negativas vivenciadas em outros espaços e serviços, marcadas geralmente por hostilização, preconceito e discriminação.

No segundo fragmento podemos perceber ainda uma compreensão que localiza a identidade e expressão de gênero como elementos que atuam junto aos determinantes de saúde e que impactam no sofrimento e na qualidade de vida. Assim destacamos no cotidiano de trabalho a importância do vínculo, do acolhimento e da integralidade para a produção do cuidado e compreensão das necessidades de saúde dos sujeitos trans, sendo o último inclusive caracterizado como um dos atributos essenciais da atenção primária à saúde.

Além das perspectivas denotadas, os relatos compartilhados nos permitem evidenciar também na postura das pessoas trans uma atitude política capaz de se articular uma estratégia de acesso, encontrando na subversão uma forma de alcançar visibilidade e, no imperativo da manutenção da ordem, de se obter acesso ao atendimento que se busca. Diante deste, a partir das contribuições de Franco, Bueno e Merhy (1999) e Cecílio (2009), refletimos que situações inusitadas, que visam subverter o instituído, abre possibilidades para que o agir, as práticas e o processo de trabalho em saúde sejam repensados podendo ainda causar ruídos no modelo de atenção.

Outro elemento importante a ser observado nesse processo diz respeito ao reconhecimento do nome social. O mesmo será abordado com mais atenção no tópico seguinte, quando analisamos o atendimento às pessoas trans-travestis e o reconhecimento da identidade de gênero. No entanto, aproveitamos a oportunidade para situar que a compreensão da dimensão de gênero e sexualidade como aspectos que impactam na qualidade de vida das pessoas trans-travestis assim como os elementos que perpassam o processo saúde-doença, o reconhecimento da identidade de gênero e das necessidades de saúde das pessoas trans-travestis mobiliza a necessidade de um conhecimento que considere o sujeito em sua integralidade, particularidade e especificidades.

Nesse aspecto chamamos a atenção para a ausência de conhecimento da maior parte dos profissionais de saúde entrevistados sobre os documentos, cadernos, protocolos e normativas que direcionam o atendimento, a atenção e o cuidado à saúde trans-travestis

- Eu acho que deve ter, mas eu nunca li. [...] agora, recentemente, na semana passada nós recebemos que a gente vai ter um fluxo né (P3).

- Olha a gente tem sim, a gente recebeu, a gente recebe orientações pontuais, que são comunicados internos, mas se eu te falar assim ... não lembro, se tem um protocolo do ministério (P5).

- Existe a política nacional, que tem bastante coisa, existe protocolo de outros municípios, de outros estados, [...] nós estamos montando o protocolo de Londrina, mas a gente precisa organizar fluxos né em londrina, [...] e deixar bem certinho a questão de acompanhamento, exame, acolhimento, acesso, tudo certinho (P2).

Sobre o conhecimento e a apropriação de documentos que direcionam o cuidado à saúde trans, observa-se que há um desconhecimento parcial e um desnivelamento sobre estes entre os profissionais que atuam na atenção primária, no

qual alguns demonstraram uma maior proximidade com os documentos enquanto outros demonstraram sequer conhecer a existência destes. Importante situar que nosso olhar para essa questão não vem na perspectiva de padronizar os processos de trabalho que se dá no espaço privado do encontro intercessor entre usuário e profissional de saúde, mas sim na perspectiva de a partir da qualificação e sensibilização dos profissionais para as particularidades e individualidades que a atenção à saúde trans possa requerer, capaz de influenciar na compreensão das necessidades de saúde destes e na produção do cuidado.

A partir das falas, podemos inferir que a não apropriação dos documentos pode estar relacionada muitas vezes à rotina institucional, ao nível do envolvimento dos profissionais com a temática, e ou ainda ao repasse/comunicação das informações entre os profissionais. São aspectos que para além da sensibilização da temática na divulgação e repasse dos materiais precisam ser observados na produção do cuidado à saúde trans, e que estão relacionados ao processo de educação permanente em saúde.

As falas dos profissionais sinalizam também para a movimentação que o poder público municipal tem realizado voltado para a atenção à saúde trans-travesti, na qual se destacam: a discussão a construção do protocolo municipal, a organização de fluxos e serviços para o atendimento às demandas específicas, como o ambulatório trans de Londrina. No entanto, é importante situar que está se faz em razão da mobilização de representantes da organização da sociedade civil e dos profissionais envolvidos com a discussão dos direitos das pessoas LGBTQ+ no município no âmbito da saúde, junto ao poder público.

Depois de tudo o que eu falei... o que faltou talvez é dar destaque para os movimentos sociais mesmo, porque se não existisse a pressão deles, a coisa do que "estou aqui, eu existo e preciso ser cuidado" isso não teria entrado em pauta, [...] então assim, essa mobilização... e essa luta deles eu nem sei de quando é, porque é muito antiga [...], então são pessoas que estão nessa luta faz muitos anos né, então o mérito disso é 197 mil por cento deles, porque se não tivesse essa demanda, via conselho municipal de saúde, pressão na câmara dos vereadores, se não tivesse isso, isso não estaria saindo... (P2).

Complementando este fato, os espaços de participação e controle social foram pontuados pelos profissionais como a esfera em que são realizadas as discussões no âmbito da política sobre o cuidado e o acesso à saúde da população trans-travestis, refletindo a organização política da comunidade LGBTQ+ no município de Londrina.

Nesse sentido, destacamos a importância dos espaços coletivos, conferências e conselhos, para a construção da política de saúde alinhada às reivindicações e necessidades da população, em particular, as das pessoas travestis e transexuais. Conforme assinalam Arán, Murta e Lionço (2009, p. 1146) “a gestão participativa e o protagonismo do movimento social são fundamentais para que ações em saúde venham a responder e espelhar as reais necessidades e os valores específicos de diferentes grupos sociais, consumando a proposição de modelos de atenção justos rumo à equidade”.

#### **4.1.4 A Organização E O Cuidado Em Saúde As Pessoas Trans-travestis Nas APS**

Adentrando a dimensão organizacional da gestão do cuidado em saúde, apresentamos os dados expressos nas falas dos profissionais de saúde que se relacionam com o modo com que as unidades de saúde organizam e operam o cuidado às pessoas trans. Nesse sentido, buscamos identificar, a partir das questões orientadoras, como as pessoas trans chegam no serviço e como são reconhecidas pelos profissionais, como se dá o registro das informações dos pacientes, quais as demandas mais recorrentes apresentadas pelos usuários trans, o potencial de resolutividade da unidade em relação a estas, o fluxo de encaminhamento e as dificuldades percebidas pelos profissionais de saúde.

Para tanto, tomamos como referência a premissa legal de que os serviços que compõem a atenção primária se constituem como a principal porta de entrada para a rede de atenção à saúde e de que uma APS fortalecida se estrutura a partir de algumas diretrizes, a qual destacamos aqui a atenção no primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e a coordenação da atenção. Tendo esses elementos como referência, buscamos traçar o caminho do atendimento às pessoas trans-travestis nas unidades em que atuam os profissionais de saúde entrevistados.

A atenção no primeiro contato implica no reconhecimento da atenção primária, tanto da população referenciada quanto da equipe que nela atuam, como o “primeiro recurso a ser buscado quando há uma necessidade ou problema de saúde”. Este deve ser acessível e resolutivo. Ou seja, deve se organizar de forma que possibilite a população acessá-la considerando as características do território, localização

geográfica, aspectos econômicos, socioculturais, a organização da oferta, estrutura dos serviços, e os aspectos que dificultam e ou facilitam a busca e o acesso aos mesmos (OLIVEIRA e PEREIRA, 2013).

Para além do aspecto organizativo da rede de atenção à saúde, entendemos o primeiro contato como parte constitutiva do processo de trabalho em saúde, na qual a produção do cuidado em saúde tem seu início, na busca do usuário à unidade de saúde. Diante destes, questionamos os profissionais de saúde sobre como tem se dado a busca do serviço de saúde pelas pessoas trans, o primeiro contato deste usuário com a unidade, e a partir deste como o serviço se organiza para o atendimento dos sujeitos trans-travestis e suas necessidades de saúde. A análise dos dados coletados é apresentada a seguir.

#### 4.1.4.1 busca, acesso e o reconhecimento da identidade de gênero e do nome social no atendimento às pessoas trans-travestis

Retornando nosso foco para primeiro contato enquanto o reconhecimento da unidade de saúde como primeiro ponto de contato com a rede de saúde, identificamos que a busca das pessoas trans aos serviços ofertados na unidade básica de saúde se dá de forma espontânea, sendo porta aberta à população, independente de encaminhamento, referência/contrarreferência. No entanto, o reconhecimento desta e a busca das mesmas aos serviços para atendimento de questões relacionadas à saúde trans, a hormonização, ou como denominada por alguns, a terapia hormonal de afirmação de gênero é algo que passou a acontecer recentemente.

A recente vinculação das pessoas trans às unidades de saúde para a hormonização foi citada pelos profissionais como decorrente do encerramento de um serviço voluntário que prestava atendimento ambulatorial às pessoas trans de Londrina e região. Tratava-se de um serviço sem relação com a secretaria municipal de saúde de Londrina desenvolvido voluntariamente, no qual, segundo relatos, eram atendidas aproximadamente 300 pessoas. Mediante o encerramento de suas atividades, estas foram referenciadas às unidades de saúde para seguir com acompanhamento hormonal e renovação de receitas. Ainda de acordo com relatos dos entrevistados e de sujeitos considerados informantes-chave com os quais a pesquisadora teve acesso, o ambulatório voluntário trans atuava no atendimento da

especialidade médica, na prescrição de hormônios e no processo de referência ao Centro de Pesquisa e Atendimento a Travestis e Transexuais do Paraná – CPATT<sup>15</sup>, cujo tempo de espera na fila para atendimento possui uma estimativa de 2 a 3 anos.

Ainda que não pertencente à rede de atenção à saúde pública do município, o trabalho desenvolvido pelo ambulatório voluntário se tornou um serviço de referência para a atenção às pessoas trans, sendo reconhecido e apontado como tal pelos profissionais entrevistados. Na análise de um/uma do/as das profissionais entrevistados/as o redirecionamento das pessoas acompanhadas pelo mesmo às unidades de saúde do território foi um processo muito difícil, marcado por desrespeito, preconceito, transfobia, no qual as pessoas trans se deparam com profissionais despreparados tanto em relação ao reconhecimento da identidade de gênero, quanto nos procedimentos técnicos.

No tocante às outras necessidades de saúde, as falas evidenciam que a busca pelo serviço tem se dado de forma pontual, quando já se tem um problema de saúde, ou se está investigando algum quadro de adoecimento. Poucas são as unidades em que profissionais de saúde relataram ter dentre a população adstrita pessoas trans referenciadas e acompanhadas de forma regular.

Acreditamos que a forma com que se dá o registro do cadastro dos sujeitos trans e o reconhecimento da identidade de gênero pode influenciar a busca, o acesso e a permanência destes no serviço de saúde. Nesse sentido, verificamos que o registro das informações e do cadastro das pessoas referenciadas se dá de forma informatizada, nos PECs - Prontuários eletrônicos – o qual dispõe de um campo para identificação do nome social, sendo definido como “aquele pelo qual o paciente se identifica e deseja ser chamado”. Os profissionais ainda demonstraram propriedade sobre o processo para inserção deste no sistema, a alteração no sistema nacional de saúde e emissão do cartão nacional do SUS com o nome social e a dispensação de retificação junto à receita federal ou qualquer outro órgão.

- tem que fazer um cartão sus com nome social, tem que alterar o nome social no SaúdeWeb que onde a gente vê os exames, e no PEC que o prontuário eletrônico.... mesmo pessoas que não retificaram seu CPF ainda podem e devem ter o nome social respeitado, e na emissão do cartão sus existe a possibilidade de colocar nome social mesmo sem ter retificado CPF, RG, só que muitos administrativos não respeitam, falam “cadê seu CPF retificado?”

---

<sup>15</sup> Localizado em Curitiba (PR), o CPATT é um serviço vinculado à Secretaria de Estado da Saúde (SESA) do Paraná de referência para a atenção à saúde da população travesti e transexual de todo o Estado, com indicação para a realização do processo transsexualizador.

Cadê seu documento retificado?” [...] então é bem difícil assim. E aí por exemplo, quando o CPF tá retificado, não sobra nenhum vestígio que a pessoa é trans, [...] agora se não tá... aparece o nome civil, é aí embaixo o nome social, então o profissional que vai chamar, ele tem que ter a mínima sensibilidade de olhar aquela carteirinha e ver que tem o nome social embaixo, se não ela grita o nome civil primeiro (P2).

- quando a pessoa vai fazer o cartão do sus, que é o documento nacional de saúde, ele tem um campo lá do nome social, muitas pessoas não entendem isso... eu acho que assim, a maioria da população não sabe o que é nome social (P3).

Apesar de demonstrarem propriedade sobre a legalidade, o caminho para inserção do nome social nos sistemas e a importância do respeito a este, alguns pontos se sobressaíram nas falas dos entrevistado, quais sejam: a) Tem-se o relato de que o nome social não é algo evidente, de que as pessoas - usuários e profissionais de saúde - possui conhecimento, b) trata-se de um campo abaixo do nome de registro, o que nos permite entendê-lo como um nome secundário, não o nome principal; c) além de ser um campo secundário, não possui nenhum destaque, o que colabora para que confusões entre os nomes aconteçam.

Ainda que seja um conhecimento aparentemente disseminado alguns relataram vivenciar situações no âmbito do trabalho nas quais o nome social não era observado, seja por desatenção, por não compreender as implicações do nome social, ou por não reconhecer a expressão identidade de gênero com a qual as pessoas trans se reconhece como legítima. Há ainda situações que apesar de se reconhecer, este não é desvinculado do nome de registro. Sendo referenciado muitas vezes como ‘nome verdadeiro’, ‘nome de batismo’, ‘nasceu xxxxx’.

- Aqui, o fluxo de pessoas, de funcionários, é muito grande né. Então tem gente de fora que não conhece o histórico do paciente. Ai de repente chama, aí a gente até dá um toque... oh, olha, ele não gosta [...] Eu já vi experiência que eles chamam por engano, não sei se foi por engano, mas dá para distinguir, eu pelo menos distingo muito bem a diferença né, de uma pessoa que gosta e não gosta de ser chamada... aqui mesmo na recepção, a pessoa que está ali, está ciente, - no primeiro contato já mesmo... (P4).

- quando eu estava na [...], não era nesse lugar que estou hoje, era uma outra UBS, e tinha uma funcionária que estava lá há 20 anos, e tinha uma mulher trans e ela, tipo assim, não vou falar o nome de verdade, ela falava assim, “eu não vou chamar ela de Bruna porque é o Paulo, ué, nasceu Paulo, eu conheço desde pequeno, eu não vou chamar de Bruna (P2).

Dificuldades relacionadas ao não reconhecimento da identidade de gênero, e ao desrespeito ao nome social tem sido evidenciado na literatura como uma das

principais barreiras de acesso das pessoas trans aos serviços de saúde. E, conforme expressado por uns dos sujeitos entrevistados,

Se a pessoa não tem acesso ela não tem nenhum dos outros atributos da atenção primária... ela não tem acesso, ela não tem longitudinalidade, ela não tem integralidade, não consegue ser vista como um todo porque ela não chega (P2).

Daí a extrema importância de se observar as implicações do desrespeito do nome social e o não reconhecimento da identidade de gênero como fatores que interferem substancialmente no processo do cuidado à saúde trans. Sua observação confere ao usuário trans a possibilidade de este ter sua identidade legitimada e sua existência reconhecida, implicando diretamente na produção de mais saúde. Ademais favorece o estabelecimento de bons vínculos e o reconhecimento da unidade de saúde de referência como ponto de atenção e de cuidado no território.

#### 4.1.4.2 demandas, limitações e dificuldades evidenciadas pelos profissionais de saúde na assistência às pessoas trans-travestis

Neste tópico, buscamos condensar as demandas e necessidades de saúde da população trans identificadas pelos profissionais de saúde nas unidades de saúde em que atuam.

Nas respostas elencadas foi possível evidenciar que a procura dos usuários trans ao serviço estão relacionadas ao: 1) desejo de iniciar a terapia para afirmação de gênero/processo de hormonização, 2) a alteração do quadro de saúde manifestado em um problema ou comprometimento da saúde física/quadro clínico, 3) ao acompanhamento de doenças crônicas e acesso a assistência farmacêutica/medicações, 4) a realização de exames físicos, clínicos e laboratoriais relacionados a saúde sexual, reprodutiva e as taxas hormonais, 5) a suspeita de um potencial risco ou agravo da saúde, principalmente os relacionados a doenças sexualmente transmissíveis e infectocontagiosas, e 6) ao comprometimento da saúde mental decorrente do sofrimento pelas situações vivenciadas de preconceito, exclusão, e discriminação.

Os pontos acima foram agrupados e dispostos de acordo com a incidência com que foram citados pelos profissionais de saúde. Nesse sentido podemos perceber que, com exceção da busca do serviço para realização da terapia hormonal, as necessidades de saúde expressas pelas pessoas trans estão relacionadas de forma

predominante ao comprometimento da saúde física e/a suspeita de um potencial risco ou agravamento desta. Estas demandas se expressam em grande parte pela busca pontual de atendimento médico e da assistência farmacêutica, a qual, podemos entender expressam uma causa e um objetivo específico: a identificação e remediação de um problema de saúde.

Ao contrário desta, podemos perceber que a atenção dispensada às pessoas que buscam a unidade para o processo de harmonização se dá de forma mais frequente, e pressupõe a necessidade de um acompanhamento regular.

Uma questão levantada em uma das falas relacionada à harmonização, e que nos convida a pensar, seria se a busca pelo mesmo traria consigo aspectos relacionados à necessidade de uma maior aceitação social, enquadramento e passabilidade na sociedade. Nesse sentido, contrapondo-se aos demais relatos, expressa-se a atenção à saúde mental e psicológica como uma necessidade primária, urgente e necessária, anterior até mesmo à harmonização.

- número 1: saúde mental. Mais do que harmonização, saúde mental, sem dúvida, que são muitos preconceitos né, familiares, sociais, de acesso, necessidade de ser ouvido, ser respeitado... - *já chegam com essa necessidade?* - se você pergunta assim, “como você gostaria de ser chamado” pronto, a pessoa chora. É assim, simples assim. A pessoa começa chorar, fala “nossa, obrigado por você está me respeitando”, então saúde mental é número um, aí depois eu acho que vem a questão da harmonização, aí eu fico na dúvida se é uma necessidade realmente da pessoa ou se é pela questão da passabilidade... - *ao que você associa essa necessidade?* [...] eu não acho que as pessoas têm distúrbios psiquiátricos e elas não estão aceitando seu corpo. Não! Elas estão sofrendo exclusão social, preconceito, bullying, falta de inclusão, e aí vai... (P2).

Além de manifestar como a articulação da perspectiva da integralidade em uma de suas múltiplas dimensões e o reconhecimento do nome social - ambos pontuados no item anterior - se relacionam na produção do cuidado, essa indagação nos permite observar como as necessidades de saúde da população trans são também conformadas por elementos vinculados à dimensão sociocultural e como estes impactam na qualidade de vida, na produção de sofrimento e adoecimento.

As infecções sexualmente transmissíveis também foram pontuadas dentre as necessidades de saúde das pessoas trans atendidas nas unidades de saúde. No entanto, apesar de ser citada por grande parte dos profissionais entrevistados, as falas sinalizam que a mesma não tem sido a principal demanda apresentada pelas pessoas trans ao serviço de saúde ou uma necessidade específica desta população.

- sem ser a hormonização?... geralmente o que mais pega ali essa parte é preventivo e teste rápido, IST. É a procura maior, e também tem uns que vão ou porque tem problema de hipotireodismo, ou diabetes, hipertenso, mas é minoria. - em relação a DST você observou se teve diminuição ou aumento da procura? - aumentou do que a gente tinha... aumentou o número de pessoas e a procura [...] estamos com um nível hard de sífilis, sífilis nós estamos em uma epidemia e não estamos nem sabendo... Se você for ver em gestante que a gente faz teste rápido de 50 nós temos 6 ou 7 positivos. É muito! Eu falei assim que a gente vai ter que fazer uma campanha de teste rápido porque é muito! Muito! Muito! De uma forma geral (P3).

De acordo com a fala dos/as profissionais a procura às unidades de saúde para realização de teste rápido têm sido motivadas pela prática sexual desprotegida, sendo este ainda por vezes destacado como um problema de saúde da população em geral. Ainda assim, a população LGBT+ foi citada como público que mais busca o serviço para a realização de teste rápido ou com queixas relativas a IST.

- a gente tem a questão bastante do teste rápido, no caso das doenças sexualmente transmissíveis, eles buscam bastante fazer o teste, e eu acho que a maioria é isso... atendimento médico também, a gente tem bastante por IST, ou encaminhado de outro serviço né... a maioria acaba indo com alguma queixa... e a gente acaba encaminhando né... (P5).

De maneira geral podemos perceber nas falas dos profissionais que há na busca das pessoas trans ao serviço uma preocupação com a saúde sexual. Embora em algumas falas estas sejam associadas a prática sexual desprotegida, nos perguntamos se esta percepção também não está relacionada aos reflexos da classificação da população LGBT+ como grupo de risco do HIV da década de 1990 e as representações sociais tecidas sobre este ou a ocupação laboral das pessoas trans/travesti inseridas mercado de trabalho do sexo.

Retomando o foco as demandas e necessidades de saúde das pessoas trans mais recorrentes expressas nos serviços de saúde, conforme sinalizado no início deste tópico, temos que a busca das pessoas trans à UBS tem se dado em grande parte ante a instalação de um problema de saúde que se expressa no corpo, na busca de uma assistência médico-centrada, curativista, medicamentosa. Trata-se, portanto, de uma busca pontual e imediata que visa a recuperação ou restabelecimento do estado de saúde. Vemos assim que a atenção básica para as pessoas trans tem estado reduzida às questões de comprometimento da saúde física. A dimensão da promoção e prevenção destes, no entanto, pouco aparece dentre as necessidades evidenciadas. Da mesma forma, poucos relataram a busca de pessoas trans ligadas

a outras especialidades que não a da clínica médica, apesar da gama de programas e serviços ofertados na atenção primária.

Tendo identificado as demandas e necessidades de saúde das pessoas trans na perspectiva dos profissionais de saúde, procuramos saber a percepção destes sobre a potencialidade da unidade de saúde em atendê-las, o que expressa a capacidade de resolutividade da atenção. Definida como uma das diretrizes da PNAB, a resolutividade expressa-se na capacidade da atenção básica identificar, reconhecer e atuar sobre as necessidades de saúde de uma dada população/território, na perspectiva do cuidado integral, da clínica ampliada, utilizando para tal diferentes tecnologias de cuidado *“capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, centrada na pessoa, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais”*, (BRASIL, PNAB 2017).

Pensando que as necessidades e demandas de saúde das pessoas trans possam articular elementos próprios e específicos deste grupo, questionamos os profissionais sobre a existência de ações desenvolvidas na unidade de saúde voltada especificamente para as necessidades de saúde trans. Nesta, apenas uma pessoa sinalizou como uma ação específica o desenvolvimento de atividades de educação permanente. Já as demais falas apontaram para a ausência de ações e/ou serviços na unidade.

Em relação a resolutividade da atenção às necessidades de saúde trans, os profissionais de modo geral sinalizaram que as unidades de saúde possuem condições de atender demandas e as necessidades de saúde apresentadas pelas pessoas trans, tendo a rede de atenção à saúde o suporte para as situações cuja complexidade extrapolam a esfera dos cuidados primários.

Olha, da parte clínica, tranquilo... quando ela solicita a parte psicológica, a gente encaminha [...] – Eu acho que a UBS consegue dar conta, pelo menos até todos que eu já fiz contato, que estão em acompanhamento, a gente consegue dar conta... (P1)

- Dá. Lá na unidade dá. Agora como são demandas diferentes né assim, se for caso de unidade básica de saúde são resolvidas lá... tranquilamente, quando são unidades específicas, né, de... igual como a gente está falando de cirurgia, de hormonização, a gente encaminha de acordo com o fluxo entendeu... (P3).

O reconhecimento dos profissionais da capacidade do serviço de prestar a assistência às necessidades de saúde trans não pressupõe que ela ocorra sem alguns entraves. Nesse sentido foi possível identificar nas falas dos profissionais

entrevistados alguns aspectos limitadores da oferta da atenção como a dificuldade do próprio acesso dos sujeitos usuários trans às unidades de saúde, resultante muitas vezes – conforme já apontado – da vivência de experiências negativas em outros espaços e serviços, a estigmatização e o desrespeito da identidade de gênero e do nome social, a baixa capacidade ou a fragilização dos vínculos desenvolvidos, a um acolhimento centrado nas queixas, que não observa o sujeito em sua integralidade.

- Depois que ela chega, tudo bem, a maioria dos casos a gente consegue resolver na atenção primária, e o que for de saúde mental grave, a gente tem o apoio do CAPS, mas assim, quando chega para nós a gente consegue resolver, mas a questão é que não chega... ou então vai uma vez, alguém não respeita o nome social, tchau, nunca mais volta. (P2)

- Então como eu disse para você, é pouco né, não é uma procura grande aqui.. [...] não sei se é porque eles têm um pouco de vergonha, os que vem mais aqui, são os que estão mais com liberdade. [...] Então é uma população que a gente tá começando a referenciar... identificar – então se for uma questão, como teste rápido, está preparado, de saúde clínica, consegue dar conta [...] (P4).

O sentimento de vergonha no fragmento acima surge na fala do profissional como uma hipótese que influencia a busca do serviço. Conquanto pensamos se este não poderia estar relacionado também ao medo e receio de como os profissionais de saúde e até os próprios usuários irão recepcioná-los, de como serão vistos nesses espaços, de ter sua identidade desrespeitada, ou ainda a estigmatização e preconceito que marcam a trajetória de grande parte das pessoas trans.

Citada dentre as dificuldades, mas que aqui compreendemos tratar-se de uma limitação do sistema de saúde, tem-se na atenção à saúde sexual e reprodutiva das pessoas trans a impossibilidade de solicitar exames e especialidades, como urologista, ginecologista e exames preventivos quando a retificação dos documentos pessoais já foi realizada. Este revela tanto como o sistema de informação quanto a organização da oferta dos serviços ainda se organizam de forma binária com base no sexo biológico.

- Já aconteceu isso 3 vezes com a gente... algumas vezes a gente vai fazer o preventivo dessa mulher, só que ela mudou na receita federal o nome, está como homem a gente não consegue lançar no sistema porque ela está como masculino, é uma coisa meio complexa assim sabe... de não conseguir lançar o exame do preventivo porque já tava como homem lá, e quando você coloca como homem não tem preventivo né, você não tem colo de útero... [...] não sei se já mudou alguma coisa, mas era uma das dificuldades que a gente tinha (P3).

De fato, conforme apontado em revisão de literatura desenvolvida por Bezerra e outros, (2019), essa limitação se configura também como um desafio para a garantia da atenção integral à saúde das pessoas trans, no acesso às tecnologias necessárias para promoção, prevenção e recuperação da saúde. Uma questão que pode ser compreendida como uma limitação ou uma burocracia do sistema, mas que aponta para a invisibilidade das pessoas trans na organização e oferta de serviços de saúde, e pode, na ausência de uma estratégia que a dribla, inviabilizar o atendimento às necessidades de saúde trans.

A ausência do corpo trans na configuração das políticas públicas de forma geral tem sido uma questão pontuada por alguns autores que se debruçam sobre as vulnerabilidades que atravessam a população travestis e trans. Na saúde destacamos os estudos de Bento (2012) sobre as experiências trans nos serviços de saúde. Neste, ao se ater as necessidades de saúde do homem trans, a autora pontua como as políticas formuladas ignoram em si as masculinidades não hegemônicas, que destoam do sistema sexo-gênero e fundamentam-se em uma perspectiva biologizante de gênero.

No âmbito das políticas públicas os homens trans não existem. Aliás, as masculinidades trans não estão em nenhum lugar, embora estejam nas filas dos hospitais esperando anos para realizarem as cirurgias de mastectomia e histerectomia [...]” A política pública pensada para os homens tem como fundamento teórico uma concepção de gênero binária, onde apenas corpos de homens cromossomalmente XY são os legítimos porta-vozes da masculinidade. Dentro de uma perspectiva da biopolítica que orienta a construção dessas políticas, assentadas em identidades biologizadas, onde estariam os homens trans que embaralham e borram a todo o momento as fronteiras identitárias”, (BENTO, 2012, p. 2659).

Em seu estudo, Bento, (2012) denota de que forma os pressupostos biologizantes que norteiam a concepção de gênero presente nas políticas de saúde excluem e limitam a atenção integral à saúde, ou ainda, excluem do sistema e serviços aqueles que escapam e/ou balizam suas fronteiras.

Um homem trans, embora deva fazer parte da política para os homens, também precisará visitar ginecologistas, endocrinologistas e outras especialidades médicas tidas como “apropriadas” para as mulheres. Portanto, se a concepção de gênero que orienta as políticas públicas não se liberar dos pressupostos biologizantes, não terá como ampliar e incluir sujeitos que hoje estão fora dos seus, (BENTO, 2012, p. 2659).

Destarte, reconhecemos nesta questão uma problemática que ultrapassa a esfera de atuação dos profissionais que atuam na assistência à saúde, a qual envolve

a dimensão sistêmica e societária da gestão do cuidado. Ademais, aproveitamos essa discussão para destacarmos mais uma vez que os corpos trans têm obtido espaço nas políticas voltadas ao combate de DST/AIDS e a regulamentação do processo transexualizador. Todavia temos que atenção integral envolve e requisita mais serviços, ações e políticas.

Dificuldades relacionadas à dimensão profissional também foram sinalizadas e/ou reconhecidas pelos profissionais de saúde no atendimento às pessoas trans. Sistematizando-as percebemos que estas envolvem aspectos ligados à linguagem; ao reconhecimento da identidade de gênero das pessoas trans quando ainda não manifestam características físicas do gênero no qual se reconhece; a ausência de conhecimento sobre os critérios/parâmetros a serem considerados na avaliação de exames de pessoas trans, das particularidades e especificidades destes; a forma como as vezes pessoas trans se colocam no serviço e aos valores e questões pessoais dos profissionais de saúde.

Apesar de aparecer de forma explícita apenas na fala de uma das pessoas entrevistadas, a dificuldade de operacionalizar a linguagem conforme a identidade de gênero ao pronome de tratamento pode ser verificada nos relatos dos demais profissionais, evidenciando uma dificuldade de adequação da mesma.

- a gente tem aquela... dificuldade com o lidar, tem hora que dá uma travada... ai meu deus do céu... agora é mulher, é... essas coisas assim sabem... [...] mas não que a gente discrimine... é que a hora que sabe que dá uma travada "aí pera aí... ela é ele... ele era ela, o que que era mesmo?" só isso, (P1).

Acreditamos que esta dificuldade se relaciona a aspectos socioculturais, a forma como a linguagem tem se configurado historicamente de forma gendrada em dois sexos, e a desvinculação das identidades de gênero do sexo. Além do mais, a tendência em categorizar sujeitos em identidades fixas e pré-estabelecidas pelo dado biológico, a pouca visibilidade deste debate entre os profissionais e a falta de conhecimento sobre o que conforma as identidades trans e não binárias contribuem para que confusões quanto ao reconhecimento da identidade de gênero ocorra.

Outra questão pontuada pelos profissionais e que interfere na qualidade da assistência prestada às pessoas trans diz respeito ao desconhecimento dos profissionais de saúde para lidarem com a alteração do quadro de saúde trans. Relacionadas a dimensão do conhecimento, as falas apontaram para a ausência de competência técnica dos profissionais de saúde para compreender as questões

relacionadas ao quadro clínico das pessoas trans, assim como as especificidades e particularidades que conformam o corpo trans, o que por sua vez interfere na condução do cuidado no atendimento às necessidades de saúde.

- às vezes a gente não sabe, por exemplo assim ele vai fazer um exame um exame de sangue agora ele está fazendo a harmonização eu não sei se aquilo lá vai diferenciar por que o perfil dele vai vir como homem e não como... vai vir como... daí assim, tem umas coisas que a gente precisa de ajuda dos universitários, “gente como que é que eu vejo este exame” [...] quais são os critérios? Onde está o valor de referência? São algumas coisas que pegam mesmo né..., (P3)

- em questão de conhecimento talvez eu tenha uma dificuldade, às vezes posso deixar de fazer alguma coisa por desconhecimento... não sei se tem alguma coisa diferente, de protocolo, (P1).

Entendemos que essa dificuldade se dá em razão da invisibilidade dos conteúdos relativos à saúde das pessoas trans na grade curricular dos cursos de graduação e pós-graduação de saúde, e da ausência de discussões da temática e de capacitações dos profissionais que atuam na assistência à saúde.

Diante desta, poucos foram os profissionais que assinalaram ter tido contato com os conteúdos relativos à saúde trans no âmbito da formação profissional, sendo este relacionado à temática das ISTs. O conhecimento que a maioria dos profissionais possuem, segundo o mesmo, foram adquiridos no cotidiano, no dia a dia, e na busca individual de cada um pelo mesmo.

- não na faculdade não tive, tem bastante nas reuniões do conselho municipal né, sempre tínhamos uns assuntos que tratávamos sobre isso, sobre os direitos né... [...] e acho que fora isso, não, não tive nada disso... a gente aprende mesmo na vivência do dia a dia, nos ensinamentos que aprende na vida.... (P3)

Nos deparamos aqui com mais uma dificuldade que extrapola os serviços de saúde, que é a necessidade da revisão da matriz curricular dos cursos da área da saúde, mas que pode ser minimizada pela gestão mediante a promoção de discussões, debates, e a oferta de qualificação profissional no âmbito dos serviços voltada a essa temática. Quando questionados sobre a ocorrência destes, alguns profissionais situaram que tais estratégias têm sido articuladas recentemente pelo Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade, sendo até o momento realizado uma capacitação com trabalhadores que atuam na atenção primária. No entanto, nem todos expressaram ter conhecimento sobre esta. De modo geral, todos os entrevistados reconheceram como importante a realização de capacitações para o

conhecimento e a oferta de atendimento que corresponda com as necessidades de saúde desta população.

Diante deste, verifica-se que o atendimento às necessidades de saúde das pessoas trans requer a apropriação de um conhecimento teórico-técnico-científico, o qual, ainda que corresponda a um campo de saber específico, precisa ser apropriado e compartilhado pelos profissionais que atuam na atenção primária com vistas a atender às necessidades de saúde das pessoas trans que requer baixa densidade tecnológica, conforme pressupostos nos princípios e diretrizes da APS, “a equipe deve ser resolutiva desde o contato inicial, até demais ações e serviços da AB de que o usuário necessite”, (BRASIL, PNAB, 2017).

Em relação a forma como os sujeitos trans se colocam no espaço de saúde, destacamos que este aspecto foi pontuado em um momento anterior ao apontamos a postura deste como um reflexo das experiências vivenciadas em outros espaços e serviços ou ainda como uma estratégia de acesso.

Por fim, citamos que questões pessoais associadas a moral, aspectos religiosos, e o preconceito, também foram elementos que apareceram dentre as falas dos profissionais como fatores que podem para alguns profissionais interferir e dificultar o atendimento das pessoas trans no serviço de saúde.

Ao destacarmos as dificuldades percebidas pelos profissionais de saúde no atendimento às necessidades de saúde das pessoas trans vemos que estas operam diferentes níveis de complexidade e se esbarram em aspectos estruturais, organizacionais, operacionais e nas (des)articulações das tecnologias do cuidado. Quando nos atemos à assistência direta às pessoas trans, grande parte das falas evidenciam um cuidado fragmentado, centrado na queixa, na doença, e apontam para uma necessidade urgente de qualificação e ampliação do cuidado. Qualificação para a minimização das barreiras que impactam no acesso das pessoas trans-travestis aos serviços de saúde, e ampliação do cuidado em suas diferentes dimensões, para além da recuperação e ou reabilitação.

#### **4.1.5 Preconceito, Discriminação e Despreparo dos Serviços de Saúde na Produção do Cuidado Integral**

Neste item apresentamos os elementos presentes nas falas dos profissionais de saúde que expressam o modo com que eles percebem a atenção e o cuidado em saúde ofertada às pessoas travestis e transexuais e como eles acreditam que a mesma deveria acontecer.

Um das marcas das relações sociais que atravessam as vivências das pessoas transexuais é o preconceito e a discriminação. Assim, como questão disparadora para compreender a perspectiva dos profissionais de saúde sobre as experiências trans-travestis no acesso aos serviços de saúde questionamos os profissionais de saúde sobre a percepção destes nos serviços de saúde.

De modo geral todos os profissionais consideram que as pessoas trans-travestis sofrem algum tipo preconceito ou discriminação nos serviços de saúde. Nesta, algumas respostas foram bastantes incisivas, outras inicialmente apontaram que nunca perceberam dentro da unidade em que trabalham situações que envolvessem tal fato, mas acreditam que elas possam vivenciá-las. Apesar destes, todos compartilham em suas falas situações cujo o mesmo é manifestado.

**P1:** Olha, aqui eu não percebo tá... aqui eu não percebo isso, de preconceito, nada... Eu posso falar daqui... - **e em outros lugares [...] de forma geral?** - Talvez tenha né, porque, eu já trabalhei em lugares, que tinha uma casa né... aí era transexual, e eram profissionais do sexo, então está relacionada a profissão delas, [...] a mudança da aparência né... então tinha... nesse sentido tinha... que eu percebia das pessoas.

**P2:** eu acho que todos os possíveis, é olhares, é... não respeitam o nome... dificultam o acesso... não tem o atendimento, o mesmo acolhimento que outras pessoas tem [...].

**P3:** acredito que sim, acho que deva sofrer, eu falo assim que dentro lá [da unidade], eu nunca vi, vou ser bem sincera, [...] mas eu acredito que sim, qualquer lugar né, é uma população que muitas pessoas não sabe como lidar com elas, não sabe que jeito abordar, tem pessoas ignorantes, tem pessoas grossas, tem pessoas, até reprimidas dentro de si, que acabam julgando, tem pessoas machistas demais, tem tudo que é tipo de população e acredito que sofra isso, qualquer lugar quanto na saúde, quanto na educação, tanto no cotidiano dela. [...]

As falas acima exemplificam algumas formas com que o preconceito tem se expressado na assistência à saúde trans-travestis no cotidiano dos serviços de saúde, sendo comumente manifestado por meio de *brincadeira* entre colegas/funcionários, comentários, olhares, no despeito ao nome social, na indiferença no acolhimento e na expressão dos valores e crenças pessoais. Na dimensão relacional, a fala de P2

aponta ainda que o mesmo se manifesta na produção de um cuidado que estabelece diferenciações entre as pessoas trans dos demais usuários dos serviços de saúde.

Outro aspecto observado nas falas dos profissionais diz respeito à percepção do mesmo sobre os elementos que desencadeiam as situações identificadas e que denotam a expressão do preconceito vivenciadas pelas pessoas trans-travestis nos espaços de saúde. Neste, observa-se que o primeiro fragmento correlaciona a discriminação a dois fatores que se sobrepõem: as mudanças físicas/corporais e a sua vinculação ao mercado de trabalho do sexo / prostituição.

Este aspecto denota que pessoas trans-travestis sofrem preconceito apenas por serem trans, por transpor os limites físicos do corpo, as fronteiras dadas pelo sistema sexo-gênero. O segundo relaciona a atividade que elas desempenhavam, por estarem inseridas no mercado do sexo, articulando nesta uma das expressões do conservadorismo que marca a sociedade moderna, e que comumente associa as pessoas travestis e transexuais a prostituição.

Ao lado destes a expressão do preconceito contra pessoas trans-travestis foi também percebida como algo presente na sociedade em geral, decorrente de crenças e valores pessoais, do desconhecimento, da dificuldade em entender e aceitar a 'escolha' do outro, de pensamentos cristalizados propagados por determinadas instituições ancorando-se ainda na estrutura de poder propagada pelo machismo. Além destas, foi pontuada como reflexo da dificuldade das pessoas compreender e lidar com o outro, com a diferença e com o que ela provoca em si. Assim, vemos que a expressão do preconceito direcionada às pessoas trans-travestis articula elementos de múltiplas dimensões e que envolvem aspectos sociais, pessoais, institucionais e estruturais, podendo no cotidiano ser naturalizada e descontextualizada das relações e da dinâmica social.

O despreparo dos serviços de saúde para atender as pessoas travestis e transexuais foi expresso de diferentes modos nas falas dos profissionais ao pontuarem as dificuldades vivenciadas no atendimento às pessoas trans. Todavia, este foi apontado de fato pelos profissionais na última parte da entrevista quando os questionamos sobre o mesmo. Nestas, os profissionais assinalaram para o despreparo não só dos serviços de saúde, mas dos profissionais e das políticas em geral.

- Não. Estamos na luta para que sim né, mas ainda não. Porque todo mundo tem que estar preparado, quem recebe você na porta, quem faz o seu

cadastro, quem te chama, quem vai ver sua pressão, quem vai olhar os seus exames sabe... (P2)

- Não. [...] pela falta de protocolo trabalhados, porque uma coisa é ter o protocolo, outra coisa é trabalhar com a equipe e colocar em prática, então eu acho que por essa falta não está preparado, nenhum serviço hoje... e não é só na questão da saúde não, eu acho que na rede toda, ainda é uma população muito excluída de projeto, atenção né.. tanto na assistência social, na escola, muitos saem da escola né... então a gente começa aí, (P5)

De forma geral as falas reafirmam os elementos já pontuados nos tópicos anteriores e denotam a necessidade dos serviços e políticas públicas se organizarem para incorporarem as pessoas trans-travestis em seus planos e projetos, considerando as suas necessidades, as vulnerabilidades, desigualdades e os processos de exclusão que esta população enfrenta em razão de sua identidade de gênero.

- eu acho que a gente tem que falar mais de pessoas trans e travestis, pensando na equidade, [...] as pessoas trans-travestis tem muito mais dificuldade de acessar serviços, de ter o nome social respeitado, então, se a gente for levar a sério a equidade, que é um princípio básico do SUS, a gente tem que falar mais sobre pessoas trans e travestis, (P2).

- Eu acho que assim, com mais humanidade sabe, desde que é pequeno, que a gente sabe né, com nenhum tipo de separação, acho que desde da pediatria, saber identificar, e lidar com essa situação, e não saber né... saber fazer o atendimento da família, porque a família também exclui, é a que mais exclui, e saber fazer um atendimento mais integral, de todos que vão conviver, porque perfeito a gente sabe que não vai ser, porque é uma questão da tradição do mundo, mas se todos os profissionais soubessem enxergar, que é uma população que sofre, né;.. que precisa, ser olhada com maior atenção, porque o SUS... um dos preceitos do SUS é esse né... e a gente ter mais políticas, e eu acho que tudo começa pela política para poder agregar na saúde, então se a política estiver mais estruturada, com certeza a saúde vai agregar mais né... (P5).

As falas apontam para a necessidade de se falar mais sobre as pessoas trans-travestis. Sobre suas experiências, vulnerabilidades, sobre suas trajetórias, conquistas, sofrimento. De desenvolver ações e estratégias que lhes proporcionem acesso às tecnologias de cuidado, que compreenda suas necessidades de saúde, de vida e de existência. Para a necessidade de se desenvolver fluxos e protocolos que proporcione o acesso, o acolhimento, e o cuidado de forma integral, humanizado. Um cuidado que respeite as individualidades e as singularidades dos sujeitos; que respeite a privacidade e a autonomia no seu modo de ser e de levar a vida, e que atenda às suas necessidades enquanto pessoas que são. Um cuidado não-estigmatizante, que

não o exponha a situações de constrangimento, que não anule o modo como ele se reconhece e se localiza no mundo.

Estes foram alguns dos apontamentos trazidos nas falas dos profissionais de saúde durante as entrevistas e que indicaram como eles entendem que o atendimento às pessoas trans-travestis deveria acontecer. São aspectos que vão de encontro com os princípios e diretrizes do SUS, mas que ao considerarmos o exposto, sinalizam o desafio para a efetivação destes, sobretudo da universalidade, da equidade e da integralidade.

Ao considerarmos os elementos atinentes às diretrizes que elegemos para a análise do cuidado em saúde na APS, as falas evidenciaram algumas limitações dos serviços e do próprio sistema de saúde que implicam no acesso universal e na promoção de um cuidado resolutivo, equitativo e integral. Para além destas, as mesmas expressaram aspectos que se articulam também com as demais diretrizes que fundamentam a atenção primária à saúde, como a que visa a qualificação e formação continuada dos profissionais de saúde e a efetivação da integralidade, cujos relatos nos mostram que esta tem se desenvolvido majoritariamente em sua dimensão limitada, restrita a referência e contra referência, se esbarrando na ausência de protocolos e fluxos de encaminhamentos, os quais se encontram em processo de construção. Pouco foram assinaladas situações que evidenciam a articulação do trabalho em rede para além da perspectiva da referência e contra-referência, o desenvolvimento de ações que vinculam os demais níveis de atenção, dimensão do cuidado para além da recuperação e reabilitação, e a atuação da equipe de forma interdisciplinar.

Em relação ao acesso, embora o mesmo se dê de forma aberta, livre, por procura espontânea, sem necessidades de encaminhamentos, vimos que a busca e a vinculação das pessoas trans-travestis ao serviço de saúde acontece diante de situações pontuais, e que estes têm sido marcados pela configuração de um sistema que não reconhece a identidade de gênero desarticulada do sexo biológico, e por situações que expressam o desconhecimento dos profissionais, sobretudo pelo desrespeito à identidade de gênero e ao nome social. Sobre este último, situa-se que apesar da preconização legal e da inserção do campo relativo ao nome social nos sistemas e documentos de saúde, na dimensão prática operativa, o mesmo tem se esbarrado em diversas dificuldades. Não é demais retomar que o reconhecimento do nome social e o respeito a identidade de gênero das pessoas trans-travestis confere

legitimação do seu modo de existir no mundo, sendo preponderante para o desenvolvimento do vínculo do processo de cuidado.

A equidade, enquanto princípio do SUS - e parte da diretriz da APS que consubstancia o acesso universal - tem sido ignorada uma vez que o acesso tem sido mediado muitas vezes por situações de constrangimento, pela ausência de linhas de cuidados que se atente as especificidades e particularidades das pessoas trans-travestis e de suas necessidades de saúde.

Tendo exposto os principais aspectos que emergiram no processo de análise das entrevistas realizadas com as/os profissionais de saúde, seguimos para a segunda parte deste capítulo, no qual apresentamos a análise dos conteúdos que emergiram das entrevistas realizadas com as pessoas trans-travestis.

#### 4.2 DO LADO DE LÁ - PERCEPÇÕES DE PESSOAS TRANS-TRAVESTIS SOBRE O CUIDADO E A ATENÇÃO A SAÚDE NA APS DE LONDRINA

Conforme pontuado na descrição dos procedimentos metodológicos e constituindo parte dos objetivos específicos, no estudo sobre a atenção e o cuidado em saúde as pessoas trans-travestis na APS no município de Londrina consideramos importante ouvir a percepção das pessoas trans-travestis sobre o cuidado ofertado na atenção primária, assim como as experiências vivenciadas nos espaços e serviços de saúde.

Nessa direção foram realizadas entrevistas com cinco pessoas que compartilham da identidade de gênero trans-travestis, de diferentes regiões do município, faixa etária e profissão. São pessoas que em algum momento em sua vida buscaram e/ou acessaram o serviço de saúde pública, especificamente a unidade de saúde do território em que reside, e que além desse, possuem em comum o fato de não se conformarem à identidade de gênero que lhe foi imposta/atribuída no nascimento. Destas, duas pessoas compartilham da identidade travesti e três pessoas se reconhecem a partir da identidade trans, sendo duas do gênero masculino e uma do gênero feminino, assumindo o status de *homem trans* e *mulher trans* respectivamente.

O enquadramento dos participantes dentro das respectivas categorias identitárias de gênero teve como primazia a perspectiva da auto-identificação, a qual

se alinha à forma como eles se localizam, se reconhecem e se posicionam dentro das categorias identitárias.

As entrevistas foram guiadas por um roteiro de perguntas abertas organizado em três momentos. O primeiro voltado às vivências e as relações interpessoais, familiares, sociais e comunitárias. O segundo aos aspectos relacionados à saúde, qualidade de vida, cuidado, as necessidades de saúde e o terceiro a relações com os serviços de saúde, a unidade básica de saúde e a compreensão sobre o cuidado ofertado nestes.

Seguindo a estrutura desencadeada pelo roteiro de entrevista para a exposição do processo e dos eixos de análise organizamos nosso texto em três partes. Na primeira parte apresentamos as pessoas trans/travestis que participaram do presente estudo. Voltando nosso foco para a relação do cuidado em saúde, na segunda parte nos atemos a análise dos elementos que se remetem a dimensão da saúde, do cuidado e das necessidades em saúde das pessoas trans-travestis na perspectiva delas mesmas. Na terceira parte tratamos da relação destas com os serviços de saúde, com a atenção primária e suas impressões sobre os serviços e cuidados ofertados.

#### **4.2.1 Identificação e aproximação das vivências das pessoas trans-travestis participantes da pesquisa**

No processo da realização deste estudo conversamos com cinco pessoas cuja identidade de gênero compartilhada subvertem a dicotomia presente no sistema sexo-gênero, e se alinham as categorias identitárias da transexualidade e travestilidade. São pessoas com vivências completamente distintas umas das outras, mas que para além das diferenças e das singularidades, compartilham em seus relatos diversos aspectos que as aproximam.

Mesmo que compartilhem experiências próximas, comuns, e por vezes similares, compreendemos que não cabe aqui espaço para generalizações. E como forma de preservar a individualidade, as diferenças, particularidades e singularidades das vivências dos sujeitos trans-travestis é que fazemos este destaque. Ainda assim, os relatos dos participantes nos mostram como a trajetória das pessoas trans-travestis, as relações sociais, familiares, comunitárias, e até o próprio cuidado em saúde são algumas vezes embaralhadas em razão da transgressão da

cisheteronormatividade, amplificando a vulnerabilidade de determinados corpos que outros.

Isso posto, realizamos a seguir uma breve apresentação das pessoas trans-travestis que participaram desta pesquisa destacando os aspectos que atravessaram suas vivências, o processo do reconhecimento da identidade e transição de gênero.

#### 4.2.1.1 ST01

ST01, 28 anos, é morador da região norte de Londrina, reside com sua avó paterna, exerce atividade laborativa no ramo de abastecimento de combustível, denota possuir vínculos familiares preservados. De maneira tímida, acanhada, diz inicialmente que não tem muito o que falar de si, mas durante nossa conversa nos mostra como sua vivência e experiências se constitui como referência para a comunidade trans-travesti da região.

ST01 se reconhece e identifica enquanto homem trans. Ele nos conta que veio a se perceber a partir desta categoria identitária aos 23 anos, mas desde antes “sentia que tinha alguma coisa diferente”, e que não se “encaixava em nenhum lugar”. Até então respondia a esse sentimento pela expressão da sexualidade, direcionando seu desejo afetivo-sexual as pessoas do mesmo sexo.

Ao questionarmos sobre como se deu o processo de reconhecimento e os elementos percebidos durante sua trajetória, ST01 recorda que desde a infância não se identificava com os elementos do universo feminino, como vestidos e bonecas. Ele nos conta também que se recorda de um diálogo com a sua mãe no qual, ainda criança, manifestava o desejo de ser um menino dizendo que “se não podia ser menino, ia ser os dois”. Sua fala denota que sua vivência foi marcada pelas reiterações das normas de gênero a depender do ambiente em que se encontrava, podendo também exercer a liberdade de escolha em usar o que lhe conviesse. Relata ter tido uma adolescência tranquila, sem grandes marcos ou conflitos. Desta preservou relações de amizade com as quais ainda convive. Revela-nos que foi nessa fase, por volta dos 15 anos, que se reconheceu como lésbica, sendo por meio desta, da sexualidade, que os homens trans geralmente se reconhecem: *“A primeira vez que a gente sai do armário é quando a gente fala que gosta de mulher né, quando fala que é lésbica”*.

O enquadramento dentro da diversidade sexual não foi suficiente para aquietar o sentimento de desconforto e de não pertencimento ao gênero feminino. Este o levou a estudar e a buscar mais informações sobre as identidades de gênero *inconformes* ao sexo biológico e as pessoas trans. Nesse processo, estabeleceu uma rede de conexões com outras pessoas que compartilham da identidade de gênero trans, dando início ao processo de transição e a construção da identidade pela qual se identifica atualmente.

Sua identificação enquanto homem trans e o processo de transição de gênero se deram de fato na fase adulta, através da busca de referências e contato com as pessoas que partilhavam da mesma condição. Por meio desta obteve conhecimento e acesso ao projeto voluntário que prestava acompanhamento ambulatorial às pessoas trans-travestis na região.

ST01 iniciou a hormonioterapia aos 25 anos, acompanhado pelo ambulatório voluntário trans. Neste obteve encaminhamentos para a realização de exames, atendimento médico, acesso a grupo terapêutico, prescrição de hormônios e encaminhamento para o CPATT, localizado em Curitiba-PR, conseguindo acessá-lo após uma fila de espera de aproximadamente dois anos.

De forma geral, ST01 compreende que seu processo de transição foi tranquilo, em comparação aos relatos que escuta de outras pessoas, do ponto de vista das relações sociais, referindo ter uma boa relação com a sua família, comunidade e trabalho, mas ainda assim este não se deu sem algumas marcas.

No que tange a família ele nos conta que foi mais difícil para as pessoas de seu núcleo familiar compreender o gênero pelo qual ele se reconhece do que a sua orientação sexual. Este se deu aos poucos, com mais facilidade entre as pessoas mais jovens do que as mais velhas. Dentre esta última, ele ainda pontua que o reconhecimento de sua identidade de gênero se dá de forma circunstancial, a depender do local, espaço, da presença de demais pessoas, e por vezes de algum interesse em jogo. Assim, ainda que constituído de uma aparência atribuída ao gênero masculino, nem sempre o mesmo é compreendido como tal.

Na esfera do trabalho ele compartilha algumas situações que ocorreram em decorrência de sua transição. Refere que obteve reconhecimento por parte dos colegas à medida que sua aparência foi se modificando, antes mesmo de iniciar o requerimento para a retificação dos documentos. Classifica este processo como *“um pouquinho chato, mas não tanto como de relatos que já”* viu.

Em contrapartida ao reconhecimento gradual, ST01 também relatou situações vivenciadas no ambiente de trabalho com pessoas específicas, mesmo após a modificação completa de sua aparência e o desenvolvimento dos elementos atribuídos ao gênero masculino, e que denotavam situações de desrespeito a sua identidade de gênero, “só pelo fato de ter descoberto” que ele era uma pessoa trans. Nestas, apesar de ser chamado pelo nome pelo qual se reconhece, era evocado pelos pronomes femininos:

[...] tipo tinha uma senhora lá que ela fazia extra muito tempo, ela me chamava de ST01, só que na hora de falar os pronomes, ela falava os pronomes femininos, isso porque ela já tinha me conhecido bem mais masculino, só pelo fato dela ter descoberto”, ST01.

Além deste, ST01 conta que enfrentou dificuldades para proceder com a alteração de seus dados junto a instituição bancária pela qual percebia seu vencimento, mesmo quando já havia sido aprovada a lei que a possibilita independente de processo judicial, sendo mais uma exigência da atendente do que da instituição, já que logrou êxito ao fazê-la em outra agência. Atualmente, já com a aparência totalmente modificada e com a documentação retificada, refere que não enfrenta dificuldades sendo reconhecido de acordo com sua identidade de gênero na maioria dos espaços que frequenta.

O reconhecimento social da identidade de gênero assumida assim como o alcance da passabilidade, termo utilizado pelo mesmo para referir-se a legitimidade da sua identidade de gênero, foi pontuado ainda como resultado de um processo que guarda algumas particularidades, e que depende do acompanhamento realizado, das tecnologias de gênero acessadas, de recursos financeiros disponíveis, além da própria resposta do organismo, não podendo ser compreendido como igual para todos, destoando principalmente para as pessoas que transicionam para o gênero feminino.

#### 4.2.1.2 ST02

ST02 tem 24 anos, é natural de Goiana – Goiás, se mudou para Londrina há pouco mais de 5 anos, morando nesse período em diferentes regiões da cidade. ST02 trabalha no setor de serviços exercendo atividade de garçom, compartilha sua vida

com sua esposa e filha, e ocupa seu dia a dia com atividades do trabalho, família, igreja e comunidade.

ST02 se reconhece como homem trans. Ele nos conta que desde criança sentia o desejo de ser do gênero oposto, chegando a fazer esse pedido a Deus “todas as noites antes de dormir”. Essa vontade o acompanhou durante a adolescência, se acentuando ainda mais quando iniciaram as transformações da puberdade, aos 12 anos, marcada pelo desenvolvimento dos seios. ST02 expressa que este era um fator de sofrimento, onde acreditava que se não tivesse “isso daqui” (seios), seria mais feliz, e por não entender o porquê de não gostar dele - já que era uma parte de seu corpo. Sem compreender estes sentimentos, passou sua adolescência e vida adulta tentando esconder/camuflar esta parte de seu corpo, utilizando inicialmente camisetas mais largas, roupas tidas como do gênero masculino, e posteriormente, na vida adulta, com o “*baidet*”, faixa de alta compressão utilizada para comprimir os seios.

Ele nos conta que nessa fase, por vestir-se de maneira “totalmente masculina” e gostar de fazer coisas tidas como de menino, era chamado na escola de “sapatão”, “menina macho”. Seu relato expressa que ele nunca se identificou com as atividades, brincadeiras e comportamentos designados ao gênero feminino. O fato de não compreender o que se passava consigo, a inconformidade deste com seu corpo, o desrespeito das outras pessoas, desencadearam um processo de intenso sofrimento.

“na escola era chamada de sapatão, menina macho, porque me vestia totalmente masculina, roupas masculinas, tudo, eu gostava das roupas do meu irmão... eu era totalmente machão mesmo, eu não conseguia ficar ali com as meninas só queria ficar perto dos meninos, sabe, só gostava de jogar futebol, vivia suada... brincando para lá e para cá... as brincadeiras de meninos né, e não me identificava com as meninas... eu só queria ficar perto dos meninos, fazer coisas de meninos. Eu não conseguia entender o porquê daquilo sabe... [...] Agora está mais fácil, a gente tem mais acesso a informação, naquela época não tinha, também não conhecia ninguém também mas eu gostava, eu queria muito, me identificava... mas eu sempre sofri bastante na escola com isso, bastante, das pessoas não me respeitarem sabe..

A vivência da sexualidade nessa fase foi outro fator que gerou confusões na cabeça de ST02, conforme compartilha. Ao se relacionar com pessoas do sexo/gênero oposto, ele fantasiava ser o outro da relação, e este ele. Diante das incongruências e ausência de informações na época, ST02 atribuiu tais sentimentos ao campo da sexualidade, passando se reconhecer com sujeito da homossexualidade aos 15 anos.

Da mesma forma que ST01, o enquadramento de ST02 à categoria da diversidade sexual não foi suficiente, e o desejo permanente de transicionar de gênero o levou a buscar informações que dessem a ele a possibilidade de compreender o que estava vivenciando e as alternativas diante destas. Durante este processo, mudou-se para Londrina, onde teve conhecimento do ambulatório voluntário desenvolvido por pessoas da comunidade voltado para pessoas trans na região.

ST02 nos conta que iniciou o processo de transição de gênero aos 21 anos, acompanhado inicialmente pelo ambulatório voluntário, e posteriormente, pela unidade de saúde de referência de seu território. Apesar de reconhecer a importância do trabalho voluntário desenvolvido no ambulatório em questão, ST02 aponta que este se dava com limitações, sendo realizado o que era possível dentro das condições existentes. Diante deste, e até então da ausência de uma política própria para acompanhamento da saúde das pessoas trans no município, sentia-se deixado de lado.

Informa que por meio do ambulatório voluntário que foi encaminhado a UBS para continuar seu acompanhamento, recebendo também o encaminhamento para o CPATT, o qual aguarda na fila desde então. Sobre este processo, ST02 pontua que se considera uma pessoa de muita sorte, pois ao contrário dos relatos que ele escuta de outras pessoas trans, ele tem sido atendido por profissionais de saúde que estão se especializando na área.

Voltando a atenção para as relações vivenciadas no âmbito social, ST02 nos conta que enfrentou situações complicadas no início da transição, relacionadas ao ambiente de trabalho. Ao inteirar seu empregador sobre o que estava acontecendo consigo, enfrentou questionamentos, situações de estresse, abuso psicológico, e desrespeito por parte dos outros colegas. Estas situações afetaram o seu estado de saúde ao ponto de desencadear crises de pânico e aversão de um lugar que até então ele “amava trabalhar”. Diante da insustentabilidade das situações sofridas e ao reconhecer que ele estava em processo de adoecimento, seu empregador mudou de postura e passou a exigir às demais pessoas que o respeitassem, revertendo tal situação. Hoje, ainda ocupando determinado espaço, ele expressa que tem prazer em trabalhar, que não encontra mais dificuldades em ter sua identidade respeitada neste local, mas relembra como foi difícil passar por isso no início.

Ademais, com a documentação retificada e alcançado a passabilidade, ele refere que procura não falar nos ambientes em que está que é uma pessoa trans,

“para não sofrer discriminação, pré-julgamentos, olhares, pessoas soltando comentários” e conclui dizendo: “eu já passei por isso antes, e sei que vai acontecer”.

#### 4.2.1.3 ST03

ST03 tem 33 anos, é casada, reside na região leste de Londrina há quase 20 anos. No momento mora com a mãe e o companheiro. É trabalhadora autônoma no setor de beleza com diversos cursos na área. Formada em Podologia, já atuou como cabeleireira, depiladora, maquiadora, manicure, diarista e profissional do sexo. Resume a sua vida à sua casa, aos seus pets e plantas. Adora cozinhar e cuidar da casa.

ST03 refere que é trans desde os treze anos. Durante nossa conversa ela se descreveu em alguns momentos como trans, outras vezes como travesti. Ela titubeia entre as duas categorias, situa como as compreende e por fim se coloca como travesti, por entender que *“nunca quis ser mulher”*. Compreende os dois termos como derivantes, mas que possui diferenças entre si, conforme descreve:

trans, travesti... é que antigamente era travesti, agora, a língua né, que mudou, agora é trans, mas há uma diferença também, porque trans é um verbo mais para o feminino. Travesti é aquela coisa mais assim, *drag queen*, mais caricata, então a gente se enquadra assim, agora trans é uma coisa mais delicada... eu já amo o mundo feminino

Conta que tal reconhecimento se deu sobretudo pelo modo que ela se posiciona na vida, no dia a dia, que se identifica com o mundo feminino, mas que não quer ser uma mulher, também não se consegue pensar ou se comportar como um homem. Se recorda que com oito anos “era toda assim”, já expressava o jeito feminino.

Situa que sempre se aceitou e quis ser assim, fazendo referência a sua identidade e ao seu próprio corpo. Destaca que nunca realizou nenhum procedimento cirúrgico para modificação corporal, sendo sua transformação essencialmente fruto do processo de hormonização iniciado por conta própria aos treze anos de idade. Informa que não possui nenhum acompanhamento dos serviços de saúde voltado para a hormonização. Comenta que chegou a buscar há um tempo atrás, mas que não foi atendida dentro de sua demanda.

O processo de reconhecimento, a afirmação e a vivência da identidade travesti de ST03 se entrecruza com o momento de sua inserção no mundo do trabalho e com a separação de seus pais, também aos treze anos. Relata que começou a trabalhar

muito nova após seu pai se separar da sua mãe, deixando-as com “uma mão na frente outra a trás”. Assumiu-se “trans e foi para a rua”, para ajudar em casa. Recorda com revolta que esta foi uma fase em que sua família passou por muitas dificuldades:

“quando meu pai se separou da minha mãe ele deixou a minha mãe com uma mão na frente outra atrás, a gente foi morar em um quartinho sabe, passamos fome, naquela época tinha natais, que o povo tudo fazia festa em família, o cheiro de carne assada vinha, ... minha mãe grávida do meu irmão, [...] com a barriga deste tamanho, num quartinho, um colchão no chão, aquele fogão de asa e uma televisão pequenininha, comendo arroz puro, tá, é revoltante, aí com 13 anos, o que que eu fiz? me assumi trans e fui para a rua ajudar minha mãe...” ST03

Foi por meio da prostituição que ST03 conseguiu sustentar a si mesma e sua família, conheceu o céu e o inferno, como relatou. Enfrentou situações extremas de violência e também de glamour. Denota um sentimento ambíguo em relação a ela. Descreve que a foi prostituição que matou a sua fome, a deu de vestir, deu condições de realizar a hormonização, e que “*se não fosse ela ali na sociedade, não teria sobrevivido*”, mas também descreve os percalços enfrentados pela mesma para conseguir sobreviver.

ali você tem que ser meio heroína, você tem que colocar a cara e dar pra bater e chacoalhar, ali você não pode ser uma bostinha, não pode se esconder atrás de árvore... tem que se expor, se você quiser viver ali você tem que ir pra luta, [...], tem que sair com todo tipo de homem, tem que saber entender, conversar, entendeu? É uma coisa assim muito louca, não é pra qualquer uma, [...] tem que ser artista, ali você é uma personagem

Durante nossa conversa, ela relata com um misto de saudade e satisfação as situações vivenciadas na adolescência e juventude, e de como “*fervia*” ao lado de seu grupo de amigas nas noites de Londrina. Nos conta que já se envolveu em “*cada uma*” e já enfrentou tantas coisas que considera “*que já era para estar morta*”. Conta também que já teve diversos livramentos, sendo um deles o de superar a prostituição. Denota ser uma pessoa bastante espiritualizada e atribui a Deus o fato de conseguir manter a sua saúde emocional, psicológica e mental.

Casada e fora do mercado do sexo, nos revela que se encontra na melhor fase de sua vida. Descreve que acreditava ser impossível estabelecer uma relação com alguém que não fosse escondido, pois até 5 anos atrás, era tudo “por baixo dos panos”, “sigiloso”. Sua fala nos faz pensar sobre como pode ser solitária a vida da travesti, cujas relações são muitas vezes estabelecidas de forma furtiva.

Expressa sentir muito orgulho de sua trajetória e de ser quem ela é. Pontua que não foi fácil e se considera uma sobrevivente. Descreve a vivência travesti como uma

vivência alheia/a margem aos padrões sociais, que rompe com estes em busca do que sente, acredita e do que quer.

"O lado bom da gente ser assim, é porque você vive, você não vegeta. Travesti não está nem aí se você é tarifado ou não, entendeu, isso que é legal entre nós, porque a gente vai, a gente voa, a gente encara a vida..."

De forma espontânea, ST03 se descreve como uma pessoa escandalosa. Diz que não é uma pessoa que se cala, que não engole desaforos e não consegue ficar '*fazendo pose*'. Destaca que sempre foi aceita por sua família, e respeitada pela comunidade, da mesma forma que sempre os respeitou, mas que nunca se reprimiu em suas opiniões. Sabendo disto, procura evitar frequentar espaços nos quais será julgada e moralizada. Sinaliza que sempre passou por certos tipos de preconceitos, sendo este algo inerente à sociedade, e que apesar de diferentes, as travestis passam por situações bastantes parecidas "*porque o preconceito é o mesmo*".

Apesar de reconhecer que o acesso aos lugares é mais tranquilo atualmente do que há 20 anos atrás, pontua que ainda hoje, com uma aparência bastante feminina, enfrenta situações em que não possui sua identidade de gênero reconhecida, sendo evocada na maioria das vezes pelo nome de batismo. Além do preconceito, ela aponta que este se dá também em virtude de não ter conseguido realizar a retificação de seus documentos, evidenciando os limites e as exigências para este.

#### 4.2.1.4 ST04

ST04, travesti, tem 26 anos. Psicóloga, nascida e criada em um município vizinho de Londrina, reside na cidade há pouco mais de dois anos. ST04 é a única dos sujeitos entrevistados que possui formação superior e está inserida em movimentos da organização da sociedade civil voltado para a discussão e garantia dos direitos das pessoas trans-travestis.

ST04 se reconhece e se afirma categoricamente como travesti. Entende que esta é uma identidade histórica latino-americana, "*de um corpo que não é homem, mas que também não é mulher. É uma identidade [...] não binária mas que se alinha ao feminino*". A forma como ela situa sua identidade de gênero denota que a mesma está para além da performance de gênero e traz consigo uma dimensão política que se relaciona às representações sociais, construída em torno de preconceito, estigmas

e marginalização, e da necessidade de romper com elas. Nesse sentido destaca a importância em se dizer “*EU SOU TRAVESTI*” e da necessidade desta se tornar uma identidade reconhecida/legítima como todas as outras

e eu penso que tem muito da questão política envolvida em dizer “eu sou travesti”, porque, as pessoas veem as travestis primeiramente como um homem, “são os travestis”... secundamente como marginais... nem de marginalizadas... porque não é nesse aspecto que as pessoas veem mesmo... é como marginais... terceiro, assim como promiscuidade, como roubo, assalto, prostituição, não sei... eu tenho que dizer que sou travesti assim, tipo, né... olha só, eu sou uma travesti, sou uma psicóloga, sou mulher, vocês me respeitem...

A fala compartilhada por ST04 nos mostra alguns aspectos relacionados à compreensão dessa identidade pela sociedade, a tendência com que as travestis são percebidas e reconhecidas pela mesma. Na tentativa de subverter o significado atribuído historicamente a essa identidade, destaca a importância da autoafirmação da identidade travesti.

ST04 compartilha conosco alguns aspectos vivenciados no processo de reconhecimento e construção da identidade. Diz-nos que desde criança já não tinha uma imagem de si mesma como alguém do sexo e do gênero masculino. Manifestava em seu corpo elementos andrógenos e o ‘jeito de menina’, sendo inclusive por vezes lida como tal. Criada por sua avó paterna, nos conta que foi uma criança muito dócil e amada por sua família, mas que a mesma sempre reprimiu o seu jeito. Como exemplo, cita o fato de o pai levá-la para cortar seu cabelo com o pretexto de fazer o seu documento de identidade, pois as pessoas falavam que parecia uma menina. Relata ainda que sempre sofreu muito *bullying*, “*justamente por ser uma criança viada, meio andrógena*”.

O estranhamento que sentia em relação ao seu corpo se intensificou na adolescência, com as transformações corporais típicas da puberdade e o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, como o crescimento de pêlos, mudança no tom da voz, entre outros. Diz que para ela esse período foi um “inferno”.

Assim como grande parte das pessoas entrevistadas que compartilham da identidade trans, ela situa que seu reconhecimento enquanto uma pessoa travesti se deu inicialmente pela via da sexualidade ao voltar seu desejo e afeto a pessoas do mesmo sexo, e depois, ao ter acesso a estudos sobre gênero e sexualidade. Conta que aos 17 anos começou a se relacionar com pessoas do mesmo sexo/gênero, passando a se reconhecer primeiramente como uma pessoa gay, depois bissexual. Seu reconhecimento como uma pessoa travesti se deu um ano depois após acesso a

pesquisas e estudos sobre assuntos relacionados a gênero, binariedade e não binariedade.

Ela nos conta que a vivência da sexualidade fora dos limites da heteronormatividade marcou o início dos conflitos com sua família e se caracterizou como um momento bastante conturbado. Situa que foi nessa fase que os problemas com sua família se intensificaram e descreve uma sucessão de fatos que marcaram esse período, os quais denotam o enfrentamento de situações de conflitos e violência intrafamiliar. Relata que sua família voltou-se contra ela, a tal ponto de sua permanência naquele espaço tornar-se insustentável.

O processo de construção e vivência de sua identidade se deu aos 22 anos, após sair de casa e adquirir mais liberdade para se colocar da forma como gostaria. Descreve que passou a se *“vestir de outra forma, comprar roupas femininas, calçados, maquiagem, pintar a unha, ter uma expressão de gênero mais feminina”*. Por se apropriar dos elementos considerados do universo feminino e ao mesmo tempo carregar em seu corpo características do sexo masculino, ST04 destaca que no início era lida pelas pessoas como *“um homem de saia e cropped”*. Descreve ainda que era o tempo todo hostilizada, xingada, e recebia olhares de *“cara feia”* das pessoas na rua, sem ter feito nada *“só pelo fato de estar passando”*.

A hostilização e o preconceito enfrentado das pessoas em geral e a falta de tecnologias de afirmação de gênero acessíveis a levou a dar início ao uso de hormônios, buscando o ambulatório voluntário trans para tal. Sobre este, relata ter sofrido bastante com as reações e efeitos colaterais provocados, como o desencadeamento de depressão, alterações de humor, ansiedade, entre outros, levando-a a interromper o seu uso. Relata ainda diversas fragilidades/limitações enfrentadas na atenção ofertada no ambulatório, a falta de estrutura e suporte da rede de saúde para o processo de hormonização/transição de gênero, e pontua a necessidade e importância de um acompanhamento de uma equipe multiprofissional para uma assistência/atenção integral nesse processo.

"Todo mundo pensa que você vai tomar hormônio e você vai se transformar assim, de um dia para o outro. Na época como eu pensava assim: ai eu tenho essa aparência masculina, tenho esses pelos, não tenho dinheiro para fazer laser, o hormônio é algo que está mais acessível, e comecei já a hormonização, mas assim, nossa, foi horrível, foi horrível para mim, porque eu comecei a ter muitos efeitos colaterais do inibidor de testosterona, [...] comecei a ter muita ansiedade, eu tive uma recaída muito grande na depressão. Fiquei seis meses com hormônio, aí resolvi parar, porque começou a pandemia e gerava maior ansiedade. Foi assim o processo, mas depois que eu parei a hormonização eu continuei a transição, eu comecei a

fazer tratamento psicológico, [...] e comecei também a fazer um tratamento psiquiátrico, aí fiquei bem de novo, melhorei.

Atualmente, com quadro de saúde estável, ST04 realiza acompanhamento psiquiátrico e psicológico pela rede privada de saúde. Logrou acesso a algumas tecnologias de gênero, como o laser, e que tem dado continuidade a sua transição sem uso de hormônios. Situa que parte de sua família com a qual ainda mantém contato, como sua mãe, consegue compreendê-la e respeitá-la dentro da sua identidade, e outras como sua avó, entende, mas tem muitas dificuldades para tal, tratando-a algumas vezes no masculino e a nomeando pelo nome “morto”. Na comunidade em geral refere ter alcançado uma passabilidade, sendo muitas vezes lida como mulher. Ainda assim atribui o reconhecimento de sua identidade de gênero como decorrente dos posicionamentos e embates enfrentados, e ao fato de ter sua documentação retificada. Apesar de tudo, expõe que ainda há situações em que é tratada no masculino ou desrespeitada em função de sua identidade de gênero.

#### 4.2.1.5 ST05

ST05 é a pessoa mais jovem das participantes entrevistadas. Além disso, é a única dentre estas que se reconhece como mulher trans. Com 22 anos, nascida e criada em Londrina, trabalha em um salão de beleza, exercendo a atividade de cabeleireira e maquiadora. É atendida pelo sistema suplementar de saúde, tendo acessado o SUS e a APS em alguns momentos. Reside com sua mãe, com a qual denota um forte vínculo de afeto, parceria, compreensão e cumplicidade.

A vivência de ST05 distancia-se bastante dos relatos dos demais sujeitos entrevistados, e por reconhecer-se desde o início como uma pessoa privilegiada, colocou em dúvida se sua participação poderia de fato colaborar com o presente estudo, já que sua trajetória se difere bastante de tantas outras pessoas trans, não representando nem 1% desta. Ela nos contou que aceitou nosso convite e se mostrou disponível para tal por ser voltado para a área da saúde, e que esta é uma área comum a qual precisa se atentar às necessidades de saúde das pessoas trans.

Um dos principais pontos trazidos por ST05 logo no início de nossa conversa faz referência ao processo de identificação e reconhecimento de sua identidade de gênero e ao preconceito que enfrentou de si mesma para a aceitação desta. Ela nos

conta que “sempre soube”, mas que não acreditava ser possível tal mudança acontecer. Para ela o primeiro desafio desse processo foi a aceitação de si mesma como uma pessoa trans. Situa que “*a primeira batalha é a gente se aceitar naquilo, depois vem o processo de mudança, de contar, se revelar*”.

O processo de reconhecimento de ST05 passou pela construção de uma performance do feminino, se apropriando dos elementos atribuídos a esse gênero, e se apresentando como uma *drag queen*<sup>16</sup>. Ela nos conta que começou a fazê-lo em determinados espaços aos 14 anos. Nessa fase, como ela mesma refere, passou a se “montar”, a se vestir de menina, usar perucas e a encenar a arte *drag*, representando a figura do feminino de forma mais suave e menos caricata. Com o passar do tempo, estar montada se tornou uma condição para que saísse de casa, independente do local de destino: “só iria se fosse montada”. Seu reconhecimento como uma mulher trans adveio da pesquisa na internet por referências de pessoas que realizaram o processo de transição para o gênero feminino. ST05 nos conta que nesse momento se deu conta de que não era uma *drag queen*, mas uma menina, que sempre se deslocou para o universo feminino.

Refere que esse processo foi acompanhado de perto pela sua mãe, que se mostrou aberta a entender o que se passava com ela, buscando inclusive ajuda profissional para compreender tais questões. Ela compartilha com admiração a atitude de sua família quando revelou sobre a forma como se sentia:

Quando minha mãe tipo, não descobriu, mas que eu revelei para ela, assim, nossa senhora, foi... ela falou “então vc é uma mulher, então você vai ser uma mulher” no outro dia ela catou meu guarda roupa inteiro, ela jogou fora, fui no shopping, eu, minha avó, ela, a gente foi e ela refez o meu guarda roupa inteiro, ai já foi atrás de médico, 2 meses depois eu comecei a tomar os meus hormônios, e ai foi...

A forma com que ela compartilha tal relato e fala sobre sua família evidencia a boa relação que possui com a mesma, e em diversos momentos ST05 a enaltece, e se mostra agraciada pela família que possui.

ST05 iniciou o processo de transição de gênero no ano em que completou 18 anos, com apoio da família e suporte da rede suplementar de saúde. Ela é enfática ao apontar que nunca passou por situação de preconceito durante o processo de transição, tanto no âmbito da família, na comunidade ou em outros espaços. ST05

---

<sup>16</sup> “Artista que se veste, de maneira estereotipada, conforme o gênero masculino ou feminino, para fins artísticos ou de entretenimento” (JESUS, 2012, p. 27).

atribui parte deste ao fato de que no início da transição passava grande parte do dia em casa, não trabalhava ou estudava. E que mesmo depois, quando começou a trabalhar ou em qualquer outro lugar frequentado por ela, nunca foi tratada com desrespeito. Ainda assim, compreende que tal feito ocorre por não ser reconhecida como uma pessoa trans, e carregar em si os atributos requisitados a uma mulher.

De fato, ST05 possui uma passabilidade que lhe permite passar despercebida, como ela mesmo pontua, e atribui a ela o fato de não ser vista com diferença, e de conseguir entrar e sair dos lugares sem sofrer preconceito. Ela entende que sua vivência se diferencia em diversos aspectos das demais e demonstra consciência dos privilégios que possui. Ainda assim, incomoda o fato de as pessoas generalizarem a vivência das pessoas trans, de acreditar que elas passam pelas mesmas coisas, e que seus corpos são iguais e responderam da mesma maneira ao processo da hormonoterapia.

Durante a entrevista vemos que a vivência de ST05 se distancia em alguns pontos das falas dos demais. Mas que se entrecruzam e se aproximam em determinados aspectos quando abordamos a esfera do cuidado em saúde, conforme veremos mais adiante. Seu relato também nos permite fazer um paralelo com as necessidades de saúde das pessoas trans, e a assistência à saúde na rede pública e suplementar, já que dentre os demais, ela é a única que iniciou o processo de transição na rede privada e faz acompanhamento de saúde quase exclusivamente nesta.

Tendo realizado uma breve apresentação das pessoas trans-travestis que participaram do presente estudo, adentramos no próximo tópico a dimensão da saúde e do cuidado, no qual situamos a compreensão que elas possuem destes e os aspectos que influenciam na condição de saúde.

#### **4.2.2 Situação De Saúde Das Pessoas Trans-Travestis**

“tem gente que fala que saúde é não ter doença nenhuma. Saúde eu acho que é você estar bem, não ter doença, mas também estar bem psicologicamente, bem com sociedade, consigo mesmo principalmente, né, [...] Então eu acho que saúde é estar bem em todos os sentidos, em todos os aspectos.. (ST01).”

“saúde, eu acho que é muito a forma que você vive.. a forma como você cuida do seu corpo, fora os meios técnicos né... mas eu entendo isso.. uma qualidade de vida...” (ST05)

“saúde é vida, sem saúde a gente não é nada, mental e carnal, porque não adianta você estar com o corpo todo físico, lindo, e sua mente ser perturbada”, (ST03)

Seguindo com o roteiro de entrevista, para adentrar a dimensão do cuidado em saúde e entender o modo como as/os nossas/os participantes exercem o cuidado em saúde, iniciamos a segunda parte da entrevista buscando identificar a compreensão de saúde compartilhada por elas/es. Essa estruturação nos proporcionou uma aproximação com o modo como elas/es entendem, vivenciam e exercem o cuidado em saúde em suas múltiplas dimensões. Além de nos auxiliar a identificar as necessidades de saúde e os aspectos que se relacionam e interferem na situação e no cuidado em saúde.

Observando tais elementos, destacamos que de modo geral todas as pessoas entrevistadas trouxeram em suas falas elementos que evidenciam uma compreensão de saúde ampliada, a qual ultrapassa a concepção biologicista de que saúde é sinônimo de ausência de doença.

Dentro destas, alguns relacionaram saúde à qualidade de vida; às definições empregadas pela OMS, associando saúde ao completo bem estar físico, mental e social. Outras ainda entendem como um processo “contínuo”, que envolve a compreensão do ser humano como um sujeito “biopsicossocial”, destacando que para além do corpo, da matéria, há outros elementos que influenciam e interferem na condição de saúde. Entre estes, foram citados aspectos vinculados ao trabalho, a estabilidade emocional e financeira, ao acesso às tecnologias de saúde, ao cuidado, à autoestima, entre outros.

Embora não declarado diretamente, as falas trouxeram consigo também a compreensão de que saúde é um estado que se relaciona ao modo como as pessoas cuidam de si, organizam e vivem a vida dentro das condições em que se encontram. Logo, ter saúde também é ter condições e autonomia para a vida.

Considerando tais aspectos, questionamos os sujeitos sobre como eles avaliam e compreendem sua situação de saúde, e da mesma forma, as falas trouxeram elementos que remetem a saúde a uma perspectiva ampliada, a um estado e processo que reflete a qualidade de vida, evidenciando um movimento amplo para o alcance desta, o qual envolve aspectos de múltiplas dimensões:

hoje eu digo que tenho saúde, saúde assim, o meu problema nunca foi a questão física assim, saúde física, porque a gente sabe que é um contínuo, não tem como separar a saúde mental, física, se você for pensar o ser humano como biopsicossocial, mas eu considero que a partir de várias coisas que eu fiz eu consegui produzir saúde mesmo, estar trabalhando, ter uma certa estabilidade emocional, ter autoestima, é me reconhecer assim como uma pessoa que faz as coisas por mim, [ST04]

eu acho que estou na melhor fase da minha vida, eu me sinto muito bem, de 3, 4 anos para cá eu estou me sentindo uma pessoa assim super realizada sabe, [ST03]

Tendo em vista tais concepções, grande parte das pessoas entrevistadas consideraram no momento da entrevista ter um bom estado de saúde, apontando para a qualidade de vida, à ausência de problemas ou de um comprometimento específico de saúde. Alguns citaram queixas relacionadas a problemas de saúde pontuais, como quadro gripal, ansiedade, dores localizadas desencadeada pelo estilo de vida, entre outros, mas que são tratados na maioria das vezes na dimensão individual, ou quando não resolvidos, na dimensão profissional com a busca de serviços de saúde da atenção primária ou nos serviços de pronto atendimento.

Embora a situação de saúde pregressa não fosse o foco do roteiro de entrevista, parte de nossas colaboradoras sinalizaram nesta o enfrentamento de situações que impactaram no estado de saúde, sobretudo na saúde mental, culminando em seu comprometimento. Tais situações foram compartilhadas pelos sujeitos em diversos momentos, principalmente naqueles em que foram abordados o processo de reconhecimento e construção da identidade de gênero, já descritos na seção de apresentação dos sujeitos trans-travestis entrevistados.

Acerca desta, o desrespeito a identidade de gênero e do nome social foi manifestado na maior parte das falas das pessoas entrevistadas como algo que repercute diretamente no estado de saúde, gerando estresse, irritabilidade, tristeza, desgaste emocional, revolta, entre outros, sendo algo ainda bastante presente na vivência de parte das pessoas entrevistadas.

Olha no começo, foi um pouco difícil assim, tipo... tem um porteiro aqui, que nossa senhora, eu dei uma escovada nele esses dias [...], mas depois disso, ele parou, porque eu sou uma pessoa assim, que me imponho sabe... tipo... cheguei com o meu documento e falei assim, ó, você consegue ler o que está escrito aqui? Você está vendo aqui o meu nome, está no documento, não é ele. Você tem que me chamar de ela..aí ficava dando risada da minha cara sabe, umas coisas assim, [...] - **E como você lida com isso?** - olha tem situações que eu prefiro não falar nada, que as vezes eu também não tenho corpo sabe, de ficar batendo de frente o tempo inteiro, mas antes, quando eu mesma não tinha certeza, força para me impor, eu ficava muito abalada, eu não queria sair de casa, não queria ver as pessoas... até hoje acontece umas coisas sabe... [...] aí tipo, eu fico... irritada, (ST04).

Ser tratado por um nome/prenome em desacordo à sua expressão de gênero. Ter negado a solicitação para realizar a alteração de dados de cadastro, mesmo com a documentação retificada em cartório, ser exigido a determinação judicial para fazê-lo mesmo quando esta não é necessária, ou ainda se apresentar com o nome social e ser evocado publicamente por um outro, foram algumas situações compartilhadas pelos sujeitos e que denotam como a identidade trans-travesti muitas vezes é inteligível.

Manifestado de diversas formas, o desrespeito à identidade de gênero foi evidenciado também como um dos principais aspectos que dificultam e limitam o acesso da população trans-travestis a diversos espaços e serviços, sendo enfrentado de forma diferente pelas pessoas trans-travestis. Da mesma forma, as falas dos sujeitos entrevistados apontaram como estes influenciam no cuidado em saúde a medida que diante da possibilidade de suas identidades não serem reconhecidas às pessoas trans-travestis deixam de buscar o serviço, por medo e receio de serem desrespeitadas, ou ainda de sofrerem algum tipo de violência.

De fato, o reconhecimento social da identidade de gênero configura um aspecto fundamental para o reconhecimento e legitimidade do sujeito enquanto tal. É algo básico, primário e que impacta consideravelmente no processo saúde-doença das pessoas travestis e transexuais.

- Eu acho assim que uma coisa que essa modernidade [...] nos trouxe de bom foi o nome, eu acho que a gente se sente como o que a gente quer realmente, eu acho que isso é muito mais bonito, já pensou você ser chamada "fulano, ... você toda feminina" aí você levanta e se apresenta... [aponta para si] assim não é vergonha eu acho que é porque o povo é palhaço, não é a gente que é o palhaço da história, mas sempre tem um retardado que vai rir - ST03

Para além da questão do desrespeito à identidade de gênero, outras questões foram pontuadas pelos sujeitos trans-travestis como elementos que influenciam e interferem na situação de saúde e no cuidado desta, os quais se relacionam com a dimensão da organização e oferta dos serviços de saúde.

Dentre estas, foram sinalizados os efeitos colaterais provocados pelo uso dos hormônios durante o processo de transição, iniciado na maioria das pessoas entrevistadas pelo ambulatório voluntário, e realizado muitas vezes sem o acompanhamento adequado que o tratamento requer. Tal aspecto desperta nossa

atenção para a fragmentação do cuidado e, até então, para a ausência/fragilidade da rede de saúde na atenção às pessoas trans-travestis.

"e comecei já a hormonização, mas assim, nossa, foi horrível, foi horrível para mim, porque eu comecei a ter muitos efeitos colaterais do inibidor de testosterona, [...] comecei a ter muita ansiedade, eu tive uma recaída muito grande na depressão. Fiquei seis meses com hormônio, aí resolvi parar, porque começou a pandemia e gerava maior ansiedade. Foi assim o processo, mas depois que eu parei a hormonização eu continuei a transição, eu continuei, eu comecei a fazer tratamento psicológico, [...] e comecei também a fazer um tratamento psiquiátrico. Então hoje eu tomo remédio, faz mais de um ano já.. aí fiquei bem de novo, melhorei (ST04)

a gente usava [\*\*\*\*], e eu falo hoje em dia eu não recomendo a começar com ele porque ele é muito forte né, ele deixa você meio... agressivo... - [...] [...] aí tipo, ele sumiu, [...] ai mudaram para o [\*\*\*\*], é bem mais fraquinho, tem um ciclo assim maior, só que ele me deixava mais depressivo, (ST01)

As situações apresentadas pelos sujeitos entrevistados denotam a importância de que tal processo se dê com o acompanhamento de uma equipe multiprofissional, para além do profissional da área médica e da administração de hormônios, mas que tenha também o suporte de profissionais de outras áreas da saúde.

Ao lado destas, outros aspectos relacionados à organização social e a dimensão dos serviços de saúde foram sinalizados como fatores que influenciam o estado de saúde das pessoas entrevistadas. Dentre estes foram destacados: a) aspectos relacionados ao trabalho desempenhado e consequências da sobrecarga destes para a saúde; b) a ausência de recursos para o acesso a um acompanhamento de saúde multiprofissional pela rede privada, assim como a ausência ou baixa oferta destes na rede pública de saúde; c) a ausência de um serviço especializado, com profissionais qualificados que se atentem às demandas e as particularidades dos corpos trans-travestis; d) a inespecificidade de linhas de cuidados voltada à atenção à saúde sexual das pessoas trans-travestis; e) dificuldade de acesso a serviços devido à organização da oferta e acessibilidade de horários; f) ausência de recurso para acesso às tecnologias de afirmação de gênero e a baixa oferta destes pela rede pública.

Os aspectos descritos condensam necessidades de saúde das pessoas trans-travestis, constituindo também barreiras para o pleno exercício do cuidado de sua saúde. De modo geral, vemos que estes vinculam-se a níveis estruturais e envolvem as diversas dimensões da gestão do cuidado, cuja complexidade supera a discussão proposta por este estudo. Todavia, são elementos que de fato influenciam e interferem na condição de saúde da população trans-travestis, à medida que por conta destes,

estas deixam de realizar acompanhamento de saúde, deixam de ter suas questões assistidas, e estão mais suscetíveis a determinados processos de adoecimento que outros. Tais questões poderão ser melhor observadas no tópico seguinte, no qual voltamos nossa atenção para as necessidades de saúde propriamente ditas.

#### **4.2.3 Pessoas trans-travestis, necessidades e as barreiras para o cuidado em saúde**

Conforme exposto em diversos momentos do estudo, a procura das pessoas trans-travestis aos serviços de saúde tem se dado mediante o comprometimento do quadro de saúde e/ou de acompanhamento do processo de transição de gênero. No entanto, ao questionarmos os sujeitos trans-travestis sobre as suas necessidades e problemas de saúde, vemos que algumas se situam na esfera da promoção e prevenção da saúde, e correspondem a um movimento que busca mais qualidade de vida.

Nas respostas foram pontuados diversos problemas de saúde que dialogam com as necessidades de saúde comuns da população em geral, como também foram sinalizadas necessidades de saúde específicas que requer um olhar que considere as particularidades dos corpos trans-travestis. As necessidades e problemas de saúde citados foram dispostas a partir das respectivas configurações.

Dentre as necessidades e problemas de saúde comuns à população em geral foram identificadas as de acompanhamento de especialidades não médicas, como assistência nutricional, psicológica, farmacêutica, odontológica; às relativas ao acompanhamento e procedimentos de rotina, como acompanhamento da enfermagem, realização de exames, prevenção e imunização; as que envolvem a atenção de profissionais da área médica da clínica geral e das especialidades de psiquiatria, ortopedia, proctologia, ginecologia, urologista. Enquanto problemas de saúde foram elencados os relativos ao quadro de doenças respiratórias, anorretais, ansiedade, depressão, ferimentos e machucados em geral.

Embora as necessidades pontuadas até então não estejam relacionadas diretamente as particularidades desencadeadas no processo de transição de gênero e não possuem relação orgânica com a expressão social de gênero, não podemos desconsiderar os aspectos da dimensão social que impactam consideravelmente a

condição de saúde das pessoas trans-travestis, como a vivência de situações de preconceito, discriminação, não aceitação, exclusão e violência. Nesse sentido, compreendendo que as necessidades podem ser expressas/desencadeadas ou agravadas, destacamos a importância de tais aspectos serem considerados no processo de cuidado.

Entre as necessidades de saúde específicas foram evidenciadas as de acompanhamento multiprofissional no processo de transição de gênero; avaliação e acompanhamento de especialidades que compreendam as particularidades dos corpos trans-travestis e os impactos da hormonioterapia, acesso aos procedimentos cirúrgicos para modificações corporais, como *mamoplastia masculinizadora*, que consiste na ressecção das mamas; a redução de *pomo de adão*; a *histerectomia* - ressecção do útero e ovários; e a mamoplastia com implante de prótese mamária de silicone. Foram também, elencadas necessidades relacionadas à saúde sexual e reprodutiva.

A importância do acompanhamento multiprofissional no processo de transição de gênero já foi situada na seção que trata sobre os aspectos que influenciam a condição de saúde das pessoas trans-travestis, uma vez que o uso de hormônios pode desencadear efeitos colaterais nos organismos impactando na saúde física, emocional e mental dos indivíduos. As falas sinalizam ainda que nesse processo é fundamental que se tenha o acompanhamento de profissionais das áreas da saúde mental, psicologia, endocrinologia ou outro profissional da área médica com conhecimento em terapia hormonal.

A necessidade de serviços especializados e profissionais qualificados para a realização de acompanhamento e procedimentos cirúrgicos foi a segunda mais citada entre os sujeitos entrevistados, sendo a primeira relacionada ao processo de hormonização. Ao analisar as falas dos mesmos vemos que tal demanda é constituída por elementos que expressam distintas finalidades, as quais se relacionam à necessidade/busca de aceitação, legitimação e reconhecimento social da identidade de gênero com o qual se identifica, e também, ao estranhamento de alguns elementos e características corporais, a busca do alinhamento do corpo as suas expectativas e desejos, a forma como se vê, sente e enxerga seu corpo.

A maior questão é a cirurgia... Então assim, eu acho que a parte orgânica, do corpo, da parte dos meninos, sempre vai ser os seios... [...] doença foge do seu controle... mas a imagem nossa [...] A imagem é ao mesmo tempo uma coisa muito importante e muito ilusória. [...] então isso aí é outra coisa que

entra na parte da saúde psicológica, que o povo vai muito pela aparência... (ST01)

- o sonho de qualquer homem trans, é fazer a cirurgia dele... só o fato de tirar ali o que ele não reconhece, não era pra ser dele, ele já fica feliz, então eu acho que é isso... (ST02)

“A imagem é algo muito importante, mas também muito ilusória”. A fala de ST01 demonstra como o mesmo compreende a dimensão da imagem, da aparência, como necessárias para o reconhecimento da identidade de gênero, mas que nem sempre atendem os anseios que se esperam com esta. Já a de ST02 pontua, a partir do reconhecimento de si, a dimensão que a *mamoplastia masculinizadora* possui para os homens trans, cuja representação simboliza a retirada de um “intruso”, de algo que ele não reconhece em seu corpo.

Demonstrando os diferentes objetivos que mobilizam a modificação corporal, retomamos o conteúdo manifesto por ST04, que diante da vivência de tantas situações de constrangimento, desrespeito e violência encontrou na harmonização o mecanismo mais acessível para ter controle das características sexuais secundárias, e de ST03, que expressa já ter tido a intenção de realizar a cirurgia para implante de prótese de silicone.

No começo, que eu me assumi, eu queria fazer a cirurgia, aí tinha que fazer a inscrição lá em um negócio, no SUS e esperar, mas daí eu já desistiu, porque isso bobeira de cabeça entendeu, então, para mim isso não me convém mais, isso porque eu era muito nova, por conta do preconceito, aí ficava .. aquelas palhaçadas né, (ST03)

Vemos que a modificação corporal, tanto pela via da hormonioterapia, quanto por meio de procedimentos cirúrgicos, engendra um processo que busca a produção de uma imagem, de um corpo, que se alinha a forma como as pessoas se sentem e querem estar no mundo. Mas também algumas vezes busca ocupar um lugar de pertencimento e reconhecimento, reproduzindo e reiterando, em um movimento de transgressão e adequação, às performances de gênero.

A assistência à parte das necessidades de saúde específicas elencadas pelos sujeitos entrevistados está prevista dentre os serviços ofertados pelo Processo Transexualizador. Regulamentado pela portaria MS 2803/2013, o processo transexualizador estabelece a articulação de um conjunto de ações, serviços e procedimentos estruturados pelos componentes da atenção básica e especializada, para a promoção do cuidado integral às pessoas trans-travestis (BRASIL, 2013)

Apesar da respectiva portaria organizar a rede de atenção e definir a linha de cuidado à saúde das pessoas travestis e transexuais no âmbito do SUS, os serviços de acompanhamento e procedimentos de adequação de gênero pela rede pública se mostram insuficiente para o atendimento da demanda da região, sendo o seu acesso considerado por algumas das pessoas entrevistadas como “praticamente impossível”.

Destarte, situamos que das pessoas referenciadas ao SUS, até o momento da realização das entrevistas, apenas ST01 é acompanhado pelo serviço de referência às pessoas trans-travestis no Paraná, o CPATT, enquanto parte dos demais tem sido acompanhado pelas unidades básicas de saúde após a desativação do ambulatório trans voluntário; por serviços da rede privada quando não conseguem acesso ao atendimento de determinadas especialidades pela rede pública, ou ainda tem realizado o uso de hormônios por conta própria, sem nenhum acompanhamento, como é o caso de ST03.

As pessoas trans-travestis têm mobilizado diferentes estratégias e recursos para conseguir acesso às tecnologias de modificação corporal, muitas vezes sem garantias, de forma pouco segura, ou não regulamentada. É o que aponta a fala de ST01, ao sinalizar que algumas pessoas têm buscado atendimento de profissionais não capacitados para conseguirem realizar a mamoplastia masculinizadora.

uma coisa que os meninos caem muito, cirurgião em Londrina que faça [mamoplastia masculinizadora] não tem! quem falar que faz, a pessoa não faz, se fizer terá que fazer depois outra cirurgia com outro médico!, O povo no desespero acredita, e a gente, naquela época a gente mandava bastante mensagem no grupo, toda hora a gente falava, não tem médico em Londrina que faz, (ST01)

Outra estratégia para o acesso aos procedimentos cirúrgicos sinalizada em alguma das falas das pessoas entrevistadas é a mobilização daqueles que denotam capacidade econômica junto a rede de saúde suplementar na contratação de planos de saúde privados. Todavia, isso ainda não é uma garantia de acesso aos mesmos uma vez que corre-se o risco de tal procedimento esbarrar em burocracias institucionais e em interpretações equivocadas sobre as respectivas demandas.

A galera hoje em dia está fazendo assim... fazem um plano de saúde, [...] e aí paga a carência de seis meses, para começar o processo para os procedimentos ... só que mesmo assim já veio várias pessoas conversar comigo que o plano não estava liberando. Tenho um amigo meu que queria fazer a mamoplastia para retirar o seio, e aí, estavam pedindo um laudo para dizer que ele é trans para poder fazer o procedimento, (ST04)

Vemos que esta alternativa não garante que os procedimentos sejam realizados, sendo necessário por vezes a mobilização da esfera judiciária para regular a prestação de serviço e a relação estabelecida entre as partes, limitando ainda mais o acesso a medidas que envolvem tempo, conhecimento e recursos.

Apesar de não ser evidenciado nas falas das pessoas entrevistadas, não podemos desconsiderar as estratégias adotadas por parte da população trans-travestis, principalmente aquelas que não possuem os recursos necessários para viabilizar a transformação corporal pela rede privada/suplementar, a utilização de substâncias que podem provocar riscos e danos à saúde, como também o deslocamento aos centros urbanos com a finalidade de acessar os procedimentos cirúrgicos em estabelecimentos irregulares. São estratégias que ganham visibilidade na comunidade das pessoas trans-travestis como os meios mais acessíveis e rápidos para realizar a mudança corporal, e que são veiculadas nas mídias quando estas resultam em lesões graves e até mesmo em morte, como foi o caso/situação de Lorena Muniz, mulher trans, de 25 anos, vítima de um incêndio em uma clínica em São Paulo em que realizava um procedimento cirúrgico, abandonada pela equipe na sala de cirurgia durante o incêndio.

Ante o exposto, vemos que grande parte das necessidades de saúde pontuadas pelas pessoas entrevistadas têm se deparado com: a ausência de serviços com equipes e profissionais capacitadas para prestar atendimento e acompanhamento a ausência de especialidades que compreendam as particularidades dos corpos trans-travestis na região, e a ausência de serviços de referências para acesso às tecnologias de gênero articuladas pelo componentes vinculados à atenção especializada.

Observadas dentre os aspectos que influenciam as condições de saúde, estas intervêm na produção do cuidado em saúde propriamente dito, constituindo-se também como as principais dificuldades enfrentadas pelas pessoas trans-travestis para o atendimento das respectivas necessidades.

Para além das necessidades que dizem respeito ao processo de transição de gênero, parte dos sujeitos entrevistados também evidenciaram uma preocupação voltada à saúde sexual e reprodutiva, a qual, embora possa se vincular às necessidades comuns aos demais grupos populacionais, adquirem outras nuances para as pessoas trans-travestis.

Tal preocupação emerge da dificuldade de as pessoas trans-travestis realizarem acompanhamento em razão da organização dos serviços de saúde e da ausência de profissionais que tenham um conhecimento e/ou demonstrem familiaridades com os seus corpos.

- precisava um pouco, as UBS, secretaria de saúde e tudo, precisava dar uma atenção para a questão, por exemplo, no câncer de mama, que é uma coisa muito importante, e eu ainda tenho né, então é perigoso dar um câncer de mama em mim ... [...] Também o útero, eu ainda tenho o útero, quero tirar, então é outra preocupação de... sei lá, dar um câncer no colo do útero, tem tudo isso, é uma necessidade de saúde né, é uma preocupação minha...[...], (ST02).

- Que nem próstata, tem trans, que tem, precisa passar por isso, tem que ter um cuidado específico nisso, (ST03).

Essa preocupação remonta a uma questão já elencada na análise das entrevistas realizadas com os profissionais de saúde, que evidencia que as políticas e os serviços de saúde são organizados em uma perspectiva binária, tendo como referência as normas instituídas pelo sistema sexo-gênero.

Diante disso, observamos que a forma como o sistema de saúde se organiza constitui em si mesma diversas barreiras de acesso que impedem ou afastam os sujeitos trans-travestis dos serviços de saúde a medida que não proporciona um espaço adequado com profissionais de saúde qualificados para o acolhimento e atendimento das necessidades específicas das pessoas trans-travestis. Novamente destacamos que apesar destas questões ultrapassar a dimensão do cuidado analisada e se relacionarem a gestão da dimensão organizacional, sistêmica e societária do cuidado, a mesma necessita ser problematizada para que transponha a perspectiva calcada na dimensão biológica e na normatividade de gênero e dialogue com princípios constitutivos do SUS, da universalidade, equidade e integralidade.

Na mesma toada, observamos que parte das necessidades de saúde e demandas pontuadas pelas pessoas trans-travestis (como questões relacionadas à realização de procedimento cirúrgico e o acompanhamento de determinadas especialidades) ultrapassam a esfera da atenção primária sendo sua articulação de competência dos serviços que compõem e estruturam a rede de atenção à saúde, e operam densidades tecnológicas de média e alta complexidade. Todavia este não anula a responsabilização da APS na mediação destas, em sua competência de atuar como coordenadora do cuidado, na articulação com os serviços que compõem os demais níveis de atenção.

Assim, diante deste destaque, situamos a importância do desenvolvimento do trabalho em rede, o fortalecimento desta, a relação dos demais serviços com a atenção primária e a definição de fluxos e protocolos como elementos que possibilitam a efetivação da atenção integral e a articulação das necessidades de saúde das pessoas trans-travestis, em suas múltiplas dimensões e complexidades.

Destarte, vemos que o cuidado comprometido com as necessidades de saúde das pessoas trans-travestis é um processo que mobiliza tanto elementos da dimensão da micropolítica do cuidado, e do uso das ferramentas e tecnologias, como da macropolítica, que envolve a dimensão societária e a organização da política de saúde.

Considerando que nossa discussão se situa na dimensão da primeira, no próximo eixo nos debruçamos sobre a dimensão do cuidado profissional, evidenciando as relações das pessoas trans-travestis com os serviços e profissionais de saúde.

#### **4.2.4 O cuidado em saúde as pessoas trans-travestis**

Tendo apresentado os aspectos gerais que atravessam a vivência das pessoas trans-travestis, a situação e as suas necessidades de saúde, nos atemos neste eixo aos elementos que perpassam o cuidado em saúde na dimensão profissional. Nesta, situamos os aspectos presentes na relação das pessoas entrevistadas com os serviços e profissionais de saúde em geral e com aqueles que constituem a atenção primária. Além desta, compartilhamos as percepções das pessoas trans-travestis sobre os cuidados ofertados nesta esfera de atenção.

Balizando a relação das pessoas trans-travestis com os sistemas e serviços de saúde, temos que das cinco pessoas entrevistadas, quatro têm no SUS o principal sistema de referência de assistência à saúde. Além deste, três utilizam serviços de convênios, clínicas populares e serviços privados, como forma de complementar a assistência à saúde mediante situações pontuais e específicas. No geral, todos assinalaram terem tido em algum momento contato com a unidade básica de saúde de referência do território em que residem, uns com mais frequência do que outros.

Sobre este, apesar de enfrentarem algumas dificuldades de acesso e permanência, as quais são abordadas com mais detalhes ao longo deste eixo,

todas/os participantes declararam que nunca deixaram de ser atendidas/os pelos serviços de saúde.

Embora reconhecidas as fragilidades, os desafios e as dificuldades que atravessam os serviços na assistência a parte de suas necessidades de saúde, algumas falas expressaram de forma bastante contundente a dimensão social do SUS e a sua importância para a população brasileira. Outras, evidenciando a dimensão política constitutiva do mesmo, sinalizaram a importância da mobilização e organização social, reconhecendo neste um direito e um espaço de disputa. Outras ainda, ao retratar elementos que atravessam o campo prático e organizacional vivenciados no processo do cuidado em saúde na dimensão profissional, situaram que este ainda está longe de contemplar o cuidado integral e humanizado à saúde das pessoas trans, apesar dos dispositivos legais. Tais percepções apareceram em diversos momentos nas falas das pessoas e ainda que não explicitadas, podem ser percebidas no decorrer da análise dos aspectos abordados a seguir.

#### 4.2.4.1 A Relação Das Pessoas Trans-Travestis Com Os Serviços De Saúde

Apresentamos nesse tópico os aspectos pontuados pelos sujeitos trans-travestis entrevistados que expressam a sua relação com os serviços de saúde.

Antes de explicar sobre estas, apontamos que cada sujeito possui uma relação distinta com os serviços de saúde e que estes também se dão de diferentes formas a depender da unidade de saúde, da organização dos serviços, dos recursos ofertados, dos processos de trabalho, da postura ética e capacidade técnica dos profissionais que ali atuam.

Dentre os relatos foram trazidos traços da relação estabelecida com a secretaria de saúde e o departamento responsável pelos tratamentos que ocorrem na modalidade TFD (Tratamento Fora do Domicílio); com o serviço de referência do estado, o CPATT; com as unidades de saúde de pronto atendimento - UPA, e as unidades básicas de saúde - UBS. Também foram compartilhados relatos que situam a relação estabelecida com serviços e profissionais de saúde que compõem a rede privada e suplementar de assistência à saúde, na modalidade de planos de saúde e convênios.

Na análise dos fragmentos que articulam as relações estabelecidas dos sujeitos trans-travestis entrevistados com os serviços de saúde, sejam eles especializados, públicos, privados, da atenção primária ou de outro nível de atenção, vemos que estas se dão a depender da postura do profissional de saúde estabelecida no encontro com o usuário; da capacidade de este reconhecer as pessoas pelo gênero com o qual elas se identificam e do conhecimento que o profissional possui acerca das questões que afetam as pessoas travestis e transexuais, assim como da capacidade de apresentar respostas às necessidades de saúde por elas expressas. Tais elementos estiveram presentes em diversos relatos, demarcando a tônica da relação construída entre os sujeitos envolvidos no processo do cuidado, assim como o próprio cuidado em saúde.

Ao nos debruçarmos sobre estes, temos de considerar que as relações estabelecidas entre os sujeitos do processo são atravessadas pelos marcadores sociais de classe, raça, gênero, sexualidade e geração de forma interseccional. Trazer essa dimensão à tona nesse momento é importante para compreendermos a relação das iniquidades, desigualdades e vulnerabilidades, produtos da dinâmica social, que se expressam de formas distintas na vivência das pessoas trans-travestis, a partir das marcas do preconceito, estigma, discriminação, constrangimento, desrespeito, julgamentos, entre outros.

Tais aspectos apareceram de forma tímida em alguns relatos, sendo apontado de maneira mais contundente nos momentos nos quais abordamos assuntos referentes ao reconhecimento da identidade de gênero e o respeito ao nome social, e de forma direta, sobre a vivência de situações de constrangimentos, preconceito e discriminação nos serviços de saúde.

Nestas, foram assinaladas por parte das pessoas trans-travestis entrevistadas a dificuldade enfrentada para o reconhecimento e respeito da identidade de gênero quando ainda não tinham a imagem/aparência em acordo ao gênero identificado; a percepção de olhares fixos e de mudança corporal de alguns profissionais diante do não ajustamento do gênero ao sexo, e a dificuldade de acesso a determinados procedimentos.

- então eu acho que foi a única pessoa que me tratou meio que diferente, mas eu sentia que toda vez que eu chegava lá ela ficava me olhando estranho, não queria me atender sabe, as vezes ela chamava outra pessoa "atende ele aqui, porque não sei entrar aqui" não sei se ela tinha dificuldade, não sei... se era alguma coisa dela... não sei, (ST02)

- quando eu comecei a fazer o tratamento no ambulatório, eu não tinha dinheiro para pagar os exames, então eu tinha que fazer pelo SUS,[...] ai

quando eu cheguei lá pela primeira vez eles não quiseram fazer a coleta de exames, mesmo com o pedido certinho, que eles falavam assim, “mas o que que é esse amb... ”laboratório falavam”, e foi muito difícil assim, eu tive que fazer uma ouvidoria, [...] aí depois disso acabaram fazendo. (ST04)

- A gente sempre passou por certos preconceitos né, que eu acho que no meio da sociedade inteira tem [...] é como eu falei para vc, preconceito existe em todos os meios, só que não sei o que a sociedade enxerga tanto travesti, porque sapatão e gay a sociedade passa ainda despercebido, nós não, nós parecemos bicho de sete cabeça. Você pode ser rica, pobre, linda ou feia, não tem padrão, mas travesti, trans, parece que é uma coisa assim muito impactante, parece que não sei... não sei o que eles veem, o que pensam, eu não consigo explicar assim, é uma coisa muito louca. (ST03)

Destoando destas, a vivência de preconceito, discriminação ou situações de constrangimentos nos espaços de saúde é algo que não faz parte da realidade de ST05, mulher trans, branca, com suporte e apoio social, com acesso a hormonização e cuidados em saúde pela rede privada/suplementar, com uma condição social que permite a mesma dizer que “não é nenhuma coitada”. Temos aí novamente os marcadores sociais da diferença, produzindo experiências distintas entre aquelas que se encontram na transexualidade. Apesar deste, ela reconhece que tal privilégio se deve à conformidade de sua aparência ao gênero feminino e como consequência desta ao fato de não ser identificada como uma mulher trans.

Os relatos compartilhados expressam de maneira nítida nas vivências das pessoas trans-travesti como a identidade de gênero, sexualidade, classe, raça, formação cultural e geração, estão presentes nas relações sociais, e atuam em diferentes níveis na produção e reprodução de estereótipos, preconceitos, estigmas e discriminação, conforme já assinalamos.

A forma como os sujeitos profissionais de saúde se posiciona ante aos usuários trans-travestis podem contribuir para a reprodução deste, ou para o desenvolvimento de um novo modelo de cuidado.

Voltando à análise dos elementos evidenciados na relação estabelecidas no processo do cuidado em saúde, alguns relatos sinalizam uma postura de respeito, interesse, acolhimento, compromisso e responsabilidade.

- essa doutora que eu sou atendido por ela aqui na UBS, ela que foi atrás, sem eu falar nada [...] sabe... então... eu acho que é o interesse da pessoa em querer saber, em querer te conhecer, em querer ir atrás, igual essa dra. [...] ela foi atrás, pesquisou, olhou, falou “olha, tem realmente esse ambulatório, vou te encaminhar, seu grau precisa de acompanhamento” então ela teve preocupação, teve interesse... (ST02)

- ali no comecinho que os postinhos ainda não sabiam como mudar o nome, e fui a primeira vez que eu fui fazer o exame, logo quando eu comecei, que no pedido do exame estava meu nome social né, no sistema do postinho,

estava o nome antigo, daí ele me chamou assim, eu levantei, fiquei meio assim, aí ele olhou na minha cara, no pedido de exame... daí ele já pegou meu prontuário, já riscou assim, e já colocou o nome certo... eu acho que ele mesmo ficou com raiva, mas assim foi a única vez também, depois nunca mais... [...] (ST01)

As posturas dos profissionais retratadas nos fragmentos acima favorecem a construção de vínculos positivos com os sujeitos atendidos, possibilitando por meio deste a produção de um cuidado comprometido com os interesses e necessidades dos usuários.

Em contrapartida a estas, foram compartilhados relatos cuja postura respaldam-se em posições arbitrárias, conservadoras, pouco acolhedoras, atrelada a processos burocráticos e às normas do sistema sexo-gênero. Estes são evidenciados de maneira nítida nos relatos que apontam para o não reconhecimento da identidade de gênero e do nome social, assim como das dificuldades enfrentadas pelos mesmos no acesso a determinados serviços.

- esses dias estava conversando com um amigo meu que ele falou que teve que brigar lá com o cara da UBS porque ele não queria mudar o nome dele lá no registro... eu tive esse problema no começo, que daí eu não tinha barba, a minha aparência não era masculina ainda, [...] a moça lá não queria mudar de jeito nenhum, [...] ai, tipo assim, eu não bati de frente com ela, falei tudo bem, pode colocar só meu nome social em baixo, deixa meu nome de batismo em cima, e está ok, só que na hora de chamar ali, tinha o constrangimento de me chamarem pelo meu nome de batismo, (ST02)

- às vezes você dá o cartão do posto, aí pede o documento, aí te chamam pelo nome do documento.. - **Você consegue me dizer qual a última vez que isso aconteceu mais ou menos?** - A última vez que fui no dentista ali, esses dias, em novembro, agora, em novembro... eu dei o cartão do posto com o meu nome ... ah minha filha, mas cataram minha identidade e me chamaram pelo outro nome [...] Eu me desanimo, olha a minha identidade... Não estou de masculino, a foto não é masculina, entendeu. Ai agora vê se tem cabimento, [...] no começo eu chorava de vergonha. Por isso que as travestis ficam loucas, sai fora de si tem hora, entendeu, é nessas pequenas coisas... (ST03)

Vemos nos relatos que o não reconhecimento da identidade de gênero, assim como o desrespeito ao nome social é um aspecto que marca a relação dos sujeitos trans-travestis com os serviços de saúde, principalmente daqueles que estão no início do processo de transição, e se caracteriza como uma das principais dificuldades enfrentadas pelas mesmas no acesso aos serviços.

Em razão destes temos que a relação da maioria dos sujeitos entrevistados com os serviços de saúde foram mediadas por algumas situações de

constrangimento. Destes, citamos que apenas ST05, detentora de uma passabilidade inquestionável e com a documentação retificada, não passou por tal situação.

Outrossim, vemos que o reconhecimento da identidade de gênero para algumas das pessoas trans-travestis entrevistadas se deu com o tempo, já outras dependem da disposição e sensibilidade do profissional responsável pelo atendimento para tal questão. Esse é o caso de ST03, que em meio a tantas experiências de desrespeito e constrangimento, expressa com surpresa e perplexidade em seu relato a mobilização realizada por um profissional de saúde para que a sua identidade de gênero fosse reconhecida.

E esse cartão aqui ó, foi um médico homem que foi muito gentil, que daí estava com o nome masculino e ele falou “não, vocês têm que trocar esse cartão agora!” Ele falou desse jeito para a enfermeira. Um médico! um médico! Juro por Deus! foi lá e trocou e trouxe esse daqui. [...] (ST03)

Notadamente, os relatos denotaram que o reconhecimento da identidade gênero e do nome social se deram em partes com o alcance da ‘passabilidade’ e da retificação dos documentos. Neste cenário, o desrespeito à forma com que as pessoas se posicionam em relação ao gênero com o qual se identificam, em razão da ausência de uma destas condições, é uma constante na experiência estabelecida com os serviços, vide as experiências de ST03.

Considerando os diversos elementos apontados pelos sujeitos entrevistados no tocante a relação estabelecida destes com os profissionais de saúde nos serviços de saúde, vemos que o trabalho vivo em ato - característica perspicua do processo de trabalho em saúde, se denota nos diferentes modos com os quais estas têm sido estabelecidas no encontro entre trabalhador-usuário. O que explica as percepções compartilhadas pelas pessoas trans-travestis entrevistados as quais apontam distintos posicionamentos dos profissionais na relação com o usuário e o modo como estes operam e articulam as tecnologias no processo do cuidado. Vemos que há formas distintas de operá-lo, no entanto estas estão mais inclinadas à dinâmica da lógica dos processos instituídos, do que na perspectiva do instituínte.

Para além da problemática do reconhecimento do nome social e respeito a identidade de gênero das pessoas trans-travestis, dentre as dificuldades citadas enfrentadas no acesso ao serviços de saúde pelos mesmos, foram denotadas dificuldades relacionadas à compreensão dos profissionais sobre o que é nome social. Vinculado a este, voltado a dimensão técnico e operacional dos sistemas de

informação, foram citadas situações que evidenciaram a falta de habilidades dos profissionais para o manejo e o desconhecimento das possibilidades dos sistemas no que se refere a inclusão do nome social e outros dados, pertinentes ao acompanhamento de saúde realizado, por exemplo.

Um tipo de dificuldade que eu tenho, aí eles sempre tem que entrar no sistema, aí vê lá, aí eu tenho que lembrar eles de marcar alguma coisa “ó, marca ai, testosterona total” porque nunca marca, daí eu tenho que ir, as vezes no dia da pessoa a pessoa não consegue tirar, não consegue marcar, né, tem esse tipo de dificuldade, tem que falar para a pessoa...(ST02)

é uma coisa também que a gente teve que ensinar.. teve que um menino trans, falaram para ele como fazia e ele teve que ir na UBS que ele era atendido para mostrar para a pessoa onde ela abria no computador para mudar o nome dele, que eles não sabiam, [...] que foi mais ou menos o que aconteceu comigo... (ST01)

As falas sinalizam dificuldades do campo operacional, que não demandam um conhecimento específico complexo e que podem interferir na qualidade do atendimento da população em geral, não apenas das pessoas trans-travestis. Conhecer o sistema com o qual se trabalha é um aspecto essencial para aqueles que ali atuam, e que demandam um processo de capacitação e treinamento permanente, uma vez que estes passam por constantes atualizações.

A ausência da capacidade dos profissionais de saúde em articular os conhecimentos necessários para atender as demandas e necessidades de saúde das pessoas trans-travestis foi outro aspecto demarcado nas falas das pessoas trans-travestis como elementos que influenciam a relação destas com os profissionais de saúde e no cuidado propriamente dito.

- lá não era tão bom... assim... porque eles sabiam que estavam lidando com pessoa trans mas não sabiam especificamente o que fazer né... ai me mudei, e aqui eu senti uma segurança a mais... ela já está fazendo especialidade para isso né.. [...] mas eu sinto que as pessoas tem dificuldade assim, não sabe como te tratar, não sabe o que colocar lá no papel, “você é trans, o que eu vou colocar aqui no papel, o que eu vou te pedir, quais exames que vou te pedir” então tem essa falta assim.. (ST02).

Tem um colega meu [...] que foi pelo plano de saúde em um médico particular, chegou lá era um senhor, bem senhor mesmo, não sabia nada, mas falou que estava disposto a aprender para atender ele... mas ele falou assim que no começo as perguntas que o médico fazia era umas perguntas absurda, que se for um menino que tem baixa autoestima ou que não está preparado, ele não vai conseguir ser atendido, (ST01)

- eu acho que não, é o que eu falo sabe, eu acho que eles são muitos regradados, faz a mesma coisa para várias pessoas, faltam especialização, de tipo, de você conhecer, faltam de muito, porque tem muitos que não entendem bosta nenhuma né.. (ST05).

Nesse sentido, ainda que alguns profissionais se mostrem abertos e dispostos a atenderem pessoas trans-travestis, estas revelam-se insuficientes se desacompanhado do saber que envolve as particularidades da transexualidade e travestilidades. Desta forma, a capacidade dos profissionais de saúde articularem as tecnologias leves e leves-dura é determinante para a constituição do cuidado ampliado e integral, comprometido com a produção de mais saúde, com as expectativas e as necessidades dos usuários.

Tendo exposto os principais aspectos que permeiam a relação dos sujeitos trans-travestis com os profissionais e serviços de saúde, apresentamos no próximo tópico os elementos que têm atravessado o cuidado em saúde das pessoas trans-travestis na atenção primária e a percepções destes com os cuidados ofertados nesta esfera de atenção.

#### 4.2.4.2 Percepções dos Sujeitos Trans-Travestis Sobre o Cuidado Em Saúde ofertado na Atenção Primária

Seguindo com a análise da dimensão do cuidado profissional em saúde, apresentamos, neste tópico, as percepções dos sujeitos trans-travestis sobre os cuidados em saúde na atenção primária ofertados nas UBS, levantadas a partir das questões que balizaram a terceira parte da entrevista.

Como as pessoas trans-travestis entrevistadas compreendem os cuidados ofertados na APS? Elas se sentem contempladas pelos programas e serviços ofertados nas UBS? Sentem-se satisfeitas com o atendimento prestado? Consideram que suas necessidades de saúde são atendidas nesta esfera? Como elas acreditam que deveria ser o atendimento? Estas foram algumas questões que nos orientaram no processo de compreender as perspectivas das pessoas trans-travestis entrevistadas sobre o cuidado ofertado considerando suas experiências neste espaço.

De forma geral, as respostas aos questionamentos propostos vinculam-se às relações estabelecidas com as unidades de saúde e as distintas experiências decorrentes destas. Foram acentuados alguns elementos comuns às relações dos serviços de saúde, como a postura das/dos profissionais de saúde que ali atuam; a capacidade destes em prestar um cuidado que se oriente pelas diretrizes da atenção

primária e que dialogue com a perspectiva do cuidado ampliado, integral e humanizado; com a formação das/dos profissionais de saúde, e por fim, com os serviços e programas ofertados.

Partes dos elementos destacados já foram pontuados no item anterior, quando abordamos os elementos presentes na relação das pessoas trans-travestis com os serviços de saúde. Considerando que estes também estão presentes na forma como sujeitos compreendem os cuidados ofertados, e como parte integrante desta os resgatamos como forma de vincular as percepções compartilhadas aos aspectos vivenciados nas relações constituídas.

Retomando a discussão das relações constituídas entre os sujeitos envolvidos no processo do cuidado e considerando que estas se desenvolvem de forma bastante individual/particular, alguns relatos demonstraram que em uma mesma unidade há profissionais disponíveis, capacitados, que se sensibilizam, acolhem e articulam o cuidado em saúde de forma satisfatória, enquanto outros profissionais sequer despertam atenção para as questões que conferem a legitimidade da expressão de gênero daqueles que buscam o atendimento ou se dispõem para compreender suas necessidades de saúde.

Assim, as percepções variam de acordo com a experiência e relações estabelecidas entre usuário, profissional e unidade de saúde. Enquanto alguns expressaram se sentirem satisfeitos com o atendimento prestado, outros mostraram diferentes níveis de descontentamento com o mesmo.

- Das vezes que eu precisei recentemente sim, me senti satisfeita, principalmente da vez que estava com gripe, eles foram bem legais comigo... ST04

- [...] então o meu aqui, do bairro eu não tenho o que reclamar, mas eu já soube de muita reclamação de outros lugares, de outros meninos, de enfermeiros que não queria aplicar, de enfermeiro que não queria fazer exame.. essas coisas eu já vi acontecer muito também... (ST01).

- É péssimo, péssimo! [...] já teve médico que tem até receio de relar na gente, eu já passei por isso, muitos nem examinam. (ST03).

- Oh, geralmente eu não fico muito doente. Às vezes quando eu vou assim eu to gripada, ou algum corte, alguma coisa assim. Quando vou no postinho, exames às vezes... E tratam normal alguns, quando me vê como uma pessoa, porque às vezes você pega gente boa, às vezes você pega enfermeiros bons, as vezes ruins, então vai de pessoa para pessoa, entendeu, eu não tarifo todo mundo, mas vai na sorte, vamos dizer assim, na sorte (ST03).

Para além de responder de maneira bastante objetiva às questões propostas, as falas expõem aspectos que desvelam a forma como as pessoas trans-travestis têm

sido atendidas nas unidades de saúde: *“Das vezes que eu precisei recentemente sim”* sugere que nem sempre o atendimento prestado é satisfatório e/ou responde às necessidades e expectativas, o que se confirma diante da experiência compartilhada, quando iniciou a transição de gênero, no qual enfrentou dificuldades para conseguir o acesso a alguns exames.

*“Tratam normal alguns, quando me vê como uma pessoa”*. Essa fala mobiliza sentimentos de difícil compreensão tamanha a densidade de seu conteúdo. Não ser visto como uma pessoa é o mesmo que dizer *“Travesti não é gente”*, afirmação utilizada para desqualificar e desumanizar as pessoas que se reconhecem a partir desta categoria identitária. Ela retrata situações que desencadeiam sentimentos inimagináveis, que remete a uma realidade a qual não vivenciamos (é sentida/vivida por nós, pessoas cisgêneras). Tal expressão evidencia a vivência prática de alguns aspectos discutidos no referencial teórico deste trabalho, que se relacionam com a forma com que os corpos que rompem e fogem das normas de gênero são percebidos/lidos na sociedade que se organiza e se estrutura a partir da binariedade, em dois sexos, dois gêneros.

Evidenciamos neste relato também a fragmentação do corpo e a ausência da integralidade, características que marcam o modelo de cuidado biologizante, também abordado e criticado por nós no decorrer do capítulo que fundamenta a discussão sobre o cuidado em saúde. Ademais, a sequência *“[...] vai de pessoa para pessoa”* sinaliza que a percepção do atendimento atrela-se a postura do profissional que está atendendo. Alguns inclusive, como já foi apontado em outros momentos, se consideram um sujeito de sorte por encontrar na unidade de saúde a qual é referenciado profissionais qualificados cuja postura coopera para a produção de um cuidado comprometido com os interesses e necessidades de saúde dos usuários.

A sorte declarada expressa uma exceção à regra a qual entendemos denotar o fato de que a grande maioria dos profissionais com os quais as pessoas trans-travestis têm contato não dispõe de tal capacidade e disponibilidade. É na sorte que as pessoas trans-travestis se deparam com profissionais qualificados, sensíveis e interessados pelos cuidados. É na sorte que pessoas trans-travestis são vistas como gente.

Diante das falas temos que a forma como as pessoas trans-travestis compreendem e avaliam o cuidado em saúde na atenção primária, assim como o sentimento de satisfação dos mesmos com o atendimento e serviços prestados é algo localizado e situacional. É um sentimento relativo que advém das relações

estabelecidas e das tecnologias mobilizadas no trabalho em ato, no processo do cuidado.

Como efeito desta, ao avaliar o atendimento ofertado de forma negativa, ST03 considera que seria interessante a organização de uma unidade de saúde para atender especificamente às pessoas travestis, com profissionais que se identifiquem com elas, que gostem de “*ter amizade com pessoas assim*”.

- Eu acho que deveria ter um posto só específico para nós, porque pessoas assim como nós, é muito complicado, tem muitas meninas... eu sou caruda, eu já chego no médico, eu já pergunto..., mas tem gente que não é igual eu. Tem pessoas que são vergonhosas, são tímidas, são reprimidas, tem vergonha, de perguntar para um médico homem, eu acho que deveria ter pessoas mais disponíveis para nós tipo assim, mulheres que gostem de ter amizade com pessoas assim, para se abrir mais, uma psicóloga no posto, para conversar com as outras trans, porque muitas precisam, muitas, entendeu, então eu acho que se tivesse uma unidade específica para nós com psicólogo, com esse gerenciamento assim acho que seria muito interessante, porque geralmente você tem que pagar né para passar por um psicólogo (ST03).

O relato de ST03 reconhece como fundamental a criação de um serviço de referência no município como uma alternativa para o atendimento das necessidades apresentadas de forma mais tranquila, segura e protegida, e que não os acessam por diversas situações, como o receio de sofrer preconceito, constrangimento e vergonha. Sua fala se mostra bastante significativa à medida que nos permite imaginar como tem sido a relação das travestis com os serviços de saúde.

Esta percepção se aproxima do entendimento de ST04, que, diante da discrepância no preparo das unidades básicas de saúde no acolhimento e atendimento às pessoas trans-travestis, compreende como necessário um centro de referência de acompanhamento ambulatorial para tal. Esta inclusive é uma pauta reivindicada junto ao poder público pelo coletivo do qual faz parte.

Em contrapartida, ST05 descarta tal possibilidade por entender que são os serviços de saúde que precisam se adequar e se capacitar para atender as pessoas trans-travestis, e não o inverso.

Os serviços têm que se adequar a nós, não é a gente que tem que procurar, fazer todo um movimento na cidade só para poder achar uma pessoa que vai querer se especializar para poder te atender só porque eles não sabem como te tratar, como te atender? Não, isso não existe. [...] Eles têm que saber como tratar, [...] então eu acho que é mais essa questão. E acho que realmente tem que se adequar, tem que saber, porque é uma coisa que está aí (ST05).

Apesar dos pontos de vista discordantes, as perspectivas apontam para a necessidade da adaptação e aprimoramento dos serviços que compõem a APS, bem

como denotam a necessidade de investimento na qualificação e capacitação dos profissionais que atuam nas unidades de saúde voltadas a temática da identidade e diversidade de gênero e sexualidade.

Quando voltamos à atenção para a capacidade dos serviços atenderem suas necessidades de saúde e para o fato dos serviços e programas ofertados contemplarem as mesmas, deparamos com percepções que apontam para a insuficiência dos serviços e programas ofertados na atenção primária. Nestas, ao declararem não se sentirem contemplados pelos mesmos, alguns relatos retomaram a baixa oferta dos serviços e programas disponíveis, bem como para a ausência de especialidades que compreendam as necessidades de saúde específicas das pessoas trans-travestis.

- eu achei que seria pior, não pior pela questão de ser SUS. Mas pela questão da demora (ST05).

- Eu não sei se posso dizer hoje assim né... não, não... não tem quase oferta né... (ST04).

- Você sente que suas necessidades de saúde são atendidas pelos serviços públicos de saúde? - Não. justamente por não ter essa especificidade, não ter o ambulatório... para estar fazendo o acompanhamento, e principalmente o atendimento psicológico que acho que tem mais defasagem de pessoas... mexe muito com o emocional, a questão hormonal... eleva taxa de suicídio, depressão, e realmente não tem um serviço institucionalizado que ofereça um atendimento gratuito psicológico, nas UBS (ST04).

O que está em tela aqui é a questão da oferta dos serviços para o atendimento das necessidades de saúde das pessoas trans-travestis que se relacionam a necessidades de saúde gerais, que disputam o acesso junto à população em geral, como os serviços de psicologia, atendimento clínicos, exames, entre outros. Mesmo para aqueles que manifestaram sentirem-se contemplados pelos serviços e programas ofertados, sinalizaram para a demora, a fila, o tempo de espera, entre outros. Já em relação às demandas de saúde específicas, a situação piora diante da ausência de profissionais capacitados para realizar o acompanhamento destas, como consultas e realização de exames preventivos e o próprio acompanhamento do processo de hormonização.

Ainda assim, enquanto alguns declararam não se sentirem contemplados com os serviços e programas ofertados na atenção primária, outros, apesar de esbarrar em certas dificuldades, entendem que estes possuem a capacidade de atender suas demandas gerais de saúde. Frente a esta, assinalam que os profissionais de saúde

deveriam se capacitar, qualificar, e se mostrar mais interessados as questões relativas à saúde das pessoas trans-travestis, de modo a compreender melhor o seu quadro de saúde, as particularidades e especificidades que expressam os corpos trans-travestis em suas múltiplas dimensões. Saber como tratar, quais procedimentos adotar, operacionalizar o sistema, respeitar a identidade de gênero, e se atentar ao nome social, são alguns aspectos apontados e que em suas perspectivas necessitam ser observados para o aprimoramento do cuidado ofertado.

As percepções compartilhadas divergem de acordo com as experiências e a relação estabelecida entre uma unidade e outra. Este dado já era esperado, no entanto, os relatos evidenciam diferenças abissais entre as unidades de saúde, os quais demonstram que enquanto há unidades com profissionais bem preparados, outras sequer sabem o que é nome social ou como incluí-lo no sistema, ou ainda, enquanto alguns profissionais de saúde se mostram comprometidos com os interesses do usuário, outros nem mesmo denotam conhecimento da rede, ou procuram saber mais sobre as necessidades de saúde colocadas.

Nesse sentido, para além das questões técnicas-operacionais, alguns relatos evidenciam que o cuidado em saúde tem se consolidado na perspectiva da falta: falta de qualidade, conhecimento, de comprometimento, respeito, empatia, responsabilização, interesse. Tais elementos se fazem inclusive presentes nas falas das pessoas trans-travestis ao compartilharem conosco seu entendimento de como o atendimento nas unidades de saúde deveria ser ou sobre o que eles esperam do atendimento nas UBS.

- ser tratado com mais qualidade, de me sentir importante, respeitado, da pessoa te tratar com empatia, com interesse, de olhar para você e você sentir que a pessoa realmente se importa com você (ST02).

- acho que primeiramente, humanizado... [...] de respeitar a identidade de gênero, o nome da pessoa, coisas básicas assim, e principalmente ter resolutividade nos atendimentos, porque muito o que acontece é tipo... "A gente não pode fazer nada... não é aqui que faz.." e não falam onde que é... tinha que ter resolutividade (ST04).

- as pessoas deveriam se interessar mais, procurar saber sabe, como que deve tratar, chamar, respeitar, independente do que for sabe [...] eu acho que eles deveriam se especializar mais [...] mesmo sabe, e ter um pouco mais de consciência de saber respeitar gênero, sabe, como a pessoa quer ser tratada, quer ser vista.. eu acho que entra mais essa questão social, uma questão disso, mais de como, como, acho que eles deveriam estudar mais (ST05).

Parte dos aspectos pontuados compõem a dimensão das tecnologias leves. Relacionam-se à esfera da micropolítica do cuidado, do trabalho vivo em ato, dos

encontros e relações constituídas no processo de trabalho em saúde. Na esfera normativa, estes ainda orientam o trabalho em saúde e as configuram como atributos que estruturam a APS na perspectiva ampliada e fortalecida. São também elementos acentuados em documentos oficiais que tratam da matéria e preconizam a garantia do direito à saúde pública, universal e de qualidade. Sua análise nos permite compreender como o cuidado em saúde tem se consolidado nesta esfera de atenção, e diante destas, vemos que ainda há muito que caminhar para a produção de um cuidado em saúde que considere o sujeito em sua integralidade, comprometido com as necessidades e interesses dos usuários.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Iniciamos este estudo mobilizados por questionamentos levantados a partir das aproximações estabelecidas anteriormente com o campo das discussões de gênero e sexualidade e de constatações do cotidiano profissional, de um universo cujas vivências e as relações sociais denotaram a vulnerabilidade dos corpos trans-travestis. Buscamos compreender como o cuidado em saúde a essas pessoas tem se desenvolvido no âmbito da atenção primária em Londrina — PR.

Pensar como se opera o cuidado em saúde na APS, às pessoas que escapam às normativas de gênero e rompem as fronteiras do sexo e do corpo foi à problemática que orientou o desenvolvimento desta pesquisa.

Conhecer tal dinâmica exigiu um estudo que compreendesse, de um lado, os elementos presentes nas relações sociais que influenciam o processo de saúde-doença, o processo de trabalho em saúde e a organização da política de saúde, e de outro, os elementos que perpassam as experiências sociais daqueles e daquelas que reivindicam uma identidade de gênero distinta à atribuída no nascimento.

Amparados em uma perspectiva teórico-crítica que dialoga com a interseccionalidade, evidenciamos como as categorias gênero e sexualidade desdobram-se em mecanismo de controle da vida, do corpo e das relações sociais. A partir destas, vimos que as dimensões de classe, raça, etnia, gênero e sexualidade se articulam na dinâmica social e estruturam as relações sociais, estabelecendo relações e experiências desiguais.

Ao tratarmos a dimensão de gênero e sexualidade na regulação das relações sociais, destacamos como as verdades construídas sobre o corpo e o sexo influenciam na compreensão das identidades sociais, legitimando determinados modos de vida, enquanto outros deixam de ser inteligíveis, apreendidos muitas vezes como doentes, pervertidos, pecadores, desajustados, entre outros.

Tomando a transexualidade e a travestilidade como categorias identitárias, destacamos alguns elementos que balizam a experiência social das pessoas que compartilham das identidades trans-travestis – marcada, muitas vezes, por preconceito, estigma e discriminação - e que apontam para a vulnerabilidade que atravessa a vivência das pessoas trans-travestis, e que podem se potencializar a depender da articulação das categorias que estruturam as relações sociais.

Em relação ao campo do cuidado em saúde, situamos as compreensões tecidas sobre saúde e doença e os modelos teóricos explicativos que sustentaram as práticas e as intervenções neste campo. Ressaltamos a dimensão social do processo saúde-doença que, dentre outros parâmetros, se expressa na constatação da variabilidade do perfil patológico de determinados grupos populacionais e nos modos específicos de adoecer e morrer dos indivíduos, (LAURELL, 1982).

Partindo dessa concepção, localizamos no debate os elementos que conformam o cuidado em saúde na dimensão profissional, entendendo-o como resultado de um processo de trabalho que se desenvolve no interior dos serviços de saúde, no encontro entre trabalhador de saúde e sujeito usuário, mediado por um conjunto de tecnologias com distintas densidades.

Destarte, compreendendo que o processo de trabalho em saúde se desenvolve articulado à organização, produção e reprodução das relações sociais e às relações políticas e econômicas e que operam distintas finalidades, contextualizamos a organização da atenção à saúde no Brasil. Situamos os modelos técnico-assistenciais que orientam a produção do cuidado no interior dos serviços e sistema de saúde: o modelo de atenção de base contributiva assentado em uma concepção de saúde limitada a ausência de doença, médico-centrado, curativista, hospitalocêntrico, e o modelo defendido pelo movimento da reforma sanitária, pautado em uma concepção de saúde ampliada, usuário-centrado, orientado por uma APS fortalecida e ampliada. Foram destacadas também as influências dos projetos políticos em disputa no setor saúde e os desafios encontrados para a alteração do modelo técnico-assistencial orientado pelos princípios defendidos pelo projeto reformista.

Alinhando os temas subjacentes, sistematizamos as principais ações e políticas públicas desenvolvidas pelo Estado na área da saúde direcionadas às pessoas travestis e transexuais, fruto da mobilização social do movimento LGBTQ+, dentre os quais se destacam: o reconhecimento da orientação sexual e identidade de gênero na determinação social da saúde; a regulamentação e a ampliação do processo transexualizador no âmbito do SUS; a elaboração do Plano Nacional de Promoção de Cidadania e Direitos Humanos de LGBTQ+; a publicação da Política Nacional de Saúde Integral a população LGBTQ+, o reconhecimento do nome social das pessoas trans-travestis no âmbito dos serviços de saúde.

Situamos a correlação de forças existentes na esfera política quando se trata de legislar sobre os direitos de determinados grupos, e como estas foram

intensificadas nos anos que sucederam a segunda gestão do Governo Dilma (2014 e 2016) com o acirramento do modelo neoliberal li marcado pelo governo Temer (2016 – 2018) e com o aprofundamento do conservadorismo do Bolsonaro (2019 – 2022). Nessa esteira, sinalizamos também que apesar das conquistas alcançadas no plano legal representarem um avanço no campo do direito das pessoas trans-travestis em um país que tem suas relações sociais mediadas pelo conservadorismo e pelo pensamento cristão, a derrocada dos direitos sociais e a ausência de prioridade da pasta dos direitos LGBTQ+ na agenda governamental, evidenciam que há ainda um longo caminho a percorrer para a consolidação da cidadania das pessoas LGBTQ+.

Ao analisarmos parte das ações previstas na área da saúde às pessoas trans-travestis vimos que estas ainda são vinculadas à prevenção e tratamento de doenças virais, mesmo que as necessidades de saúde destas ultrapassem tal esfera. Voltado para a operacionalização dos serviços de saúde e à produção do cuidado, evidenciamos os aspectos que marcam o cuidado em saúde as pessoas trans-travestis, como questões relacionadas ao desrespeito a identidade de gênero e ao nome social; a falta de preparo dos profissionais que atuam nos serviços de saúde e a vivência de situações de preconceito e discriminação no âmbito destes, entre outros.

Com a construção desta bagagem teórica, no intento de nos aproximarmos ainda mais do nosso objeto de estudo, fomos a campo. Na busca de compreender como tem se desenvolvido o cuidado em saúde às pessoas trans-travestis, realizamos entrevistas individuais com aqueles que estão envolvidos diretamente na produção do cuidado em saúde na APS, e com pessoas que se reconhecem nas identidades de gêneros trans-travestis. Redefinido alguns caminhos e entendendo que a análise do processo de cuidado em saúde pode se dar de diferentes perspectivas e dimensões, direcionamos nossa atenção à esfera da micropolítica do cuidado, ao modo como este tem se concretizado no interior dos serviços, a partir das percepções dos sujeitos envolvidos no processo.

Nesse processo, tivemos acesso à compreensão das/os profissionais de saúde sobre o campo das discussões de gêneros e sexualidade. Assinalamos as confusões que ocorrem comumente entre estes, tanto no campo conceitual, quando atribuem a esfera das discussões de gêneros elementos que são do campo da sexualidade, como no campo prático, quando compreendem os sujeitos trans-travestis como sujeitos homossexuais, lésbicas, gays, sendo estas definições relacionadas à orientação sexual, a forma como os sujeitos se relacionam e expressam o sentimento/desejo

afetivo-sexual. Constatamos que tais confusões se relacionam com a ausência de discussões sobre a temática no processo de formação; a ausência de uma melhor definição dos conceitos e das fronteiras entre sexo e gênero a ausência de uma compreensão teórica que situe a dimensão social do corpo, sexo e gênero, e problematize a interpretação destes para além da dimensão natural, orgânica e biológica. Tais concepções refletem na forma com que os profissionais compreendem os sujeitos trans-travestis e suas necessidades de saúde.

A partir da escuta das pessoas trans-travestis podemos nos aproximar de suas vivências, do processo de reconhecimento e construção da identidade de gênero e dos aspectos que interferem em sua condição de saúde. Evidenciamos como os marcadores da identidade de gênero, sexualidade e classe influenciam diretamente na dimensão da saúde e do processo saúde-doença. Dentre estas, sinalizamos a dimensão do reconhecimento da identidade de gênero e o respeito ao nome social como um aspecto fundamental, que confere legitimidade à existência das pessoas e que influenciam sobremaneira na situação de saúde das pessoas trans-travestis.

As percepções compartilhadas por ambos os grupos de sujeitos entrevistados assinalaram aspectos que sinalizam a direção do cuidado em saúde às pessoas trans-travestis nas unidades básicas, evidenciando as limitações, dificuldades, os desafios e as potencialidades do mesmo.

A análise dos conteúdos expressos tanto pelos profissionais de saúde quanto das pessoas trans-travestis, evidenciou a expressão da dimensão da tecnologia leve e leve-duras na produção do cuidado em saúde. Nesta o vínculo, o acolhimento e a integralidade foram destacados como elementos que contribuem para a produção de um cuidado integral que dialogue com as expectativas e necessidades de saúde dos usuários.

Nesse cenário, no contexto do cuidado em saúde, no encontro vivo em ato, denotamos no processo de trabalho em saúde a dimensão do componente relacional que se vincula a postura dos trabalhadores de saúde ante ao usuário como um dos principais elementos que determina a direção do cuidado ofertado. Neste, foram observados posturas e processos de cuidado distintos que se diferenciam sobretudo pela relação e vínculo estabelecido entre trabalhador e usuário. Estes manifestaram a capacidade do primeiro em considerar usuário em sua integralidade e particularidade, inserido nas relações sociais e de reconhecer a determinação social destas no processo saúde-doença *versus* a tendência em compreender o usuário a

partir de suas demandas, descoladas da dimensão social, de maneira individual, restrita a questões orgânicas e biológicas e a burocracias institucionais.

Destarte, sinalizamos que o modo como os profissionais de saúde se coloca diante os/as usuários/as trans-travestis pode contribuir para a busca e/ou afastamento dessas pessoas do serviço de saúde, em função dos afetos despertados nesse processo.

Voltando a atenção para a relação das pessoas trans-travestis com os serviços de saúde, verificamos que estas têm se dado predominantemente em função do comprometimento do quadro de saúde, ainda que os sujeitos trans-travestis expressem necessidades de saúde que ultrapassem a dimensão curativista. Paralelamente a este, evidenciamos que o cuidado em saúde das pessoas trans-travestis requer o acompanhamento de uma equipe multiprofissional; a avaliação e acompanhamento de especialidades que compreendam as particularidades dos corpos trans-travestis, os impactos da hormonoterapia, e que considerem a dimensão social do gênero no atendimento às pessoas trans-travestis.

Pontuamos que a consolidação da APS como referência do cuidado e de primeiro contato às pessoas trans-travestis dialoga com a capacidade de a mesma articular as demandas de saúde em suas múltiplas dimensões articulados aos demais níveis de atenção que conformam o sistema de saúde. Em relação ao cuidado em saúde na atenção primária, embora grande parte dos sujeitos entrevistados – e aqui nos referimos aos profissionais de saúde e usuários trans-travestis, reconheçam a capacidade desta em atender as necessidades de saúde das pessoas trans-travestis, diversos entraves relacionados ao acesso, à organização e a oferta dos serviços, à gestão e ao manejo do cuidado foram pontuados, sendo identificados como fatores que comprometem o desenvolvimento de um cuidado integral e resolutivo.

Neste cenário pode-se destacar algumas barreiras que influenciam a busca e o acesso das pessoas trans-travesti ao APS: o desrespeito à identidade de gênero e ao nome social; a forma como os serviços e o próprio sistema de saúde se organiza, que priva o acesso a determinados exames e especialidade; as vivências de situações de constrangimento, desrespeito, discriminação, que denotam a dimensão do preconceito que permeiam as relações sociais. Superar essas barreiras é um desafio posto não só aos serviços de saúde, mas à sociedade em geral, que requer a problematização das verdades construídas sobre o corpo, o sexo e gênero; a compreensão da dimensão social destes, para além da dimensão biológica; do

processo pelo qual as identidades são construídas e estruturadas socialmente, e do modo como as normas de gêneros operam e estruturam as relações sociais.

Parte das dificuldades elencadas colocaram em evidência a necessidade dos serviços e sistema de saúde de se estruturar para superar o modelo da bicategorização excludente do sistema sexo-gênero, e que os compreendam como dimensão dissociáveis, ainda que a norma/campo discursivo estabeleça uma relação direta entre estes. Paralelo a este, coloca-se ao poder público o desafio de (re)organizá-los conforme a demanda, fortalecendo e ampliando os serviços ofertados, adequando-os às necessidades de saúde dessa população - as quais, novamente reforçamos, ultrapassam questões relacionadas ao campo das DSTs/AIDS, e de incluir nas ações e programas desenvolvidos eixos estratégicos que articulem o cuidado à saúde das pessoas trans-travestis, que considerem as vulnerabilidades e os processos de marginalização que marcam a experiência social das pessoas trans-travestis.

No que tange a gestão e manejo do cuidado às pessoas trans-travestis na dimensão profissional, evidenciamos a limitação dos profissionais em articularem as tecnologias necessárias para atender as necessidades de saúde das pessoas trans-travestis, e para além destas, de compreendê-las.

Desta forma, ao considerarmos o cuidado integral à saúde das pessoas trans-travestis, aponta-se como algo necessário e urgente a realização de debates sobre a temática nas diversas dimensões que compõem a gestão do cuidado e que vise aproximar e orientar os trabalhadores envolvidos no cuidado em saúde às questões que permeiam, atravessam e compõem as necessidades de saúde das pessoas trans-travestis e suas vivências. Nesse sentido, promover processos de capacitação e educação permanente na área das diversidades que dialogue com os princípios e diretrizes da APS ampliada e fomentar espaços de debates e discussões sobre questões relacionadas a saúde das pessoas trans-travestis, à identidade de gênero e ao nome social, é essencial para construir um cuidado que considere o sujeito em sua integralidade e que compreenda as necessidades de saúde por ele apresentadas.

Aos profissionais situa-se o desafio de incorporar/apropriar dos conteúdos colocados relacionados à atenção à saúde das pessoas trans-travestis, e de despertar a atenção para a sua prática, sobre o modo de produzir saúde, para que se questionem a quais interesses estas estão voltadas.

Além das barreiras de acesso, as dificuldades identificadas dentre as quais resgatamos: a ausência de acolhimento adequado que não observa o sujeito em sua integralidade; a impossibilidade de solicitar exames e especialidades do campo da saúde sexual e reprodutiva quando já realizada a retificação dos documentos pessoais; a dificuldade na forma de nomear, tratar e se referir às pessoas trans-travestis pelo gênero com o qual a pessoa se reconhece, a ausência de conhecimento sobre os critérios/parâmetros a serem considerados na avaliação de exames de pessoas trans-travestis em uso de hormônios; a baixa oferta de serviços que oferecem atendimento multiprofissional na rede pública de saúde; a ausência de um serviço de referência na região que articule os componentes especializados da assistência à saúde das pessoas trans-travestis e na baixa oferta destes se considerados o CPATT; e a ausência de especialidades que compreendam as particularidades dos corpos trans-travestis, revelaram as limitações e os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde e pessoas trans-travestis no desenvolvimento do cuidado. Estas aparecem como elementos que impossibilitam que o cuidado se concretize em uma perspectiva integral e ampliada, alinhada aos pressupostos do SUS, das PNAB, do modelo assistencial da APS e das demais normativas que orientam a política e o cuidado em saúde.

Vemos, portanto que o cuidado em saúde ainda tem se consubstanciado predominantemente de modo fragmentado, centrado na queixa, na doença, com ênfase na dimensão curativista, alinhado muitas vezes a outros interesses alheios dos usuários, deparando-se nos aspectos e limites instituídos.

Apesar disso, destacamos que mesmo com as limitações, as dificuldades e desafios postos, a partir das percepções e experiências das pessoas trans-travestis, entendemos que um cuidado comprometido com as necessidades e interesses dos usuários, e que respeitem a autonomia e considerem o modo de andar com a vida, é possível. Este se dará essencialmente pelas mediações estabelecidas pelo profissional ante ao usuário, e pelas relações instituídas no espaço intercessor, no encontro vivo em ato.

Ademais, a análise dos dados evidenciaram a necessidade da gestão e dos serviços de saúde se organizarem de forma a identificar e a problematizar as dificuldades enfrentadas pelos sujeitos envolvidos no processo de cuidado; redefinir fluxos, processos e protocolos de forma a atender as necessidades de saúde e a superar a fragilidade dos serviços; qualificar a atuação dos profissionais; desenvolver

ações integrativas com vistas a fomentar espaços de discussões e reflexões sobre a dimensão social da identidade de gênero que confirmam visibilidade às pessoas trans-travestis, as suas vivências, e as suas vulnerabilidades uma vez que estas se expressam nas necessidades de saúde e no modo de viver, adoecer e morrer.

Para além das dificuldades, a pesquisa evidenciou aspectos positivos que conformam o campo do cuidado em saúde, os quais sinalizam um avanço na discussão dos direitos da atenção à saúde da população trans-travestis, fruto da mobilização do movimento social LGBTQ+ e de coletivos que visam a defesa da garantia de seus direitos.

Nessa toada, destacamos que no momento em que realizamos esta pesquisa, a secretária municipal de saúde, por meio da Diretoria de Atenção Primária à Saúde — DAPS, tem se organizado para implementar o serviço de referência as pessoas trans-travestis em Londrina, o Ambulatório Multiprofissional para o cuidado integral da saúde às pessoas transexuais e travestis. Ao lado da estruturação deste serviço, alguns profissionais pontuaram que está em movimento a realização de discussões voltadas à organização de fluxos, serviços e protocolos direcionados ao atendimento das necessidades das pessoas trans-travestis, que comporá um caderno de orientação de atendimento às pessoas trans-travestis. Observamos ainda que na ausência deste, alguns profissionais de saúde apontaram que foram disseminados entre os serviços materiais desenvolvidos por outros estados e municípios.

Constatamos também que dentre das ações desenvolvidas pela DAPS, consta no plano de educação permanente a organização de cursos de aperfeiçoamento em programas assistências na APS, e pela escola de governo, a oferta de cursos voltados à sensibilização à atenção integral da população LGBTQ, sendo coordenado pelo Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade - MFC. Além desta, tem se realizado discussões no âmbito da rede de combate a violência contra mulher e de grupo de trabalhos instituídos nesta, aspectos relacionados ao atendimento a violência contra pessoas LGBTQ com base no gênero e na sexualidade. Ademais, a autorização da realização da própria pesquisa condicionada a disponibilidade da mesma para uso nos processos de capacitação, a receptividade da DAPS e a disposição dos profissionais de saúde em participarem do mesmo nos diz sobre a abertura destes a discussão da temática, reconhecida por muitos como necessária.

No tocante à assistência e ao cuidado em saúde na APS, evidenciamos que se as pessoas trans-travestis têm se deparado com alguns profissionais despreparados,

desqualificados, com posturas conservadoras, que consubstanciam seu processo de trabalho pela lógica do instituído, elas também têm se encontrado com profissionais éticos, que se mostraram receptiva/os, que têm buscado ainda que por conta própria formação da área para a oferta de um cuidado responsável, que compreenda os sujeitos e usuários em uma dimensão ampliada, comprometida com o bom cuidado. É um respiro que permite pensar que as pessoas trans-travestis podem ter acesso a um serviço, um cuidado em saúde que a considere como gente, como sujeito, como uma pessoa. Um cuidado que respeite e legitime o seu modo de se localizar no mundo.

No entanto, a desproporção destas não permite que nada seja feito para mudar essa realidade. E evidenciam a necessidade de a gestão qualificar, alinhar, planejar, pesquisar sobre e mobilizar recursos para a oferta de um atendimento e acolhimento adequado. De enfrentar resistência e assumir que as pessoas trans-travestis, assim como todas as pessoas, têm o direito a um cuidado em saúde integral, ampliado, equitativo, e de qualidade, que considere a suas particularidades e especificidades.

Ainda com todas as dificuldades e desafios, consideramos importante situar também o reconhecimento da dimensão política e social do SUS, expressado de diferentes modos pelos sujeitos entrevistados, o qual enfrenta diversas dificuldades e sucateamento, mas que em um período de pandemia mostrou-se essencial na assistência à saúde de milhares de brasileiros.

O SUS, assim como o modelo de atenção defendido pela reforma sanitária, a qual tem sua prerrogativa na APS, tem pouco mais de 30 anos. Antes mesmo a sua institucionalização configurava-se como um espaço de disputa, de correlação de forças. Mesmo com todas as suas fragilidades, é um avanço sem precedente na organização da atenção à saúde no País, sendo ainda considerado internacionalmente como um sistema modelo. Sua defesa e a resistência aos desmandos de um governo alinhado à política ultraliberal é preponderante para a garantia dos direitos à vida e à saúde. Ademais, sua ampliação é necessária para possibilitar o cuidado em saúde a todas as vidas. Ambos são processos mobilizados pela expressão política da coletividade, e aqui destacamos o papel fundamental dos movimentos sociais, fóruns, conselhos e frentes populares na construção desta.

Como bem assinalado por um dos sujeitos profissionais de saúde entrevistados, é preciso falar mais sobre as pessoas trans-travestis, se formos pensar nos princípios do SUS, da equidade, é preciso falar mais.

Diante desta, finalizamos este trabalho reforçando a importância de se realizarem estudos que confirmem visibilidade às identidades trans-travestis; a suas vivências; as suas necessidades e vulnerabilidades, que se aproximem do real, do vivido, que despertam reflexões capazes e que podem até mesmo subsidiar ações que possam atuar sobre as mesmas e conferir para a ampliação do reconhecimento dos mesmos como sujeitos de direitos.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de; VIANA, Ana Luiza d'Ávila. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. spe, p. 28-38, dez. 2015. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042015000500028&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000500028&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 20 set. 2020.

ALMEIDA, Patty Fidelis de; GIOVANELLA, Lígia; NUNAN, Berardo Augusto. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 375-391, Sept. 2012 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042012000300010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000300010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 24 jan. 2021.

ALÓS, Anselmo Peres. Gênero, epistemologia e performatividade: estratégias pedagógicas de subversão. **Revista Estudos Feministas** [online]. 2011, v. 19, n. 2 [Acessado 22 Outubro 2021] , pp. 421-449. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-026X2011000200007>>. Epub 10 Out 2011. ISSN 1806-9584. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2011000200007>.

ARAGUSUKU, Henrique A; LOPES, Moisés A. S. Políticas públicas e direitos LGBT no Brasil: dez anos após o Brasil sem Homofobia. In: SEMINÁRIO ENLAÇANDO SEXUALIDADES, 4, 2015, Salvador. **Anais IV Seminário Enlaçando Sexualidades**. Salvador, UNEB, 2015. Disponível em: <<http://www.uneb.br/enlacandosexualidades/files/2015/07/comunica%C3%A7%C3%A3ooralhenriquearagusuku-1.pdf> >. Acesso em 20 out. 2015.

ARAN, Márcia; MURTA, Daniela; LIONCO, Tatiana. Transexualidade e saúde pública no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1141-1149, agosto de 2009 . Disponível em <[http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000400020&lng=en&nrm=iso](http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400020&lng=en&nrm=iso)>. acesso em 22 de maio de 2022. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400020>.

ARAÚJO, Carmem Emmanuely Leitão. **Estado e mercado, continuidade e mudança**: a dualidade da política de saúde nos governos FHC E Lula / Carmem Emmanuely Leitão Araújo. - Orientadora: Eleonora Schettini Martins Cunha. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. 2017. 366 f.

ASSIS, MMA., et al., orgs. Dimensões teóricas e metodológicas da produção do cuidado em saúde. In: ASSIS et AL. **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família**: olhares analisadores em diferentes cenários [online]. Salvador: EDUFBA, 2010. 180 p. ISBN 978-85-232- 0877-6. Disponível em SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. 2004, v. 8, n. 14

[Acessado 22 Outubro 2021] , pp. 73-92. Disponível em:  
<<https://doi.org/10.1590/S1414-32832004000100005>>. Epub 01 Out 2008. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832004000100005>.

BACKES MTS, ROSA LM, FERNANDES GCM, BECKER SG, MEIRELLES BHS, SANTOS SMA. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Rev. Enfermagem UERJ** [Online]. 2009; 17(1) 111-117. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n1/v17n1a21.pdf>.

BANCO MUNDIAL, **Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial** 1993 Investindo na Saúde, Washington, D.C, 1993. Disponível em <  
<http://repositoriosanitaristas.conasems.org.br/jspui/bitstream/prefix/1005/1/Relat%C3%B3rio%20sobre%20o%20Desenvolvimento%20Mundial%201993-%20investindo%20na%20sa%C3%BAde.pdf>> acessado em 25 out 2021.

BARROS, JAC. Pensando o processo saúde doença: A que responde o modelo biomédico? **Saúde e Sociedade** [Online]. 2002; 11(1) 24-32. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/viewFile/3864/2957>

BEHRING, E. R; BOSCHETTI, I. Política social e método In: **Política Social: fundamentos e história**. 9 ed. São Paulo: Cortez, 2011. p. 25-36.

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

BENTO, Berenice. Sexualidade e experiências trans: do hospital à alcova. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2012, v. 17, n. 10 [Acessado 14 Maio 2022], pp. 2655-2664. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000015>>.

BERTH, Joice. **Empoderamento**. Feminismos Plurais. São Paulo: Sueli Carneiro; Polén, 2019. (Feminismos Plurais/coordenação Djamilia Ribeiro). Pp.28-79.

BEZERRA, P4 Vinicius da Rocha et al. Política de saúde LGBT e sua invisibilidade nas publicações em saúde coletiva. **Saúde em Debate** [online]. 2019, v. 43, n. spe8 [Acessado 14 Maio 2022], pp. 305-323. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042019S822>>.

BODRA, Maria Eugênia Ferraz do Amaral; DALLARI, Sueli Gandolfi. A saúde e a iniciativa privada na Constituição Federal de 1988: Princípios Jurídicos. **Revista de Direito sanitário**. São Paulo v.20 n.3, p. 240-260, nov. 2019/fev. 2020.[Acessado 15 Dezembro 2022]. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v20i3p240-260>

BORGHI, Carolina Michelin Sanches de Oliveira, OLIVEIRA, Rosely Magalhães de e SEVALHO, Gil. Determinação ou determinantes sociais da saúde: texto e contexto na América Latina. **Trabalho, Educação e Saúde** [online]. 2018, v. 16, n. 3 [Acessado 22 Outubro 2021] , pp. 869-897. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00142>>. Epub 13 Ago 2018. ISSN 1981-7746. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00142>.

BOUSQUAT, Aylene et al. Atenção primária à saúde nos 25 anos da Revista Ciência & Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2020, v. 25, n. 12 [Acessado 22 Outubro 2021], pp. 4745-4756. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.23342020>>. Epub 04 Dez 2020. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.23342020>.

BRASIL, Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis E Transexuais – CNCD/LGBT. **Resolução** nº 12, de 16 de janeiro de 2015. Estabelece parâmetros para a garantia das condições de acesso e permanência de pessoas travestis e transexuais e todas aquelas que tenham sua identidade de gênero não reconhecida em diferentes espaços sociais – nos sistemas e instituições de ensino, formulando orientações quanto ao reconhecimento institucional da identidade de gênero e sua operacionalização, 2015.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Portaria** nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, DOU Nº 155 – DOU – 14/08/09 – seção 1- p.80, Brasília, 2009

BRASIL, Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 2 ed. Brasília, 2007

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**, 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos da população LGBT. **Relatório Final** – 3ª Conferência Nacional De Políticas Públicas De Direitos Humanos De Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis E Transexuais - LGBT, Brasília, 2016.

BRASIL. **Decreto** Nº 8.727 de 28 de abril de 2016 Dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional, Brasília, 2016b.

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto** nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a

assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria** MS/GM n. 95, de 26 de janeiro de 2001. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria** MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria** nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde**, Brasília, 1986. Disponível em <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf)> Acesso em 20 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: 2006b.

BRASIL. **Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT**. Brasília, 2009b.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; PINHEIRO, W. N. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, [S. l.], v. 10, n. 1, p. 6–23, 2018. DOI: 10.18315/argumentum.v10i1.19139. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/19139>. Acesso em: 21 out. 2021.

BRAVO, Maria Inês Souza; RAICHELIS, Raquel; MARSIGLIA, Regina Maria Giffoni. Editorial. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 123, p. 397-406, set. 2015. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-66282015000300397&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282015000300397&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 5 jul. 2020.

BRAVO. Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete et al. (Org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo, Cortez, OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009, p. 88-110.

BUSTAMANTE, Vânia e MCCALLUM, Cecília. Cuidado e construção social da pessoa: contribuições para uma teoria geral. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online]. 2014, v. 24, n. 3 [Acessado 22 Outubro 2021], pp. 673-692. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000300002>>. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000300002>.

BUTLER, Judith. Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do “sexo”. In: Louro, Guacira Lopes. **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. Belo Horizonte, Autêntica, 2001, pp.151-172.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. PL 1151/1995, 2011. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=16329>> Acesso em 21 de out. 2021

CAMILLOTO, Ludmilla Santos de Barros. Transgeneridade e direito de ser : relação entre o reconhecimento de si e o reconhecimento jurídico de novos sujeitos de direitos. 2019. 263 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Escola de Direito, Turismo e Museologia, Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, 2019. Disponível em: [https://www.academia.edu/48955720/DIREITO\\_DE\\_SER DISSERTA%C3%87%C3%83O\\_DE\\_MESTRADO\\_UFOP\\_LUDMILLA\\_CAMILLOTO](https://www.academia.edu/48955720/DIREITO_DE_SER DISSERTA%C3%87%C3%83O_DE_MESTRADO_UFOP_LUDMILLA_CAMILLOTO) Acesso: 11. Dez, 2022.

CAMPANUCCI, Fabricio da Silva. **O lugar oculto dos homens na atenção primária à saúde**: um estudo sobre as principais barreiras de acesso aos serviços ofertados pelas Unidades Básicas de Saúde em Londrina. Londrina, 2013. 162f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Política Social) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social, 2013.

CAMPOS, Gastão W. **Reforma da Reforma**: repensando a saúde. São Paulo, Editora Hucitec, 1992 (capítulo 3, pp.87-143).

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. Direito à saúde: o Sistema Único de Saúde (SUS) está em risco?. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 20, n. 56, p. 261-266, mar. 2016. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832016000100261&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000100261&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 08 ago. 2020.

CARNUT, Leonardo. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde em Debate** [online]. 2017, v. 41, n. 115 [Acessado 22 Maio 2022] , pp. 1177-1186. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201711515>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711515>.

CECÍLIO, L. C. O. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.13, supl.1, p. 545-55, 2009.

COHN, Amélia. A saúde na Previdência social e na seguridade social: Antigos estigmas e novos desafios. In: COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo. **Saúde no Brasil**: políticas e organização de serviços. [S.l.: s.n.], 2003, p. 11 - 55

COLLINS, Patricia Hill. **Política Sexual Negra. Afro-Americanos, gênero e o novo racismo**. [Tradução: Ana Carolina Correia Santos das Chagas]. Rio de Janeiro: Via Verita, 2022.

CONILL, Eleonor Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s7-s16, 2008. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008001300002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 09 Jan. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300002>.

CONTATORE, Octávio Augusto, MALFITANO, Ana Paula Serrata e BARROS, Nelson Filice de. Os cuidados em saúde: ontologia, hermenêutica e teleologia. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. 2017, v. 21, n. 62 [Acessado 22 Outubro 2021], pp. 553-563. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0616>>. Epub 20 Mar 2017. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0616>.

COSTA, O Referente da Identidade Homossexual. In: PARKER, Richard & BARBOSA, Regina M. (Org.). Sexualidades brasileiras. Rio de Janeiro: Relumê-Dumará/ ABIA/ IMS/UERJ. p. 63-89. 1996

CORREIA, Mariama. **Agência Pública**. Erika Hilton e a resistência transvestigênera no poder. Janeiro de 2022. Disponível em <<<https://apublica.org/2022/01/erika-hilton-e-a-resistencia-transvestigenere-no-poder/#:~:text=A%20vereadora%20tamb%C3%A9m%20usa%20o,pessoas%20que%20fogem%20do%20CIStema%E2%80%9D>>> Acesso em 31 de outubro de 2022

CRENSHAW, Kimberlé. “Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativo ao gênero”. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, 2002, v. 10, n.1, pp.171-188. [Acessado 19 Setembro 2021], pp. 171-188. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000100011>>. Epub 18 Set 2002. ISSN 1806-9584. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000100011>.

DUARTE, M. J, OLIVEIRA, D. F. S. IGNÁCIO, K. M. R. Gênero, raça e sexualidade: uma proposta de debate interseccional? In: IRINEU et al. **Diversidade sexual, étnico-racial e de gênero: temas emergentes**. Editora Devires. Salvador – BA. 1ª Edição, 2020, 283p. publicação eletrônica. Disponível em: <https://editoradevires.com.br/book/diversidade-sexual-etnico-racial-e-de-genero-temas-emergentes/>

DUARTE, Marco J. Diversidade sexual, políticas públicas e direitos humanos: saúde e cidadania LGBT em cena. In: **Temporalis**, Brasília, v. 14, n. 27, p. 77-98,

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, V. G. C.; CORBO, A. D. (Orgs.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/ FIOCRUZ, 2007. p. 43-67.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação/ Org.** Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 174 p.

FOUCAULT, Michel. **A História da Sexualidade I: a vontade de saber**. 20º Ed. Rio de Janeiro: Edições Graal. 2010.

FRANCO, Túlio B. BUENO, Wanderlei S. e MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 1999, v. 15, n. 2 [Acessado 22 Maio 2022], pp. 345-353. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X1999000200019>>. Epub 18 Mar 2003. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1999000200019>.

GARBOIS, Júlia Arêas, SODRÉ, Francis e DALBELLO-ARAUJO, Maristela. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde em Debate** [online]. 2017, v. 41, n. 112 [Acessado 22 Outubro 2021], pp. 63-76. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201711206>>

GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira** [online]. 2nd ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004, 270 p. ISBN: 978-85-7541-537-5. <https://doi.org/10.7476/9788575415375>.

GIL, Antônio Carlos. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. São Paulo. Atlas. 6º ed. p. 65. 2008

GIOVANELLA L., MENDONÇA M.H. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (org). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 575-625.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

GIOVANELLA, Lígia; Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados?. In: GIOVANELLA, L; MENDONÇA. M. **Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados?**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

GOMES, 2012. Análise interpretativa de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. (Org). Pesquisa Social: Teoria, Método e criatividade. 31ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes. **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades**. – São Paulo: CEFOR, 1992. 53p. (cadernos CEFOR – Textos, I)

GONZALEZ, Lélia. **Por um feminismo afrolatinoamericano**. [Tradução: Barbara Cruz, Carlos Alberto Medeiros, Catalina G. Zambrano e Tunã Nascimento] Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editora, 2020.

HOOKS, Bell. Mulheres Negras: moldando a teoria feminista. **Revista Brasileira de Ciência Política**, nº16. Brasília, janeiro - abril de 2015, pp. 193-210. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-335220151608> Acesso em: 07 Dezembro, 2022.

HIRATA, H. Gênero, classe e raça Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais . **Tempo Social**, [S. l.], v. 26, n. 1, p. 61-73, 2014. DOI:

10.1590/S0103-20702014000100005. Disponível em:  
<https://www.revistas.usp.br/ts/article/view/84979>. Acesso em: 22 out. 2021.

IRINEU, B. OLIVEIRA, B. LACERDA, M. Um balanço crítico acerca da regressão dos direitos LGBTI no Brasil sob ascensão do Bolsonarismo. In: IRINEU et al. **Diversidade sexual, étnico-racial e de gênero: temas emergentes**. Editora Devires. Salvador – BA. 1ª Edição, 2020, pp 98 – 115, publicação eletrônica. Disponível em: <https://editoradevires.com.br/book/diversidade-sexual-etnico-racial-e-de-genero-temas-emergentes/>

IRINEU, B. OLIVEIRA, B. Proteção social e população LGBTI na América Latina: uma análise crítica das experiências do Brasil e do Uruguai. **Revista Humanidades e Inovação** Palmas, v.8, n.39, 2021, p. 33-44. Disponível em <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/5735>. Acesso em 23 out 2021

JESUS, Jaqueline Gomes de. **Orientações sobre a população transgênero: conceitos e termos** / Brasília: Autor, 2012. 24p.

KERGOAT, Danièle. Dinâmica e consubstancialidade das relações sociais. **Novos estudos CEBRAP** [online]. 2010, n. 86 [Acessado 29 Setembro 2021], pp. 93-103. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0101-33002010000100005>>. Epub 14 Maio 2010. ISSN 1980-5403. <https://doi.org/10.1590/S0101-33002010000100005>.

KUSCHNIR, Rosana; CHORNY, Adolfo Horácio. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, Aug. 2010. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000500006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 20 Sept. 2020.

LAURELL, A.C. La salud-enfermedad como proceso social. **Rev. Latinoamericana de Salud**, Mexico, 1982. p. 7-25. Trad. E. D. Nunes

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e sociedade.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, Dec. 2011. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902011000400005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 20 Sept. 2020.

LIMA, Fátima. “O que pode o corpo?” Fronteiras e transposições. In: RODRIGUES, A. et all (Orgs.). **Transposições: lugares e fronteiras em sexualidade e educação**. Vitória: EDUFES, 2015. p. 201-212

LORDE, Audre. **Irmã Outsider**. [Tradução: Stephanie Borges]. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019.

LOPES, M. A construção da Cidadania e das Políticas públicas para LGBTs no Centro-Oeste do Brasil. In: IRINEU et al. **Diversidade sexual, étnico-racial e de gênero: temas emergentes**. Editora Devires. Salvador – BA. 1ª Edição, 2020, pp 116 – 134, publicação eletrônica. Disponível em:

<https://editoradevires.com.br/book/diversidade-sexual-etnico-racial-e-de-genero-temas-emergentes/>

LOURO, G. L. Pedagogia da Sexualidade. In: \_\_\_\_\_. (Org.). **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. Belo Horizonte: Autêntica. 2010.

MACHADO, Cristiani Vieira; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; NOGUEIRA, Carolina de Oliveira. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 521-532, Mar. 2011. Disponível em

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011000300012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000300012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 03 Jan. 2021

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 2, e00129616, 2017. Disponível em

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2017001405006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001405006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 03 Jan. 2021

MARINHO, Silvana. Diversidade de gênero na sociabilidade capitalista patriarcal: as identidades trans em perspectiva. **Revista Katálysis** [online]. 2018, v. 21, n. 03 [Acessado 27 Outubro 2021], pp. 602-610. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-02592018v21n3p602>>

MATOS, Maurílio Castro de. **Cotidiano, ética e saúde: o serviço social frente à contra-reforma do Estado e à criminalização do aborto**. 2009. 272 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em <<https://tede2.pucsp.br/handle/handle/18000>> Acesso em 20 set. 2020.

MEHRY, E; FRANCO, T. B. Programa de Saúde da Família: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E.; FRANCO, T.B. et AL. **O trabalho em saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano**, São Paulo, HUCITEC, 2003.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193 p.: il.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 19 set. 2020.

MENDES, LEWGOY e SILVEIRA. Saúde e interdisciplinaridade: mundo vasto mundo. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 24-32 jan./jun. 2008

MENEZES, Ana Paula do Rego; MORETTI, Bruno; REIS, Ademar ST01 Chioro dos. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública –austeridade versus universalidade. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro. v. 43, n. spe5, p. 58-70,

2019 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042019001000058&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019001000058&lng=en&nrm=iso)>. access on 30 Apr. 2021. Epub June 19, 2020. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019s505>

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: MALTA, D. C. et al. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte - reescrevendo o público**. Belo Horizonte: Xama/VM Ed.,1998

MERHY, E.E. & Franco, T.B., Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. **Saúde em Debate**, Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez. de 2003

MERHY, E.E. Em Busca do Tempo Perdido: A Micropolítica do Trabalho Vivo em Ato, em Saúde. In MERHY, E.E. & Franco, T.B. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. Textos Reunidos. Hucitec Editora, São Paulo, 2013

MERHY, EE; FEUERWERKER LMC e GOMES, PC. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. in Feuerwerker LCM, Bertussi DC, Merhy EE, et al., organizadores. **Avaliação compartilhada de saúde**. Surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, 2016, p; 25-34.

Disponível em <

[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5798651/mod\\_resource/content/1/Avaliacao%20compartilhada%20do%20cuidado%20em%20saude%20vol2.pdf#page=27](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5798651/mod_resource/content/1/Avaliacao%20compartilhada%20do%20cuidado%20em%20saude%20vol2.pdf#page=27)>

Acessado em 27 out. 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 29ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010

NETO, José Paulo. Estado e Questão Social no capitalismo dos monopólios. In:**Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. São Paulo,Cortez, 2001. Pg. 19-5

NETO. Otavio Cruz, O Trabalho De Campo Como Descoberta E Criação, 1994. In MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 29ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

OLIVEIRA, Itauane de; ROMANINI, Moises. (Re)escrevendo roteiros (in)visíveis: a trajetória de mulheres transgênero nas políticas públicas de saúde. **Saúde e soc.**, São Paulo , v. 29, n. 1, e170961, 2020 . Available from

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902020000100300&lng=en&nrm=iso)

12902020000100300&lng=en&nrm=iso>. access on 02 July 2020. Epub Feb 03, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902020170961>

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos e PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online]. 2013, v. 66, n. spe [Acessado 22 Maio 2022], pp. 158-164. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>>. Epub 30 Set 2013. ISSN 1984-0446. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>.

OLIVEIRA, Viviane Arcanjo de. A política de saúde pública do Brasil: de sua gênese às intervenções do serviço social. In: IV SIMPÓSIO MINEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS: tendências e desafios, 2016, Belo Horizonte – MG. **Anais CRESS-MG**, 2016, disponível em < <http://cress-mg.org.br/hotsites/Upload/Pics/16/16f4d5cf-48b6-445d-b891-27d0475c0705.pdf> > acesso em 20 set. 2020.

OMS. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários da Saúde, Alma-Ata, URSS, 6 a 12 de setembro de 1978.

OPAS. Organização Pan–Americana da Saúde. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**: documento de posicionamento da Organização. Pan–Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). 2007

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 547-573

PAIM, J. Atenção primária à saúde: uma receita para todas as estações?. **Saúde em Debate** 2012; 36(94):343-347

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. 148 p

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, jun. 2018. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000601723&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601723&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 08 ago. 2020.

PAIM, JS. Período FHC. In: **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, pp. 203-239. ISBN 978-85-7541-359-3. Disponível em SciELO Books <http://books.scielo.org> Acesso em 06 jan. 2021.

PASCHOALOTTO, Marco Antônio Catussi et al. A regionalização do SUS: proposta de avaliação de desempenho dos Departamentos Regionais de Saúde do estado de São Paulo. **Saúde e sociedade**., São Paulo, v. 27, n. 1, p. 80-93, jan. 2018. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902018000100080&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902018000100080&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 09 ago. 2020.

PEREIRA P. P. A. Discussões Conceituais Sobre Política Social Como Política Pública e Política Social. In: Boschetti, Ivanete. et al. **Política Social no Capitalismo, Tendências contemporâneas**. Cortez Editora, 2008. Pg. 87-108

PERES, William Siqueira; TOLEDO, Livia Gonsalves. Dissidências existenciais de gênero: resistências e enfrentamentos ao biopoder. **Rev. psicol. polít.**, São Paulo, v. 11, n. 22, p. 261-277, dez. 2011. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-549X2011000200006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2011000200006&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 27 out. 2021.

PINHEIRO, R. Cuidado em saúde. *in*: PEREIRA, I. B, LIMA, J.C.F. (org.) **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 110 – 114.

PORTELA, ST02 Zoio. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 255-276, jun. 2017. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312017000200255&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000200255&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 20 set. 2020.

PRECIADO, Paul B. “Multidões queer: Notas para uma política dos ‘anormais’”. **Revista Estudos Feministas**, vol.19 no.1 Florianópolis jan./abr. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2011000100002> Acesso em 15 Dezembro, 2022.

PREUSS, Lislei Teresinha. A gestão do Sistema Único de Saúde no Brasil e as regiões de fronteira em pauta. **Rev. katálysis**, Florianopolis, v. 21, n. 2, p. 324-335, May 2018. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-49802018000200324&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802018000200324&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 22 ago. 2020.

PUTTINI, Rodolfo Franco, PEREIRA JUNIOR, Alfredo e OLIVEIRA, Luiz Roberto de. Modelos explicativos em saúde coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online]. 2010, v. 20, n. 3 [Acessado 22 Outubro 2021] , pp. 753-767. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000300004>>. Epub 22 Nov 2010. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000300004>.

RIBEIRO, Sabin Pedreira; CAVALCANTI, Maria de Lourdes Tavares. Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1799-1808, May 2020. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232020000501799&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000501799&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 09 Jan. 2021.

ROCON, Pablo Cardozo et al . ACESSO À SAÚDE PELA POPULAÇÃO TRANS NO BRASIL: NAS ENTRELINHAS DA REVISÃO INTEGRATIVA. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 1, e0023469, 2020 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462020000100505&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000100505&lng=en&nrm=iso)>. access on 02 July 2020. Epub Nov 11, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00234>

ROCON, Pablo Cardozo et al . Desafios enfrentados por pessoas trans para acessar o processo transexualizador do Sistema Único de Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 23, e180633, 2019 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832019000100268&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100268&lng=en&nrm=iso)>. access on 02 July 2020. Epub Aug 05, 2019. <https://doi.org/10.1590/interface.180633>.

ROCON, Pablo Cardozo et al . Vidas após a cirurgia de redesignação sexual: sentidos produzidos para gênero e transexualidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 6, p. 2347-2356, jun. 2020 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232020000602347&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000602347&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 02 jul. 2020. Epub 03-Jun-2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020256.26002018>

SANTOS, Jakeline Márcia dos. Diversidades Sexuais, De Gêneros e Política de Assistência Social: O Atendimento Às Pessoas LGBTs na Proteção Especial de Média Complexidade no Município de Londrina – PR. 2016. 100 fls. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2016

SANTOS, ST03 Spinula dos; SILVA, Rodrigo Nogueira da; FERREIRA, Márcia de Assunção. Saúde da população LGBTI+ na Atenção Primária à Saúde e a inserção da Enfermagem. **Escola de Enfermagem Anna Nery**, UFRJ, v. 23, n. 4, e20190162, Rio de Janeiro, RJ, 2019 . Available from <<https://www.scielo.br/j/ean/a/dzYKmCyv3MTJN3ZXVRN75Kg/?lang=pt#>>. access on 02 July 2020. Epub Oct 14, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0162>.

SANTOS, Lenir. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1281-1289, abr. 2017. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017002401281&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401281&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 20 set. 2020.

SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS. **Portal de Notícias**: Governo Federal cria Comissão Interministerial de Enfrentamento à Violência contra Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, 2015. Disponível em <<http://www.sdh.gov.br/noticias/2015/janeiro/governo-federal-cria-comissao-interministerial-de-enfrentamento-a-violencia-contralesbicas-gays-bissexuais-travestis-e-transexuais>> Acesso em 22 out. 2021

SEIXAS, Clarissa Terenzi et al. O vínculo como potência para a produção do cuidado em Saúde: o que usuários-guia nos ensinam. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. 2019, v. 23 [Acessado 29 Abril 2022] , e170627. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/Interface.170627>>. Epub 21 Jan 2019. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/Interface.170627>.

SILVA, Sérgio Gomes da. Preconceito e Discriminação: As Bases da Violência Contra a Mulher. **Revista Psicologia Ciência e Profissão**, 2010, 30 (3), 556-571. Acesso em: 04, dezembro, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/rzhdT5gCxp8sfQm4kzWZCw/?format=pdf&lang=pt>

SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de et al. Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 2783-2792, ago. 2019. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-)

81232019000802783&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 08 ago. 2020. Epub 05-Ago-2019.

SOUZA, Maria de Fátima Marinho de et al. Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1737-1750, jun. 2018. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000601737&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601737&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 08 ago. 2020.

TAGLIAMENTO, Grazielle. Direitos humanos e a saúde: a efetivação de políticas públicas voltadas à saúde integral da população trans. In: BRASIL. **Transexualidade e travestilidade na saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. p. 65-80

TEIXEIRA, Adriana M; MORAIS, Francisco JSN e TEIXEIRA, Marileide PM. Transexualidade e travestilidade na Saúde. In: BRASIL. **Transexualidade e travestilidade na saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. p. 83 – 98

TRZAN, Alexandre; MATTAR, Cristine (Orgs.). **Psicologia, fenomenologia e questões decoloniais: Interseções**. Rio de Janeiro, Via Verita, 2022.

VERGUEIRO, V. Pensando a cisgeneridade como crítica decolonial. In: MESSEDER, S., CASTRO, M.G., and MOUTINHO, L., orgs.

Enlaçando sexualidades: uma tessitura interdisciplinar no reino das sexualidades e das relações de gênero [online]. Salvador: EDUFBA, 2016, pp. 249-270. ISBN: 978-85-232-1866-9. <https://doi.org/10.7476/9788523218669.0014>.

VIEIRA, Fabíola Sulpino. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1565-1577, out. 2009. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000800030&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800030&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 09 ago. 2020.

VINUTO, Juliana. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, 22, (44): 203-220, ago/dez. 2014.

WEEKS, Jeffrey. O Corpo e a Sexualidade. In: Louro, Guacira Lopes. (Org.) **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. Belo Horizonte. Autêntica. 2010, pp.35-82.

Dossiê dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2020 / Bruna G. Benevides, Sayonara Naider Bonfim Nogueira (Orgs). – São Paulo: Expressão Popular, ANTRA, IBTE, 2021

## APÊNDICES

## APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO – MAPEAMENTO APS

Olá, Coordenador e/ou Coordenadora!

Esse é um questionário que compõe a primeira fase de coleta de dados da pesquisa **“A Produção do Cuidado em Saúde Para a População Transexual e Travesti na Atenção Primária à Saúde no Município de Londrina – PR”** desenvolvida pela discente Jakeline Márcia dos Santos, no Programa de Pós Graduação em Serviço Social e Política Social da Universidade Estadual de Londrina, realizada sob a orientação da Prof. Dra. Cássia Maria Carlotto.

Através deste instrumento procuramos realizar o mapeamento dos serviços que compõem a Atenção Primária a Saúde a fim de estipular o recorte do universo da pesquisa de campo a ser desenvolvida posteriormente.

Nesse sentido, solicitamos a gentileza de responder as questões abaixo de forma que retrate a realidade de sua unidade o mais próximo possível. Asseguramos que os dados aqui contidos serão utilizados estritamente para fins dessa pesquisa.

Contamos com a sua colaboração, tão importante para a realização de nosso estudo!

.....

1) Em que região se localiza a UBS que você está lotada/o?

Norte    Centro    Leste    Oeste    Sul    Rural

2) Dentre as opções abaixo, assinale àquela que corresponda a Unidade Básica de Saúde que se encontra sob sua coordenação.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde São Luiz             | <input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde Lindóia             |
| <input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde Alvorada             | <input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde Marabá              |
| <input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde Aquiles Stenghel     | <input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde Maravilha           |
| <input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde Armindo Guazzini     | <input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde Maria Cecília       |
| <input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde Bandeirantes         | <input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde Milton Gavetti      |
| <input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde Cafezal              | <input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde Mister Thomas       |
| <input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde Campos Verdes        | <input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde Novo Amparo         |
| <input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde Carnascialli         | <input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde Ouro Branco         |
| <input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde Centro               | <input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde Padovani/Vista Bela |
| <input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde Centro Social Urbano | <input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde Paiquerê            |
| <input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde Chefe Newton         | <input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde Panissa/Maracanã    |
| <input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde de Guairacá          | <input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde Parigot de Souza    |
| <input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde de Guaravera         |  |
| <input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde Ernani               |  |
| <input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde Fraternidade         |  |
| <input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde Guanabara            |  |
| <input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde Imagawa / Cabo Frio  |  |
| <input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde Irerê                |  |
| <input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde Itapoã               |  |
| <input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde Jamile Dequech       |  |
| <input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde Jardim do Sol        |  |
| <input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde Jardim Eldorado      |  |
| <input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde Jardim Ideal         |  |
| <input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde Jardim Tóquio        |  |
| <input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde João Paz             |  |
| <input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde Lerroville           |  |

- Unidade Básica de Saúde Patrimônio Regina
- Unidade Básica de Saúde Patrimônio Selva
- Unidade Básica de Saúde Pind
- Unidade Básica de Saúde Piza/Roseira
- Unidade Básica de Saúde San Izidro
- Unidade Básica de Saúde Santa Rita
- Unidade Básica de Saúde Santiago
- Unidade Básica de Saúde Taquaruna

- Unidade Básica de Saúde União Da Vitória
- Unidade Básica de Saúde Usina Três Bocas
- Unidade Básica de Saúde Vila Brasil
- Unidade Básica de Saúde Vila Casoni
- Unidade Básica de Saúde Vila Nova
- Unidade Básica de Saúde Vila Ricardo
- Unidade Básica de Saúde Vivi Xavier
- Unidade Básica de Saúde Warta

3) Em que ano esta unidade de saúde iniciou seu funcionamento?

4) Quais os dias e horários de funcionamento/atendimento desta UBS?

5) Quais territórios se constituem como região de abrangência desta UBS?

6) Qual é a população adstrita desta unidade de saúde em termos quantitativos?

7) Dentre a população adstrita existem pessoas que se auto identificam ou que o serviço reconhece como travesti e ou transexual?

- Sim                       Não                       Ignorado

\*Caso tenha respondido sim, aproximadamente quantas pessoas travestis e ou transexuais residem nos territórios de abrangência desta UBS?

8) Entre as pessoas que buscam atendimento na unidade básica de saúde há pessoas travestis e ou transexuais?  Sim                       Não                       Ignorado

Se sim, aproximadamente quantas pessoas travestis e ou transexuais buscam atendimento na UBS?

8) Aproximadamente quantas pessoas transexuais e ou travestis são atendidas na UBS?

9) Com que frequência aproximadamente a UBS atende pessoas travestis e ou transexuais?

- Raramente                       Eventualmente                       Regularmente                       Frequentemente

**APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
**PROFISSIONAL DE SAÚDE/COORDENAÇÃO**

Prezado(a) Profissional de Saúde

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa **“A Produção do Cuidado Em Saúde Para a População Transexual e Travesti Na Atenção Primária À Saúde No Município De Londrina - PR”**, a ser realizada nas unidades básicas de saúde que constituem a rede de atenção primária à saúde na região de Londrina – PR.

A pesquisa tem como o objetivo compreender e analisar como se desenvolve a produção do cuidado em saúde voltado às pessoas travestis e transexuais no âmbito da Atenção Primária à Saúde na região de Londrina – PR.

A sua participação é muito importante e ela se dará através da realização de uma entrevista presencial em horário e local de sua escolha, guiada por um roteiro com perguntas semi-estruturadas, podendo ser gravada se assim você permitir.

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo você recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e publicações que dela derivarem; serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Os dados serão armazenados até a conclusão da pesquisa, e ao final desta, serão imediatamente destruídos.

Esclarecemos ainda que você não terá custos e nem será remunerado (a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação.

Esperamos com essa pesquisa poder nos aproximar do processo da produção de cuidado à população travesti e transexual; compreender as potencialidades, desafios e as dificuldades vivenciadas nesse processo, podendo fomentar a discussão sobre essa temática no âmbito dos serviços da atenção primária; contribuindo com os processos de trabalho desenvolvidos neste espaço.

Em relação aos riscos, apontamos que a pesquisa apresenta riscos mínimos aos participantes, como constrangimento, desconforto ou descontentamento em

função das temáticas trabalhadas, podendo também envolver algum outro tipo de mal-estar ou cansaço ao responder às questões. Na ocorrência destas situações a entrevistadora cessará as entrevistas imediatamente, prestando o apoio necessário de acordo com a circunstância.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar: Jakeline Márcia dos Santos, telefone (43) 9.9935-8843; jakeline.ms@hotmail.com, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao prédio do LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: [cep268@uel.br](mailto:cep268@uel.br). Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue a você.

Londrina, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_.

**Jakeline Márcia dos Santos**  
**Pesquisadora Responsável**  
RG: 103599768 – SSP-PR

Eu, \_\_\_\_\_ tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): \_\_\_\_\_

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

\*Termo de Consentimento Livre Esclarecido apresentado conforme normas da Resolução 466/2012 de 12 de dezembro de 2012.

## **APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO: PESSOAS TRANS-TRAVESTIS**

Olá! Este é um convite para você participar como voluntária (o) do estudo **“A Produção do Cuidado Em Saúde Para a População Travesti, Transexual e Transgênero Na Atenção Primária à Saúde no Município de Londrina - PR”**.

De forma geral, o estudo tem como objetivo compreender e analisar como se desenvolve o cuidado em saúde para as pessoas travestis e trans no âmbito da Atenção Primária à Saúde na região de Londrina – PR.

A sua participação é muito importante, e se você concordar, ela se dará através da realização de uma entrevista em horário e local de sua escolha, através de uma conversa onde serão realizadas perguntas que tem como objetivo conhecer a sua experiência com os serviços de saúde da atenção básica e identificar a partir dela quais os fatores que interferem na atenção à saúde no atendimento às pessoas travestis e trans.

A pesquisa apresenta riscos mínimos aos participantes, como constrangimento, desconforto ou descontentamento em função das temáticas trabalhadas, podendo também envolver algum outro tipo de mal-estar ou cansaço ao responder às questões. Na ocorrência destas situações a entrevistadora irá interromper a entrevista imediatamente e prestará o apoio necessário de acordo com a circunstância. Além deste, considerando o contexto da pandemia da COVID-19, informo que a realização da entrevista seguirá todas as orientações das autoridades sanitárias competentes.

Ainda em relação à entrevista, informamos que a gravação esta condicionada a sua autorização, e que as informações serão utilizadas somente para os fins deste estudo e publicações que derivarem da pesquisa. Os conteúdos da entrevista serão tratados com o mais absoluto sigilo e confidencialidade. Os dados serão armazenados e ao final do estudo, serão imediatamente destruídos.

Esclarecemos também que você não terá custos e nem será remunerada/o por sua participação. No entanto, garantimos que os custos e despesas que possam vir a ter decorrente de sua participação serão ressarcidos.

Por fim, destacamos que com essa pesquisa esperamos nos aproximar do processo da produção de cuidado à população travesti e trans; compreender as

potencialidades, desafios e as dificuldades vivenciadas nesse processo, fomentar a discussão sobre essa temática no âmbito dos serviços da atenção primária; podendo contribuir com os processos de trabalho desenvolvidos neste espaço.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar: Jakeline Márcia dos Santos, telefone (43) 9.9935-8843; jakeline.ms@hotmail.com, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao prédio do LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: [cep268@uel.br](mailto:cep268@uel.br).

**Jakeline Márcia dos Santos**  
**Pesquisadora Responsável**  
RG: 103599768 – SSP-PR

Eu, \_\_\_\_\_ tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima.

Assinatura \_\_\_\_\_ (ou \_\_\_\_\_ impressão dactiloscópica): \_\_\_\_\_

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

\*Termo de Consentimento Livre Esclarecido apresentado conforme normas da Resolução 466/2012 de 12 de dezembro de 2012.

## APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA: PROFISSIONAIS DE SAÚDE - ÁREA ASSISTENCIAL

### ● IDENTIFICAÇÃO:

Nome:

Profissão / Formação profissional:

Tempo de atuação na área da saúde:

Tempo de atuação na APS:

### ● AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE – PRODUÇÃO DO CUIDADO TRANS

1. Você conhece ou tem alguma proximidade com o campo das discussões de gênero e sexualidade? Como você compreende, interpreta ou define esses conceitos?
2. Você, tem ou já teve contato com algum(a) travesti ou transexual na sua rotina de trabalho? Como foi?
3. Como as informações destas pessoas são registradas no sistema/prontuário? Como as pessoas trans são reconhecidas pelo serviço? [identidade, dados, documentos, nome social]
4. Quais as demandas mais recorrentes que estes sujeitos apresentam ao serviço? Ao que você as associa? O serviço tem dado conta de atendê-las?
5. Existe alguma normativa, protocolo ou diretriz que oriente sobre como o atendimento e necessidades de saúde dessa população deve ser desenvolvido?
6. Existe alguma ação desenvolvida nesta unidade direcionada a população trans? Se sim, quais?
7. Você obteve alguma capacitação em saúde voltada para o atendimento dessa população? Acredita que seria necessária? Por que?
8. Você percebe alguma dificuldade encontrada no trabalho com sujeitos trans'?
9. Você acha que essa população sofre algum tipo de discriminação ou preconceito nos serviços de saúde? se sim, por que acha que acontece?
10. Você considera que os serviços de saúde estão preparados para atender as pessoas travestis e transexuais? Justifique
11. Para você, como deveria se dar o atendimento a essa população?
12. Em sua formação você teve algum tipo de contato com conteúdo sobre essa temática? População? Cuidados?
13. Você sabe se há alguma discussão sobre o cuidado em saúde a população travesti e trans no âmbito da política? Se sim, de que forma? Em qual instância? Quem participa?

## APÊNDICE E - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA: PESSOAS TRANS-TRAVESTIS

### ● IDENTIFICAÇÃO:

- Fala-me um pouco sobre quem é você. Como se identifica? Idade. O que faz?
- Como foi o seu processo de identificação, reconhecimento de sua identidade?
- Você poderia falar um pouco sobre a sua infância, adolescência e vida adulta.
- Como as pessoas te reconhecem?
- Como são suas relações familiares, sociais, comunitárias?

### ● SITUAÇÃO DE SAÚDE

- O que é saúde para você? Como você descreve/avalia a sua saúde?
- Existe algo que interfere na sua condição de saúde? Se sim, o quê?
- Quais são as suas necessidades/problemas de saúde mais comuns? Ao que as atribui?
- Você possui algum plano ou convênio de saúde?
- Como você exerce o cuidado em saúde? procura serviços? ao que recorre?
- Você realiza ou realizou algum procedimento de modificação corporal? SS, quando, onde e como iniciou? procurou serviços? Como que foi?

### ● RELAÇÃO COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE / SUS

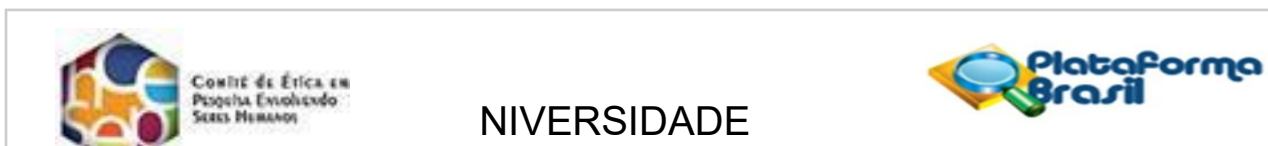
- Você costuma usar o SUS? Se sim, quais serviços você costuma procurar? Em que situações você busca atendimento?
- Você encontra alguma dificuldade em acessar os serviços? Se sim, quais?
- Alguma vez você deixou de ser atendida? SS, como foi?
- Você conhece algum serviço de saúde direcionado especificamente às pessoas trans e travestis? Se sim, qual? Já utilizou este serviço?
- você passa ou já passou por alguma situação de constrangimento, discriminação, preconceito no âmbito dos serviços de saúde?
- como é para você o uso de espaços dividido/classificado pelo sexo biológico, como banheiros, leitos, enfermaria?
- Você sente que suas necessidades de saúde são atendidas pelos serviços públicos de saúde?

### ● RELAÇÃO COM A APS

- Você conhece o posto de saúde da sua região? Frequenta? Utiliza os serviços? Com que frequência? Em que situações?
- Você tem sua identidade respeitada nesses espaços?
- Poderia descrever como você é atendido nesses serviços? Quais os fluxos? Encaminhamentos adotados?
- Para você, como deveria se dar o atendimento nas unidades de saúde?
- Você se sente contemplado pelos serviços/programas ofertados?
- Você se sente satisfeito pelo atendimento prestado?
- Há alguma consideração que você deseja fazer em relação ao atendimento ou serviços de saúde de Londrina?

**ANEXOS**

## ANEXO A - COMPROVANTE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

**COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Diversidade de Gênero e Política de Saúde: A Produção do Cuidado em Saúde para a População Transexual e Travesti na Atenção Primária à Saúde (APS) no município de Londrina-PR

**Pesquisador:** JAKELINE MARCIA DOS SANTOS

**Versão:** 2

**CAAE:** 44435521.4.0000.5231

**Instituição Proponente:** CESA/SERVIÇO SOCIAL/Prog. de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social

**DADOS DO COMPROVANTE**

**Número do Comprovante:** 022150/2021

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

Informamos que o projeto Diversidade de Gênero e Política de Saúde: A Produção do Cuidado em Saúde para a População Transexual e Travesti na Atenção Primária à Saúde (APS) no município de Londrina-PR que tem como pesquisador responsável JAKELINE MARCIA DOS SANTOS, foi recebido para análise ética no CEP Universidade Estadual de Londrina - UEL em 12/03/2021 às 10:34.

**Endereço:** LABESC - Sala 14

**Bairro:** Campus Universitário

**CEP:** 86.057-970

**UF:** PR

**Cidade:** LONDRINA

**Telefone:**

**unício:**

(43)3371-5455

**E-mail:** cep268@uel.br