



UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

CLAUDIA HELENA DE OLIVEIRA REGO

PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE PARA A POPULAÇÃO
TRAVESTI / TRANSEXUAL NO MUNICÍPIO DE CAMPINAS/SP:
POSSIBILIDADE DE NOVOS CENÁRIOS, DOBRAS PARA A FORMAÇÃO

CAMPINAS

2023

CLAUDIA HELENA DE OLIVEIRA REGO

PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE PARA A POPULAÇÃO TRAVESTI /
TRANSEXUAL NO MUNICÍPIO DE CAMPINAS/SP: POSSIBILIDADE DE NOVOS
CENÁRIOS, DOBRAS PARA A FORMAÇÃO

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas como parte dos requisitos exigidos para o título de mestra em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde, na área de Política, Gestão e Planejamento.

ORIENTADOR: PROF. DR. SERGIO RESENDE CARVALHO

ESTE TRABALHO CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA DISSERTAÇÃO/TESE DEFENDIDA PELA
ALUNA CLÁUDIA HELENA DE OLIVEIRA REGO, E
ORIENTADA PELO PROF. DR. SÉRGIO RESENDE CARVALHO

CAMPINAS

2023

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

R265p Rego, Claudia Helena de Oliveira, 1967-
Produção do cuidado em saúde para a população travesti/transsexual no município de Campinas/SP : possibilidade de novos cenários, dobras com a formação / Claudia Helena de Oliveira Rego. – Campinas, SP : [s.n.], 2023.

Orientador: Sérgio Resende Carvalho.
Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Transexualidade. 2. Travestilidade. 3. Atenção à saúde. 4. Educação em saúde. I. Carvalho, Sérgio Resende, 1958-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações Complementares

Título em outro idioma: Transgender`s health in Campinas city : the potential for productive concepts and strategies through folding processes for learning

Palavras-chave em inglês:

Transgender

Transvestism

Delivery of health care

Health education

Área de concentração: Política, Gestão e Planejamento

Titulação: Mestra em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

Banca examinadora:

Sérgio Resende de Carvalho

Juliana Sampaio

Henrique Sater de Andrade

Data de defesa: 11-12-2023

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0009-0008-7541-0449>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/6115822856326096>

COMISSÃO EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

CLÁUDIA HELENA DE OLIVEIRA REGO

ORIENTADOR: PROF. DR. SÉRGIO RESENDE DE CARVALHO

MEMBROS TITULARES:

1. PROF. DR. SÉRGIO RESENDE DE CARVALHO

2. PROF. DR. HENRIQUE SATER DE ANDRADE

3. PROFA. DRA. JULIANA SAMPAIO

Programa de Pós-Graduação em (Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde) da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da FCM.

Data de Defesa: 11/12/2023

Ao Luís, meu amor, pelo apoio irrestrito, pela paciência, por ser quem é, por estar ao meu lado.

Às pessoas usuárias do Centro de Saúde Santos Dumont e do Ambulatório Transcender, meus QUERIDOS, QUERIDAS E QUERIDES que, com sua coragem e resistência, me ensinaram novas formas de cuidar.

Agradecimentos

Aos meus pais que me ensinaram a ter gosto pelo estudo, a valorizar a vida, a ter respeito pelo outro, enfim, a ser gente.

Às minhas irmãs e meus amigos que entenderam e respeitaram meu afastamento, mas nunca deixaram de estar comigo.

Ao Kadu, Mariana Pedroso, Amy e ao Yamazaki. Quem passou por isso sabe que sem eles nada vai pra frente, gratidão eterna.

A todo o Coletivo Conexões, pessoas maravilhosas que me ensinaram a pesquisar de verdade.

À equipe do Centro de Saúde Jardim Itatinga e do Espaço Transcender que, com seu comprometimento, transformam trabalho em diversão.

À Dra Patrícia Negrão, que entendeu minha paixão, se comprometeu com ela e tornou possível a existência do Transcender.

À psicóloga Barbara e ao Centro de Referência LGBT que, com tão pouco recurso, transformam vidas e que me apresentaram ao mundo da diversidade.

Ao Ricardo Pena, Sara Antunes, Amelia Flor, Henrique Sater, Juliana Sampaio e Tadeu de Paula, quanta delicadeza! Quanta gentileza!

Ao Jonathas, devorador de livros, Parceiro com P maiúsculo que faz tudo acontecer. A Amanda, Aline, Carla, Julian, Junior Gabriel, Pedro e Talison, vocês arrasam!!!!

Ao Professor Sergio, sempre generoso, sempre compartilhando e tirando leite de pedra, muitíssimo obrigada.

Resumo

A travestilidade e transexualidade referem-se às experiências de pessoas que ao nascer tiveram seu gênero designado com base em sua genitália, mas que, com o passar do tempo, sentiram a necessidade de buscar outras performances de gênero mais alinhadas com sua identidade. Não ter o gênero em conformidade com a genitália, sair da regra heterocisnormativa, traz para essa população vivências de discriminação, muito violentas em diversas situações de suas vidas — inclusive na busca pelo cuidado em saúde. Essas situações de estresse contínuo podem levar à maior chance de adoecimento e de morte. Mesmo mais vulnerabilizadas, pessoas trans sofrem restrição de acesso a todos os níveis de atenção em saúde. Ao considerarmos a saúde como um estado de bem-estar físico, psíquico e social, é crucial compreender essas vivências para mapear as vulnerabilidades e as necessidades em saúde específicas para as pessoas travestis e transexuais. Descortinar a prestação de serviços oferecidos a elas na Atenção Básica mapeará, por sua vez, as barreiras que limitam o acesso aos cuidados em saúde. Refletir sobre esses desafios e as formas de enfrentá-los nos levará aos caminhos que potencializarão o cuidado. Essa é uma pesquisa interferência, que buscou a perspectiva da população travesti e transexual sobre seu atendimento em saúde, na cidade de Campinas, com a intenção de estimular a reflexão, numa dobra com a formação dos profissionais em serviço. A pesquisa pretendeu interpretar o fenômeno do atendimento em saúde na Atenção Básica para a população travesti e transexual, generalizando-o a partir da perspectiva dos usuários participantes. Com isso, vislumbra a possibilidade de estímulo à reflexão sobre o cuidar e ser cuidado. A interferência também fica a cargo do produto técnico (cartilha), material informativo acessível e com função de dar visibilidade aos direitos da população trans, e a negação dos mesmos dentro das instituições de saúde; além de alertar sobre as necessidades trans específicas e auxiliar na qualificação do cuidado. Se soma ao estudo, o testemunho da pesquisadora, que busca por padrões sociais compartilhados por um grupo. Nesse caso específico de estudo da população trans em situação de atendimento em saúde, o padrão está na exposição permanente à violência, na invisibilidade, na iniquidade e na marginalização. Isso aparece de forma escandalosa e recorrente durante todo o trabalho de pesquisa e de vida. A educação, muito estimulada no SUS para a qualificação dos serviços, aparece como uma ação possível, principalmente ao se levar em conta o fato de existirem, na cidade de Campinas, dois Programas bem estabelecidos

de Residência médica e de Residência Multiprofissional, ambos com campos de prática atrelados a Rede de Atenção Básica.

Palavras-chave: transexualidade / travestilidade / cuidado em saúde / educação em saúde

Abstract

Travestilities and transsexuality are terms used to refer to people who, over time, no longer identify with their assigned gender based on genitalia, and seek other gender performativity. In this population, non-compliance between gender and genitalia, as an exception to hetero-cis-normativity, may cause violent discrimination in different aspects of their lives, including in their search for health care. The transgender population, an even more vulnerable group, suffer restricted access to all levels of health care. Understanding that healthcare involves physical, emotional, and social well-being, will provide the construction of strategies focusing on specific vulnerabilities and health needs for transvestites and transgender people. Exposing the care offered to this population in Primary Care will, in turn, highlight barriers in access to healthcare. Reflecting on these challenges and creating strategies will enable improvements and enhanced healthcare. This is an interference study, carried out in Campinas-SP, which aimed to investigate the perspective of the transvestite and transsexual populations regarding their healthcare, with the intention of stimulating reflection, as well as training healthcare professionals. This study aimed to interpret the phenomenon of health care in Primary Care for the transvestite and transsexual population from the perspective of the service users. Therefore, allowing the possibility of stimulating reflection on offering and receiving healthcare. The interference also dominates the technical aspect, delivering accessible information and identifying situations of denial of rights that may take place within institutions, highlighting specific trans needs and assistance in the qualification of care. The testimony of the researcher, who searches for social standards shared by a group, increases the weight of the study. In this specific study of the trans population within a healthcare situation, a predominant and permanent pattern is identified with exposure to violence, invisibility, inequality, and marginalization. This appears in an outrageous and recurrent fashion throughout their research and life's work. Education, which is highly encouraged in the national healthcare system (SUS), appears as a possible action, particularly when considering the fact that the city of Campinas has two well-established Medical and Multiprofessional Residency Programs, both with practical training within the Primary Care Network.

Keywords: Transgender / health care / health education

Lista de tabelas

Tabela 1 - Serviços Ambulatoriais Credenciados para o Processo Transexualizador.....	32
Tabela 2 - Serviços credenciados para atendimento hospitalar no Processo Transexualizador	35
Tabela 3	44
Tabela 4.....	45

Sumário

1	Introdução	13
1.1	Meu Lugar de Fala / Meu Problema de Pesquisa.....	15
1.2	O Produto Técnico	17
1.3	Por entre sexo e gênero	21
1.4	As implicações do gênero diverso para o processo de adoecimento.....	25
1.5	A travestilidade, a transexualidade e o SUS	27
1.5.1	O SUS e seus princípios.....	27
1.5.2	A Rede Básica.....	28
1.5.3	Estratégia de Saúde da Família.....	29
1.5.4	Políticas públicas e a transexualidade.....	30
1.5.5	O Processo Transexualizador.....	31
1.5.6	O Processo Transexualizador e a Rede de Cuidado no SUS.....	32
	Atenção Secundária	32
	Atenção Terciária	34
1.6	O SUS, a educação em e na saúde e a população trans.....	36
2	Objetivos.....	40
2.1	Objetivo geral.....	40
2.2	Objetivos específicos.....	40
3	Metodologia.....	41
4	Resultados e discussão.....	50
4.1	“Mulheres trans são assassinadas, homens trans tiram a própria vida”	52
4.1.1	Violência na família	52

4.1.2	Violência nas ruas.....	54
4.1.3	Violência na religião.....	57
4.1.4	Violência no trabalho.....	59
4.2	“Eu entro no Centro de Saúde com medo e com coragem” – Violência nas instituições de Atenção à Saúde: mapeando necessidades e barreiras	61
4.2.1	Violência por Transfobia Estrutural.....	62
4.2.2	Violência por características binárias dos serviços	64
4.2.3	Violência por Desinformação / Falta de Formação	68
4.3	“Me respeita”: Mapeando Potências	72
4.4	Propostas de Qualificação do Cuidado em Saúde.....	76
5.	Considerações finais	78
6.	Referências bibliográficas.....	80
7.	Anexos	88
	Anexo I - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	88
	Anexo II - Cartilha em saúde trans, travesti e não binária: "caminhos nada suaves"	90

1 Introdução

Durante a escrita desse trabalho, uma usuária do Espaço Transcender, muito provavelmente bem cansada dessa vida, decidiu sair dela de uma forma tão violenta quanto a forma a qual estava habituada a vivê-la: atirando-se na frente de um trem. Seu intento não obteve êxito, mas deixou sequelas gravíssimas que a mantiveram no hospital por meses. Nessa internação, em 2023 num dos maiores hospitais públicos de Campinas, ela permaneceu numa ala masculina, teve seu nome social ignorado e foi chamada por seu nome de registro por seus acompanhantes e por todos os profissionais de saúde que entraram naquele quarto durante as vezes em que fui visitá-la. Cuidavam dela funcionários da saúde dedicados e que cumpriam com rigor seu papel de salvar vidas, sem tempo para refletir sobre “pequenos detalhes”, como por qual nome a paciente gostaria de ser chamada. Nem parentes, nem funcionários, nem ela própria, pareciam ter a percepção do grau de violência imposto a essa mulher para a qual não se dava o direito de existir. Será que ninguém se perguntou por que, afinal de contas, ela havia tentado tirar a própria vida?

A transexualidade pode ser descrita, segundo Amaral (1), como um fenômeno complexo no qual o indivíduo se apresenta a partir de um desacordo entre seu gênero e sua anatomia, sem que isso implique necessariamente em uma negação de sua anatomia sexual, mas numa situação de desarmonia com a concepção binária de gênero. Camargo (2) aponta o termo como referente a pessoas que ao nascer receberam uma designação de gênero baseada em sua genitália, mas que ao longo do tempo passaram a se reconhecer com uma identidade de gênero diferente daquela que lhes foi atribuída.

A travestilidade e a transexualidade inserem-se no acrônimo LGBTQIAPN+ e configuram-se como identidades de gênero. Contudo, em contraposição a qualquer generalização, esse trabalho compreende estas identidades como plurais, não estáveis e em movimento. Falamos de *transgeneridades / travestilidades* enquanto vivências localizadas e historicamente situadas.

Em sua complexidade histórica, as vidas transgênero passam a ser compreendidas pela racionalidade médica hegemônica e pelas normativas da psiquiatria a partir de uma tríade patológica: transtornadas (3), disfóricas (4) e incongruentes (5).

Desde 1910, quando Harry Benjamin fez a primeira descrição de uma síndrome psíquica caracterizada pela sensação de não pertencimento ao sexo anatômico (6), a transexualidade foi enquadrada como doença mental a ser diagnosticada e tratada.

Há muito tempo existe um movimento global de luta contra a patologização da condição transexual (7–9). Em 2012, a Campanha Internacional *Stop Trans Pathologization* já investia na retirada dos/as transexuais do Código Internacional de Doenças (CID) (10). Porém, ainda hoje as políticas públicas voltadas para esta população exigem um diagnóstico CID para que ela tenha, caso queira, acesso a mudanças corporais (11).

Se, por um lado, receber o diagnóstico facilita a inserção no “processo transexualizador”, que consiste em adequar o corpo ao gênero de identificação por meio de tratamentos hormonais e cirúrgicos, por outro lado esse diagnóstico os/as transforma em anormais e disfuncionais estigmatizados/as (7).

A população trans, apesar de não doente, é extremamente vulnerabilizada em razão das inúmeras violências sofridas, como as situações de transfobia na família, na rua e nas instituições. A evasão escolar, também fruto de violência transfóbica, leva a uma tendência de baixa qualificação para o trabalho e, conseqüentemente, a dificuldades na vida financeira (12).

Mesmo havendo uma maior vulnerabilidade e exclusão social, estudos mostram que o acesso ao cuidado em saúde para pessoas trans é difícil (13,14). Elas se deparam com inúmeras barreiras nos serviços e vivenciam experiências de preconceito, discriminação e invisibilização de suas necessidades em saúde.

A saúde mental e física da população transexual, travesti e não binária é afetada negativamente pelos repetidos eventos de discriminação e pela internalização do estigma social. Estudos sobre a saúde mental dessa população mostram dados alarmantes, como o atraso na busca de assistência médica por medo de sofrer discriminação, com taxas altíssimas de depressão, ideação suicida, uso abusivo de drogas e tentativa de suicídio (15–17).

Por outro lado, na Universidade do Colorado, em pesquisa realizada com 406 trans moradores da região, o autor encontrou subsídios que corroboram com uma diminuição considerável dos problemas de saúde mental quando a instituição provedora do cuidado é mais inclusiva (17).

O cuidado em saúde, segundo Merhy (15,16), se faz em encontros de interferência mútua entre o usuário e o profissional de saúde. O usuário traz com ele os saberes de si e suas vivências; o profissional também traz para o encontro os seus saberes sobre si, além das

tecnologias que estejam disponíveis, sejam elas duras (instrumental), leve/duras (saber técnico), e/ou leves (escuta respeitosa, vínculo etc.). Na atenção básica, os processos de trabalho e seus desfechos se definirão a partir do (des)equilíbrio dessas tecnologias nesses encontros. Um bom encontro será bastante produtivo e proveitoso para ambas as partes se houver estímulo à autonomia e à produção de vida; por outro lado, um mal encontro ou um encontro desequilibrado pode levar à anulação de valores e interdição.

A Rede Básica de Saúde mantém diferentes profissionais, numa organização de trabalho em equipe. Esse trabalho também é fruto de encontros carregados de (des)equilíbrios que podem levar à disputa de poder ou à junção de diferentes saberes implicados com o cuidado, trazendo muita potência.

A falta de conhecimento da equipe sobre as necessidades em saúde da população transexual, a discriminação dentro dos serviços e o acolhimento inadequado são barreira ao acesso, pois a vivência repetida de encontros desequilibrados afasta a diversidade da busca por atenção.

Esse projeto faz parte de uma linha de pesquisas desenvolvidas por um coletivo de pesquisadores que dedicam seus esforços ao estudo dos cuidados em saúde nos territórios marginais de produção de vida (19). O coletivo Conexões enxerga como primordial a junção de múltiplas profissões, de trabalho em equipe com múltiplos saberes que se juntam com a proposta ética e política de defesa da vida e do cuidar do outro cuidando de si. Nesse braço de estudo, nos interessa uma ligação entre as formulações de cuidado em saúde que a população transexual e travesti tem para nos ensinar e a qualificação da rede básica.

Esse estudo tem a intenção de buscar pontos de vista diferentes sobre um mesmo tema: a prática do cuidado a partir da diversidade transgênero. Ele pretende analisar e dar voz às percepções de transexuais e travestis sobre as práticas para o cuidado em saúde junto a eles, numa busca pela qualificação da atenção.

1.1 Meu Lugar de Fala / Meu Problema de Pesquisa

A ideia desse trabalho surgiu de uma necessidade de estudar as possibilidades de melhorar as práticas do cuidado em saúde da população transgênero atendida pelo Centro de Saúde Santos Dumont, na cidade de Campinas (SP).

Eu, uma mulher de 55 anos, formada há 30 anos, fiz residência médica de ginecologia na Pontifícia Universidade Católica de Campinas e me especializei em sexologia pela Sociedade Brasileira de Sexualidade Humana.

Com o término da residência, fui convidada a trabalhar no mesmo Hospital em que fiz Tocoginecologia e permaneço lá, com responsabilidade sobre a formação de residentes, até hoje. O ponto importante nessa história não é o currículo, mas o que não foi aprendido/ensinado por mim, nem na graduação, nem na residência e nem na pós-graduação. Nos 11 primeiros anos de estudo sobre saúde humana, nunca houve um momento de abordagem sobre a temática do gênero e da transgeneridade na saúde. Ao indagar meus pares, percebi que a lacuna no conhecimento era compartilhada por todos ao meu redor.

Deve-se pontuar que a comunidade LGBTQIAPN+ como um todo, provavelmente pelo medo da discriminação, não é frequentadora contumaz dos serviços de saúde — e quem não é visto não é lembrado. Além disso, as fichas de atendimento e prontuários de diversos serviços não tem outra classificação de gênero diferente de feminino e masculino, o que dificulta a identificação, a produção de dados e o contato do profissional de saúde com essa população. Mesmo assim, foram muitos anos sem “ter olhos para ver”, muitos anos de invisibilidade.

Há 14 anos iniciei minha carreira na Prefeitura de Campinas como concursada para a Rede Básica. Lá fiz a escolha de trabalhar em um Centro de Saúde no Jardim Itatinga. Esse Centro de Saúde trabalha com a estratégia de saúde da família e se localiza em uma enorme zona de prostituição da cidade de Campinas, com mais de dois mil profissionais do sexo cadastrados, boa parte pertencente ao segmento LGBTQIAPN+. Nesse território me deparei com uma população diversa, corajosa, numa luta de resistência contra as regras normalizadoras da vida, e estou aprendendo com ela novas formas de cuidar. A população atendida se insere no que Judith Butler chamaria de vida precária: pessoas altamente vulnerabilizadas, com pouco ou nenhum apoio social ou econômico e mais sujeitas à violência e à morte (20).

Foi despertado em mim o interesse pelo estudo da transgeneridade, seus processos de afirmação e procedimentos em saúde relacionados ao tema. Os saberes dessa população sobre o seu autocuidado e a disponibilidade em compartilhá-los fez com que eu me aprofundasse no assunto e acumulasse conhecimento, experiência e paixão.

O número de pacientes começou a aumentar ano a ano. Começaram a aparecer, trazidas pela “boca a boca”, pessoas de cidades vizinhas, cidades mais distantes e de outros

Estados. O que era um cuidado em atenção básica feito pela ginecologista do Itatinga hoje se tornou o Espaço Transcender, ambulatório de atenção secundária, que se mantém no mesmo espaço físico, mas com equipe multidisciplinar que recebe os encaminhamentos de todos os Centros de Saúde da Cidade e espera pela regionalização.

Nesses anos de atendimento, as falas repetidas de pacientes transexuais sobre o medo de buscar atendimento em saúde e, por outro lado, a dificuldade dos profissionais da saúde em entender os desejos e necessidades desta população, foram uma constante. Acredito que a sensibilização do profissional sobre as dificuldades e aspirações da população transgênero pode contribuir para um atendimento mais humanizado e qualificado, e isso parece ser uma lacuna importante na formação dos profissionais da saúde em geral.

Não é uma visão ingênua. Existem sim, profissionais que mesmo em posse da informação, insistem em discriminar. Contra isso existem leis. Acredito que o empoderamento do usuário, com a divulgação massiva de seus direitos e o estímulo à exigência dos mesmos, com denúncia, fiscalização e punição, seja um ponto obrigatório de discussão desse trabalho.

A convicção, contudo, de que outros profissionais também se motivariam, a partir da oportunidade de se familiarizar com o assunto, fez com que dar visibilidade e qualificar esse cuidado na atenção básica se tornasse meu tema de militância ético-política. Meu interesse, portanto, está locado numa intersecção entre a produção de cuidado na Rede Básica, os saberes transgênero e a qualificação do profissional da saúde.

A ideia aqui não é a de falar *sobre* o outro, pois isso incorreria em uma generalização rasa e perigosa. A intenção é falar *com* o outro, pesquisador e sujeitos da pesquisa, falando e aprendendo juntos, buscando representar uma realidade ao mesmo tempo que a transformamos.

O encontro com o Coletivo Conexões, grupo de pesquisadores da UNICAMP que tem como enfoque o cuidado em saúde, gênero e produção de vida das populações marginais, trouxe a força e o oxigênio para que esse estudo fosse colocado em prática.

1.2 O Produto Técnico

O mestrado profissional tem em seu cerne a intenção de juntar a ciência e a prática profissional. Ele deve, segundo as regras do MEC (Portaria MEC nº 389, 23/03/2017), envolver

temas que atendam às demandas do trabalho. Seu objetivo é a transformação e qualificação dos serviços através da articulação do conhecimento científico com o campo da prática diária do aluno que se propõe a fazê-lo. Nele o cientista/aluno/trabalhador irá investigar seu cotidiano laboral e refletir sobre ele na intenção de responder às demandas sociais dentro de um contexto da sua realidade.

O Programa de Pós-graduação em “Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde” da Universidade de Campinas tem como público-alvo o profissional que possui vínculo empregatício com o SUS, na intenção de colaborar com seu fortalecimento, qualificando a atenção, gestão e educação em saúde, sempre com finalidade social (21).

O produto técnico é ponto crucial na conclusão do Mestrado Profissional. Ele representa uma devolutiva para a sociedade de respostas ao problema estudado. Pode apresentar diversos formatos, sendo um dispositivo que deve apresentar o novo conhecimento ao cenário da prática.

Essa autora optou por um produto em formato de cartilha. A princípio, a cartilha teria como alvo único os profissionais da saúde da Rede Básica de Saúde de Campinas. Mas durante o longo processo de construção, praticamente dois anos, o projeto se tornou mais ambicioso. Houve o acréscimo de muitas mãos, muitos saberes, e hoje pode-se afirmar que essa cartilha poderá sim auxiliar profissionais da saúde da rede básica, dos serviços hospitalares, dos ambulatorios, além de usuários e, talvez, até serviços que não são da saúde, mas que tem relações estreitas, como os da educação.

A produção de um informativo em formato de cartilha, que busca refletir sobre a questão do acesso à saúde e à clínica e que tem o corpo transexual e travesti como dispositivo tensionador das práticas de cuidado, só foi possível através de uma construção coletiva, multiprofissional, em que todos os participantes têm contato muito íntimo com o tema.

Inicialmente juntaram-se uma aluna do mestrado profissional, médica, ginecologista da Atenção Especializada locada em um Centro de Saúde no Jardim Itatinga e que trabalha com a população travesti e transexual há 15 anos; uma filósofa, aluna do mestrado acadêmico, conselheira municipal de saúde, militante em prol dos direitos da população trans por toda uma vida; e um psicólogo, escritor, aluno do doutorado acadêmico e com grande bagagem acadêmica sobre o tema da travestilidade — todos pertencentes ao Programa de Pós-graduação da Saúde Coletiva da UNICAMP, sob orientação do Prof. Dr. Sergio Rezende de

Carvalho, com muita experiência no SUS e em agregar alunos interessados em produção de vida em territórios marginais.

A ideia era produzir um guia prático de condução de casos, fluxos e encaminhamentos, que contivesse a perspectiva do usuário transgênero. Reuniões semanais de planejamento foram realizadas com o objetivo de montar oficinas com participantes travestis e transexuais, além da formação de um grupo de WhatsApp, em que se colocavam todas as sugestões de assuntos considerados relevantes na construção do conteúdo. Durante as reuniões, foram elencados serviços da cidade de Campinas que de alguma forma contribuíssem para o acesso da população transgênero à saúde em seu conceito ampliado. Logo se percebeu que um assunto tão amplo necessitaria de muitas mãos e, assim, agregaram-se novas perspectivas. Foram incorporados pesquisadores do campo da Terapia Ocupacional, História e Ciências Sociais.

Esse produto possui em sua composição as visões de pesquisadores multiprofissionais e as narrativas de experiência destes corpos trans-travesti na relação com os cuidados em saúde. É uma cartilha que possui informações técnicas, mas que prioriza o saber pela experiência dos próprios usuários do serviço que participaram da pesquisa. Ela discorre sobre o ponto de vista de suas expectativas do processo, suas vivências a respeito de seus direitos e sua relação com o Estado e a sociedade que têm o dever de garanti-los, mas que, por vezes, se omitem.

A cartilha se inicia com um convite para um novo olhar a respeito de conceitos ultrapassados como a visão binária do gênero e a heterocisnormatividade, mostrando a violência que esses conceitos carregam em si. A seguir, outros conceitos são apresentados, mais inclusivos, com a intenção de atualizar e enriquecer o repertório de pessoas que se interessem pelo tema, além de registrar as conquistas dos movimentos sociais a cada letra acrescida a sigla LGBTQIAPN+.

Parte-se então para uma discussão sobre os atrasos na adoção de políticas públicas e as barreiras ao acesso à saúde para as populações trans. Mais violência que não coaduna com a visão democrática prevista para o SUS, com seus princípios norteadores de universalidade e equidade em defesa da vida. Descrevem-se os medos e as dificuldades que a população trans e não binária tem ao buscar cuidados em saúde, além das necessidades de acolhimento, vínculo e escuta qualificada por parte dos profissionais.

A necessidade de união dos serviços de Assistência Social, Segurança Pública, Educação à Saúde, numa rede intersetorial, também é pontuada na cartilha como essencial para o fortalecimento do cuidado. Mais uma vez, mostra-se que, assim como na confecção da cartilha foram precisas muitas mãos e múltiplos e diferentes olhares, para a confecção de projetos de qualificação da saúde para a população trans e não binária será preciso contar com um cuidado multiprofissional.

O processo de afirmação de gênero, como é descrito pela Política Pública do Ministério da Saúde e como é conduzido de fato, também é assunto dessa cartilha. As necessidades especiais da população trans em relação à saúde, o acompanhamento médico e a responsabilidade da Atenção Básica na coordenação do cuidado em rede são temas discutidos em detalhe.

Por fim, as militâncias e movimentos de resistência aparecem para nos presentear com a esperança. Esperança de mais respeito, mais humanidade, mais amor, que tem início com o aumento da exposição. O aumento da visibilidade do tema trans como forma de mudança de paradigmas, de repensar as normas e de deixar para trás o binarismo de gênero.

Quando a autora idealizou essa cartilha, estava mobilizada pelas vivências de seus pacientes, trazidas a ela repetidas vezes, em situação consulta médica, nesses quinze anos de atendimento à população trans. Estar no campo há tanto tempo propiciou uma relação muito próxima e de muita confiança entre autor e sujeitos da pesquisa. Transformar o campo de trabalho em campo de pesquisa significa, nesse caso, tornar público o que era privado, expor. Essa exposição desejada pelos sujeitos e pela autora tem a finalidade de dar visibilidade a uma negação de direitos que ocorre há muito tempo, de forma velada, em vários setores de nossa sociedade, inclusive nas instituições que deveriam promover saúde.

Fazer o leitor pensar sobre a violência cotidiana imposta a essa população dentro das suas casas, através da imposição de normas de gênero que excluem suas existências. Expor a violência, disfarçada em omissão, que é vivida diariamente nas “brincadeiras da escola” que os funcionários preferem “deixar pra lá” e que afastam essa população da educação. Discorrer sobre a intensidade da violência que ocorre nas ruas do nosso Brasil, país que mais mata pessoas trans no mundo. Trazer para reflexão a repetição dessa violência dentro dos serviços de saúde, com a negação do nome social, a negação do direito à privacidade, a negação de acesso à saúde, pontuando que a desinformação, nesse caso, é também geradora de violência. Tornar públicas as causas de sofrimento de um grupo de usuários transexuais e travestis que

aqui representa toda uma classe de pessoas vulnerabilizadas, têm a intenção de interferir, fazer refletir com a esperança de que essa reflexão seja transformadora.

Convido o leitor a ler essa cartilha, já que se trata do produto principal do trabalho. Comecei a idealizá-la a partir das minhas próprias dificuldades, quando tive contato com as transfobias estrutural e institucional que apareciam como causas de adoecimento e dificultadoras do cuidado. Trabalhar na atenção básica de Campinas e receber o aval do Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde (CETS), setor da Secretaria de Saúde de Campinas responsável por pesquisas realizadas em serviço, tornou possível ir a campo e transformar ideia em realização. Essa cartilha será disponibilizada para toda a rede pública de saúde de Campinas, acessível a todos os que desejarem se informar sobre o tema.

O texto a seguir está aqui como um guia que contextualiza e explica os passos dados na pesquisa para chegar à formulação dessa cartilha.

1.3 Por entre sexo e gênero

Algumas definições já ultrapassadas precisam ser colocadas para justificar pontos importantes desse trabalho, além de pontuar contradições e confusões que precisam ser desfeitas para o bom entendimento da matéria a ser estudada.

Segundo o Código Internacional de Doenças CID-10 (5), o **transexualismo** (F64.0) é um transtorno mental de identidade de gênero:

trata-se de um desejo de viver e ser aceito enquanto pessoa do sexo oposto. Esse desejo se acompanha em geral de um sentimento de mal-estar ou de inadaptação com referência a seu próprio sexo anatômico e do desejo de submeter-se a uma intervenção cirúrgica ou a um tratamento hormonal afim de tornar seu corpo tão conforme quanto possível ao sexo desejado

Para a Associação Americana de Psiquiatria, que antigamente seguia o Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais DSM-IV (3), o **transexualismo** era definido como uma manifestação de transtorno de identidade de gênero, em que o indivíduo manifestava: uma forte e persistente identificação com o sexo oposto; um intenso desejo de viver e ser aceito como um membro do sexo oposto e de se adaptar as regras sociais e aparência do sexo oposto;

um desconforto, também persistente, com o seu próprio sexo, associado a um sofrimento clinicamente significativo com prejuízo do funcionamento social, ocupacional ou em áreas importantes da vida do indivíduo.

Com a publicação do DSM-V (4), o termo transtorno de identidade de gênero foi substituído por *disforia de gênero*, na tentativa de diminuir o estigma de doença mental. Esse livro descreve transtorno mental como uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo, refletindo uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental, causando sofrimento e incapacitando social e profissionalmente (4). Disforia, por sua vez, é definida como um estado de irritação acompanhado por alteração do humor que faz com que a emoção seja vivenciada de forma anormal (22).

A **transexualidade**, segundo Amaral, é um fenômeno complexo no qual o indivíduo se apresenta a partir da descrição de um sentimento de não pertencimento ao sexo anatômico, sem que isso implique em uma negação da sua anatomia sexual. Na tentativa de se enquadrar à norma sexual vigente, o sujeito é levado a buscar reconhecimento como alguém do sexo oposto, e a fazer tentativas de adequação que podem culminar com modificações corporais definitivas (1).

Bento (9) define *transexualidade* como dimensão identitária localizada no gênero e que se caracteriza pelos potenciais conflitos com as normas de gênero, à medida que os transexuais reivindicam o reconhecimento social e legal do gênero diferente do imposto por seu sexo.

A **travestilidade**, por sua vez, também atravessou um percurso classificatório que passa pelo CID-10 (5). Nele encontram-se duas classificações: o **Travestismo fetichista**, uma **parafilia**, em que o sujeito encontra prazer sexual em se vestir como o sexo oposto; e o **Travestismo bivalente ou de duplo papel**, definido como **transtorno de identidade sexual**, caracterizado por um desejo de viver temporariamente como pessoa do **sexo oposto** (5), porém sem a intenção de cirurgias que provoquem mudanças definitivas.

O **comportamento travéstico**, quando não fetichista, era considerado, para a Associação Americana de Psiquiatria (3), como um **transtorno da identidade de gênero**. Essa entidade não diferenciava transexualismo e travestismo, mas mantinha critérios diagnósticos

que incluem identificação persistente com o gênero oposto e desconforto persistente com o próprio sexo ou sensação de inadequação no papel de gênero deste sexo.

Com a atualização do Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM-V) (4), o transtorno se transforma em disforia. Além disso, aparece o termo **Transgênero** que engloba um amplo espectro de indivíduos que, de forma transitória ou persistente, não se identificam com o gênero do nascimento.

Apesar de internacionalmente as categorias Travesti e Transexual aparecerem unidas pelo termo Transgênero, no Brasil essa união não é tão óbvia. A militância travesti surge de uma necessidade de empoderamento e luta, de uma classe estigmatizada e com pouca instrução, contra a violência e a AIDS. Por outro lado, a militância transexual nasce a partir de pessoas com mais escolaridade e com uma intenção de conquistar respeito e dar visibilidade a essa identidade de gênero a partir da educação (23). Em nosso País existe uma cisão política entre essas classes, que faz com que o termo Transgênero não seja bem aceito, visto como uma definição simplista que não abarca toda a multiplicidade das identidades trans.

As palavras “Transexual” e “Travesti” já foram consideradas como sinônimos de profissionais do sexo, incluídas pelo Ministério do Trabalho, como **categoria profissional**, na Classificação Brasileira de Ocupações (24). Mesmo que a intenção tenha sido a de descriminalizar a profissão, e atualmente esse engano já tenha sido corrigido, a generalização grotesca se tornou mais um elemento para aumentar o estigma sobre essa população.

Inúmeros autores (7–9) questionaram a existência de anormalidade na condição transexual e a sua transformação em desordem psiquiátrica. Problematizaram a nossa norma vigente de binarismo sexual, considerando-a insuficiente. Com isso, o sufixo “-ismo” (que denota doença) fica sem razão de existir para o transexual.

Em 2012, a Campanha Internacional *Stop Trans Pathologization* (10), que investe na retirada dos transexuais do CID (Código Internacional de Doenças) e do DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), acirrou as discussões sobre o assunto. E, finalmente, o CID-11 (<https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>) tem a palavra transexualidade traduzida como incongruência de gênero caracterizada pela incompatibilidade marcada e persistente entre o gênero vivido por uma pessoa e o gênero atribuído a ela.

Atualmente, para que o transexual tenha acesso ao *Processo transexualizador* no Brasil, ele precisa estar enquadrado em um CID. Para que ele consiga alguma cirurgia,

necessária muitas vezes para minimizar o desconforto com a inadequação de seu corpo, essa cirurgia deverá estar regulamentada pelo CID (25). A prescrição de um anabolizante deve obrigatoriamente informar o CID (26). Mesmo o Conselho Federal de Medicina já tendo se pronunciado contra isso (27), devido ao fato de haver quebra do sigilo médico e exposição do paciente, as farmácias seguem a regulamentação da ANVISA que é baseada na Lei nº 9.965, de 27 de abril de 2000 (28). Tramitou na Câmara dos Deputados de Brasília um Projeto de Lei (nº 5.002/2013) (29) que previa, entre outras questões, a assistência à saúde, pelo SUS e por planos de saúde, sem a necessidade de um diagnóstico psiquiátrico. No entanto, o Projeto de Lei foi arquivado em 2019. Por enquanto, *para a área de saúde, a transexualidade continua sendo vista como transexualismo, doença que precisa ser tratada.*

A realidade trans-travesti está imersa em protocolos médico/jurídicos, a ela sendo impostas muitas regras que induzem à busca por diagnósticos, com vias de desvelar o verdadeiro transexual: aquele que realmente estaria incongruente, disforicamente posto ou em situação de transtorno em relação à sua identidade de gênero, sempre com base na diferenciação biológico-anatômica. Todavia, o entendimento que se visa estabelecer sobre estes corpos tensiona estas verdades cientificamente legitimadas.

A formação da identidade de gênero é um processo a ser eternamente completado e modificado a partir de contextos sociais, políticos e históricos. Do mesmo modo como esses contextos se transformam ao longo do tempo, as identidades seguem em movimento de constante transformação.

A travestilidade e a transexualidade inserem-se no acrônimo LGBTQIAPN+ e configuram-se como identidades de gênero. Contudo, é preciso compreendê-las como plurais, não estáveis e em movimento — isto é, transexualidades e travestilidades devem ser consideradas enquanto vivências historicamente situadas.

Os termos “pessoas trans” ou simplesmente “trans” serão os eleitos para a escrita deste trabalho. Serão empregados para nomear toda uma gama de gêneros diversos que tem em comum o fato de não se sentirem representados pelo gênero atribuído a eles no nascimento. Não se trata de anulação de alguma das identidades, mas sim de uma união necessária para esse texto, deixando o estigma da palavra travesti e a conotação patologizante da transexualidade no passado e mostrando a crença da autora em uma militância para todes.

1.4 As implicações do gênero diverso para o processo de adoecimento

Pertencentes a uma população invisibilizada, as pessoas trans podem sofrer pela falta de entendimento e apoio familiares, que muitas vezes os levam a situações de discriminação, constrangimento e violência doméstica. Carvalho (30), em sua tese de mestrado, encontra a violência parental como a segunda maior causa de violência contra o público trans, perdendo apenas para a violência nas ruas.

O binarismo compulsório presente em nossa cultura, imposto pela oposição entre o “rosa e o azul” existente desde antes do nascimento, traz para a família uma expectativa de toda uma vida. Numa situação em que essa expectativa se frustra, o sofrimento pode levar à negação, à agressão ou até ao completo abandono.

Essa violência se repete na escola e ao longo de toda a sua vida. Lombardi e colaboradores (31) encontraram, em entrevistas realizadas com 402 transexuais, 59% de sua amostra referindo ter sofrido algum tipo de violência devido à transfobia, sendo que 25% com gravidade.

A exclusão social, fruto do preconceito vivido pela não adequação aos padrões de gênero, faz com que a população trans seja compelida a abandonar precocemente a escola e, portanto, tenha pouca qualificação educacional. Bento (32) chega a descrever a escola como “espaço de heteroterrorismo”. Para a população trans, a escola passa a ser espaço de opressão e constrangimento: a negativa do uso do nome social, a dificuldade em resolver o problema dos banheiros e até mesmo o silêncio da instituição em relação às chacotas sofridas, são violências às quais a população trans é submetida diariamente e que os levam à evasão. É uma expulsão disfarçada de evasão.

A baixa escolaridade leva à pouca qualificação profissional que, por sua vez, leva à dificuldade de inserção no mercado de trabalho e com isso a precariedade de renda. A falta de escola é responsável por situações de subemprego e empregos de risco, como no caso de muitos profissionais do sexo. Em um estudo sobre o aumento do risco de HIV em pacientes transexuais, os autores constataram que 67% dos entrevistados já haviam trabalhado como profissionais do sexo e que a falta de suporte social, como moradia, escola e emprego é o que os levou para esse trabalho (33). As autoras Bernardo e Souza (34) encontraram em sua pesquisa

a percepção do preconceito como principal causa para a evasão escolar e posterior dificuldade de colocação profissional.

As instituições religiosas, que deveriam ser espaços de acolhimento, fé e esperança, também não se colocam muito amistosas em relação ao coletivo trans. Sem a intenção de colocar todas as religiões em uma mesma categoria, faz-se necessário pontuar a conduta controladora de normas comum a todas elas. Algumas religiões são explicitamente contra qualquer violação às normas de gênero, outras apenas silenciam. Para Wischral (35), estar constantemente sob a mira dos julgamentos e de discursos de ódio leva a sentimentos de baixa autoestima, tristeza e por vezes ideação suicida. As igrejas, sem valorizar o peso que as palavras podem impor na construção subjetiva do sujeito, propagam em seus sermões o “castigo divino” a aqueles que não estão em acordo com seus dogmas, podendo levá-los ao isolamento e à depressão.

A realidade das pessoas transexuais e travestis no Brasil não vêm se apresentando como segura. Publicado em 2021 pela ANTRA e pelo Instituto Brasileiro Trans de Educação (IBTE), o Dossiê dos Assassinatos e da Violência Contra Travestis e Transexuais Brasileiras em 2020 (36) demonstra que o Brasil se apresenta como um local onde os corpos transexuais e travestis continuam a ser violentados, segregados e eliminados. Em 2020, o Brasil assegurou o 1º lugar no ranking dos assassinatos de pessoas trans no mundo.

Neste ano, foram encontradas notícias de 184 registros lançados no Mapa dos assassinatos de 2020. Após análise minuciosa, chegaram ao número de 175 assassinatos, todos contra pessoas que expressavam o gênero feminino em contraposição ao gênero designado no nascimento. É de se lembrar exaustivamente a subnotificação e a ausência de dados governamentais.

Vale ressaltar que a subnotificação é algo de extrema importância e denota que “chacina a céu aberto” pode ter magnitude ainda maior. Existem casos de assassinatos sendo reportados como de homens vestidos com roupas femininas ao invés de travestis, mulheres homossexuais ao invés de homens trans. Mesmo assim, o Brasil desde 2008 segue na liderança no que se refere a estes indicadores, conforme dados internacionais da ONG Transgender Europe (TGEU). Segundo o Dossiê, em números absolutos, São Paulo foi o estado que mais matou a população trans em 2020, com 29 assassinatos, contando com aumento de 38% dos casos em relação a 2019.

O Mapa dos Assassinatos 2020 aponta que, dentre os 109 casos em que foi possível identificar a idade das vítimas, 61 (56%) vítimas tinham entre 15 e 29 anos; e 31 (28,4%) estavam com idades entre 30 e 39 anos; oito (7,3%) entre 40 e 49 anos; e 9 (8,3%) entre 50 e 59 anos. A idade média das vítimas foi de 29,5 anos. A morte prematura de jovens (15 a 29 anos) por homicídio é um fenômeno que tem crescido no Brasil desde a década de 1980, de acordo com o Atlas da Violência 2020.

Toda essa violência sofrida durante a vida, nos diferentes ambientes de socialização, pode levar ao isolamento, à depressão, aos transtornos de ansiedade, chegando até as tentativas de suicídio comprovadamente maiores nesta população (37).

O uso abusivo de cigarro, álcool e drogas, também é favorecido pela exclusão social vivida por quem os autores denominam de minorias sexuais (38).

A vasta comunidade transgênero não cabe em conceitos cristalizados, pois está em constante evolução. Ela não é vulnerável, apesar de ser bastante vulnerabilizada por não seguir os padrões sociais heterocisnormativos. Não está doente, mas apresenta o risco de adoecer pela constante submissão a violência. Não está contida entre o rosa e o azul, ela transcende em uma infinidade de cores. Ela não apenas atravessa as fronteiras do gênero, mas as desafia e resiste.

Propostas de cuidado e atenção à saúde para essa população precisam identificar agravos e procurar respostas para a falta de informação dos órgãos públicos de saúde, a respeito de suas condições de vida. Por isso, é necessário que o ponto de partida para pensar estratégias de atenção à saúde seja um diálogo com a própria população.

1.5 A travestilidade, a transexualidade e o SUS

1.5.1 O SUS e seus princípios

A partir da Constituição Federal de 1988, a saúde passa a ser considerada como um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado (39) e se forma o pilar estrutural para a composição do SUS.

O nosso Sistema Único de Saúde é, segundo Vasconcelos e Pasche (40), “o arranjo organizacional que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil”. Engloba todas as instituições de saúde pública Federais, Estaduais e Municipais, além de alguns prestadores de

serviços privados. Se subdivide, de acordo com a complexidade necessária para a execução de suas funções, em serviços de atenção básica/primária; média/secundária ou especializada e alta/terciária ou hospitalar, que se articulam em rede.

Fruto de uma longa história política e ideológica, para Carvalho, o SUS tem como objetivo “a universalização de direitos e a radicalização da vida democrática, sendo, portanto, um espaço de resistência” (41).

Os seus princípios norteadores garantidos pela Constituição Federal de 1988 são de domínio público. Porém, para esse trabalho, é importante que sejam ressaltados para que se consiga visualizar a dificuldade em efetivá-los no que se refere aos cuidados para com a população transgênero. A *Universalidade* que confere o direito à saúde a todos os cidadãos, sem nenhum tipo de discriminação; a *Integralidade* que diz respeito a uma visão ampla do conceito de saúde e, portanto, define um cuidado em saúde não focado apenas em tratar a doença, mas em promover a saúde; e a *Equidade* que é a arte de identificar quem precisa mais (partindo da perspectiva de que os marcadores sociais são diferentes) e priorizá-los na atenção à saúde.

Entre as funções do SUS estão a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a assistência aos doentes, a reabilitação e os cuidados paliativos. Ele cumpre também funções de vigilância epidemiológica e sanitária, além da função de formação em saúde, ponto importante que será mais longamente discutido no decorrer do trabalho.

1.5.2 A Rede Básica

A saúde no Brasil percorreu um longo caminho, sempre dificultado pela insuficiência de recursos, mas ainda assim com muitos êxitos. Sair do assistencialismo da medicina previdenciária, em que tinham acesso ao atendimento apenas aqueles com “carteira assinada”, numa visão centrada no atendimento hospitalar, rumo ao encontro da saúde como direito universal é realmente um longo e belo percurso.

Usar o termo Rede Básica ao invés de Atenção Primária é uma escolha que se deve ao fato de se observar nesta última, uma tradição mais protocolar de “porta de entrada”, que busca impor disciplinadores da vida através de um controle de riscos, numa relação hierarquizada (19,42), enquanto a Rede Básica ultrapassa as fronteiras dos centros de saúde em busca de produzir cuidado em saúde nos diferentes territórios em que a vida acontece. Ela depende da criatividade e do comprometimento de suas equipes

interprofissionais/interdisciplinares, que a partir das tecnologias relacionais/leves (43) articulam o cuidado individualizado com o cuidado coletivo.

A Rede Básica se apropria do conceito ampliado de saúde, se instrumentaliza com uma equipe multidisciplinar e se responsabiliza por fazer acontecer o cuidado em saúde de forma individualizada, de acordo com as diferentes necessidades, nos diferentes territórios de produção de vida (42). Ela é mais que Atenção Primária, cumpre as funções programáticas epidemiológicas e de saúde pública. Mas sua abrangência vai além: através da horizontalização das relações, pretende dar voz aos saberes dos usuários e ,com isso, subsídios para a promoção da autonomia, se responsabilizando pelo cuidado continuado e em rede.

A saúde é um direito do cidadão que não pode ser considerado apenas por suas demandas biológicas. As necessidades em saúde demandam boas condições de vida (saneamento básico, lazer, alimentação, trabalho, etc.), acesso ao uso de tecnologias em saúde, vínculo e autonomia (44). O cuidar em saúde, portanto, envolve muito mais do que cuidar da doença, envolve uma prática clínica comprometida com as relações entre usuários e trabalhadores da saúde, fortalecendo o vínculo e ajudando a produzir vidas autônomas apesar da doença (45).

1.5.3 Estratégia de Saúde da Família

Com a intenção de mudança de um modelo assistencial médico centrado, com apelo em práticas curativas, para um novo modelo com ênfase na promoção de saúde, em 1994 surge a estratégia da saúde da família. Nela, o usuário é considerado a partir de suas dificuldades cotidianas e de seus processos de adoecimento. A ideia é que a atenção básica passe a cuidar a partir de uma análise não mais do indivíduo, mas de toda a família, da convivência social e de suas relações, entendendo que fortalecer o sujeito e seus coexistentes para o enfrentamento das adversidades irá prevenir o adoecimento e promoverá a saúde.

Trazer para a política o conceito ampliado de saúde, pontuar que o centro do cuidado não está no hospital, mas na Atenção Básica, e garantir os princípios de integralidade, universalidade e equidade numa Política Nacional aconteceu pela primeira vez em 2006. Com a Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 (46), o Ministério da Saúde definiu funções das Unidades Básicas, aceitou a existência de diferentes modelos (UBS com ou sem estratégia de saúde da família), mas definiu a Estratégia Saúde da Família (ESF) como o modelo prioritário para a reorganização da Atenção Básica no Brasil (47). Essa estratégia cumpre papel importante

na qualificação da atenção, mantendo um cuidado multiprofissional. Em cada equipe, deve haver 1 enfermeiro, 1 médico, 1 técnico e 4 agentes de saúde, sendo que os agentes passam a ter ação central de adentrar ao território, formar vínculo e abrir as portas para o acesso às Unidades Básicas. A distribuição da população em territórios, organizados para que cada equipe de Unidade Básica se torne responsável por, em média, 4500 pessoas, também traz ganhos para a saúde da população, uma vez que o lugar de atuação da equipe transcende os muros do Centro de Saúde e invade as ruas, aumentando a adesão e o vínculo.

Para esse estudo, a importância da estratégia da saúde da família está no fato de que Campinas não apenas aderiu ao Programa, como possui atualmente dois grandes serviços de formação para profissionais da saúde que tem como base essa estratégia e como campo de prática as Unidades Básicas de Saúde. Portanto, dar ênfase a práticas humanizadas de cuidado junto à população travesti e transexual passa obrigatoriamente pela inserção do tema trans nesses espaços.

1.5.4 Políticas públicas e a transexualidade

O precursor das políticas públicas para a população trans foi o “Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra a população GLBT e de Promoção da Cidadania Homossexual - Brasil sem Homofobia”, lançado em 2004 e que obteve o compromisso do Estado para a garantia de direitos para a população LGBTQIAPN+. O programa apresentava propostas de ações nos setores da saúde, educação, cultura, trabalho, mas com ênfase na Segurança Pública, e foi coordenado pela Secretaria Especial de Direitos Humanos Promoção da Cidadania (48).

Em 2006, com o Pacto pela Saúde (46) e a primeira Política Nacional da Atenção Básica (49), são determinadas muitas considerações importantes. Destacaram-se entre elas, para o nosso tema em questão, o compromisso com o fortalecimento das relações com os movimentos sociais e a valorização do controle social sobre os serviços. Isso possibilitou que, naquele momento, a população LGBTQIAPN+ pudesse ter alguma voz e reivindicasse direitos à saúde e à cidadania. A eleição da Estratégia da Saúde da Família como prioritária para a atenção à saúde no SUS e o estímulo à educação em saúde também foram considerações que apontaram para a necessidade de qualificação do profissional para o cuidado específico das necessidades em saúde dessa população.

O Ministério da Saúde, em 2008, por meio da Portaria nº 1.707 (50), implantou o Processo Transexualizador no SUS, em serviços de referência habilitados. Com a Portaria 457/2008 (51) foram definidas as Diretrizes Nacionais para o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde, seguindo a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.652/2002 (52), que autorizava a cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia como tratamento dos casos de transexualidade em serviços habilitados e com critérios rígidos de inclusão dos candidatos aos procedimentos cirúrgicos.

Em 2009, o nome social passa a ser um direito assegurado pela Portaria nº 1820, de 13 de agosto (53). Porém, nos dias de hoje ainda se pode perceber o não cumprimento desse direito na prática. Seja por desconhecimento do servidor, seja por transfobia, a pessoa usuária ainda passa por constrangimentos ao exigir o uso do nome pelo qual gostaria de ser chamada em uma instituição de saúde.

Em 2011, é instituída a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT, que prevê um conjunto de ações em distintas áreas da saúde como: produção de conhecimentos, participação social, promoção, atenção e cuidado. Aponta para a necessidade de enfrentamento ao preconceito, à violência e à dificuldade de acesso à saúde, dispõe sobre a coordenação do cuidado com a população transexual feita pela atenção básica e as ações específicas do processo transexualizador realizadas por serviços de média e alta complexidade, cadastrados e regulamentados pelo Ministério da Saúde (54).

Uma nova versão da Política Nacional de Saúde Integral foi lançada pela Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013 (54). Nela são reafirmadas as necessidades de investimento em melhoria do acesso e na educação permanente para os trabalhadores da saúde. É garantido o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS) com diminuição da idade para início da hormonioterapia, que anteriormente era de 21 anos, para 18 anos. E manteve-se a necessidade de serviços cadastrados de média e alta complexidades. Essa mesma Portaria de 2013 garante às mulheres transexuais, às travestis e aos homens transexuais o direito à saúde integral, humanizada e de qualidade, tanto na rede de atenção básica como nos serviços especializados.

1.5.5 O Processo Transexualizador

O Processo Transexualizador, nome escolhido pelo Ministério da Saúde, é um termo polêmico, criticado por sugerir que a transexualidade seria produzida pela tecnologia

médica. Essa autora prefere substituir por Processo de Afirmação de Gênero, porém essa denominação também não é unânime. A Associação Nacional de Travestis e Transexuais não utiliza nenhuma das duas expressões, entendendo que ambas definem a transexualidade como algo fabricado e opta por utilizar simplesmente mudanças corporais. O Processo Transexualizador, tal como escrito na Portaria do Ministério da Saúde, compreende um grande número de procedimentos multidisciplinares implantados no Sistema Único de Saúde em 2008 (Portaria nº 457, de 19 de agosto de 2008) (51) e ampliados em 2013 (Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013) (25), direcionados às travestis e às pessoas transexuais que desejem realizar modificações corporais para a adequação da aparência física ao gênero de identificação. Consiste em um conjunto de artifícios clínicos e cirúrgicos que envolvem hormonioterapia para desenvolvimento de caracteres secundários femininos ou masculinos (barba, mamas, etc.), procedimentos de fonoaudiologia para empostação da voz, procedimentos de serviço social para adequação de registro civil, e informação de direitos, além de diversas cirurgias que se encontram elencadas na Resolução nº 2.265/2019 do Conselho Federal de Medicina (55), mas que na prática se resumem a mastectomia e a neovulvovaginoplastia.

Para se ter acesso aos procedimentos de afirmação de gênero é necessário um diagnóstico médico. Sem ele as farmácias não podem liberar os hormônios e os serviços hospitalares não são autorizados a realizar cirurgias. Com a nova versão do Código Internacional de Doenças (CID 11), o sufixo “-ismo”, deixa de existir e dá lugar a transexualidade definida como incongruência de gênero — que não será mais “doença”, mas ainda fará parte de uma classificação no CID, obrigatória para a execução de qualquer procedimento nessa área.

1.5.6 O Processo Transexualizador e a Rede de Cuidado no SUS

Atenção Secundária

A Atenção Especializada ou secundária, segundo a Portaria de 2013, é um conjunto de diversos pontos de atenção com diferentes densidades tecnológicas, responsável pelas ações para o “Processo Transexualizador”, em serviços ambulatoriais especializados e hospitais de alta complexidade.

As ações de cunho ambulatorial como o acompanhamento clínico, acompanhamento pré e pós-operatório e hormonioterapia, que por vezes são necessárias para o

Processo de Afirmação de Gênero, deverão ser realizadas por estabelecimentos de saúde cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) com a exigência de várias condições técnicas, instalações físicas e recursos humanos, havendo poucos serviços credenciados por todo o País, o que aumenta ainda mais as barreiras ao acesso a saúde para a população trans.

Tabela 1 - Serviços Ambulatoriais Credenciados para o Processo Transexualizador

Serviços Ambulatoriais Credenciados para o Processo Transexualizador	Cidade
CPATT – Centro de Pesquisa e Apoio a Travestis e Transexuais	Curitiba
Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia	Rio de Janeiro
Ambulatório de Saúde Integral de Travestis e Transexuais João W. Nery	Niterói/ RJ
Hospital Universitário Professor Edgard Santos	Salvador
Ambulatório do Centro Estadual de Diagnóstico, Assistência e Pesquisa	Salvador
Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS	São Paulo
UBS Santa Cecília	São Paulo
Ambulatório Roberto Farina, UNIFESP	São Paulo
Amb. AMTIGOS do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas	São Paulo
Ambulatório trans do Hospital Guilherme Álvaro	Santos
Ambulatório do Hospital das Clínicas de Uberlândia	Uberlândia
Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes	Vitória
Amb. Transexualizador da Unidade Especializada em Doenças Infecto parasitárias e especiais	Belém
Ambulatório de atenção especializada no Processo Transexualizador do Hospital Eduardo de Menezes	Belo Horizonte
Ambulatório Trans do Hospital Dia	Brasília
Ambulatório LGBT Darlen Gasparelli	Camaragibe
Amb. de Saúde de Travestis e Transexuais do H. Universitário Maria Pedrossian	Campo Grande
Centro de Saúde Campeche	Florianópolis

Centro de Saúde Estreito	Florianópolis
Centro de Saúde Saco Grande	Florianópolis
Ambulatório de Saúde Trans do Hospital de Saúde Mental Frota Pinto	Fortaleza
Ambulatório de Transexualidade do Hospital Geral de Goiânia Alberto Rassi	Goiânia
Ambulatório para travestis e transexuais do Hospital Clementino Fraga	Joao Pessoa
Ambulatório de Saúde Integral Trans do Hospital Universitário da Federal de Sergipe	Lagarto/ SE
Ambulatório LGBT Patrícia Gomes, Policlínica Lessa de Andrade	Recife
UPE, Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros	Recife
Ambulatório LBT do Hospital da Mulher	Recife
Ambulatório de Estudos em Sexualidade Humana do HC	Ribeirão Preto
Ambulatório Municipal de Saúde Integral de Travestis e Transexuais	São Jose do Rio Preto

Fonte: dados de Bruna Benevides publicados na ANTRA em julho de 2020 (36)

A cidade de São Paulo, desde 2020, tenta driblar essa dificuldade através da implementação de um protocolo onde a hormonioterapia pode ser distribuída pelas Unidades Básicas de saúde. Segundo o Protocolo para o atendimento de pessoas transexuais e travestis no município de São Paulo – Julho/2020, cabe às Coordenadorias regionais a organização da distribuição dos hormônios, que pode ser feita na Unidades Básica de referencia do usuário, em Unidades Básicas de referência regional do território, nos serviços de atenção secundaria e nos serviços hospitalares.

Atenção Terciária

No âmbito hospitalar, a realização de cirurgias e acompanhamento pré e pós-operatório, destinadas a promover o Processo Transexualizador, deverá ser regulada por meio da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), também com seu rol de exigências e com um número reduzido de serviços cadastrados. Popadiuk et al. (56) encontraram em sua pesquisa, apenas 5 Hospitais habilitados no País, e durante os anos de 2008 a 2016, somente 320 cirurgias realizadas para o processo transexualizador. O que significa que em todo o Brasil foram realizadas, em média, 3 cirurgias por mês para a afirmação de gênero.

Tabela 2 - Serviços credenciados para atendimento hospitalar no Processo Transexualizador

SERVIÇOS CREDENCIADOS PARA ATENDIMENTO HOSPITALAR NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR	CIDADE
UFG – Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás	Goiânia
UFRGS – Hospital de Clínicas de Porto Alegre	Porto alegre
UFP – Hospital das Clínicas	Recife
UERJ – Hospital Universitário Pedro Ernesto	Rio de janeiro
FMUSP – Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina	São Paulo

Fonte: dados de Bruna Benevides publicados na ANTRA em julho de 2020 (36)

Em teoria, a organização do SUS dá algum subsídio para o combate ao adoecimento da população trans. Porém, na prática, não se observa o princípio básico da equidade para a diversidade. Não bastando o fato de haver um número insuficiente de serviços aptos para o Processo de Afirmação de Gênero, ainda existe uma grande quantidade de normas e regras que por vezes inviabilizam o acesso. A hormonioterapia só pode ser considerada após os 18 anos e as cirurgias somente a partir dos 21 anos. As cirurgias realizadas apenas após comprovação de dois anos de acompanhamento em ambulatório especializado cadastrado. Além disso, toda a regulamentação foi feita a partir de uma visão binária de gênero que trata apenas de questões da “transexualização” de homem para mulher e vice-versa, deixando invisibilizada toda uma gama de gêneros diversos.

Existe, numa perspectiva histórica, um avanço em relação aos direitos conquistados através das Políticas Públicas. Porém, na prática isso pouco se percebe, porque o acesso à saúde ainda é difícil (57,58) e o preconceito e a violência nos serviços de saúde persistem (59). Não se pode negar que houve progressos, mas as críticas ao Processo Transexualizador estão relacionadas a questões básicas como: a insistência do CID, que torna a transexualidade patológica; o nome “processo transexualizador” que sugere que é o serviço médico que “transexualizaria” o paciente, tirando dele a autonomia sobre sua existência. Outra questão é a pouca responsabilização da atenção básica sobre as necessidades trans, pois muitos cuidados do processo de afirmação de gênero poderiam ser feitos sem o envolvimento da atenção especializada, desde que houvesse um processo de educação permanente desenvolvido para atender as especificidades dessa população. Fica claro que, apesar de já se ter muitos progressos, o cuidado em saúde na média e alta complexidade é para poucos, pois há pouca

oferta e muitos condicionantes, e há muito a ser feito pela sua qualificação. A atenção básica, por sua vez, precisaria estar preparada para assumir mais essa demanda.

1.6 O SUS, a educação em e na saúde e a população trans:

Os profissionais de saúde, de modo geral, não têm nenhum aprofundamento no tema de gênero e da transgeneridade durante sua formação. Seu encontro com o assunto muito provavelmente acontecerá durante sua jornada de trabalho.

Partindo do reconhecimento de que as questões de gênero são fatores de vulnerabilidade e numa tentativa de responder ao desafio de promover equidade em saúde para a população trans, é necessário sensibilizar o trabalhador por meio da educação.

A deficiência na educação/formação em saúde para a assistência à diversidade de gênero não é uma exclusividade das escolas brasileiras. Na Cidade do Cabo, África do Sul, a discriminação em ambientes de cuidado a saúde é uma questão importante e Müller (60) relacionou-a ao preparo inadequado dos profissionais da saúde.

Em Boston, no Instituto Fenway chegou-se à conclusão de que a falta de experiência dos profissionais da saúde com o tema interfere negativamente na medida em que afasta o transexual da busca por prevenção e orientação (61).

Uma pesquisa feita na Austrália com pessoas transgênero também pontua o desconhecimento do profissional da saúde como um dificultador do acesso, motivo de risco para desestabilização da saúde mental. A pesquisa sugere que matérias que abordem o tema de gênero sejam obrigatórias nos currículos das Universidades de Medicina (62). Nessa pesquisa o alvo era o médico, porém é importante pontuar que as preocupações sobre a desinformação abrangem diversas profissões e currículos.

Duarte e colaboradores encontraram, em sua pesquisa, uma necessidade de incrementar a formação do enfermeiro (63). Catelan e Costa fizeram uma tradução autorizada das Diretrizes da Associação Americana de Psicologia para práticas psicológicas com pessoas trans e em não conformidade de gênero, porque também entendem que a formação do psicólogo nesse quesito é insuficiente e que há pouco material científico em português para subsidiá-la (64).

A pressuposição da heterocisnormatividade por parte dos profissionais da saúde inibe o sujeito que não tem esse enquadre, impedindo-o de conversar abertamente sobre seus problemas e seus hábitos na esfera sexual. Isso interfere na formação de vínculo, na formulação de diagnósticos e nos projetos terapêuticos. A imperícia e a omissão/negligência nessa área são violências que afastam essa população dos serviços de cuidado, o que pode contribuir para a baixa expectativa de vida.

A Associação Americana de Faculdades Médicas (AAMC), preocupada com o tema, já em 2014 publicou um *guideline* (65) com a intenção de auxiliar as faculdades de medicina a fazerem um programa de ensino específico para o tema da diversidade. Ele discutia as vulnerabilidades dessa população, como a maior taxa de depressão, doenças psiquiátricas, suicídios, obesidade, tabagismo, abuso de substâncias psicoativas, maior exposição à violência e aos comportamentos de risco. Num segundo momento, discutia estratégias pedagógicas para o ensino do tema e, por fim, sugeria formas de avaliação do aprendizado.

Mesmo já sendo assunto antigo, pesquisas recentes feitas em várias regiões do mundo, como na Suécia (66), Havaí (67), Califórnia (68), e inclusive no Brasil (69), continuam encontrando, seja pelo preconceito, seja pela falta de conhecimento, um profissional de saúde despreparado para lidar com o tema da diversidade. Por isso a necessidade de adequar o currículo para capacitar esse profissional e assim qualificar o cuidado.

A organização curricular baseada em competências (capacidade de pôr em prática os conhecimentos e habilidades necessárias para o trabalho), imposta para toda a área da saúde pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (Resolução MS/CNS nº 569 de 2017) (70), deixa clara a necessidade de formar profissionais preparados para o enfrentamento de situações reais, com conhecimento, responsabilidade, criatividade, ética e humanidade (71). O foco do aprendizado precisa estar no cotidiano, na junção entre a teoria e a prática. Nesse contexto dois quesitos têm se demonstrado bem relevantes em nossas pesquisas (72) na área trans:

1. Pensando no conceito ampliado de saúde (estado de completo bem-estar físico, mental e social), fica claro que a medicina sozinha não tem a menor chance. O cuidado em saúde para a população transgênero deve ser aprendido de forma multidisciplinar para ser aplicado em situações de trabalho em equipe multiprofissional.
2. A participação de profissionais não cis, não hetero no processo de formulação desses currículos, seja como professores, seja como trabalhadores da saúde, seja como controle

social, deveria ser obrigatória. Isso para que não se corra o risco de generalizações equivocadas propostas por quem não tem vivência trans.

A boa notícia é que não é preciso inventar a roda: o SUS tem em sua constituição os instrumentos necessários para as mudanças almejadas. A estratégia de saúde da família, que tem como finalidade a autonomia do sujeito, usando para isso uma combinação de diferentes saberes de sua equipe multiprofissional, pode ser aplicada na qualificação da atenção para com a diversidade.

A educação permanente em saúde que vem dos atos de trabalhar, refletir sobre o trabalho, significar o aprendido e com isso transformar sua prática, também pode facilitar a promoção de um cuidado qualificado para a população não cis não hetero.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 198/2004 (73) e reformulada pela Portaria nº 1.996/2007 (74), coloca o SUS como responsável pela formação e desenvolvimento dos trabalhadores e da gestão. Essa formação deve ser realizada em serviço e a partir da realidade de cada região ou setor.

Ferreira et al. (75), em sua revisão sobre educação permanente na Atenção Primária, encontrou vários pontos negativos, como: a aplicação errada do conceito de Educação Permanente por parte dos serviços, investindo recursos infrutíferos em cursos que não refletem a realidade; o grande volume de trabalho associado à escassez de funcionários também pontuados como dificultadores para a reflexão sobre a prática do trabalho. Nessa mesma revisão, os autores trouxeram como pontos positivos a ressignificação da prática e a qualificação das condutas no serviço, a partir da problematização dos processos de trabalho, numa perspectiva de aprendizagem significativa.

Sem desconsiderar os demais problemas, Merhy (71) assinala que o maior desafio para a qualificação do cuidado em saúde, com a construção, através da educação permanente, de serviços mais humanizados, está na implicação do trabalhador com seu trabalho.

Apesar dos escassos recursos, Ceccim (76) nos convida a agir, investir no trabalhador, provocar o desconforto, colocá-lo como “condição indispensável” para a mudança na prática do trabalho. Esse desconforto vivido no cotidiano laboral e a reflexão sobre ele serão os responsáveis pela busca de alternativas melhores e pela transformação.

Levar a população trans para a rede básica, como pessoa usuária ou como trabalhadora; fazer busca ativa, estimular o vínculo, discutir os casos em reunião de equipe, dar

visibilidade ao tema — talvez essas ações tirem o(a) trabalhador(a) de sua zona de conforto e seja o estímulo necessário para a reflexão sobre a prática e sobre a necessidade de qualificação dela.

A cidade de Campinas, polo universitário importante do País, possui dois Programas de Pós-graduação, desenvolvidos pela Secretaria de Saúde, que com a visão de saúde integral e a missão de ensino em serviço, talvez possam levá-la a uma posição de vanguarda em relação à função de formação no e para o SUS.

O **Programa Mais Médicos Campineiro** da Secretaria Municipal de Saúde (uma articulação entre Prefeitura de Campinas, a UNICAMP, a PUC Campinas, Faculdades São Leopoldo Mandic e Rede Mario Gatti), foi concebido para formar médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade num programa unificado de Residência Médica. É um programa que integra ensino e serviço, e que tem como principal campo pedagógico a Rede Básica de Saúde de Campinas, onde os residentes atuam com a Estratégia de Saúde da Família como arcabouço para a assistência e para o aprendizado.

Formar profissionais para trabalhar no SUS, com uma visão mais humanista e mais preparada para o trabalho em equipe, também é o objetivo do **Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica / Saúde da Família** da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Esse programa usa a Estratégia de saúde da família para a formação em serviço de residentes de odontologia, enfermagem, fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia, farmácia, nutrição, além de formar educadores físicos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais.

Os alunos formados por esses dois programas, supostamente, disseminarão o conhecimento apreendido. Trata-se de uma excelente oportunidade de difundir as necessidades, as vulnerabilidades e os imperativos do cuidado em saúde específicos para a população trans. Investir em um “currículo transexualizador” para a educação permanente em saúde desses programas parece ser uma chance ímpar para a qualificação da rede básica.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Produzir propostas para a qualificação do de cuidado em saúdes específicas para a população travesti e transexual na cidade de Campinas a partir da perspectiva das pessoas usuárias.

2.2 Objetivos específicos

1. Aprender as impressões das travestis e transexuais quanto às práticas de cuidados desenvolvidas com elas em situação de atendimento em saúde;
2. Mapear as necessidades em saúde da população transexual e travesti da cidade de Campinas;
3. Mapear as barreiras ao acesso da população transgênero à Rede Básica de Saúde na cidade de Campinas;
4. Mapear potências, limites e desafios na formação e prática dos profissionais para o cuidado junto aos transexuais;
5. Fomentar debates reflexivos sobre o cuidar e ser cuidado específico para essa população.

3. Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que pretendeu captar e valorizar a subjetividade, num processo de interpretação da realidade (77). Segundo esse enfoque, a questão problema da investigação deve ser interpretada pela perspectiva daqueles que a vivem, dando ênfase às crenças e aos valores dos pesquisados e da pesquisadora. A pesquisa qualitativa é utilizada para o estudo das experiências vividas e suas interações sociais (77).

Como pressuposto filosófico ontológico, a pesquisa traz o entendimento de que a realidade não é universal, isto é, muda a depender de sobre qual perspectiva ela é observada e a partir do contexto sócio-histórico a ser analisado.

Do ponto de vista epistemológico, a pesquisadora sustenta que o conhecimento é inesgotável e provisório, se modifica a partir das interpretações possíveis. O que se produz em uma pesquisa é uma versão do conhecimento carregada de valores dos pesquisados e do pesquisador. Para que o conhecimento se produza, existe a necessidade de uma troca íntima e sensível entre pesquisador e pesquisado.

Na pesquisa qualitativa, “o significado é construído na interação pesquisador-pesquisado em ambiente natural” (78), o campo não é isento e faz parte do cotidiano do sujeito pesquisado. Nele, pesquisador e sujeitos pesquisados têm implicação estreita com o problema de pesquisa e à medida que seus valores interagem o conhecimento se transforma. Nada na pesquisa é neutro, o pesquisador afeta, se deixa afetar e a construção do conhecimento evolui: “Objeto e sujeito se sobrepõem, se diluem e perdem eventuais limites e fronteiras apriorísticas” (19).

Essa é uma pesquisa que traz como valor ético-político uma militância declarada em prol de um grupo marginalizado e sujeito a inúmeras interdições, e que busca colocar em foco as inequidades por ele vividas para a problematização.

A pesquisa se recusa a aceitar o gênero como uma característica estanque, não admite classificações binárias e normalizadoras do sujeito, e insiste que a identidade desse sujeito está em movimento constante, sempre aprendendo, sempre em construção.

Sou afetada não apenas por esse outro ou por um conjunto de outros, mas também por um mundo no qual humanos, instituições, e processos orgânicos e inorgânicos imprimem-se sobre esse mim. Butler (79, pg 24)

Pontuando, principalmente, que o corpo e a sexualidade podem ser causa de desigualdades sociais, que sujeitos que fogem à heterocisnorma são considerados abjetos e, portanto, passíveis de desumanização e múltiplas violências.

(...) esquemas normativos de inteligibilidade estabelecem o que será e não será humano, o que será uma vida digna de ser vivida, o que será uma morte dolorosa. (20)

Numa perspectiva de interferência, a pesquisadora se abre para o caráter transitório do conhecimento, que estará sempre em evolução, e para a possibilidade de criar junto com o campo, múltiplas verdades advindas de saberes distintos, os “saberes das pessoas” (80).

Interferir é tirar do lugar o que está posto, é, através das relações entre pesquisador e sujeitos, dar evidência aos problemas e abrir possibilidades de reflexões múltiplas e conjuntas.

Neves (81) nos diz que, para que a vontade de interferir aconteça, é preciso descortinar o “intolerável”, expô-lo, estimulando a reflexão. Interferir é problematizar, e problematizar já é mudar.

as interferências na produção social da existência são tecidas em um plano, ao mesmo tempo, ético, estético e político. Ético, no que se refere ao desejo de diferir e acolher a diferenciação constante; estético, no que se refere a tomar a existência e as práticas nas quais as interferências se produzem como matéria de criação e outramento; político, porque requer a problematização e a desnaturalização constante dos intoleráveis que atravessam a nossa existência e nos servem como indicadores de nossas ações em relação a nós mesmos e aos outros. (81)

Nessa pesquisa, refletir sobre pessoas transgênero não trará uma verdade absoluta, mas interpretações da verdade construída na comunhão da pesquisadora com vidas que fogem da norma e a partir da exposição ao incômodo intolerável de desvalorização dessas vidas.

(...) o corpo do pesquisador afetado pelas experiências, vozes, ruídos que denunciam mais que uma verdade, uma possibilidade de pensar ações cotidianas sob uma técnica de vida, no exercício ético da constituição de si e do cuidado de si. (19)

A pesquisa pretendeu, a princípio, interpretar o fenômeno do atendimento em saúde na Atenção Básica para a população transexual, generalizando-o a partir da perspectiva dos usuários participantes. Com isso, vislumbrava a possibilidade de estímulo à reflexão sobre o cuidar e ser cuidado. A interferência também ficaria a cargo do produto técnico, material informativo acessível e com função de auxílio na qualificação do cuidado. Essa pesquisadora, no entanto, não conseguiu se desvencilhar de toda a vivência de quem trabalha diariamente com o cuidado em saúde para pessoas transgênero e não binárias há 15 anos. Se soma ao estudo, portanto, o testemunho da pesquisadora que busca por padrões sociais compartilhados por um grupo. Nesse caso específico de estudo da população transgênero em situação de atendimento em saúde, o padrão está na exposição permanente à violência, na invisibilidade, na iniquidade e na marginalização — e isso aparece de forma escandalosa e recorrente durante todo o trabalho de pesquisa e de vida.

Num primeiro momento, foi realizada uma análise documental das bases oficiais do Ministério da Saúde, de onde retiramos, para descrição histórica e cronológica, todas as Políticas Públicas que tiveram alguma importância para o contexto atual onde se encontra a população estudada. Normativas do Conselho Federal de Medicina, da ANVISA e do Ministério do Trabalho também foram analisadas para que se pudesse desenvolver o estudo.

Como esse trabalho foi realizado durante a pandemia, houve um atraso grande para o início do trabalho de campo. Com isso, vários levantamentos bibliográficos foram feitos, buscando descritores que suprissem nossa busca por informações. Utilizando os descritores “transexual/transsexualidade”, “travesti/travestilidade”, “assistência à saúde” e “educação em saúde”, com textos completos que estivessem na língua inglesa ou em português, sem limite de tempo de publicação, chegamos a apenas 4 textos.

Tabela 3

TÍTULO	AUTORES	REVISTA	ANO
O Acesso das Pessoas Transexuais e Travestis à Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa (82)	Pereira, Lourenço B. de C.; Chazan, Ana Cláudia Santos	Revista brasileira de medicina de família e comunidade	2019
Atenção Primária à Saúde quebrando tabus: memorial do I Seminário de Sexualidade e Diversidade da SBMFC (83)	Vieira, R. C.; Teixeira, D. S.; Borret, R. H.; Oliveira, D.O.P.S; Sarno, M. M.; Lopes Junior, A.; Dias, Ana Paula de Melo	Revista brasileira de medicina de família e comunidade	2019
Barreiras de acesso na atenção primária à saúde à travestis e transexuais na região central de São Paulo (69)	Magalhães, Luiza Gomes.	Tese de mestrado em Enfermagem na USP	2018
Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade (84)	Mello, Luiz; Perilo, Marcelo; Braz, Camilo Albuquerque; Pedrosa, Cláudio	Sexualidad, Salud y Sociedad	2011

Fonte: elaborada pela autora

Em uma segunda etapa, mantivemos os descritores “transexualidade”, “assistência à saúde” e “educação em saúde” e retiramos “travesti/travestilidade”. Também solicitamos textos completos em inglês e português, porém nessa busca limitamos o tempo de publicação em 5 anos. Chegou-se ao número de 72 textos, cujos resumos foram lidos e os que mais se aproximam dos objetivos desse trabalho foram separados. Excluíram-se artigos sobre doenças ou tratamentos específicos, pois esse não era o foco da pesquisa. Chegamos a 12 artigos, 3 dos quais já estavam contidos na primeira tabela.

Tabela 4

<p>“Health does not discuss trans bodies”: Oral History of transsexuals and transvestites (85)</p>	<p>Rigolon, Mariana; Carlos, Diene Monique; Oliveira, Wanderlei Abadio; Salim, Natalia Rejane</p>	<p>Revista Brasileira de Enfermagem</p>	<p>2020</p>
<p>Pronouns and Advocacy in Medicine (86)</p>	<p>Mulkey, Nat</p>	<p>A Journal of Ethics</p>	<p>2020</p>
<p>Pra mim, foi assim: homossexual, travesti e, hoje em dia, trans”: performatividade trans, família e cuidado em saúde (87)</p>	<p>Paulino, Danilo Borges; Machin, Rosana; Pastor-Valero, Maria</p>	<p>Saúde e Sociedade</p>	<p>2020</p>
<p>"Primary care is primary care": Use of Normalization Process Theory to explore the implementation of primary care services for transgender individuals in Ontario (88)</p>	<p>Ziegler, Erin; Valaitis, Ruta; Yost, Jennifer; Carter, Nancy; Risdon, Cathy</p>	<p>PLoS One</p>	<p>2019</p>
<p>Percepções de usuários transexuais sobre o cuidado na estratégia de saúde da família: o desafio do reconhecimento e do rompimento da invisibilidade (89)</p>	<p>Gomes, Denildo de Freitas</p>	<p>Dissertação de mestrado na UFF</p>	<p>2019</p>
<p>Measuring the Health of an Invisible Population: Lessons from the Colorado Transgender Health Survey (17)</p>	<p>Christian, Robin; Mellies, Amy Anderson; Bui, Alison Grace; Lee, Rita; Kattari, Leo; Gray, Courtney</p>	<p>Journal of General Internal Medicine</p>	<p>2018</p>
<p>A (in)visibilidade do acolhimento no âmbito da saúde: em pauta as experiências de integrantes da comunidade LGBTQIA+ (90)</p>	<p>Shihadeh, Nizar Amin; Pessoa, Elisângela Maia; Silva, Fabiane Ferreira da Silva</p>	<p>Barbaroi</p>	<p>2021</p>

<p>Acolhimento de travestis e transexuais na atenção primária à saúde: uma revisão bibliográfica (91)</p>	<p>Veras, Pedro Henrique Lima; Silva, Kaio Germano Sousa da; Coêlho, Luana Pereira Ibiapina; Silva, Eduardo Brito da; Silva, Raphaela Lau da Silva e; Marques, Victória Ribeiro de S.; Mesquita, Eudilene da Silva; Bacelar, Maria Gabriela de S.; Aguiar, Leiliane Barbosa de; Sousa, Tiago Santos de; Santos, Pedro Vitor Mendes; Andrade, Pedro Henrique M.; Santos, Maria Eduarda L. de C.; Santos, Vivienne Matos Gomes</p>	<p>Revista de Enfermagem Atual In Derme</p>	<p>2021</p>
<p>Co-producing knowledge of lesbian, gay, bisexual, trans and intersex (LGBTI) health-care inequalities via rapid reviews of grey literature in 27 EU Member States (92)</p>	<p>Sherriff, Nigel; Zeeman, Laetitia; McGlynn, Nick; Pinto, Nuno; Hugendubel, Katrin; Mirandola, Massimo; Gios, Lorenzo Davis, Ruth; Donisi, Valeria; Farinella, Francesco; Amaddeo, Franceco Costongs, Caroline; Browne, Kath</p>	<p>Health Expectations</p>	<p>2019</p>

Fonte: elaborada pela autora

Optou-se por dar ênfase a essa última busca que foi realizada entre janeiro e março de 2022, a partir da Biblioteca Virtual de Saúde que tem como bases de dados a LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SciELO (Scientific Electronic Library Online) e MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online). Foram utilizados, também, artigos que, mesmo com outros descritores, pudessem ter alguma relevância para essa discussão, eles estarão descritos nas referências.

A coleta de dados se deu após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer nº 60265821500005404), por meio de oficinas com sujeitos trans que aceitaram o convite para falar livremente e nos ensinar sobre qual atendimento eles têm e qual o atendimento eles gostariam de ter quando precisam recorrer a um serviço na Atenção Básica de Saúde. Segundo Gil (93), é muito importante assegurar ao participante a confidencialidade, avisar sobre as gravações e como o pesquisador lidará com elas para manter o sigilo, além de informar quanto tempo a coleta de dados tomará de sua rotina, a fim de que eles não deem respostas apressadas e insuficientes, ansiosos pelo fim do processo. Nesse caso, os participantes se sentiram tão bem contemplados em seu papel de produtores de conhecimento e de cuidado, e tão acolhidos pela grupalidade, que, após o término das oficinas, solicitaram um novo encontro e se organizaram num grupo de WhatsApp em que se mantêm em contato, mesmo após o término da pesquisa.

O local escolhido para a realização das oficinas foi a Estação Cultura de Campinas, um prédio em uma região central de Campinas, em que são feitas rotineiramente as rodas de conversa de orientações para usuários transgênero que frequentam o Espaço Transcender (Ambulatório de Especialidade Multidisciplinar para o atendimento à população em processo de afirmação de gênero). A escolha do espaço se deu para privilegiar a facilidade de acesso, visto que além de ser no centro da cidade, ainda é um lugar já frequentado por eles, não sendo exigido que saíssem de suas rotinas.

A oficina é uma ferramenta metodológica que permite reflexões em grupo, colocando múltiplos saberes trazidos pelo grupo a disposição do grupo e de todos, criando um espaço de trocas e de potencialização do conhecimento sobre o tema pesquisado. Espaço para negociação de sentidos, em que há lugar para controvérsias, reflexão crítica e produção de novos sentidos compartilhados (94).

Para Spink e Menegon (94), a oficina é um misto de grupo focal, rodas de conversa e estratégias de dinâmica de grupo. Da dinâmica de grupo, ela incorporaria a flexibilidade, através das múltiplas práticas discursivas possíveis, nem sempre concordantes, mas que devem ser incorporadas à pesquisa, como tema, a partir de situações geradas no grupo. Do grupo focal, ela se apropriaria da construção conjunta e dialogada sobre um tema específico, o foco do problema. O caráter político e transformador de uma ação em grupo seria o ponto trazido das rodas de conversa.

Foram realizadas 3 oficinas, com 7 participantes. Seus nomes foram substituídos por números que foram colocados entre parênteses após cada fala descrita. Houve posterior transcrição e categorização dos dados, que foram transformados em eixos temáticos, seguindo

as bases de Análise de Discurso. Todos os colaboradores foram voluntários, estavam cientes de benefícios e dos riscos inerentes à pesquisa. Seus nomes foram ocultados e todos receberam termo de consentimento livre e esclarecido. As oficinas foram gravadas com a autorização de todos os participantes.

Durante a primeira oficina os participantes se reuniram em duplas que incluíram os pesquisadores, tiveram um tempo para se apresentar e conversar sobre seus percursos de vida e percursos nos serviços de atenção à saúde. Quando o grupo foi rearranjado, um componente do grupo ficou responsável por apresentar sua dupla e vice-versa, de modo a todos serem apresentados através do ponto de vista do outro. Cada participante pode, num segundo momento, complementar sua apresentação, podendo expor seu ponto de vista sobre si. Com essa dinâmica houve a conquista de uma cumplicidade do grupo, pois trouxe muitas vivências comuns a todos, sobre família, trabalho, religião e relações com o SUS.

Na segunda oficina os temas de diálogo foram elencados a partir de fotos de cenas diversas apresentadas pelos pesquisadores. Homens trans grávidos, mulheres trabalhando como mecânicas, homens passando roupa e, principalmente, banheiros de serviços de saúde separados para homens e mulheres foram as fotos mais escolhidas. Papeis de gênero e o preconceito e a discriminação sofridas, em situações em que não se performa o papel esperado, foram os motes dessa discussão.

A última oficina abarcou exclusivamente o tema do atendimento à saúde vivido pelos participantes, suas dificuldades e entraves, além de seus desejos de mudança.

Todo o conteúdo das gravações foi transcrito de forma literal e posteriormente deu-se a análise dos dados. Para isso, foi feita uma leitura exaustiva, buscando extrair as frases de significado e os significados por trás do não dito.

A Análise de Discurso é um procedimento que tem a intenção de questionar os sentidos do que está sendo comunicado, interpretando inclusive o que não é verbalizado. Dentre as diversas possibilidades de análise, houve a escolha pela Análise do Discurso que dá ênfase ao estudo de ações postas através do discurso como as desigualdades sociais e os processos de exclusão e marginalização (95).

Segundo Orlandi (96), que descreveu os estudos de Pêcheux, o discurso de um sujeito carrega com ele uma bagagem histórica, social e ideológica que é transmitida pela linguagem. O pesquisador (analisador do discurso), por sua vez, também tem suas ideologias

que interferem em suas interpretações. Portanto, a interpretação jamais será única e cabe ao autor deixar explícito o enfoque que será dado na pesquisa.

Como o objetivo desse trabalho era produzir propostas para qualificar cuidado em saúde a partir da perspectiva das pessoas trans usuárias, as impressões sobre as práticas de cuidado vivenciadas por elas são de suma importância. Esse objetivo foi exposto a elas como tema norteador das oficinas, para que dialogassem livremente sobre ele.

4 Resultados e discussão

Durante a análise do discurso, as palavras brutalidade, bruto, constrangimento, constranger, envergonhar, vergonha, repugnância, repúdio, estupidez, estúpido, truculento, imposição, grosseria, intransigente, impaciência, rispidez, ríspido, agressivo, violência e violento foram muito utilizadas. Praticamente em todas as vivências descritas durante as oficinas foram feitas referências à violência sofrida dentro e fora de ambientes de atendimento em saúde. Dessas falas foram extraídos os seguintes temas: as **violências sofridas cotidianamente por transfobia**, que nos darão uma ideia de suas necessidades específicas em relação à saúde integral; a repetição dessas **violências nas instituições do SUS** como barreira ao acesso; a desinformação como forma de violência e os **movimentos de resistência**, trazendo sugestões para qualificar o cuidado em saúde.

É necessário pontuar que todos os que aceitaram participar da pesquisa passam por atendimento no Espaço Transcender, Ambulatório Multiprofissional de Atendimento à População Trans da cidade de Campinas. Portanto, de alguma forma, já em processo de afirmação de gênero: alguns em hormonioterapia, alguns já mastectomizados, alguns em psicoterapia. Mas antes de conseguirem a inserção no serviço, tentaram várias possibilidades de atendimento em saúde, sem sucesso, apelando inclusive para a automedicação usada de modo irregular e comprada de forma clandestina.

As idades dos participantes durante a pesquisa variaram entre 25 e 59 anos, mas suas andanças à procura de acompanhamento começaram bem mais cedo, assim que a adolescência deu os primeiros sinais. Para eles, foi necessário um certo afastamento da família para dar vazão às suas questões de gênero. Esse afastamento foi transitório para alguns, mas definitivo para outros e descrito por todos como uma lembrança viva e dolorosa.

Nessa amostra existem pessoas que se identificam como homens transexuais, mulheres transexuais e travestis. Todos, a princípio, se identificaram como gays ou lésbicas, evoluindo posteriormente para a sua identidade trans.

Quanto à orientação sexual, houve participação de quem se declarou heterossexual, homossexual, bissexual e pansexual. Alguns estão sem parceria no momento, outros namorando e outros em relações estáveis, mas nenhum deles pontuou qualquer problema em relação à própria orientação.

A espiritualidade é considerada por todos como essencial, mas as religiões são vistas com desconfiança. Todos, sem exceção, descrevem alguma situação de transfobia em templos e igrejas, dando a entender que as religiões de matriz africana são mais inclusivas. Tivemos representantes das religiões católica, evangélica e umbandista.

Questões raciais, diferentemente do que se encontra na literatura, não foram vistas por eles como algo relevante. Os participantes se apresentaram como brancos, negros e pardos, sem a percepção de sofrer racismo.

A transfobia, em compensação, é percebida por todos como uma dificuldade estrutural, presente em todos os lugares, e que interfere em suas relações familiares, de trabalho, do cotidiano e interditando a vida.

A primeira e principal categoria a emergir das oficinas foi a **violência cotidiana**. Durante os três encontros, de forma recorrente o tema aparecia em diferentes cenários e intensidades. Os cenários mais comentados e que, portanto, se tornaram subcategorias foram a violência em família, nas ruas, na religião e no emprego ou na falta dele.

A segunda categoria a aparecer, porém a mais impactante para o nosso trabalho, é a repetição da **violência nos serviços de saúde**, que também foi subdividida em violência por transfobia, violência por características binárias de serviços específicos e violência por desinformação.

Por fim, surge a categoria “**me respeita**” que traz movimentos de resiliência, de proteção e de resistência que nos provocará a repensar nosso lugar como trabalhador do SUS na atenção à saúde e em como qualificá-lo.

4.1 “Mulheres trans são assassinadas, homens trans tiram a própria vida”

Violência Cotidiana: mapeando as Necessidades em saúde

(...) quando ao rapaz apraz se olhar mulher
e o músculo que há lhe traz asco
Atroz seria opor-se ao próprio corpo
e ter, não a mão alheia, mas o soco.
(Amara Moira) (97)

A busca pela aceitação pode levar a sérios problemas nas relações familiares e sociais, uma vez que para agradar ao outro, às vezes, é necessário deixar de ser autêntico. Numa situação em que a pessoa se sente obrigada a reprimir sentimentos, pensamentos e comportamentos, o adoecimento psíquico pode acontecer. Por outro lado, se a pessoa opta por ter comportamentos fora dos padrões sociais dominantes e se expõe a não ser aceito, ela também estará sujeita a ficar doente. A não aceitação, o não reconhecimento da diferença, portanto, configura-se como uma forma de violência que faz adoecer.

Entendendo a saúde em seu conceito integral, em que uma pessoa para ser saudável tem que conquistar o bem-estar físico, mental e social; a discussão sobre o abandono, a opressão, a ameaça, enfim, as violências sofridas pelas identidades travestis e transexuais no dia a dia nos mostram o mapa de suas necessidades específicas.

O respeito à sua própria identidade aparece como condição essencial para a melhoria da qualidade de vida. Ser reconhecido pelo outro como sujeito, com direitos e deveres, seja em casa, no trabalho, na igreja ou no Centro de saúde, é uma necessidade gritante que extrapola os limites desse grupo ou dessa pesquisa e transborda para toda a existência trans.

4.1.1 Violência na família

“Ele simplesmente acordou e pensou: hoje vou tirar minha vida.
Claro que não, teve todo aquele processo de não aceitação” (P6)

“Tem pessoas que tendem a não respeitar sua decisão e continuam chamando pelo nome morto (...) Meu pai, não falo mais com ele, já tentou me agredir e a gente quase brigou” (P1)

“Tem gente que não aceita mesmo o seu estilo de vida (...)” (P6)

O nome é a apresentação social de uma pessoa. Primeira informação que alguém dá sobre si. Carrega com ele todo o peso da respeitabilidade. Para a população trans, muitas vezes, há a necessidade de adequar o nome ao gênero de identificação. E para isso usa-se o nome social.

Em nossa sociedade culturalmente binária, manter o uso do nome de registro civil em um corpo que performa um gênero não compatível pode trazer muito constrangimento. A escolha da família em manter o uso do nome dado ao nascimento em detrimento ao nome social, deixa de ser apenas apego ao nome, para se tornar um ato de violência explícita com a negação da transgeneridade. A violência doméstica pode aparecer de modo escancarado como nas agressões físicas, mas também se impõe de modo sorrateiro, subliminar, minando a autoestima de quem está sob seu alvo, sem que ao menos se dê conta de ter sofrido um ato de violência. Bonassi et al. (98) pontua que pessoas trans não identificam atos de violência psicológica, porque estes são tão usuais em seu cotidiano que acabam sendo banalizados.

“Minha mãe não consegue me chamar pelo meu nome” (P1)

O grupo estudado descreve vivências familiares percebidas como violentas, em maior ou menor grau, responsáveis muitas vezes pelo atraso na autoaceitação e com grande impacto na autoestima. Isso leva a uma necessidade de afastamento para poder afirmar e impor seu gênero.

Num artigo que descreve as preocupações da Medicina da Família com a saúde da diversidade, Vieira e colaboradores (83) questionam o significado atual de família e a potência que a mesma tem para transmitir conceitos que podem aumentar a autoestima e empoderar, produzindo saúde; ou perpetuar preconceitos que levam à violência, ao sofrimento mental e ao adoecimento.

Rigolon (85) também encontra a família como uma das principais responsáveis pelas vivências de não aceitação e violência sofridas durante a infância e adolescência de pessoas transgênero, acarretando o adoecimento mental na vida adulta. Um dos sujeitos de sua pesquisa chega a comparar a família com os inquisidores da Idade Média.

Existem homens e mulheres transexuais que performam uma identidade de gênero binária por convicção. Porém, Paulino (87) questiona se, na busca por manter ou resgatar a convivência familiar e social, pode haver por parte de sujeitos transgênero, uma tentativa de performance binária, por acreditar que a aceitação será mais fácil. Ele encontra em sua pesquisa uma percepção de valoração escalonada, em que a pessoa cis seria a de mais valia, a trans ficaria numa segunda colocação, desde que houvesse uma performance de gênero com características binárias bem definidas, e a travesti e as não binárias seriam as responsáveis por provocar maior abjeção. Sendo assim, na tentativa de sobreviver a tanta exclusão, buscam processos de afirmação de gênero que os tornem mais “passáveis”, mais próximos da “norma”. Trata-se de mais uma violência silenciosamente imposta, regulando os corpos em prol da facilitação das relações familiares.

Os impactos dessa eterna negação da identidade, das pequenas humilhações cotidianas, assim como do desmonte da autoestima, podem permanecer ao longo de toda a vida e interferir, segundo Pardini (99), na convivência escolar, profissional e social, levando a problemas de saúde mental.

A violência na família, para transexuais e travestis, pode se iniciar na infância e perdurar até mesmo depois de suas mortes. Em um estudo etnográfico, Souza e colaboradores (100) dão visibilidade a um tipo de violência que chamam de normalização de gênero pós-morte. Ela se caracteriza pelo preparo do corpo, do atestado de óbito, do velório e até mesmo da lápide no cemitério, sem o respeito ao nome social e ao gênero de identificação expresso pela pessoa antes de sua morte. A violência pós-morte é mais uma forma de tentar invisibilizar a existência e a história de quem se atreve a transgredir as normas de gênero. E desta vez sem nenhuma possibilidade de reclamação.

4.1.2 Violência nas ruas

Enquanto a expectativa de vida da população geral, segundo o IBGE, é de 77 anos, para a pessoa transexual, no Brasil, essa expectativa é reduzida para 35 anos — e, caso ela seja preta, diminui para apenas 29 anos. A principal causa de morte é o assassinato e a segunda

causa é o suicídio, segundo dados da Associação Nacional de Travestis e Transexuais do Brasil (36).

O Brasil é o país que mais mata pessoas trans no mundo e há 14 anos se mantém como primeiro colocado nesse ranking. Esses são dados trazidos pelo TGEU - *Transgender Europe*, uma Organização Internacional que monitora assassinatos de travestis e transexuais no mundo. Países em que a homossexualidade é considerada crime e países com regras muito radicais contra a diversidade possuem números infinitamente menores quando comparados aos números brasileiros da violência contra a população trans (101). A contabilização desses números não é simples, pois existem países que não os apontam e existe muita subnotificação. Porém, essa organização compara números oficiais com os assassinatos reportados pela imprensa de cada país para tentar uma aproximação mais fiel da realidade.

Em 2022, a TGEU contabilizou 96 assassinatos de pessoas trans no Brasil. Nesse mesmo ano, a Associação Nacional de Travestis e Transexuais - ANTRA, organização que realiza esse monitoramento a nível nacional, encontrou dados de 131 assassinatos, 99% deles atingindo mulheres trans e travestis, sendo que 76% eram negras (36).

Também no dossiê da ANTRA (36), foram analisados os índices de assassinatos entre 2017 e 2022. A média encontrada de pessoas travestis e mulheres trans assassinadas foi de 97,5%, sendo que 79,8% são trans femininas negras; homens trans perfazem 2,5% dos assassinados. As mulheres trans e travestis negras, jovens e pobres, foram, portanto, as maiores vítimas de violência.

Quanto aos suicídios, considerados por Zeluf e colaboradores como fruto da exposição recorrente à violência, à discriminação e à rejeição familiar (102), sua análise é igualmente complexa devido a subnotificação ou notificação incorreta, sem representar o gênero de forma adequada.

Apesar de haver registro de maior ideação suicida e tentativa de suicídio entre os homens transexuais (36) e de os sujeitos dessa pesquisa terem a vivência de homens trans mais propensos a tirar a própria vida, o suicídio, segundo os números do ANTRA (36) também tem como principal alvo as mulheres travestis e transexuais.

A intersecção entre desigualdades de gêneros, raças e socioeconômicas aumenta a discriminação e com isso a vulnerabilidade. Travestis e mulheres trans pretas continuam no topo da lista de “vidas matáveis”.

A transfobia é uma forma de preconceito contra pessoas transexuais e travestis que pode ser explícita ou velada e se traduz em atos de violência física ou psicológica. São consideradas ações transfóbicas: o desrespeito ao nome social; a exposição pública com “piadinhas” e humilhações; até as situações extremas como os crimes de ódio, em que a vítima da violência é despersonalizada e passa a representar todo o grupo social ao qual pertence.

No caso das travestis e das mulheres transexuais, o preconceito é maior e a expressão e a intensidade da violência também (103). Isso foi apontado pelos participantes do estudo de forma unânime.

“Pras mulheres trans é mais complicado (...) dá medo andar na rua” (P1 e P3)

Durante as oficinas, a convivência com a transfobia e o medo da violência nas ruas foi assunto recorrente.

“Três homens me cercaram. Eu só não apanhei, não me pegaram eu, por causa da polícia” (P6)

“Já vi muita coisa desagradável, tipo, pessoa chegar ofendendo, chegar batendo, falar de matar (...)” (P7)

“Mulheres trans são assassinadas, homem trans tiram a própria vida. Ele vai guardando aquilo até que chega num ponto que não aguenta mais.” (P3)

São elencados como prováveis causas de suicídios, a discriminação, marginalização e a violação dos Direitos Humanos (104). A transfobia vivida cronicamente, o medo de se expor e sofrer ou esforço para ocultar a própria identidade, são estressores internalizados pelo medo da violência das ruas. Violência essa que mata novamente, porém agora colocando a arma nas mãos das próprias vítimas.

Dos ambientes sociais mais comentados, o banheiro público é o maior responsável por situações de constrangimento e violência. Em pleno século XXI ainda existem seres humanos dispostos a sujeitar outros seres humanos a humilhações por discordâncias quanto ao uso do banheiro. A proibição do uso do banheiro em concordância com seu gênero autodeclarado, para a travesti ou a pessoa transexual configura violação à dignidade humana e

ao direito de liberdade sexual e de gênero. Mesmo assim, nas escolas, shoppings e instituições públicas, os banheiros se mantem configurados para uma estrutura binária de gêneros, como se apenas houvesse homens e mulheres e entrar nesses banheiros, para pessoas não cisgêneros, é se expor a violência. O discurso dos sujeitos pesquisados mostra que uma ação tão corriqueira e necessária como usar o banheiro pode trazer medo e apreensão. Entre as falas, uma travesti deixa transparecer os efeitos da transfobia estrutural que internaliza uma certa hierarquia de direitos, em que a pessoa heterossexual teria mais direito que a lésbica e essa, por sua vez, mais direito que a trans de usar o banheiro feminino.

“Já me barraram no banheiro (...) ‘Sai que esse não é o seu lugar (...)’” (P4 e P6)

“‘Tá repreendido satanás, não vai usar esse banheiro (...)’” (P4)

“Até a lésbica que foi ao banheiro feminino, e ela apanhou mesmo, porque ela se identifica como mulher e não é, porque ela tá de camiseta” (P2)

“Eu fico com medo, sabe, doutora, de entrar no banheiro dos meninos (...)” (P2)

“Banheiro, até hoje tenho medo de entrar no banheiro e ser violentado” (P1)

4.1.3 Violência na religião

Ainda analisando o discurso sobre violência, as Instituições Religiosas aparecem como ambientes transfóbicos, responsáveis por muitas situações de agressão e exclusão de pessoas trans (105).

O Estado Brasileiro é laico, porém com uma cultura de religiões cristãs que seguem a Bíblia. Nela existem passagens que colocam como norma o binarismo e a heterossexualidade, anulando outras expressões de gênero que não o masculino e o feminino e reprovando orientações sexuais não hetero.

“E criou Deus o homem à sua imagem; homem e mulher”. (GENESIS 1:27)

“Com homem não te deitarás, como se fosse mulher; abominação é; ...certamente morrerão, o seu sangue será sobre eles.” (LEVITICO 18:22 e 20:13)

“Não haverá traje de homem na mulher, e nem vestirá o homem roupa de mulher; porque, qualquer que faz isto, abominação é ao Senhor teu Deus.” (Deuteromio 22:5)

Frases como essas, divulgadas fora de um contexto histórico, tem o poder de disseminar o preconceito e a discriminação, intimidando, afastando e violando a diversidade.

No Novo Testamento, em passagens sobre a ira de Deus, ele teria exposto as pessoas à homossexualidade como castigo e Paulo (Coríntios 6:10) haveria profetizado exclusão dessa população de seu reino.

“Por causa disso Deus os entregou a paixões vergonhosas. Até suas mulheres trocaram suas relações sexuais naturais por outras, contrárias à natureza. Da mesma forma, os homens também abandonaram as relações naturais com as mulheres e se inflamaram de paixão uns pelos outros. Começaram a cometer atos indecentes, homens com homens, e receberam em si mesmos o castigo merecido pela sua perversão.” (ROMANOS 1:26 e 27)

“Não erreis: nem os devassos, nem os idólatras, nem os adúlteros, nem os efeminados, nem os sodomitas, nem os ladrões, nem os aventos, nem os bêbados, nem os maldizentes, nem os roubadores herdarão o reino de Deus.” (CORINTIOS 6:10).

Sendo comparadas a ladrões e devassos, as pessoas trans enfrentam barreiras, por vezes intransponíveis, levando novamente a exclusão.

“Às vezes frequento a igreja, mas não é um ambiente muito acolhedor” (P3)

“Aí, o rapaz olhou assim pra minha cara e falou assim: ‘tá amarrado em nome de Jesus’. Ele me viu a pior aberração do mundo!” (P7)

A visão de pecado e de redenção através de uma mudança de comportamento traz para quem não se disponibiliza para essa “cura” uma sensação de isolamento.

“(…) Eu não cheguei a me misturar com o pessoal, fiquei sozinho” (P7)

A religião, não necessária para alguns e imprescindível para outros, pode ser um ponto importante na formação da subjetividade. Sofrer preconceitos sustentados por argumentos de valor religioso e ser obrigado a romper com ela é outra violência à qual a população trans é submetida.

A discriminação religiosa contra pessoas que não seguem as normas de gênero, segundo Lima (106), é causada, por vezes, pela interpretação equivocada de textos religiosos. Não se pode ignorar, entretanto, a grande carga estigmatizante envolvida.

Múltiplas formas de violência podem estar implícitas num cenário de culto religioso, desde um olhar silencioso e inquisidor, um julgamento moral, até a segregação e a exclusão. Natividade e Oliveira (107) enfatizam o uso do conceito da homofobia / transfobia cordial na religião. Seria uma discriminação disfarçada de acolhimento, de tal forma que o acolhido se perceba um sujeito inferior ao que o acolheu, se colocando em posição de sujeito de segunda categoria. Os mesmos autores pontuam que a violência na religião pode ser ainda maior quando existe um oferecimento de “cura” numa busca não apenas pelo assujeitamento, mas pelo extermínio das formas diversas de gênero através de um “exorcismo”.

As religiões de matriz africana parecem ser mais flexíveis em relação à aceitação da diversidade de gênero. A umbanda e o candomblé, por exemplo, possuem orixás como Logunede e Oxumare que representam a dualidade e a mistura de gêneros. Mesmo assim, algumas vertentes do candomblé mantêm rituais com papéis marcados no binarismo de gênero, excluindo as expressões trans do acesso a espiritualidade. (108)

4.1.4 Violência no trabalho

Ainda sobre a nossa primeira categoria temática, a violência no trabalho e a dificuldade de inserção no mercado aparecem como causas de abalo na saúde física e mental.

“Muitos trans às vezes se sentem confusos e acabam fazendo bobeira [referência a suicídio]. Porque o que te acontece lá fora, te afeta aqui dentro”
(P1)

Numa pesquisa de Bonassi (98), a média de idade de abandono da escola para as pessoas trans foi de 16 a 19 anos, o que coincide com a idade em que deixam seus lares de origem e passam a se vestir em consonância ao gênero de identificação. Em seu trabalho, Bonassi encontrou que apenas 25% de pessoas trans terminaram o Ensino Médio. A causa desse número tão baixo foi a falta de condições acolhedoras para a manutenção dessa população nas escolas, ou seja, transfobia.

O preconceito e a violência institucionais levam ao baixo aproveitamento e à evasão (109). O silêncio de funcionários omissos também deve ser considerado como uma prática de expulsão disfarçada de evasão.

Essa saída precoce da escola faz com que haja pouca qualificação para o trabalho, o que os leva para situações de desemprego e subempregos. Silva, Luppi e Veras (110) pontuam que mesmo pessoas trans com doze anos ou mais de estudo têm dificuldade em ser aceitas em empregos formais.

Para mulheres trans, novamente existe uma dificuldade maior, advinda de um preconceito maior, que acaba por forçá-las a entrar no caminho da prostituição.

“(...) dificuldade das mulheres trans é em relação à empregabilidade. Não importa se você é a pessoa mais qualificada pra aquela vaga. Falou que é trans, o empregador esquece todo o resto.” (P6)

“Tenho profissão, mas não consigo trabalho em lugar nenhum. A empresa que eu chego, as portas se fecham.” (P6)

Quando conseguem trabalho, mantê-lo não é simples. O preconceito dos colegas de trabalho, a dificuldade para o uso do nome social no crachá, o uso do banheiro, são barreiras que se apresentam repetidas vezes.

“A primeira visão que os outros têm é que uma travesti é uma garota de programa. Nunca é uma travesti que trabalha” (P2 e P6)

“As pessoas do trabalho têm preconceito. Difícil, a gente tem que aceitar cada coisa (...)” (P3)

Cecílio (44) organizou as necessidades de saúde em 4 grupos: 1) boas condições de vida, que podem ser definidas por acesso a saneamento básico, ao emprego, a relacionamentos familiares saudáveis, fatores que têm relação com o ambiente externo; 2) acesso a tecnologias de saúde que possam prolongar a vida, que incluem os cuidados de atenção básica, especializada e hospitalar, pontuando a importância da tecnologia relacional; 3) formação de vínculo entre o usuário e o profissional, o que só acontece a partir do respeito mútuo e da implicação profissional; 4) acesso à informação e a educação em saúde para a construção da autonomia. Caberia ao profissional, segundo Cecílio, fazer uma escuta reflexiva de cada demanda trazida pelo usuário e traduzi-la para a obtenção da real necessidade em saúde.

Pensando na população trans, com maior propensão a relações familiares violentas, maior possibilidade de afastamento precoce e banimento da família de origem, atingir esse primeiro grupo de necessidades básicas apontada por Cecílio, se torna uma meta quase inalcançável.

Com o abandono escolar precoce, a pouca entrada no mercado de trabalho, as dificuldades financeiras trazidas pelo subemprego, pode-se constatar que o ambiente externo, geralmente, também não será favorável ao cumprimento dessa necessidade.

As demais necessidades de saúde elencadas, como o acesso às tecnologias, ao vínculo e à educação/autonomia, estão intimamente relacionadas aos serviços de saúde que, por vezes, promovem barreiras, como veremos a seguir.

4.2 “Eu entro no Centro de Saúde com medo e com coragem” – Violência nas instituições de Atenção à Saúde: mapeando necessidades e barreiras

O segundo eixo temático encontrado, que nos leva aos objetivos desse trabalho, foi a repetição da violência nas Instituições de Atenção à Saúde. Três subcategorias foram demarcadas, a

violência estrutural, a violência por estruturação binária dos serviços e violência por desinformação.

4.2.1 Violência por Transfobia Estrutural

A violência por transfobia estrutural, na instituição de saúde, diz respeito aos preconceitos transfóbicos dos funcionários da saúde, que são internalizados, seja por crenças religiosas ou por não aceitação da diversidade de gêneros e que se demonstra pela recusa do uso do nome social ou pela negação do banheiro ou pela interdição ao acesso a serviços. Numa perspectiva de saúde ampliada, são impostas para as instituições de saúde a universalidade, equidade e a integralidade, com intervenções multiprofissionais humanizadas que garantam à população o direito à cidadania.

A transfobia, fruto do desconhecimento e do preconceito, se perpetua nos serviços de saúde através da negação da parcela trans da população. A ignorância generalizada sobre orientação sexual, identidade de gênero e diversidade de gênero, dificulta o diálogo entre usuário e profissional da saúde. Esse “encontro desequilibrado” pode levar à discriminação, ao estigma e à negação de direitos.

Gomes, em sua dissertação de mestrado de 2019 (89), estudou a percepção de usuários trans sobre o cuidado na Estratégia de Saúde da Família e encontrou valores religiosos como um dos quesitos responsáveis por maus tratos impostos pelos profissionais aos usuários trans desde o acolhimento.

“Deus tem uma obra pra fazer na sua vida amanhã. Você vai acordar, você vai ser outra pessoa, ser a Rebeca de novo (...) Isso lá no Centro de Saúde” (P7)

“Já deixou de tomar vacina por preguiça de ser maltratada? Não tomar a vacina, a palhaçada do guarda batendo [chamando por pronome errado]. E é a gente que caça briga, a gente que é a culpada da história, né? Nunca são eles, porque eles trabalham ali, então nunca vão ser eles” (P4)

O uso do nome social para a população transgênero e não binária é tão ou mais importante que o nome de registro civil para a população cisgênero. Ele traz reconhecimento e credibilidade. Há quatorze anos, em 2009, o Ministério da Saúde decretou uma Portaria que dispunha sobre como identificar pessoas nos serviços de saúde pelo nome civil, porém

(...) devendo existir em todo documento do usuário e usuária um campo para se registrar o nome social, independente do registro civil sendo assegurado o uso do nome de preferência, não podendo ser identificado por número, nome ou código da doença ou outras formas desrespeitosas ou preconceituosa. (53).

A falta de respeito a esse nome, deslegitimando o indivíduo e desrespeitando a Portaria, também aparece em diversos trabalhos como um grande impedimento para a humanização do cuidado (89,111).

“No Centro de Saúde, eles me tratam pelo nome morto. Isso me deixou inseguro pra ir atrás do meu pré-natal” (P5)

“O nome tá lá (...) E daí chama outra coisa. E aí levanto eu, as pessoas em volta ficam (...) Tipo, é uma situação constrangedora” (P5)

“O que é chato é você explicar, e, mesmo assim, a pessoa fazendo questão de te chamar pelo nome morto” (P1)

“Ele puxou no sistema (depois de já ter explicado a questão do nome social), fez questão de chamar gritar bem alto. Minha cara queimou” (P3).

No Espaço Transcender, Ambulatórios de Atenção Secundária da cidade de Campinas, uma agente de saúde se interessou em aprender a colocar o nome social no cartão nacional de saúde. É uma ação não muito intuitiva, que dá um pouco de trabalho, mas com tutoriais disponíveis na internet. Ela se propôs, então, a fazer novos CNS (Cartões Nacionais de Saúde), incluindo o nome social, para todos os pacientes que passassem pelo ambulatório, mesmo sendo de outros Centros de Saúde, pois acreditava que isso não era feito por desconhecimento dos recepcionistas responsáveis.

Qual não foi a surpresa e indignação quando se averiguou que, por inúmeras vezes, as pessoas usuárias declararam que, quando retornavam aos seus Centros de Saúde de origem, para alguma vacina ou atendimento: o cartão com o nome social era quebrado, descartado e era refeito um CNS com apenas o nome de registro.

Aumento do trabalho, aumento do custo, aumento da violência, em favor da discriminação e da tentativa de manutenção do conceito de “pessoas de segunda classe”.

Outra questão levantada, pelos sujeitos dessa pesquisa no quesito transfobia institucional é a pressuposição do risco aumentado para as infecções sexualmente transmissíveis. A população LGBTQIAPN+ é afastada do serviço de saúde, porque é pré-definida como promíscua. É também o que encontraram Shihadeh e colaboradores (90) em seu artigo sobre acolhimento em saúde.

“A primeira coisa que as pessoas pensam da gente é que nós somos garotas de programa.” (P6)

“Chegou com o braço quebrado, manda fazer o teste de AIDS” (P3).

Em uma revisão feita sobre serviços de saúde que atendem população LGBTQIAPN+ em vinte e sete países da União Europeia, os autores (92) encontraram a preconceção de heterocisnormatividade como causa de discriminação. Quando o usuário se expõe, contando ao profissional ou através de comportamentos que divergem da norma, isso pode gerar discriminação e interferir negativamente no cuidado em saúde.

Voltando às necessidades em saúde descritas por Cecilio, o **vínculo** entre o usuário e o profissional, tão importante para a obtenção do bem-estar físico, mental e social, parece estar muito distante da realidade dos nossos serviços.

“Sempre vai ter um pra fazer uma gracinha uma palhaçada, sabe? Até no posto mesmo” (P2)

“Às vezes, eu vejo que é uma questão meio de repúdio. Eles sabem que existe o homem trans, a mulher trans, a lésbica, o homossexual, o gay. Sabem que existe tudo, a classe toda. Eles sabem de tudo isso. Mas mesmo assim é como se eles ignorassem” (P7)

4.2.2 Violência por características binárias dos serviços

A segunda subcategoria diz respeito aos serviços que seriam de ordenamento da atenção básica para essa população, mas obtidos como atenção especializada, com dificuldade de encaminhamento, ou até não acessíveis devido a características binárias das instituições. Exame ginecológico para homens trans, avaliação de próstata para mulheres trans, mamografias

para travestis, o processo transexualizador, são serviços negligenciados pelas instituições e esquecidos pelos usuários por medo de constrangimentos.

A pessoa trans precisa dos mesmos cuidados em saúde que todas as pessoas precisam. Controlar a pressão arterial, fazer um eletrocardiograma, dosar glicemia, tomar vacinas, ter orientações sobre anticoncepção, etc.

A simples coleta de uma citologia oncótica de colo uterino num homem trans pode representar um grande problema, principalmente se ele já retificou seus documentos. Ou ele registra a condição de homem trans (quando há lugar para esse registro) no cadastro de seu Centro de Saúde, atitude não desejada por alguns pela submissão ao preconceito institucional, ou o SUS não entende esse exame como legítimo e os serviços não conseguem cobrá-lo em sua produção.

“Se fizer uma entrevista com 100 homens trans, eu te garanto que 80 vão colocar que não vão no ginecologista pelo constrangimento de estar num lugar que só é pra mulher. Os homens que tãõ lá é só pra acompanhar a esposa.”
(P3)

“Fui obrigada a destransicionar. Depois de 2 anos e meio, eu tive uma recaída e precisei de internação. Ele [referindo-se ao coordenador da instituição] não me aceitou trabalhando na ala feminina. Tinha que fazer o tratamento tudo de novo, ficar lá no meio dos homens capinando. A instituição acolhe a pessoa, mas não acolhe a trans. A trans tem que ficar lá, tem que morrer. A trans tinha que morrer” (P2)

Os serviços de saúde mental, assim como as instituições prisionais, têm alas masculinas e femininas. Novamente, quem não se enquadra nessa cisnormatividade, tem, em diversos serviços, sua ala de internação definida pela sua genitália e não por seu gênero. Mulheres trans e travestis, por vezes são obrigadas a cortar suas unhas e cabelos e permanecer em uma ala masculina, submetidas a todo tipo de violência.

“Estou gestante, vou ser papai. Estou receoso, não quero um profissional me olhando com indiferença ou preconceito.”

Outra questão que deixa claro o binarismo dos serviços de saúde é a dificuldade com os cuidados para com as pessoas com útero. Um homem transexual, que nasceu com útero e ovários e que se reconhece como homem, poderá se relacionar com mulheres cis, mulheres trans, homens cis, homens trans ou pessoas não binaries, pois sua orientação sexual não está atrelada a sua identidade de gênero. A partir disso, conclui-se que um homem transexual pode engravidar de forma planejada ou não e precisará de assistência obstétrica durante o pré-natal, parto e puerpério.

Um dos participantes das oficinas estava no terceiro trimestre da gestação e compartilhou seus medos e seus percursos em busca de cuidados pré-natais e de assistência ao parto e puerpério.

Por diversas vezes houve referências a uma grande dificuldade de acesso ao seu centro de saúde, percebida por ele como preconceito transfóbico.

Ele referiu nunca ter sido orientado quanto a métodos anticoncepcionais e não fazia ideia de que poderia engravidar usando testosterona (hormônio necessário para seu processo de afirmação de gênero e do qual fazia uso de forma irregular).

Demorou a suspeitar da gestação e refere ter precisado de muita coragem para solicitar um teste de gravidez na Unidade Básica de Saúde de seu bairro, sendo constrangido já na recepção. Colheu seus primeiros exames de pré-natal e depois, por passar por vivências de discriminação, pediu para que seus cuidados fossem transferidos para o Espaço Transcender, ambulatório de atenção especializada onde essa autora trabalha como ginecologista.

O temor vivido pelo paciente era também o de todo o grupo de nossas oficinas, da equipe multidisciplinar do Transcender e o da autora, pois todos sabíamos que mesmo tentando protegê-lo ele estaria exposto a situações de violência.

Quando sua primeira ultrassonografia foi agendada, o psicólogo do Transcender se organizou para acompanhá-lo. Isso foi visto por ele, um homem adulto, como o melhor cuidado em saúde que ele já havia recebido em sua vida. Ele estava apavorado e até aquele momento, ninguém nunca havia se proposto a estar ao seu lado.

Não houve repercussão da suspensão tardia da testosterona para o feto. O pré-natal, apesar de seu início tardio, pode ser feito a contento, com vacinas, exames e os cuidados necessários em um ambiente protegido. Houve tempo e cuidado para prepará-lo emocionalmente para o parto e a amamentação.

O parto passou a ser o maior desafio, pois o trabalho de parto não tem dia ou hora certa para acontecer. Não há como ter controle sobre isso, e era imperativo que houvesse alguém com força para blindá-lo nesse momento.

A assistente social do Transcender entrou em contato com a Defensoria Pública que, por sua vez, contactou a Maternidade onde seria realizado o parto.

O grande dia chegou. Houve uma indicação obstétrica para cesárea e essa autora pode estar com ele desde sua internação até a alta.

Sua internação demorou 6 horas para acontecer. Ele chegou ao Hospital pela manhã, em jejum, e só conseguiu chegar ao centro cirúrgico durante a tarde. Isso devido ao fato de que seu nome e gênero já estavam retificados nos documentos e o SUS não aceita o código do procedimento cesárea na internação de um homem. Ele teria que ser internado como mulher, mas não aceitava essa condição. A organização binária dos serviços aparece, portanto, como restritora de acesso e interdutora do cuidado.

Já no centro cirúrgico podia-se presenciar funcionários de outros setores vindo “dar uma espiadinha”, pois só se falava disso no Hospital. Isso mostra como a falta de visibilidade e a desinformação sobre o tema desumaniza e transforma um procedimento médico num espetáculo circense. Disso conseguimos uma certa proteção, com fechamento das salas e restrição de acessos.

A cesárea transcorreu sem problemas. Pude escolher um auxiliar respeitoso, controlar o fluxo de funcionários, acompanhar de perto seu puerpério imediato e seu primeiro dia de internação, onde permaneceu com seu bebê e seu acompanhante.

Em seu segundo dia de internação, porém, houve uma superlotação no Hospital e a enfermagem entendeu que poderia colocar uma puérpera para dividir o quarto com ele. Talvez sem perceber a intensidade da violência, insistiram em sua despersonalização, violando o sigilo e o apresentando para sua nova companheira de quarto como um homem trans, que não é homem de verdade.

O foco desse trabalho não é a atenção hospitalar. Mas não há como não descrever essa passagem real para exemplificar quanta violência essa população é obrigada a suportar dentro das instituições de saúde.

Esse homem estava em situação de vulnerabilidade, mas tinha uma rede de apoio muito superior à que consegue a maioria da população. Tinha as pessoas do grupo de oficinas que se tornaram amigas e se cuidavam; tinha o Espaço Transcender, a Defensoria Pública, o próprio serviço hospitalar que se preparou para recebê-lo, e tinha o corpo de sua obstetra presente desde o pré-natal e em sua internação. Todos muito empenhados no cuidado por antever discriminação e violência.

Mesmo com toda essa tentativa de proteção, não houve como escapar da transfobia estrutural, cometida em seu Centro de Saúde, antes mesmo de chegar ao acolhimento. Foi a prova viva da transfobia institucional, quando precisou aceitar a internação com gênero feminino pois sem isso não conseguiria a cesárea. Passou também pela transfobia por desinformação em todos os níveis de atenção que procurou, já que nunca havia sido oferecido a ele uma coleta de citologia de colo ou um método anticoncepcional. Se com ele foi assim, como seria com alguém que não tivesse essa rede?

4.2.3 Violência por Desinformação / Falta de Formação:

A terceira subcategoria desse bloco é, talvez, a que seja mais passível de mudanças, em que é possível realizar maior investimento para a qualificação dos serviços: a **desinformação**. É importante insistir que a transfobia estrutural e por estruturação binária dos serviços também não podem mais ser aceitas. Precisam ser denunciadas, expostas, para que se consigam espaços de reflexão sobre elas. Porém as transformações tendem a ser mais lentas.

A violência por desinformação aparece como um poderoso restritor do acesso à saúde, o que dificulta a busca pelos serviços, o vínculo, e atrasa diagnósticos e o cuidado. Informar o profissional de saúde é um procedimento bem mais rápido e de fácil realização.

“A moça da recepção não tá acostumada. Eu tive que ensinar ela. (...) A gente fica meio tenso” (P3)

“Todos deveriam estar mais por dentro, no SUS e no particular. O Thammy tá toda hora na TV. No Centro de Saúde já deveria ter sido resolvido, e isso não acontece” (P2)

“A gente sente quando a pessoa errou e já se corrigiu, e quando a pessoa tá na maldade” (P5)

“Muitos não sabem como tratar (...) Vai atrás de outro pra instruir, pra falar como é que vai fazer (...) Aí, você fica naquela (...) Empatando a fila, fica todo mundo te olhando. Aí, vem outra pessoa (...), mas no caso dela: “como você quer ser tratado?” Aí fica essa discussão chata, constrangedora” (P7)

A falta de conhecimento do profissional da saúde é apontada por Sherriff (92) como causa de inequidade na saúde LGBTQIAPN+. Os autores entendem que existe uma necessidade premente de capacitação dos profissionais e sugerem inclusive a obrigatoriedade de matérias com a temática LGBTQIAPN+ nos currículos de graduação de médicos e enfermeiros. Isso porque a falta de entendimento sobre as necessidades em saúde para essa população é uma barreira importante que impede o cuidado.

Informações sobre as vulnerabilidades específicas dessa população, como o risco aumentado para o uso de substâncias psicoativas, para a violência doméstica, a depressão, a automutilação e o suicídio (104,112) deveriam estar sendo amplamente difundidas nos serviços de saúde.

Além disso é necessário um olhar criterioso e atento das Unidades Básicas de Saúde, sobre os riscos aos quais a pessoa usuária se expõe com uso de hormônios por tempo prolongado, com ou sem acompanhamento médico, muitas vezes em doses altíssimas, o que leva a distúrbios tromboembólicos e cardiovasculares.

Tornar o ambiente do Centro de Saúde mais acolhedor e acessível envolve o investimento em capacitação multiprofissional em um sentido educativo. O cuidado em saúde começa pela **recepção do serviço**, que deve ter profissionais capacitados a lidar com a diversidade com empatia e respeito. A identidade de gênero é autodeclarada e não deve ser questionada. O **nome social**, nome pelo qual a pessoa usuária deseja ser chamada, deve ser o primeiro a aparecer no prontuário, em destaque, enquanto o nome de registro deverá ser cadastrado entre parênteses e utilizado apenas para fins administrativos internos (Decreto Federal nº 8.727, de 28/04/2016). **Ser chamado pelo nome social é um direito da pessoa**

usuária e um dever do funcionário público desde 2009 (Ministério da Saúde, Portaria nº 1.820, de 13/8/2009). Todos(as) os(as) funcionários(as), da segurança, da higiene, da vacina, da recepção, da odontologia, da medicina, da enfermagem, do serviço social etc., devem ser informados(as) e treinados(as) para seguir essa norma.

A Secretaria de Direitos Humanos em 2015 publicou uma Resolução determinando que as Instituições Públicas **devem garantir o uso do banheiro em acordo com a identidade de gênero** (Resolução da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República nº 12, de janeiro de 2015). Essa garantia, quando se trata de um banheiro num Serviço de Saúde, representa acesso, respeito, cuidado e vínculo.

Durante a consulta na Unidade Básica, existem temas que devem ser abordados obrigatoriamente pelos profissionais de saúde, relacionados à promoção de saúde e prevenção e acompanhamento de doenças. A saúde sexual, uso métodos anticoncepcionais, saúde reprodutiva, prevenção de câncer e riscos cardiovasculares, são assuntos indispensáveis para a qualificação dos serviços e da saúde da população trans.

As práticas sexuais são diversas, o profissional da saúde deve estar preparado para abordá-las sem preconceito ou discriminação. E para isso precisa desconstruir qualquer tipo de pressuposto heterocisnormativo.

Métodos contraceptivos também são assunto importante, pois existe a falsa ideia de que com o uso da testosterona (hormônio masculino) o homem transexual está protegido contra a gravidez indesejada. Ele pode evoluir para uma diminuição da fertilidade e, a longo prazo, se tornar infértil, mas a possibilidade de gestação não pode ser descartada. O(a) paciente trans deve ser orientado(a) quanto aos diversos métodos existentes, suas vantagens e desvantagens, para que possa escolher qual mais se adequa ao seu perfil.

A fertilidade diminui tanto em homens trans quanto em travestis e mulheres trans, quando são submetidos à hormonioterapia cruzada (113). A presunção de que uma pessoa trans não deseja gestar é um erro. Todas as pessoas trans devem ser aconselhadas sobre opções de manutenção da fertilidade (armazenagem de óvulos e espermatozoides) antes de iniciar a transição. O SUS não contempla esses procedimentos que têm custo alto, contudo, a pessoa usuária deve ser informada sobre a possibilidade.

A gestação, o aborto, o pré-natal, o trabalho de parto e o parto de um homem trans, do ponto de vista biológico, nada diferem de um acompanhamento gestacional de uma mulher cis. Emocionalmente, entretanto, segundo pesquisa do Colégio Americano de Obstetrícia e

Ginecologia (114), a gravidez trans, mesmo planejada, leva a um aumento importante da disforia, a uma sensação de isolamento e ao aumento de sintomas depressivos, além de dificuldades na amamentação. O profissional de saúde deve estar preparado para entender e apoiar essa fase, livre de preconceitos, usando os pronomes adequados e afirmando a paternidade, na expectativa de minimizar sofrimentos e respeitar a pessoa usuária que ali se encontra para ser cuidada.

Quanto à prevenção de câncer, a literatura sobre o tema é escassa. Talvez isso se deva ao fato de que a expectativa de vida para essa população seja de apenas 35 anos, não chegando à idade de risco para o desenvolvimento da maior parte das neoplasias. Mesmo assim, investigar histórico pessoal e familiar de câncer, numa anamnese detalhada, realizar exame físico criterioso e contribuir para o acesso aos exames de rastreio em tempo hábil para a promoção da saúde também é função da unidade básica que deverá ter funcionários aptos para isso.

No homem transexual e na pessoa não binária, o medo de se submeter a uma consulta ginecológica e de sofrer discriminação pode adiar a prevenção. A suposição, por parte de profissionais da saúde, de que expressões de gênero masculinas não tem penetração vaginal também pode atrapalhar a detecção precoce de doenças. O Papanicolau ainda é o melhor método para rastreamento precoce do câncer de colo uterino e deve ser estimulado (115). A ultrassonografia transvaginal também é um exame importante para a avaliação endometrial e pode ser prescrita para homens trans quando necessário, com o cuidado de que o usuário seja bem orientado previamente.

A hormonioterapia cruzada, parte do processo transexualizador, é uma intervenção em saúde que se justifica pela necessidade de algumas pessoas trans e travestis em afirmar seu gênero através de modificações corporais. Almazan e Keuroghlian (116), num estudo que envolveu 50 estados americanos e mais de 27 mil pessoas trans, mostraram que o processo de afirmação de gênero leva à diminuição significativa do estresse psicológico, do tabagismo, do uso abusivo de álcool e drogas e da tentativa e ideação suicida. Apesar de todos esses benefícios, é preciso que o profissional da saúde tenha informação sobre os riscos do uso desses hormônios e fique atento a eles.

Para os homens transgênero, o uso da testosterona implica em risco aumentado para hipertensão, obesidade, colesterol alto e, portanto, num maior risco para doenças cardiovasculares. Para as travestis e mulheres trans, o risco para eventos cardiovasculares como a trombose e o infarte pelo uso do estrógeno também é grande, principalmente quando em doses

excessivas e sem supervisão. O acompanhamento de tais riscos depende da garantia de acesso integral à saúde pela população LGBTQIAPN+ e acompanhamento rotineiro da população trans em uso da hormonioterapia.

Existe uma extensa literatura sobre esses cuidados em saúde. E a capacitação do profissional para um atendimento de qualidade na cidade de Campinas pode contar com os programas de Residência Médica e Residência Multiprofissional como uma forma de acelerar a disseminação dessas especificidades, contribuindo para minimizar a transfobia por desinformação.

4.3 “Me respeita”: Mapeando Potências

A categoria “**me respeita**” emergiu a partir das falas sobre movimentos que traduzem ações necessárias para a produção de vida e que oscilam entre resiliência, proteção, resistência e orgulho.

No contexto brasileiro, em que a ordem binária está presente em todas as vivências cotidianas, a “passabilidade” é, na maior parte das vezes, desejada e considerada fator de proteção. Esse termo é utilizado para referência ao quanto alguém consegue se caracterizar como homem ou mulher. Quanto mais “passável”, mais binário, menor a chance de sofrer preconceito.

A testosterona é um hormônio que deixa marcas permanentes. Portanto, o homem trans pode iniciar a hormonioterapia cruzada (terapia que utiliza hormônios sexuais que divergem dos produzidos pelas gônadas do usuário) em qualquer idade, obtendo características masculinas que apagam de seu corpo qualquer lembrança feminina existente, tornando-se um homem “passável”. Ao contrário, a travesti e a transexual feminina, caso iniciem o processo de afirmação de gênero posteriormente à explosão hormonal da adolescência, manterão em seus corpos as marcas masculinizadoras da testosterona e não conseguindo alcançar um corpo que se encaixe no binarismo de gênero, se tornando, portanto, “não passáveis”.

“Pra homem trans é mais fácil. Passabilidade é coisa que protege.” (P3)

O processo de afirmação de gênero, que através do uso de hormônios e cirurgias provoca mudanças corporais de ordem também binária, acaba por oferecer certa proteção contra a transfobia. Almazan (116) encontrou melhora significativa de sintomas depressivos, além de diminuição do uso de álcool e tabaco em pessoas que passaram por esse processo.

“[depois do hormônio] A pessoa se reconhece muito mais, o corpo e as roupas”
(P1)

“Eu consegui colocar meu nome social no título de eleitor, RG, e vou retificar agora a certidão,” (P7)

Essa autora pôde presenciar dois tipos de busca pelo binarismo de gênero. A primeira, porque a pessoa tem definido nela um gênero binário, ele está posto e não cabe discussão. A segunda, entretanto, parece ser mais uma busca por aceitação e proteção. Uma forma de entrar no jogo da escravidão dos corpos, culturalmente imposta para a manutenção de uma certa hierarquização social, onde o magro é superior ao gordo, o rico é superior ao pobre, o homem cis superior ao trans, e que leva toda a diversidade não binária a uma posição de resistência a um “biopoder”. Isso, porém, é assunto extenso que demandaria uma pesquisa inteira. Esse apontamento aparece, no entanto, para justificar a crença da autora numa futura queda do interesse pelas cirurgias e hormônios para definir um corpo binário como efeito protetivo, a medida em que a visibilidade e a informação sobre a diversidade de gênero aumentem.

Outro fator de grande relevância para o enfrentamento do preconceito e, portanto, considerado como protetivo é o apoio familiar e social. Em um levantamento sobre causas de depressão e suicídio em pessoas trans, Chinazzo (117) encontra um decréscimo significativo de sintomas depressivos na população que se sente *apoiada pela família e em seus lugares de convívio*.

“Se a família te respeita e tá do seu lado, você se sente mais seguro, o mundo inteiro pode estar contra você” (P3)

“Foi até mais fácil tratar da minha adicção. Quando eu cheguei todo mundo já sabe, já me encaminhou pra ala feminina, nada masculino, pois a outra já foi tudo ao contrário” (P2)

Chama a atenção, na fala dos sujeitos pesquisados, certa banalização da violência institucional, uma negação de direitos tão cotidiana e com uma resposta de resignação, uma necessidade de submissão à vontade do outro para a obtenção de acesso aos exames, consultas, etc. A mudança do CID-10 (Código Internacional de Doenças), que definia transexualismo como transtorno mental, para o CID-11, que retira o sufixo -ismo (doença) e transforma em transexualidade, uma condição de saúde, foi conquista dos movimentos ativistas da comunidade trans no mundo. Com ela, essa resiliência talvez possa dar lugar a uma maior convicção dos próprios direitos e o empoderamento necessário para exigí-los.

“Chego no lugar [Centro de Saúde] e pergunto qual banheiro eu **posso** usar”
(P2)

“Eu não discuto. Eu procuro sempre estar falando assim, ó: ‘prefiro mil vezes me chamar no nome social do que esse que não existe. Porque hoje vocês tão vendo uma nova pessoa. Aquela pessoa já morreu” (P7)

“Vai ser pior pra mim se eu debater. Depois quem não tem razão é sempre as trans” (P2)

Uma importante consideração a ser feita é a de que, mesmo diante de tantas adversidades, eles buscam formas de existir e se cuidam. Vários autores apontam para esse autocuidado (118,119) apesar das interdições do sistema de saúde. Montam grupos de orientação e autocuidado no WhatsApp, no Instagram, nas redes sociais em geral. Participam de grupos de apoio, buscam por igrejas e templos inclusivos, organizam campeonatos esportivos, palestras e tudo mais que os habilite a uma vida possível.

Em Campinas existe uma igreja inclusiva, citada pelos participantes da oficina, chamada Cidade de Refúgio, que tem papel importante para a diversidade. Não apenas pelo conforto espiritual, mas como instrumento de empoderamento, pois seus organizadores(as) tem papel expressivo no ativismo político em prol da visibilidade do tema LGBTQIAP+. Participam de reuniões do Conselho Local e Municipal, levantando debates sobre cuidados necessários para o processo de afirmação de gênero; fazem parte da organização da Semana de Visibilidade Trans, das Paradas LGBTQIAP+ e demais movimentos que mobilizem a população. Além de acolherem e levarem ao Espaço Transcender os usuários que eles consideram estar em situação de maior necessidade de cuidado.

Outra referência de cuidado da cidade é a Casa sem Preconceito, um serviço que acolhe pessoas trans em situação de vulnerabilidade social, oferecendo comida, moradia, segurança e cidadania. Oferece oportunidade de um recomeço para pessoas trans e travestis, para que possam vivenciar a experiência de um lar construído coletivamente até que consigam se reerguer financeiramente. Apesar dos poucos recursos, é uma casa sustentada exclusivamente por doações, a coordenadora do serviço consegue realizar um trabalho excelente, e se mantém engajada politicamente, também participando ativamente de todas as propostas de aumento da visibilidade sobre o tema trans. Duas das participantes da oficina são moradoras da Casa e testemunhas da força transformadora exercida pelo cuidado comprometido.

Apesar de todos os entraves discutidos, existe no grupo um orgulho trans uma coragem, uma busca incessante por cidadania. Um orgulho por ter se descoberto, por ter assumido viver a vida trans, apesar de todo o preconceito sofrido.

“Eu entro no Centro de Saúde com medo e com coragem” (P3)

“Eu não vejo diferença dela comigo, com uma pessoa hetero, entendeu? Porque aqui somos tudo iguais. A gente só temos que respeitar um e o outro, cada um no seu espaço” (P7)

“A maior aceitação teve que partir de mim, porque eu não me aceitava. O resto foi fácil “(P3)

“A gente quer o básico, a gente quer o mínimo, é poder ser atendido sem ficar com receio” (P5)

Durante as oficinas, uma das participantes, se sentindo estimulada, voltou para sua cidade no interior de Minas Gerais e organizou uma Roda de Conversa com a população trans. Ela conta que, apesar de ser uma cidade pequena, o encontro tomou grandes proporções e que esse movimento culminou na formulação de um Projeto de Lei a ser entregue na Câmara de Vereadores da cidade.

Levantar bandeiras de luta incansavelmente na família, no trabalho, nos ambientes sociais, buscando aceitação. Ter que transpor trincheiras diariamente, para poder usar o banheiro do shopping ou da escola. Ser sempre o alvo do olhar do outro, sem nunca conseguir

passar despercebido. Enfrentar o desprezo e a violência do outro, apenas por existir. Isso requer muita coragem!

4.4 Propostas de Qualificação do Cuidado em Saúde:

Como já explicado anteriormente, esse trabalho tem como objetivo principal a proposição de qualificadores do cuidado em saúde, a partir da perspectiva da pessoa usuária travesti e transexual.

Para isso, nesse estudo, foram mapeadas as necessidades específicas em saúde, que passam pela aceitação familiar, segurança nas ruas, inclusão religiosa, acesso ao mercado de trabalho e acesso aos serviços de saúde, seja para o processo de afirmação de gênero, seja para o cuidado integral.

A partir disso foram identificadas barreiras como o preconceito e a desinformação, claramente relacionadas a falta de visibilidade do tema da diversidade e, por conseguinte, falta de formação/ capacitação a respeito do assunto.

As propostas para o enfrentamento a essas barreiras e qualificação do cuidado se desenvolvem, obrigatoriamente, a partir da educação popular e da educação em serviço, continuada e permanente.

A Cartilha em Saúde Trans, Travesti e não binária: “CAMINHOS NADA SUAVES” é o produto técnico elaborado a partir dessas oficinas, de todo o arcabouço teórico adquirido nesse percurso e, principalmente do empenho de usuários(as) e pesquisadores(as) com saberes múltiplos e diversos, interessados em compartilhar conhecimentos.

Essa Cartilha tem a função de instrumentalizar o leitor, seja ele usuário ou profissional da saúde, para receber/fornecer um cuidado em saúde mais qualificado. A distribuição dela por toda a Rede básica de saúde de Campinas é uma proposta concreta para a melhoria atenção.

Além disso, o uso da Cartilha na formação dos residentes do Programa Mais Médicos Campineiro e de Residência Multidisciplinar da Secretaria de Saúde de Campinas é mais uma proposta para a multiplicação exponencial de conhecimento sobre a saúde trans e suas especificidades.

Os participantes do grupo pesquisado investiram seu tempo, expuseram suas vidas, durante 3 encontros e ao final pediram mais um. Nesse nosso último encontro, não queriam outra oficina, apenas comemorar a felicidade o orgulho de terem participado de algo que eles consideram importante para a qualificação do cuidado em saúde para os trans campineiros. Todos os participantes solicitaram que seus nomes fossem colocados na Cartilha, queriam sair do anonimato, com o desejo de serem reconhecidos como construtores de uma possível linha de cuidado e inclusão.

Aline, Amanda, Carla, Junior Gabriel, Julian, Pedro e Talison, gente guerreira que merece o mais profundo respeito e admiração.

5. Considerações finais

A garantia de direitos para as pessoas trans é uma questão urgente, devendo ser enfrentada através de ações que abarquem várias frentes; o aumento da visibilidade do tema; o empoderamento dessa população por meio de informação sobre seus direitos e sobre como reivindicá-los; a judicialização, posto que a transfobia é crime e que existem leis que conferem punição para quem a pratica; e finalmente, o que foi posto pelos interlocutores desse trabalho: a informação e a formação para os profissionais de saúde, ação vista como primordial para a qualificação do cuidado.

O grupo estudado descreve inúmeras violências em casa, na escola, nos templos e igrejas, na vida social e profissional. A perpetuação dessa violência nos atendimentos em saúde exposta em suas falas encontra consonância com a literatura estudada.

Neste trabalho, fica claro o desejo de qualificação dos serviços de saúde, por parte da população travesti e transexual. O que chama atenção é o fato de que a exigência mais gritante, para a população estudada, não é o acesso a cirurgias de alta complexidade ou a medicamentos caros. Sua maior necessidade em saúde é o *respeito*, à sua individualidade, ao seu nome social, ao seu direito ao sigilo, e ao acesso humanizado.

A violência que mata não é apenas o espancamento. A violência institucional mata na medida em que o sujeito atrasa seu diagnóstico de câncer, de cardiopatia, de hipertensão, abstendo-se da consulta para evitar constrangimentos e discriminação na instituição responsável por auxiliá-lo. A violência institucional mata na medida em que o despreparo dos profissionais não contribui para o vínculo e para o cuidado. A violência institucional mata a medida em que silencia e invisibiliza.

A transfobia existe por discriminação ou por falta de formação e ambas interditam o cuidado e criam barreiras que podem levar a morte.

O profissional da saúde é, via de regra, sensível à necessidade de humanização, mas brigar com as normas heterossexuais e cisgêneras que são trazidas do berço exige tempo, reflexão e aprendizado. O assunto gênero, infelizmente, ainda não é aprendido na escola de forma eficiente.

Talvez nossa cultura precise de um CID. Talvez o mais apropriado fosse classificá-la em binária, retrógrada e não inclusiva. Desse modo, vista como doente, ela possa ser tratada.

A educação permanente em saúde aparece como uma possibilidade real de mudar esse jogo, de ampliar o olhar e tornar nosso serviço mais inclusivo.

A ideia é estimular os profissionais de saúde a refletirem, em serviço, sobre as necessidades da população trans, sobre seus processos de afirmação, sobre o acompanhamento de suas vulnerabilidades, a prevenção de doenças e a promoção da saúde. Sensibilizar e informar para humanizar.

Nesse quesito o município de Campinas tem a seu favor os Programas de pós-graduação Mais Médicos Campineiro e Residência Multiprofissional, ambos baseados na estratégia de saúde da família, coordenados pela Secretaria Municipal de Saúde e responsáveis pela formação de um grande número de profissionais que muito provavelmente continuarão exercendo seu trabalho no SUS após o término do estágio. Trazer para esses programas a contribuição das populações travesti e transexual, como educadores, traria grande contribuição aos serviços.

A resistência, a luta pela qualificação, aparece em muitos espaços, quase sempre vinculados a educação. A Casa sem Preconceito, o Espaço Transcender, o Coletivo de pesquisadores do Conexões, Centro de Referência LGBT, entre outros, tem como armas o conhecimento.

Incluir o tema trans, sempre a partir de suas próprias vozes, com insistência, nas reuniões de equipe, nas capacitações, nos congressos e onde houver oportunidade, beneficiaria os residentes, os profissionais, o serviço e qualificaria o cuidado com essa população que até o momento se mantém marginalizada.

6. Referências bibliográficas

1. Amaral DM. A psiquiatrização da transexualidade: análise dos efeitos do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero nas práticas de saúde [Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)]. [Rio de Janeiro]: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007.
2. Camargo ES. O sexo das pessoas trans: uma análise de materiais didáticos. : A Diversidade e a Livre Expressão Sexual entre as Ruas, as Redes e as Políticas Públicas. Porto Alegre: Rede Unida; 2017.
3. American Psychiatric Association. DSM-IV: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4º ed. Porto Alegre: Art Med; 2002.
4. American Psychiatric Association. DSM-V: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5º ed. Porto Alegre: Art Med; 2014.
5. OMS. CID-10. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Porto Alegre: Arte Médica; 1993.
6. Castel PH. Algumas reflexões para estabelecer a cronologia do “fenômeno transexual” (1910-1995). *Rev Bras Hist.* 2001;21:77–111.
7. Butler J. Desdiagnosticando o gênero. *Physis.* 2009;19:95–126.
8. Arán M, Murta D, Lionço T. Transexualidade e saúde pública no Brasil. *Ciênc saúde coletiva.* agosto de 2009;14:1141–9.
9. Bento B. O que é Transexualidade. São Paulo: Brasiliense; 2008. (Coleção Primeiros Passos).
10. Bento B. A Campanha Internacional de Ação pela Despatologização das Identidades Trans: entrevista com a ativista Amets Suess. *Revista Estudos Feministas.* 21 de maio de 2012;20(2):481–4.
11. Brasil. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
12. Pedra CB. cidadania por travestis e transexuais no Brasil: um panorama da atuação do Estado no enfrentamento das exclusões [Dissertação (Mestrado em Administração Pública)]. [2018]: Fundação João Pinheiro;
13. Kitts RL. Barriers to optimal care between physicians and lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning adolescent patients. *J Homosex.* 2010;57(6):730–47.
14. Lambda Legal. When Health Care Isn't Caring: Lambda Legal's Survey on Discrimination Against LGBT People and People Living with HIV. New York: Lambda Legal; 2010.
15. James SE, Herman JL, Rankin S, Keisling M, Mottet L, Anafi M. The Report of the 2015 U.S. Transgender Survey. Washington, D.C.: National Center for Transgender Equality; 2016.
16. Reisner SL, Veters R, Leclerc M, Zaslow S, Wolfrum S, Shumer D, et al. Mental health of transgender youth in care at an adolescent urban community health center: a matched retrospective cohort study. *J Adolesc Health.* março de 2015;56(3):274–9.

17. Christian R, Mellies AA, Bui AG, Lee R, Kattari L, Gray C. Measuring the Health of an Invisible Population: Lessons from the Colorado Transgender Health Survey. *Journal of general internal medicine* [Internet]. outubro de 2018 [citado 24 de maio de 2023];33(10). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29761263/>
18. Martins AA, Franco TB, Merhy EE, Feuerwerker LCM. A produção do cuidado no Programa de Atenção Domiciliar de uma Cooperativa Médica. *Physis*. 2009;19(2):457–74.
19. Carvalho SR, Oliveira CF de, Andrade HS de, Cheida RS, organizadores. *Vivências do cuidado na rua: produção de vida em territórios marginais*. Porto Alegre: Rede Unida; 2019.
20. Butler J. *Vida Precária: os poderes do luta e da violência*. Belo Horizonte: Autêntica; 2020.
21. Silva RA da, Emerich BF. Produto Técnico em Programas de Mestrado Profissional em Saúde: a Experiência do Mestrado Profissional “Saúde Coletiva: Políticas e Gestão Em Saúde”. : Silva RA da, Nascimento JL, Francisco PMSB, Alonzo HGA, organizadores. *Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, Políticas e Gestão em Saúde: Compartilhando Experiências e Saberes*. 1º ed Campinas: Pontes; 2022. p. 203–33.
22. Del Sant R, Marchetti RL, Tavares H, Wang YP, Teng CT, Cordás TA. *Avaliação Psicológica ao longo da vida*. : Forlenza OV, Miguel E, organizadores. *Compêndio de Clínica Psiquiátrica*. Barueri: Manole; 2012.
23. Carvalho M, Carrara S. Em direito a um futuro trans?: contribuição para a história do movimento de travestis e transexuais no Brasil. *Sex, Salud Soc (Rio J)*. agosto de 2013;319–51.
24. Rodrigues MT. A prostituição no Brasil contemporâneo: um trabalho como outro qualquer? *Prostitution in Contemporary Brazil: just Another Job? Rev Katál Florianópolis v*. 2003;12:68–76.
25. Brasil. Portaria nº 2803, de 19 de novembro de 2013 do Ministério da Saúde [Internet]. 2013 [citado 21 de maio de 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html
26. Brasil. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 32, de 04 de junho de 2014, do Ministério da Saúde. Dispõe sobre a atualização do Anexo I, Listas de Substâncias Entorpecentes, Psicotrópicas, Precursoras e Outras sob Controle Especial, da Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998 e dá outras providências [Internet]. 2014 [citado 21 de maio de 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2014/rdc0032_04_06_2014.pdf
27. Conselho Federal de Medicina. Despacho Sejur nº 308/2014 [Internet]. 2014 [citado 23 de maio de 2023]. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/despachos/BR/2014/308>
28. Brasil. Lei nº 9.965, de 27 de abril de 2000. Restringe a venda de esteróides ou peptídeos anabolizantes e dá outras providências. [Internet]. 2000 [citado 23 de maio de 2023]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19965.htm
29. Brasil. Projeto de Lei nº 5.002/2013. Dispõe sobre o direito à identidade de gênero e altera o art. 58 da Lei nº 6.015 de 31 de dezembro de 1973. [Internet]. 2013 [citado 23 de maio de 2023]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=565315>
30. Carvalho IV de. *Experiências e Vivências de Crianças e Jovens Trans*: A Reinvenção do Saber e da Práxis do Serviço Social [Dissertação de Mestrado]*. [Porto]: Instituto Superior de Serviço Social do Porto; 2021.

31. Lombardi EL, Wilchins RA, Priesing D, Malouf D. Gender violence: transgender experiences with violence and discrimination. *J Homosex.* 2001;42(1):89–101.
32. Bento B. Na escola se aprende que a diferença faz a diferença. *Rev Estud Fem.* agosto de 2011;19(2):549–59.
33. Wilson EC, Garofalo R, Harris RD, Herrick A, Martinez M, Martinez J, et al. Transgender Female Youth and Sex Work: HIV Risk and a Comparison of Life Factors Related to Engagement in Sex Work. *AIDS Behav.* outubro de 2009;13(5):902–13.
34. Souza HA de, Bernardo MH. Transexualidade: as consequências do preconceito escolar para a vida profissional. *Bagoas* [Internet]. 2014 [citado 23 de maio de 2023];8(11). Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/bagoas/article/view/6548>
35. Wischral D. Homossexualidade, Igreja e Juventude [Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização]. [Blumenau]: Universidade Federal do Paraná; 2016.
36. Benevides BG, Nogueira SNB. Dossiê dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2020. São Paulo: Expressão Popular, ANTRA, IBTE; 2021.
37. Rood BA, Puckett JA, Pantalone DW, Bradford JB. Predictors of Suicidal Ideation in a Statewide Sample of Transgender Individuals. *LGBT Health.* 1º de setembro de 2015;2(3):270–5.
38. Berg MB, Mimiaga MJ, Safren SA. Mental health concerns of gay and bisexual men seeking mental health services. *J Homosex.* 2008;54(3):293–306.
39. Brasil. Constituição de 1988 [Internet]. 2016 [citado 16 de outubro de 2021]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
40. Vasconcelos CM de, Pasche DF. O sistema único de saúde. : Campos GW de S, Minayo MC de S, Akerman M, Drumond Jr. M, Carvalho YM de, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva.* São Paulo: Hucitec / Fiocruz; 2009.
41. Carvalho SR. *Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: sujeito e mudança.* 3º ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
42. Merhy EE, Feuerwerker LCM, Santos ML de M, Bertussi DC, Baduy RS. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. *Saúde debate.* 10 de julho de 2020;43(6):70–83.
43. Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo.* 4º ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
44. Cecilio LC de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção [Internet]. 2006 [citado 21 de maio de 2023]. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3910891/mod_resource/content/2/L.aula5.grupo1_Necessidades_saude_conceito_estruturante_luta_integralidade_equidade_CECILIO.pdf
45. Carvalho SR, Cunha GT. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. : Campos GW de S, Minayo MC de S, Akerman M, Drumond Jr. M, Carvalho YM de, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva.* São Paulo: Hucitec / Fiocruz; 2009.
46. Brasil. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 do Ministério da Saúde [Internet]. 2006 [citado 21 de maio de 2023]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html
47. Melo EA, Mendonça MHM de, Oliveira JR de, Andrade GCL de. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde debate.* setembro de 2018;42:38–51.

48. Conselho Nacional de Combate à Discriminação/ Conselho Nacional de Combate à Discriminação/. Brasil sem homofobia: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
49. Brasil. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006 do Ministério da Saúde [Internet]. 2006 [citado 21 de maio de 2023]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html
50. Brasil. Portaria nº 1.707, de 18 de agosto de 2008 do Ministério da Saúde [Internet]. 2008 [citado 21 de maio de 2023]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1707_18_08_2008.html
51. Brasil. Portaria nº 457, de 19 de agosto de 2008 do Ministério da Saúde [Internet]. 2008 [citado 21 de maio de 2023]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0457_19_08_2008.html
52. Brasil. Resolução nº 1.652 de 2002 do Conselho Federal de Medicina [Internet]. 2019 [citado 21 de maio de 2023]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou>
53. Brasil. Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009 do Ministério da Saúde [Internet]. 2009 [citado 21 de maio de 2023]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html
54. Brasil. Portaria nº 2.836, de 1 de dezembro de 2011, Ministério da Saúde [Internet]. 2011 [citado 21 de maio de 2023]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html
55. Brasil. Resolução nº 2.265, de 20 de setembro de 2019 do Conselho Federal de Medicina [Internet]. 2019 [citado 21 de maio de 2023]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou>
56. Popadiuk GS, Oliveira DC, Signorelli MC. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. *Ciênc saúde coletiva*. maio de 2017;22(5):1509–20.
57. Castro IF de, Reis Filho A, Moreira DR, Salgado P de O, Cardos SA. Os entraves à população transgênero no acesso à saúde. 13 de janeiro de 2021 [citado 21 de maio de 2023];13(1). Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/5289>
58. Rocon PC, Wandekoken KD, Barros MEB de, Duarte MJO, Sodré F. Acesso à saúde pela população trans no Brasil: nas entrelinhas da revisão integrativa. *Trab educ saúde*. 11 de novembro de 2019;18:e0023469.
59. Trindade M. Violência Institucional e Transexualidade: desafios para o Serviço Social. *Revista Praia Vermelha* [Internet]. 2015 [citado 21 de maio de 2023];25(1). Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/praiavermelha/article/view/5411>
60. M ller A. Teaching lesbian, gay, bisexual and transgender health in a South African health sciences faculty: addressing the gap. *BMC Medical Education*. 27 de dezembro de 2013;13(1):174.
61. Reisner SL, Bradford J, Hopwood R, Gonzalez A, Makadon H, Todisco D, et al. Comprehensive Transgender Healthcare: The Gender Affirming Clinical and Public Health Model of Fenway Health. *Journal of Urban Health*. 2015;92(3):584–92.
62. Riggs DW, Coleman K, Due C. Healthcare experiences of gender diverse Australians: a mixed-methods, self-report survey. *BMC Public Health*. 2014;14(1):230.

63. Duarte DD, Queluci GC, Ferreira HC, Chiszostimo MM. A perspectiva do enfermeiro no cuidado diante da pessoa trans. *Research, Society and Development*. 9(4):e61942845.
64. American Psychiatric Association. Diretrizes para práticas psicológicas com pessoas trans e em não conformidade de gênero. *American Psychologist*. 2015;70(9):832–64.
65. Association of American Medical Colleges. Implementing Curricular and Institutional Climate Changes to Improve Health Care for Individuals Who are LGBT, gender nonconforming or born with DSD. first. Hollenbach A.D.; Eckstrand K. L.; Dreger A., organizador. Washington; 2014. 1–306 p.
66. von Vogelsang AC, Milton C, Ericsson I, Strömberg L. ‘Wouldn’t it be easier if you continued to be a guy?’ – a qualitative interview study of transsexual persons’ experiences of encounters with healthcare professionals. Vol. 25, *Journal of Clinical Nursing*. Estocolmo; 2016. p. 3577–88.
67. Wong J. Medical school hotline: Looking forward and enriching John A. Burns School of Medicine’s curriculum: lesbian, gay, bisexual, and transgender healthcare in medical education. *Hawai’i journal of medicine & public health : a journal of Asia Pacific Medicine & Public Health*. 2014;73(10):329–31.
68. Braun HM, Ramirez D, Zahner GJ, Gillis-Buck EM, Sheriff H, Ferrone M. The LGBTQI health forum: an innovative interprofessional initiative to support curriculum reform. *Med Educ Online*. 2017;22(1):1–9.
69. Magalhães LG. Barreiras de acesso na atenção primária à saúde à travestis e transexuais na região central de São Paulo TT - Access barriers in Primary Health Care to transvestites and transsexuals in the central region of São Paulo. 2018. p. 132 p-132 p.
70. Brasil. Resolução MS/CNS nº 569, de 08 de dezembro de 2017 [Internet]. 2017 [citado 21 de maio de 2023]. Disponível em: <https://abmes.org.br/legislacoes/detalhe/2382/resolucao-ms-cns-n-569#:~:text=Resolu%C3%A7%C3%A3o%20MS%2FCNS%20n%C2%BA%20569%2C%20DE%2008%20DE%20DEZEMBRO%20DE%202017&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20os%20cursos%20da,Alterar%3A%20N%C3%A3o%20alterar%20nenhuma%20Legisla%C3%A7%C3%A3o>.
71. Merhy E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 1º de fevereiro de 2005;9.
72. Justino J, Rego C, Flor A. Por onde caminha a dissidência de gênero no Brasil? Pela urgência de uma formação médica travestilizada. *Interface (Botucatu)*. 31 de julho de 2023;27:e230012.
73. Brasil. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004 [Internet]. 2004 [citado 24 de maio de 2023]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizizesConsolidacao/comum/13150.html>
74. Brasil. Portaria do Ministério da Saúde nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 [Internet]. 2007 [citado 24 de maio de 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html
75. Ferreira L, Barbosa JS de A, Esposti CDD, Cruz MM da. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde debate*. 6 de maio de 2019;43:223–39.
76. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2004;9(16):161–77.
77. Sordi JO. Desenvolvimento de Projeto de Pesquisa. 1º ed. São Paulo: Saraiva Uni; 2017. 206 p.

78. Bunniss S, Kelly DR. Research paradigms in medical education research. *Med Educ.* abril de 2010;44(4):358–66.
79. Butler J. Os sentidos do sujeito. 1 edição. Belo Horizonte: Autêntica; 2021.
80. Figueiredo EBL de, Andrade EO de, Muniz MP, Abrahão AL. Pesquisa-interferência: um modo nômade de pesquisar em saúde. *Rev Bras Enferm.* 18 de abril de 2019;72(2):571–6.
81. Neves CEAB. Modos de interferir no contemporâneo: um olhar micropolítico. *Arquivos Brasileiros de Psicologia.* junho de 2004;56(1):02–20.
82. Pereira LB de C, Chazan ACS. O Acesso das Pessoas Transexuais e Travestis à Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.* 14 de maio de 2019;14(41):1795–1795.
83. Vieira RC, Teixeira DS, Borret R, Ornelas D, Sarno MM, Junior AL. Atenção Primária à Saúde quebrando tabus: Memorial do I Seminário de Sexualidade e Diversidade da SBMFC. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.* 31 de dezembro de 2019;14(41):1821–1821.
84. Mello L, Perilo M, Braz CA de, Pedrosa C. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Sex, Salud Soc (Rio J).* dezembro de 2011;7–28.
85. Rigolon M, Carlos DM, Oliveira WA de, Salim NR. “Health does not discuss trans bodies”: Oral History of transsexuals and transvestites. *Rev Bras Enferm [Internet].* 28 de outubro de 2020 [citado 21 de maio de 2023];73. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/x58YbB45vmkKFqh8zyhCCLC/?lang=en>
86. Mulkey N. Pronouns and Advocacy in Medicine. *AMA Journal of Ethics.* 1º de março de 2020;22(3):255–9.
87. Paulino DB, Machin R, Pastor-Valero M. “Pra mim, foi assim: homossexual, travesti e, hoje em dia, trans”: performatividade trans, família e cuidado em saúde. *Saude soc [Internet].* 18 de janeiro de 2021 [citado 21 de maio de 2023];29(4). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/sXVtWZrjthGWZKj8kwnVGdS/?lang=pt>
88. Ziegler E, Valaitis R, Yost J, Carter N, Risdon C. “Primary care is primary care”: Use of Normalization Process Theory to explore the implementation of primary care services for transgender individuals in Ontario. *PloS one [Internet].* 22 de abril de 2019 [citado 24 de maio de 2023];14(4). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31009508/>
89. Gomes D de F. Percepções de usuários transexuais sobre o cuidado na estratégia de Saúde da Família: o desafio do reconhecimento e do rompimento da invisibilidade [Dissertação (Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde)]. [Niterói]: Universidade Federal Fluminense; 2019.
90. Shihadeh NA, Pessoa EM, Silva FF da. A (in) visibilidade do acolhimento no âmbito da saúde: em pauta as experiências de integrantes da comunidade LGBTQIA+. *Barbarói.* 26 de janeiro de 2021;(58):172–94.
91. Veras PHL, Silva KGS da, Coêlho LPI, Silva EB da, Silva RL da S e, Marques VR de S, et al. Acolhimento de travestis e transexuais na atenção primária à saúde: uma revisão bibliográfica. *Rev Enferm Atual In Derme.* 2021;95(36):1–9.
92. Sherriff N, Zeeman L, McGlynn N, Pinto N, Hugendubel K, Mirandola M, et al. Co-producing knowledge of lesbian, gay, bisexual, trans and intersex (LGBTI) health-care inequalities via rapid

- reviews of grey literature in 27 EU Member States. *Health Expectations*. 22 de junho de 2019;22(6).
93. Gil AC. *Como Elaborar Projetos de Pesquisa*. Barueri: Atlas; 2019.
 94. Spink MJ, Menegon VM, Medrado B. Oficinas como estratégia de pesquisa: articulações teórico-metodológicas e aplicações ético-políticas. *Psicol Soc*. abril de 2014;26(1):32–43.
 95. Caregnato RCA, Mutti R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 2006;15(4):679–84.
 96. Orlandi EP. *Análise de Discurso. Princípios e Procedimentos*. 12º ed. Campinas: Pontes; 2015.
 97. Moira A, Nery JW, Rocha M, Brant T. *Vidas trans: a Coragem de Existir*. 1ª edição. Bauru: Astral Cultural; 2017.
 98. Bonassi BC, Amaral M dos S, Toneli MJF, Queiroz MA de. Vulnerabilidades mapeadas, Violências localizadas: Experiências de pessoas travestis e transexuais no Brasil. *Quaderns de Psicologia*. 31 de dezembro de 2015;17(3):83–98.
 99. Pardini B, Oliveira VH. Vivenciando a transexualidade: o impacto da violência psicológica na vida das pessoas transexuais. *Saberes & Práticas*. 2017;1(1):110–8.
 100. Souza MHT de, Miskolci R, Signorelli MC, Balieiro F de F, Pereira PPG. Violência pós-morte contra travestis de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 14 de maio de 2021;37:e00141320.
 101. TvT [Internet]. 2022 [citado 24 de maio de 2023]. *Transrespect vs Transphobia*. Disponível em: <https://transrespect.org/en/>
 102. Zeluf G, Dhejne C, Orre C, Mannheimer LN, Deogan C, Höijer J, et al. Targeted Victimization and Suicidality Among Trans People: A Web-Based Survey. *LGBT Health*. abril de 2018;5(3):180–90.
 103. Justino J. *Nos armários das ruas: entre discursos, saberes e o cuidado em territórios marginais*. [Dissertação de Mestrado]. [Campinas]: Departamento de Saúde Coletiva - Unicamp; 2021.
 104. Veras Gomes H, Alves de Jesus L, Pacheco Gomes da Silva C, de Assis Freire SE, Fernandes de Araújo L, Veras Gomes H, et al. Suicídio e população trans: uma revisão de escopo. *Ciencias Psicológicas* [Internet]. 2022 [citado 21 de maio de 2023];16(1). Disponível em: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1688-42212022000101207&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
 105. Barbosa BRSN, Silva LV da. Os cães do inferno se alimentam de blasfêmia: religião e transfobia no ciberespaço. *Ciencias Sociales y Religión*. 1º de julho de 2016;18(24):110–33.
 106. Lima R de L de. Diversidade, identidade de gênero e religião: algumas reflexões. *Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea*. 2011;(28):165–82.
 107. Natividade M, Oliveira L de. Sexualidades Ameaçadoras: religião e homofobia(s) em discursos evangélicos conservadores. *Sexualidad, Salud y Sociedad*. 3 de agosto de 2009;(2):121–61.
 108. Soares KRA, Vianna MB, Ferreira AP. A transexualidade e a tradição do candomblé: gênero e cultura em debate. *Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia*. 20 de abril de 2021;9(2):1008–20.
 109. Raimundo LH, Miranda MHG de, Silva AC da, Silva BARS, Nascimento D da S, Almeida JC de F, et al. *As Travestis, Transexuais e Transgêneros (TTTs) e a escola: Entre a (re)produção e a*

- denúncia dos corpos abjetos. *Research, Society and Development* [Internet]. 4 de agosto de 2021 [citado 24 de maio de 2023];10(10). Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/18336>
110. Silva MA da, Luppi CG, Veras MA de SM. Trabalho e saúde na população transexual: fatores associados à inserção no mercado de trabalho no estado de São Paulo, Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 8 de maio de 2020;25:1723–34.
111. Silva LKM da, Silva ALMA da, Coelho AA, Martiniano CS. Uso do nome social no Sistema Único de Saúde: elementos para o debate sobre a assistência prestada a travestis e transexuais. *Physis*. 2017;27(3):835–46.
112. Sorbara JC, Chiniara LN, Thompson S, Palmert MR. Mental Health and Timing of Gender-Affirming Care. *Pediatrics*. outubro de 2020;146(4):e20193600.
113. Cheng PJ, Pastuszak AW, Myers JB, Goodwin IA, Hotaling JM. Fertility concerns of the transgender patient. *Translational Andrology and Urology*. junho de 2019;8(3):20918–20218.
114. Light AD, Obedin-Maliver J, Sevelius JM, Kerns JL. Transgender men who experienced pregnancy after female-to-male gender transitioning. *Obstet Gynecol*. dezembro de 2014;124(6):1120–7.
115. Araújo JM, Santos MMG, Silva RS da, Martins M de CV, Gallotti FCM. Exame de Papanicolaou e câncer cervical em homens transgêneros: revisão integrativa. *Research, Society and Development*. 2021;10(2):e17010212342.
116. Almazan AN, Keuroghlian AS. Association between Gender-Affirming Surgeries and Mental Health Outcomes. *JAMA Surgery*. 1º de julho de 2021;156(7):611–8.
117. Chinazzo ÍR, Lobato MIR, Nardi HC, Koller SH, Saadeh A, Costa AB. Impacto do estresse de minoria em sintomas depressivos, ideação suicida e tentativa de suicídio em pessoas trans. *Ciencia e Saude Coletiva*. 2021;26:5045–56.
118. Santos M de OF dos. Criar um mundo pra si: agenciamentos de cuidado de pessoas trans, travestis e não-binárias para uma vida possível [Internet] [Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)]. Universidade de São Paulo; 2022 [citado 10 de setembro de 2023]. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6143/tde-08062022-151901/>
119. Borba R. *O Des-Aprendizado de Si: transexualidades, interação e cuidado em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2016.

7. Anexos

Anexo I - Termo de consentimento livre e esclarecido

Título do Projeto de Pesquisa:

A PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE PARA A POPULAÇÃO TRANSEXUAL NO MUNICÍPIO DE CAMPINAS/SP: POSSIBILIDADE DE NOVOS CENÁRIOS, DOBRAS PARA A FORMAÇÃO

Pesquisador Responsável: Sergio Resende Carvalho/ Claudia Helena de Oliveira Rego

Você está sendo convidado (a) a participar, da pesquisa acima. O convite está sendo feito a você por seu envolvimento com o tema. Ao participar você permitirá que o pesquisador amplie seus conhecimentos sobre como, a partir da sua perspectiva, é feito o cuidado em saúde para a população travesti/transsexual de Campinas. Sua contribuição é importante, porém, você não deve participar contra a sua vontade.

Discussões sobre os processos de cuidado, voltados para a formação em saúde, colocando em pauta os temas de gênero, com a participação de grupos vinculados à sociedade civil, podem ter uma grande potência transformadora.

Objetivos da pesquisa:

Possibilitar reflexões sobre a qualificação dos profissionais da saúde e o cuidado em saúde para as populações transexuais e travestis e produzir material gráfico informativo para a Atenção Básica.

Procedimentos aos quais será submetido (a):

Oficinas gravadas onde discutiremos as possibilidades de qualificação do cuidado em saúde a partir da sua perspectiva. Serão realizados 3 encontros de 2 a 3 horas onde abordaremos o atendimento em saúde para a população travesti/ transsexual de Campinas na Rede básica. As oficinas serão feitas em sala fechada, com privacidade. As informações coletadas neste estudo serão gravadas e transcritas e os termos da divulgação pública será acordada com todos os participantes durante os encontros.

A gravação será transcrita sem a inclusão dos nomes dos participantes e apenas o orientador e o pesquisador terão acesso as transcrições. Após o término da pesquisa essas gravações serão deletadas.

Riscos: Existem os riscos de desconforto e ansiedade gerados por medo da exposição inadvertida de dados, ou pelo peso emocional de algum sofrimento trazido à tona por algum tema das conversas. O pesquisador se compromete a estar atento a eles, buscando manter um ambiente seguro e acolhedor, além de se comprometer com o anonimato das informações e com as orientações sobre a liberdade do participante em abandonar o projeto, caso a sensação de mal-estar se intensifique.

Benefícios: Como benefício direto haverá o Investimento em qualificação do cuidado em saúde a medida em que cada participante fará considerações sobre os problemas vividos e apontará caminhos na busca pela melhoria dos processos de trabalho na Atenção Básica. De maneira indireta, espera-se que o trabalho tencione os termos de gênero e a relação com a população LGBTQIA+ no próprio território e nas Instituições de saúde.

Acesso a resultados parciais ou finais da pesquisa: os participantes da pesquisa terão acesso irrestrito a ela.

Custos: A participação na pesquisa não pode envolver custos ao participante, tampouco compensações financeiras, porém em caso de haver gastos com transporte, esses serão reembolsados.

Danos e indenizações: Se ocorrer qualquer problema ou dano pessoal durante ou após os procedimentos aos quais o Sr. (Sra.) será submetido (a), lhe será garantido o direito a tratamento em equipamento psicossocial do Sistema Único de Saúde, com o acompanhamento pelo pesquisador, não excluindo a possibilidade de indenização determinada por lei, se o dano for decorrente da pesquisa.

A qualquer momento, antes, durante e depois da pesquisa, você poderá solicitar maiores esclarecimentos, recusar-se a participar, solicitar edição e exclusão de alguma fala ou desistir de participar. Em todos esses casos você não será prejudicado, penalizado ou responsabilizado de nenhuma forma.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora Claudia, telefone (19) 997906122, email draclaudiarego@terra.com.br ou com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) tel: (19) 35218936 email:cep@unicamp.br. End: R. Tessalia Vieira de Camargo, 126, 1 andares do prédio 1 da FCM- Barão Geraldo, Campinas. O CEP é um colegiado interdisciplinar e independente, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa, auxiliando para que ela seja feita dentro de padrões éticos.

Após ser apresentado (a) e esclarecido (a) sobre as informações da pesquisa, no caso de aceitar fazer parte, você deverá rubricar todas as páginas e assinar ao final deste documento elaborado em duas vias. Cada via também será rubricada em todas as páginas e assinada pelo pesquisador responsável, devendo uma via ficar com você, para que possa consultá-la sempre que necessário.

Consentimento do participante

Tendo em vista os itens acima, li e concordo em participar da pesquisa. Autorizo a divulgação dos dados obtidos neste estudo. Informo que recebi uma via deste documento com todas as páginas rubricadas e assinadas por mim e pelo Pesquisador Responsável.

Nome do(a) participante: _____

Assinatura: _____

Campinas, ____ / ____ /2022

Declaração do pesquisador

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimentos Livre e Esclarecido deste participante (ou representante legal) para a participação neste estudo. Declaro ainda que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos.

Nome do Pesquisador: Cláudia Helena de Oliveira Rego

Assinatura: _____

Campinas ____ / ____ /2022

Nome do pesquisador orientador: Sergio Resende de Carvalho

Assinatura: _____

Campinas, ____ / ____ /2022

Anexo II - Cartilha em saúde trans, travesti e não binária:
"caminhos nada suaves"



ProEC
Pró-Reitoria de
Extensão e Cultura



SAÚDE TRANS, TRAVESTIE NÃO BINÁRIA

camInhos nada suavEs



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS (FCM)
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA (DSC)
POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE

**CARTILHA EM SAÚDE TRANS, TRAVESTI E NÃO BINÁRIA:
“CAMINHOS NADA SUAVES”**

Projeto de Extensão Universitária (PROEC-PEX)
Coletivo CONEXÕES:
Políticas da Subjetividade e Saúde Coletiva
Campinas, 2023

**UNICAMP
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
BIBLIOTECA**

Ficha catalográfica elaborada por
Maristella Soares dos Santos
CRB8/8402

C248

Cartilha em saúde trans, travesti e não binária : "caminhos nada suaves" [recurso eletrônico] / organização Jonathas Justino... [et al.] ; colaboração Alcyone Apolinário Januzzi... [et al.] ; revisores Alu Laurindo Vieira... [et al.]. - Campinas, SP : UnicampBFCM, 2023.
138 p. : il. PDF.

ISBN: 978-65-87100-31-9

Disponível em:

<<https://www.bibliotecadigital.unicamp.br/bd/index.php/detalhes-material/?code=114516>>

1. Transexualidade. 2. Saúde coletiva. 3. Identidade de gênero. I. Justino, Jonathas, 1983-. II. Januzzi, Alcyone Apolinári. III. Vieira, Alu Laurindo. IV. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Departamento de Saúde Coletiva. V. Universidade Estadual de Campinas. Pró-Reitoria de Extensão e Cultura. VI. Coletivo CONEXÕES: Políticas da Subjetividade e Saúde Coletiva. VII. Título.

CDD. 614.44

ORGANIZAÇÃO

Jonathas Justino

Claudia Helena Rego

Leila Dumaresq

Luana Marçon

Varlei Couto

Mari Vitor Prado

Victor Paulo Ribeiro Carneiro

Sérgio Resende Carvalho

Julian Raphael de Oliveira

Aline Pinheiro

Amanda Reis

Júnior Gabriel de Freitas

Carla Alves

Pedro Belford F. Santos

Thalyson Silva Ignácio

Sara Vieira Sabatini Antunes

COLABORAÇÃO

Alcyone Apolinário Januzzi

Rachel Soeiro

Adriano Bley

Coletivo Balzakianas For Ever

Núcleo Consciência Trans (NCT)

Suzy Santos

Casa sem Preconceitos

Luma Montenegro

Produtora CISCO: Júlio Matos /

Coraci Ruiz / Augusta Gui

Fabício Donizete da Costa

Isabela de Oliveira da Cunha

Jupitter Pimentel Zamboni

Klaus Antônio Miranda

REVISORES

Alu Laurindo Vieira

Amélia Flor Soares Silva

Carina Almeida Barjud

Cathana Freitas

Flávia Fernandes de Carvalhaes

Henrique Sater de Andrade

Giovana Pellatti

Kaetê Spessotto Okano

Reginaldo Moreira

cartilhaaudeunicamp@gmail.com



¹Ao final desta produção você encontrará uma mini bio de cada pessoa participante dos trabalhos.

AO INÍCIO, UM CONVITE...

Antes de iniciar os trabalhos, convidamos você, pessoa leitora, a experienciar a Cartilha em Saúde Trans, Travesti e Não Binária: Caminhos Nada Suaves, por meio da escuta e da imagem. Logo abaixo, você encontrará o link de um vídeo com depoimentos de algumas das pessoas que fizeram parte deste trabalho. Acreditamos que, para desaprender, reaprender e experienciar o tema, é preciso, antes de tudo, abrir-se à escuta genuína, entrando em contato com as falas, os corpos e as vidas de que esta cartilha trata. Enquanto dados e reflexões teóricas nos ajudam a produzir políticas públicas e reivindicar direitos, imagens e falas provocam a sensibilização, incentivando o exercício da escuta e da alteridade.

Trata-se de uma produção curta, de cerca de cinco minutos, que contém elementos norteadores deste trabalho. As narrativas retratadas permitem conhecer, ainda que brevemente, os sabores e dissabores da vida cotidiana de pessoas trans, travestis e não binárias. Suas falas foram orientadas por duas perguntas estruturantes: **O que é ser uma pessoa trans no Brasil? Como isso se relaciona ao acesso e aos cuidados em saúde vinculados ao SUS?**

[CLIQUE PARA ASSISTIR](#)



CAMINHOS NADA SUAVES

Percursos Oferecidos

Coletivo organizador

Um jovem casal branco e heterossexual caminha de mãos dadas por uma trilha aberta, repleta de flores e grama rasteira, que conduz até o edifício de uma escola. Suas roupas trazem marcas de gênero que correspondem ao sexo designado no nascimento: o garoto, de cabelo curto, liso e castanho, usa uma bermuda azul e uma camisa branca de botão; a garota, de cabelos loiros e lisos, traja uma saia e uma camisa branca. Sorridentes, seguem um caminho suave, sem bloqueios e entraves, para uma escola que os recebe de portas abertas.

A imagem descrita aparece na capa da cartilha “Caminho suave”, principal material de alfabetização de brasileiros e brasileiras entre as décadas de 1950 e 1980 no Brasil. Tendo sido o primeiro livro didático distribuído por todo o território nacional, o livro marca o impulso político e institucional da época, que buscava estabelecer um padrão de humanidade para o qual a educação e, de forma mais ampla, a cidadania, se destinava. Para o qual o letramento e a alfabetização estariam não só autorizados, como recebiam garantia estatal de que seriam suaves.

Em um país tão profundamente diverso, resta perguntar: qual destino foi reservado à variedade de raças/etnias, identidades de gênero e orientações sexuais que não aparecem na cartilha? Onde se encontram os pretos, indígenas, pessoas trans, travestis, não binárias e/ou que não se enquadram no modelo cis-heterossexual? Quais os efeitos políticos e subjetivos desses processos de invisibilização? Ainda: quais políticas educacionais, mas também de saúde, moradia, segurança, alimentação e mobilidade são oferecidas aqueles e àquelas que diferem das personagens apresentadas na capa da cartilha?

É por meio desse conjunto de questões que decidimos elaborar uma cartilha própria, destinada a orientar, facilitar e divulgar o conhecimento sobre a saúde trans, travesti e não binária. Historicamente destituídas de qualquer iniciativa pública de afirmação positiva de suas existências, essas pessoas se encontram, ainda hoje, à margem das políticas de assistência social e de atenção à saúde.

A respeito desse público, circulam imaginários de diagnósticos psiquiátricos e de intervenções médicas normalizadoras, mas pouco se fala sobre sua saúde e formas específicas de tratamento e cuidado. Saúde de forma ampla, no sentido de receber atendimento gratuito, respeitoso e de qualidade, mas também saúde especializada, que seja capaz de acolher, compreender e encaminhar os desafios particulares de corpos que atravessam os binarismos de sexo/gênero.

É com essas questões que abrimos a “Cartilha em Saúde Trans, Travesti e Não Binária: Caminhos Nada Suaves”, financiada pela Pró-reitoria de Extensão e Cultura da Universidade Estadual de Campinas (PROEC-UNICAMP), via PEX, no ano de 2021.

Titular essa produção como Caminhos Nada Suaves é, em primeira instância, dizer que os caminhos trilhados por pessoas trans, travestis e não binárias são, por força social e institucional, nem um pouco suaves. O cenário brasileiro atual e progresso anuncia cotidianamente as dificuldades que essa população enfrenta para sobreviver e viver de maneira digna, em um país cuja violência física e simbólica a ela direcionada cresce a cada ano.

Segundo dados da Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA), o Brasil continua a ser o país que mais mata travestis e transexuais no mundo, fazendo deste um dos grupos mais vulneráveis à morte violenta e prematura, com uma expectativa de vida de 35 anos — enquanto a da população geral é de 75. Além da alta letalidade e das diversas formas de violência física, essa população é submetida a inúmeros constrangimentos e restrições que envolvem, em grande medida, a falta de reconhecimento social do direito de existir enquanto singularidades transgêneras².

² Nesta cartilha, adotamos o termo “transgenero” como conceito guarda-chuva que abrange a diversidade de pessoas que, em graus diferentes, não se identifica com comportamentos e/ou papéis esperados do sexo designado no nascimento.

A negativa de acesso ou retirada de ambientes públicos; o impedimento de registrar filhos(as) biológicos(as); a negação de pedidos judiciais de medida protetiva; o não reconhecimento da identidade de gênero; a negação de atendimento em comércio; o impedimento de candidaturas a cargos diversos; a omissão da polícia; a negligência de atendimento em serviços de saúde e a negativa da emissão de registro de identidade com nome social são apenas alguns exemplos das inúmeras manifestações de transfobia que atuam nas várias esferas da vida social (BENEVIDES; NOGUEIRA, 2019). Vale destacar, ainda, o abandono familiar e a postura expulsiva dos ambientes escolares, responsáveis por produzir a saída compulsória de seus territórios de origem e o abandono escolar, em idade ainda precoce, geralmente entre 13 e 14 anos.

Mudar essa realidade começa por mudar a nós mesmos. Envolve, antes de tudo, o esforço de estranhar certas verdades, por vezes consideradas inquestionáveis, para desaprender e, só assim, poder reaprender em outros termos. Parte do princípio de que, se a minha percepção da realidade anula e/ou extermina outras formas de existência, o problema definitivamente não pode estar no outro, mas na forma como eu o percebo. No lugar de patologizá-lo ou demonizá-lo, é preciso questionar os pressupostos que fazem com que esse outro só possa existir a partir da negação de uma norma, que se supõe universal. Desse modo, no lugar de apontar e dizer que o outro é patológico, por que não questionamos o nosso critério de “saúdável”? No lugar de demonizar outras existências, por que não problematizamos o que entendemos por “certo” e por “bom”?

Para mudar esse cenário de violências, precisamos tensionar nossos pressupostos a respeito do gênero e da sexualidade: por que o gênero é tido como algo limitado à uma realidade binária, entre homem e mulher? Por que a sexualidade “normal” estaria restrita apenas ao afeto e desejo heterossexuais? Ou, até mesmo: por que a vida deveria ser vivida de forma igual, homogênea e padronizada por todas as pessoas? Se, em toda a história da humanidade, pessoas se relacionaram erótico-afetivamente das mais diversas maneiras, por que passamos a entender que só existe um único padrão de relacionamento erótico-afetivo? Qual é a função disso? Que bem isso faz, e para quem?

O desaprender que aqui propomos se faz necessário para que possamos am-

pliar a nossa percepção sobre a diversidade de formas de ser e existir, sobre as potencialidades da vida comum, isto é, de formas de vida comunitárias e não excludentes. Aos profissionais da saúde e da assistência social, a cartilha é um convite para incluir, ao ato de cuidar, os saberes e as vivências de quem é cuidado, abordando cada qual na sua singularidade, e não a partir de um padrão fixo, universal e inquestionado de existir e de se relacionar.

A cartilha é um convite para o diálogo com profissionais que trabalham no Sistema Único de Saúde e no Sistema Único da Assistência Social (SUAS), em todos os níveis de atenção (atenção social básica, atenção social especial de alta e média complexidade); em serviços que não necessariamente fazem parte das políticas de saúde e assistência social, mas que se ocupam, de alguma maneira, do atendimento de pessoas transgêneras; e visa conversar também com pessoas transgêneras que buscam o direito ao atendimento em saúde e assistência social e com demais pessoas que se interessem pelo tema.

Feita por muitas mãos, essa proposta traz à mesa múltiplas vozes, que vivem a transgeneridade em sua pele, que trabalham por ela em serviços de saúde ou em movimentos sociais e que atuam no campo da pesquisa acadêmica no âmbito dos estudos de gênero. Pessoas que lutam diariamente para que a vida trans, travesti e não binária seja exercida de maneira digna, em especial no que se refere aos cuidados em saúde.

Esta cartilha oferece um retrato da realidade de pessoas trans, travestis e não binárias e, nesse sentido, se afasta de qualquer tentativa de universalização dos seus fenômenos. Busca, sobretudo, tensionar as maneiras pelas quais estabelecemos o cuidado, a escuta e o acolhimento da população trans nos distintos âmbitos da vida. Ademais, essa produção visa fornecer informações importantes no que diz respeito ao direito à saúde de pessoas trans que buscam cuidados em saúde, de acordo com suas demandas particulares.

Para tanto, oferecemos às pessoas leitoras /a possibilidade de trilhar o material pela sua linearidade textual, ou selecionar o tema de interesse a partir do mapa que será apresentado a seguir.

Este material está subdividido em três eixos.

No Eixo 01, **TATEANDO OS CONCEITOS**, oferecemos breves explicações sobre os termos Gênero, Identidade de Gênero, Orientação Sexual e a sigla LGBT-QIAPN+.

Na sequência, o texto **O SUS, A SAÚDE DA POPULAÇÃO TRANS, TRAVESTI E NÃO BINÁRIO E A DEMOCRACIA** localiza as políticas públicas de saúde atuais e discute os aspectos ético-políticos de afirmação da vida e de defesa do direito à saúde integral dessa população.

Finalizando este eixo, o tema **EXTENSIONAR-SE** busca, a partir das pessoas usuárias do sistema de saúde, discutir as barreiras de acesso nos cuidados em saúde identificadas nas oficinas realizadas com a população trans que faz uso dos serviços do SUS.

No **EIXO 02, QUE CORPO É ESTE QUE EU (NÃO) HABITO**, abrem-se problematizações acerca do corpo e dos efeitos históricos da sua constituição, algo que relacionará com os tópicos seguintes: **PROCURANDO O CUIDADO** e **COMO VOCÊ QUER QUE EU TE CHAME?** tratando das dificuldades de acesso aos serviços de saúde e que chamam atenção para a centralidade do acolhimento, da escuta qualificada e da vinculação com pessoas usuárias no atendimento em unidades de saúde.

Na sequência, discutiremos a rede de atenção à saúde por meio de uma **FOTOGRAFIA DA REDE DE ATENÇÃO TRANS EM CAMPINAS/SP**, informado a pessoa leitora a respeito dos principais equipamentos de referência no atendimento **LGBTQIAPN+** no município, com destaque à população trans, travesti e não binária.

Partiremos, então, para a discussão sobre direitos dessa população.

Os textos **APESAR DA TRANSFOBIA, CNS – NOME SOCIAL, NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA** e **BORA SE INFORMAR SOBRE SEUS DIREITOS**, trazem ao profissional de saúde e às pessoas usuárias informações essenciais sobre os direitos e garantias constitucionais que devem ser assegurados a esse grupo.

No **EIXO 03**, iniciamos o diálogo com a temática do **ATENDIMENTO EM SAÚDE PARA PESSOAS TRANSEXUAIS, TRAVESTIS E NÃO BINÁRIAS**, prio-

rizando questões voltadas para o **ATENDIMENTO GINECOLÓGICO e HORMONIZAÇÃO**. Para finalizar o eixo, discutiremos a **SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO TRANS E O CERNE DAS INTERSECCIONALIDADES**.

Entendemos que a realidade trans brasileira, embora permeada por intensas violações e negações de direitos, apresenta potências e resistências importantes que devem ser consideradas em nossas reflexões. Nesse sentido, o EIXO 04 prioriza os movimentos de resistência e subversão da população trans e dos(as) aliados(as) cisgêneros. Os escritos **ERGUER A VOZ PARA SE POSICIONAR NO MUNDO** tecem importantes considerações sobre alguns movimentos sociais, coletivos e profissionais de saúde que fazem parte da história do município de Campinas/SP, na luta diária pela dignificação e garantia de direitos dessa população.

Por fim, nossas ações coletivas de trabalho se ocuparam de angariar informações, histórias e posicionamentos que pudessem tensionar certezas, problematizar universais e oferecer perspectivas para a expansão da noção de cuidado, em suas várias dimensões:

No *cuidado em saúde* que nos deparamos cotidianamente enquanto ofício.

No *cuidado em saúde* que buscamos enquanto um direito.

No *cuidado* para além dos serviços do SUS.

Esse é apenas um início de conversa. Que encontremos nessa leitura outros sentidos e potências.

REFERÊNCIAS

BENEVIDES, Bruna G. NOGUEIRA, Sayonara Naider B. (Orgs.) Dossiê: assassinatos e violências contra travestis e transexuais no Brasil em 2018. Brasília: Distrito Drag, ANTRA, IBTE, 2019.

GOMES DE OLIVEIRA, Megg Rayara. O diabo em forma de gente: (R) existências de gays afeminados, viados e bichas pretas na educação. Salvador: Editora Devires, 2020.

TATEANDO CONCEITOS

QUER SABER SOBRE
CONCEITOS BÁSICOS?
GÊNERO, IDENTIDADE DE
GÊNERO, SEXUALIDADE E
SOBRE A SIGLA?
CLIQUE NO BALÃO ACIMA!

ADENDOs

QUE CORPO É ESTE QUE
EU (NÃO) HABITO?

Gênero e um pouco
de história...

SUGESTÃO DE
LEITURAS, VÍDEOS,
DOCUMENTÁRIOS

Referências e
sugestões para nossa
"desaprendizagem"

MAIS VÍDEOS,
MAIS DOCS...

O audiovisual como
apoio reflexivo...

REDE EM CAMPINAS

CLICANDO NO BALÃO ACIMA
VOCÊ TERÁ ACESSO A ALGUNS
SERVIÇOS DE REFERÊNCIA NO
MUNICÍPIO DE CAMPINAS/SP:
TELEFONE, FORMAS DE
ENCAMINHAMENTO, ETC.

ADENDOs

CNs - NOME SOCIAL

Como inserir o nome
social no cartão SUS?

NOTIFICAÇÃO DE
VIOLÊNCIA

Como é o fluxo em
Campinas/SP?

BORA SE INFORMAR
SOBRE SEUS DIREITOS?

Saber dos seus direitos
é uma maneira de

resistir!

PROCURANDO CUIDADO

QUER SABER SOBRE A
BUSCA DAS PESSOAS TRANS,
TRAVESTIS E NÃO BINÁRIAS
PELOS CUIDADOS EM
SAÚDE?
CLIQUE NO BOTÃO ACIMA!

ADENDOs

O SUS, A SAÚDE DA
POPULAÇÃO TRANS,
TRAVESTI E NÃO BINÁRIA
E A DEMOCRACIA

O SUS é um ambiente
vivo e uma conquista
que deve ser defendida

COMO VOCÊ QUER QUE
EU TE CHAME?

Um pouco sobre
Acolhimento,
Escuta Qualificada e
Vínculo

APESAR DA TRANSFOBIA

O direito ao cuidado
universal, gratuito e de
qualidade...

PERsPECTIVAs BIOMÉDICAs

CONSULTA MÉDICA EM GINECOLOGIA, SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA, REFLEXÕES SOBRE PREVENÇÃO AO CÂNCER E HORMONIOTERAPIA

ADENDOs

O ATENDIMENTO EM SAÚDE

Saúde sexual e reprodutiva

MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS

Indicações e métodos mais utilizados

HORMONIOTERAPIA

Recomendações Básicas

SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO TRANS E O CERNE DAS INTERSECCIONALIDADES

A Saúde Mental da população trans, travesti e não binária não pode e não deve ser considerada apenas por constituições subjetivas e/ou individuais, mas sim, a partir do cenário e m que essas vidas “existem”. O acesso a cuidados básicos e a quaisquer lugares que tais pessoas desejem estar é fundamental para pensarmos o conceito de

Saúde Integral.

HISTÓRIAS E EXPERIÊNCIAS

MUITAS PESSOAS, MOVIMENTOS E COLETIVOS SE ORGANIZAM E SE MOVIMENTAM DIARIAMENTE NA CIDADE DE CAMPINAS/SP. VIVÊNCIAS DE QUEM ESTÁ NA LINHA DE FRENTE À DISTÂNCIA DE UM CLIQUE!

ADENDOs

NÚCLEO DE CONSCIÊNCIA TRANS E ATELIÊ TRANSMORAS

CONSULTÓRIO NA RUA DE CAMPINAS

COLETIVO BALZAKIANAS

A CASA SEM PRECONCEITOS

LABORATÓRIO CISCO



EIXO 1

TATEANDO CONCEITOS

Gênero, Identidade de Gênero e Orientação Sexual

Sara Vieira Sabatini Antunes

SEXO/GÊNERO

Se fossemos nomear um gesto ou fala que inaugurou as discussões sobre gênero e sexualidade no Ocidente, a mais imediata e dificilmente contestada seria a frase de Simone de Beauvoir, Ninguém nasce mulher, torna-se mulher. Intelectual francesa que acendeu o feminismo dos anos 1950, Beauvoir trouxe à tona provocações sobre a qualidade supostamente natural e imutável dos sexos. Ora, se ninguém nasce mulher, mas torna-se, isso quer dizer que o sexo e suas expressões são resultado de construções sociais, de marcas, gestos e comportamentos ensinados e reiterados, pautados em normas e valores situados em uma dada cultura (LOURO, 2008).

De lá para cá muita coisa mudou, e os sentidos dados a essa frase se multiplicaram. Mas a sua provocação permaneceu. Ela sugere que “ser mulher” ou “ser homem” nada tem de “natural” ou biologicamente determinado, mas depende de um conjunto de investimentos, tecnologias, políticas e normas destinadas a produzir tais categorias. A fabricá-las no âmbito da cultura.

Cruzar as pernas ao se sentar, retirar os pelos do corpo, usar adornos, pintar as unhas, responsabilizar-se pelas tarefas domésticas e pelos cuidados afetivos com a família, nada disso opera como uma força irrefreável da natureza, como algo “cravado no DNA”, sem qualquer estímulo externo. Do mesmo modo que urinar em pé, usar cabelo curto, ter vergonha de chorar em público ou gostar de carros não tem nada de natural. Todas essas expressões, hábitos e gostos não emanam de um corpo biológico naturalmente predisposto a cumpri-las, mas depende de uma série de investimentos e intervenções que

incidem sobre o indivíduo.

Desde o momento da descoberta do sexo da criança, quando os pais ainda conversam com o feto na barriga da mãe, começa-se a fazer distinções pautadas em valores construídos e socialmente compartilhados sobre o que é ser mulher ou ser homem naquela sociedade. São esses valores que vão orientar, conduzir e formar o sujeito ao longo da vida. Que vão repetidamente lembrá-lo dos seus deveres e limites; de como deve se portar, se comunicar e expressar os seus sentimentos; do que pode ou não fazer e até onde pode ou não ir. Transgredir ou subverter essas normas gera consequências. Essas consequências não emanam (apenas) de um Estado e uma lei soberana, mas das próprias pessoas e relações que permeiam o convívio cotidiano. São pais, mães, tios, tias, irmãos, irmãs, amigos(as), professores(as), médicos(as), pessoas comuns, pessoas do cotidiano, que compartilham percepções sobre o “dever ser” dos sexos e que esperam, cobram, exigem e demandam delas próprias, e dos demais ao seu entorno, que se tenha comportamentos condizentes ao sexo designado no nascimento.

Ou seja, ser homem ou ser mulher não é simplesmente ter um pênis ou uma vagina. Implica performar os atributos de masculinidade e feminilidade socialmente construídos e compartilhados em uma dada cultura.

IDENTIDADE DE GÊNERO

A questão é que, embora haja uma grande pressão social para que as expressões de gênero correspondam ao sexo designado no nascimento, essa correlação não tem nada de natural. Como vimos, nascer com um determinado órgão sexual não faz com que a pessoa “naturalmente” se sinta masculina ou feminina. Essas são expressões construídas, ensinadas, moldadas, mas não necessariamente correspondem a como a pessoa se vê e se identifica, isto é, como ela se sente e percebe a si mesma.

Uma pessoa pode ser criada para agir e se portar como menino, mas isso não quer dizer que ela se identifique com isso, que se perceba assim. Deste modo, o sexo biológico não determina o modo como a pessoa se identifica em termos de gênero.

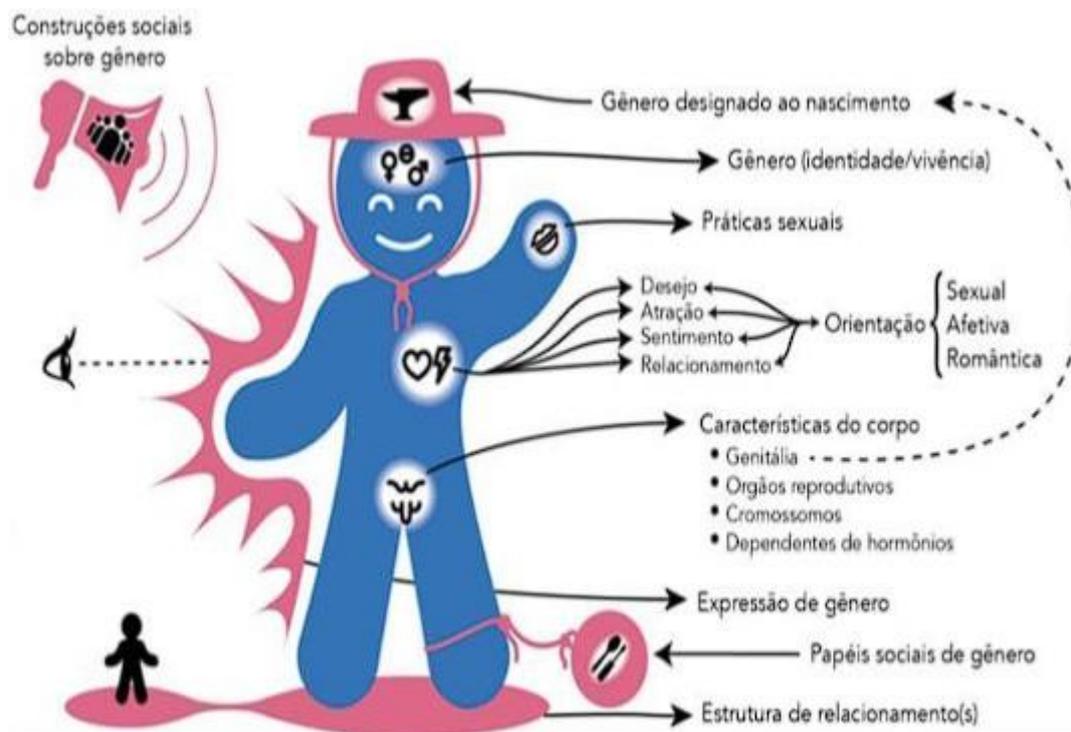
Posso nascer com uma vagina e seios e não me identificar, não me sentir

bem em performar os atributos socialmente relacionados à feminilidade. O mesmo vale para quem nasce com um pênis. Nesses casos, a pessoa pode tanto se identificar com os atributos relacionados ao sexo oposto, como pode não se identificar com nenhuma das performances sociais de masculinidade ou feminilidade.

É importante destacar que as identidades de gênero não têm qualquer relação com a orientação sexual. Identificar-se como homem ou mulher não faz com que o desejo erótico-afetivo seja direcionado ao sexo oposto. Assim como a identidade de gênero, a orientação sexual também faz parte de um conjunto de construções culturais historicamente localizadas.

A chamada “heteronormatividade”, que estabelece a heterossexualidade como padrão universal, desloca todas as outras expressões eróticas-afetivas para o campo da anormalidade e da patologia. Mas isso não faz parte da natureza, e sim de valores morais disputados ao longo da história.

Vejamos um pequeno esquema dessas diferenças:



Fonte: Ana Paula Andreotti Amorim / Arte: Paulo Eduardo A. Amorim.

Fonte: Vamos falar sobre a Saúde Integral das Travestis e Mulheres Trans? (UNAIDS, 2021, p. 14).

Tendo claro que as identidades de gênero independem da orientação erótico-afetiva, vamos compreender o que é o movimento LGBTQIAPN+ e o significado das categorias de identidade de gênero e orientação sexual que o compõe.

A SIGLA LGBTQIAPN+

A maior parte das pessoas leitoras deve se familiarizar com a expressão “LGBT”, uma das primeiras formações dessa sigla. O movimento político que deu origem a ela teve início na década de 1970, com a manifestação de homens homossexuais que buscavam ressignificar a visão patologizante e preconceituosa da sociedade sobre a homossexualidade. Ao longo dos anos, a sigla incorporou outros grupos, como mulheres lésbicas na década de 1980, e bissexuais, transexuais e travestis a partir da década de 1990, dando nome à sigla LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais).

De 2000 para cá, outras categorias reivindicaram reconhecimento das suas existências e especificidades. Esses grupos, historicamente estigmatizados e excluídos por divergir do padrão de heterossexualidade e cisgeneridade, são reunidos nessa sigla pela luta comum por respeito, dignidade e inclusão social.

Antes de destrinchar essas categorias, precisamos ter clara qual é a diferença entre cisgêneros e transgêneros.

- **Cisgênero:** Pessoas que se reconhecem no gênero designado no nascimento. Em linhas gerais, cisgênero diz respeito à norma, aquilo que é tido como normal, regular, dentro de uma relação binária (homem-mulher), na qual as expressões de masculinidade e feminilidade correspondem ao gênero designado no nascimento.
- **Transgênero:** Termo guarda-chuva para pessoas que não se reconhecem no gênero designado no nascimento, abarcando toda a pluralidade do que é ser trans. Trans, em oposição a cis, é o que atravessa a norma, o que embaralha a suposta correspondência entre atributos de gênero (expressões de feminilidade/masculinidade) e órgãos genitais (pênis ou vagina).

Agora, vamos compreender o significado das categorias da sigla. Importante

destacar que a sigla reúne identidades de gênero (transexual, travesti, queer, não binário) e orientações sexuais (lésbica, gay, bissexual, pansexual, assexual):

- **L de Lésbicas:** mulheres e/ou identidades femininas que sentem atração por mulheres;
- **G de Gays:** homens e/ou identidades masculinas que sentem atração por homens;
- **B de Bissexuais:** Pessoas que sentem atração por mais de um gênero. Importante ressaltar que pessoas bissexuais podem ser emocional, romântica ou sexualmente atraídas por quem está fora da binaridade de gênero, como pessoas não binárias, queers, homens e mulheres cis, homens e mulheres trans;
- **T de Transexual:** Pessoas transexuais são pessoas que não se reconhecem na identidade de gênero atribuída ao nascerem. Importante destacar que devemos nos afastar de uma visão transmedicamentalista desta realidade, na qual só seria trans quem se submetesse a uma série de intervenções cirúrgicas e hormonais, dentro de um padrão de “passabilidade” específico, pautado na binaridade de gênero.
- **T também para Travesti:** Pessoa que foi designada como homem no nascimento, mas que tem uma identidade de gênero feminina, ainda que não necessariamente se entenda como mulher trans. Importante destacar que essa é uma manifestação/identidade/forma de se reconhecer tipicamente latina.
- **Q de Queer (ou Kuir, como falam várias pessoas na América Latina):** É um amplo espectro de identidades e expressões de gênero que não se encaixam nos papéis de gênero masculino ou feminino.
- **I de Intersexo:** Pessoa que nasceu com alguma diferença anatômica sexual que foi patologizada pela medicina, ainda que seja uma condição normal dentro da diversidade dos corpos humanos. As pessoas intersexo

têm lutado para que as autoridades médicas parem de prescrever cirurgias irreversíveis aos recém-nascidos, adequando-os compulsoriamente ao binarismo de sexo/gênero.

- **A de Assexuais:** A assexualidade não é exatamente uma orientação sexual, mas uma intensidade. São pessoas que sentem pouca ou nenhuma atração sexual, ou apenas em certas condições.
- **P de Pansexuais:** Pessoas cujo desejo erótico-afetivo não é orientado por nenhuma distinção de gênero;
- **N de Não binária:** Termo guarda-chuva para pessoas que não se identificam com nenhum dos gêneros, ou que transitam entre eles.

As categorias de identidade de gênero e de orientação sexual, portanto, compõem o amplo movimento pelo reconhecimento e dignidade de pessoas que não se enquadram no modelo normativo de heterossexualidade e cisgeneridade. O mais importante aqui, não é tentar encaixar as pessoas em uma “caixinha”, mas entender que identidade de gênero e orientação sexual são auto declaradas e devem ser respeitadas, sem que as pessoas sejam alvo de mera curiosidade, fetiche ou quaisquer tipos de preconceito. Ouvir, sempre ouvir o que o outro tem a dizer é a grande base para um vínculo de cuidado. Estudar, se informar, buscar conversar com pessoas que vivem suas expressões e identidades também pode ser importante: aprender com o outro! Esta é uma premissa que devemos sempre levar conosco.

REFERÊNCIAS

- SIMÕES, Júlio A.; FACCHINI, Regina. Na trilha do arco-íris: do homossexual ao movimento LGBT. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2009.
- FOUCAULT, Michel. História da Sexualidade I - a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 2011.
- LOURO, Guacira Lopes. Nas redes do conceito de gênero. In: LOPES et al. Gênero e saúde. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- RAGO, Margareth. “Epistemologia feminista, gênero e história”. In: Heloisa Buarque de Holanda. (Org.). Pensamento Feminista Brasileiro: formação e contexto. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019.
- SCOTT, Joan. “Gênero: uma categoria útil para a análise histórica”. In: Educação e Realidade, 1995, 20(2).
- UNAIDS. Vamos falar sobre a saúde integral das travestis e mulheres trans? Disponível em https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2022/01/2021_UNAIDS_SaudeIntegral.pdf [Acesso em 29/112022].
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Saúde sexual, direitos humanos e a lei. Porto Alegre: UFRGS, 2020.

O SUS, A SAÚDE DA POPULAÇÃO TRANS, TRAVESTI E NÃO BINÁRIA E A DEMOCRACIA

Luana Marçon

Jonathas Justino

Sérgio Resende Carvalho

Historicamente, a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) esteve atrelada aos processos de redemocratização do país e, ao longo dos últimos 32 anos de existência, veio a se constituir, talvez, como uma das mais bem-sucedidas Políticas Públicas nacionais. Sua premissa fundante é a afirmação da “saúde como um direito de todos e um dever do Estado” e tem como princípios norteadores a universalidade, a integralidade, a equidade e a participação popular.

Um caminhar que, embora bem-sucedido, não foi isento de fortes resistências e pressões que visavam o seu desmantelamento, ou mesmo o esvaziamento de seu caráter de política pública universal. Tais iniciativas buscavam empobrecer o sistema, algo que hoje se anuncia por meio de proposições que preconizam não um “sistema”, mas uma cobertura universal à saúde que, a fim e a cabo, tem como intuito fortalecer interesses e valores privatistas naquilo que denominamos de cuidado à saúde.

Nos últimos seis anos, após o golpe institucional de 2016 e em especial durante o período do governo Jair Bolsonaro (2018–2022), os ataques frontais ao SUS se multiplicaram. A Proposta de Emenda Constitucional 241³, apelidada de “PEC da morte”, aliado às políticas e programas que buscavam substituir e/ou se contrapor a proposições comprometidas com a Defesa da Vida, em distintos campos da produção de cuidado da

³ A proposta de emenda à Constituição que estabelece o teto para os gastos públicos – PEC 241 – foi apresentada pelo governo Temer, em junho de 2016, como a principal medida estrutural adotada com o objetivo de resolver o problema das contas públicas do Brasil e trazer alguma perspectiva de recuperação econômica.

saúde — conforme podemos constatar pelas normativas referentes ao funcionamento da Atenção Básica da Saúde Mental, da Política Nacional de Humanização e do Programa Nacional de Imunização —, trouxeram consequências nefastas para o financiamento do SUS. Agravando e se superpondo a este processo de desconstrução das premissas fundacionais do SUS, observamos diretrizes de governo claramente influenciadas, e por outro lado influenciadoras, de um conjunto de políticas antidemocráticas no Brasil (e no mundo). Isso é consequência da implementação de uma série de políticas neoliberais que ampliam a desigualdade social e esgarçam os laços sociais e comunitários, por meio da implantação de um conjunto de políticas econômicas que promove a desregulamentação financeira, a privatização de bens e serviços previamente públicos e o desmonte do Estado de bem-estar social.

E, não menos importante, assistimos ao avanço de uma contraofensiva neoconservadora de características autoritárias e religiosas, que busca contestar princípios, políticas e práticas de igualdade e de combate à discriminação, esvaziando noções de justiça social e buscando substituí-la por valores tradicionais e morais.

Neste contexto, a intolerância com a diversidade e, em especial, com os mais vulneráveis — as “vidas matáveis” —, assume proporção assustadora por meio daquilo que algumas autoras têm nomeado de políticas antigênero (CORRÊA, 2018). Esse fenômeno ganha força na América Latina a partir de 2016, principalmente através da propagação da falaciosa conceituação “ideologia de gênero”. Tal discurso vinha se desenhando desde 1995⁴, principalmente junto a alas conservadoras do catolicismo e do neopentecostalismo que se opunham a pautas vinculadas a temáticas de gênero que faziam referência aos direitos sexuais e reprodutivos, casamento civil entre pessoas LGBTQIAPN+ e o uso do nome social.

Esta contraofensiva neoconservadora busca restituir a noção de família vinculada ao desempenho de funções específicas para homens e mulheres cisgêneros e he-

⁴A ideologia antigênero tem sido difundida na região desde 1995, quando a delegação paraguaia, seguindo a do Vaticano, se opôs formalmente ao termo gênero na IV Conferência Mundial sobre a Mulher em Pequim. Tal como analisado por Corrêa (2018) o “problema de gênero do Vaticano”, que está na origem dessas reservas, eclodiu no estágio final de preparação para a IV Conferência Mundial das Mulheres (Beijing), em março de 1995. (CORRÊA, 2018).

terossexuais, bem como o apelo de que gênero seja tido como algo “inato” e “natural”.

Importante destacar que esse contexto, no momento em que finalizamos este texto tem como marco temporal os estertores de um governo de extrema direita, moralmente conservador, politicamente autoritário e que favorece a ampliação da desigualdade social em nosso país. Em contrapartida, uma ampla frente democrática abre oportunidades, se propõe a resgatar o SUS enquanto política pública e traz novos desafios. Entre eles, mencionamos a urgente e necessária reafirmação da saúde como um direito de todos e dever do Estado, na garantia da igualdade que responda às necessidades singulares. Mas que logre também afirmar a diversidade social e, nela, a legitimidade — e, mais do que isto, a importância — de distintas formulações e vivências de cuidado dos indivíduos junto aos diferentes territórios de existência.

Esse breve panorama introdutório que descreve, mesmo que sumariamente, a realidade do cuidado à saúde em nosso país e que aponta desafios centrais para sustentar nosso percurso, tem como objetivo delinear uma cartilha de cuidados à população trans que valorize as vivências e saberes destes sujeitos, em diálogo com aquilo que consideramos relevante e potente nas práticas de cuidado, como a promoção, prevenção, clínica, reabilitação e invenção da vida na multiplicidade.

Trabalhamos com a noção de que o SUS é um ambiente vivo, complexo e que deve estar aberto às mudanças, em especial aquelas que tem como intuito garantir práticas de cuidado, saúde e produção de mais vida nas vidas de sujeitos que historicamente estiveram marcados por mecanismos de exclusão, morte e desaparecimento.

Dentre estes grupamentos, buscaremos aqui nos debruçar sobre problemáticas que fazem referência ao acesso para a população LGBTQIAPN+ no SUS. As barreiras de acesso são marcadas por mecanismos que carregam em si uma compreensão de que esses modos de vida, além de anômalos, seriam desviantes e, por isso, constituiriam uma ameaça à ordem, ao progresso, à família, aos bons costumes, à natureza, a Deus. E como uma ameaça, deveriam ser corrigidos, muitas vezes pelo convencimento, a razão e a ciência e, se necessário for, por medidas de natureza disciplinar e/ou mesmo pura e simples eliminação física daqueles que resistem.

Estas barreiras não são estranhas à população LGBTQIAPN+ no SUS. Essa população sempre lidou com obstáculos derivados do preconceito e da não legitimação de suas formas de existência. Interessante, neste sentido, registrar a tardia entrada da pauta e a necessidades das pessoas trans, travesti e não binárias nas políticas e práticas de cuidados em saúde que iriam se efetivar de fato no processo de enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS em meados dos anos 1990:

Alguém escreveu uma vez que a AIDS trouxe um benefício para a população trans e eu concordo, pois foi a partir dela que se iniciou a entrada de grande parte dessa população no SUS. Antes dessa epidemia, era difícil incentivar uma travesti a cuidar da sua saúde nos serviços. Elas sempre recorriam à automedicação, procurando o médico ou os serviços de Saúde apenas quando já não havia mais como se automedicar ou quando as enfermidades não tinham cura com a automedicação (SIMPSON, 2015, p. 11).

É importante destacar que a população trans não se manteve inerte às barreiras de acesso derivadas do preconceito. Suas ações de militância, denúncia e luta ampararam a produção de linhas de cuidado, como a Política Nacional de Saúde Integral à população LGBT, de dezembro de 2011. Além disso, a última publicação ministerial acerca da travestilidade e da transexualidade de 2015 reforça o cenário que já desenhamos acima, e afirma a necessidade de continuarmos os enfrentamentos para o efetivo cuidado da população trans no SUS.

Cabe-nos interrogar como a afirmação acima denuncia os modos de cerceamento ao qual tal população foi submetida e como ela nos move à procura de como realmente efetivar o cuidado de modo integral, lido em suas historicidades particulares e com formas de imaginar um futuro aberto à solidariedade.

Acreditamos que tal exercício deva ser feito através de um duplo deslocamento, que permita olhar os reflexos da interdição e do preconceito nas vidas trans, bem como pensar em formas cada vez mais inclusivas para que as políticas públicas sejam pensadas, junto aos sujeitos aos quais elas se destinam.

Esperamos que a leitura do material que segue mobilize ações no cotidiano dos serviços, na prática relacional com a população trans, travesti e não binária e que essas ações influenciem práticas de cuidado comprometidas com a democracia em ato.

REFERÊNCIAS

CORRÊA, Sônia. Políticas Antigênero na América Latina. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids, 2021.

SIMPSON, K. Transexualidade e travestilidade na saúde; In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. A Travestilidade e a Transexualidade na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

O “EXTENSIONAR-SE”

A AÇÃO COLETIVA DE EXTENSÃO E AS PESSOAS USUÁRIAS DOS SERVIÇOS EM SAÚDE ENQUANTO COPARTICIPANTES DA PRODUÇÃO

Jonathas Justino

Luana Marçon

O processo que inclui a produção desta cartilha tem relação direta com um coletivo de pesquisa do Departamento de Saúde Coletiva, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (DSC-FCM-UNICAMP). O Coletivo Conexões: Políticas da Subjetividade e Saúde Coletiva é um grupo composto por pesquisadoras e pesquisadores que colocam seu olhar de investigação para fora da academia, no estabelecimento de parcerias com serviços de saúde e outras áreas de conhecimento, e tem como premissas as visões inter e multidisciplinar de atuação.

Compondo este trabalho, além das pessoas usuárias da rede de serviços e profissionais de saúde municipais, estão pesquisadores e pesquisadoras do campo da História, das Ciências Sociais, da Psicologia, da Terapia Ocupacional e da Medicina, o que fomenta uma visão ampla sobre os fenômenos eleitos para reflexão. E isso necessariamente significa destacar como compreendemos o nosso trabalho acadêmico e como isso se desdobra para a cartilha de Saúde Trans, Travesti e Não Binária.

Antes de mais nada, é importante contar que somos um grupo de pesquisa, que historicamente ocupou o lugar de trabalhadoras e trabalhadores de equipamentos do SUS e do SUAS. Tal experiência afeta intensamente o modo como temos pensado as formas de pesquisa no campo da Saúde Coletiva.

Em nossas tentativas de tensionar as fronteiras que separam o saber acadêmico do saber das equipes de saúde — e ainda mais dos saberes de quem faz uso dos equipamentos da rede —, temos apostado em uma série de formatos de pesquisa. Eles bus-

cam tensionar o modo como as pesquisas acadêmicas representam grupos historicamente marginalizados. Em geral, essa representação contém vícios e achatam as identidades a determinados lugares. Para criar a tensão, temos usado a noção de experiência como peça fundamental do modo como nos relacionamos com o campo de pesquisa.

Desta forma, esta cartilha é produto de uma experiência que buscou ampliar redes, produzir visibilidade e, junto a isso, acessar as formas de cuidado que a população trans e travesti vem inventando, mesmo com inúmeros mecanismos que não cessam em interpelar suas existências.

Do ponto de vista da experiência, o importante não é nem a posição (nossa maneira de pormos), nem a “o-posição” (nossa maneira de opormos), nem a “imposição” (nossa maneira de impormos), nem a “proposição” (nossa maneira de propormos), mas a “exposição”, nossa maneira de “ex-pormos”, com tudo o que isso tem de vulnerabilidade e de risco. Por isso, é incapaz de experiência aquele que se põe, ou se opõe, ou se impõe, ou se propõe, mas não se “expõe”. É incapaz de experiência aquele a quem nada se passa, a quem nada acontece, a quem nada sucede, a quem nada toca, nada chega, nada afeta, a quem nada ameaça e nada ocorre (BONDIA, 2002, p. 25).

Falar de experiência não é tarefa simples nesse momento. Contudo, se faz urgente na medida em que nos posicionamos para a escuta da população trans e travesti e não binária, e nos deparamos com o modo como o medo e a violência ainda são os afetos centrais na sua relação com o atendimento em saúde.

Olhar para fora das salas, dos prédios e do campus da UNICAMP é tanto uma postura eticamente singular e individual, como uma necessidade que aponta para como entendemos nossos trabalhos junto ao município de Campinas/SP.

Apostamos na Extensão Universitária como um encontro entre a academia e as práticas de cuidado oferecidas e produzidas pelos profissionais de saúde da Rede e também pelas pessoas usuárias destes mesmos serviços. A composição conjunta é essencial. Parâmetro este que sempre nos acompanha.

A partir disso, buscamos adentrar reflexões que trazem à tona a perspectiva de que é possível realizar um trabalho de extensão e conseqüente produção de material, a

própria cartilha, que questione lugares e saberes previamente estabelecidos e que aponte para composições e movimentos que busquem na oferta de cada pesquisador(a), trabalhador(a) e usuário(a), a construção de uma Rede de Cuidado viva, formada por diversos saberes.

Defendemos que só a partir das micro composições vividas e experienciadas pelo trabalhador(a) em saúde, pelo usuário(a) do serviço e pelos(as) pesquisadores(as) da UNICAMP, conseguiremos chegar em uma construção que dialogue com todas as pessoas. Um trabalho visto a partir do pensamento crítico que visa, acima de tudo, tecer relações, construir pontes com a rede de serviços e levar em conta a história e posição de quem a utiliza (as próprias pessoas usuárias). Tudo isso pensando essencialmente nas possibilidades do acontecimento: *o que é possível que façamos em conjunto e agora?*

Vale destacar que esta cartilha toma a pessoa usuária do serviço de saúde enquanto guia de sua proposta. O usuário-guia refere-se a uma perspectiva ético-metodológica que norteia o processo de trabalho e da própria construção do cuidado:

O conceito ferramenta usuário-guia parte de uma aposta ético-metodológica na qual a centralidade da experiência vivida pelo usuário desloca o olhar do investigador no sentido de assumir a perspectiva do usuário, no governo de si, como referência para os sentidos que devem ser dados às práticas de saúde; ou seja, aposta em uma adesão dos profissionais à vida do outro como ética, deslocando o outro da posição de objeto para a de cofabricante do conhecimento (SEIXAS, 2019, p. 2).

O vídeo que abre esta cartilha foi construído através de encontros/oficinas com a população trans no município de Campinas/SP. Pessoas estas indicadas pelo próprio Espaço Transcender.

As oficinas temáticas oferecidas no Espaço Cultura de Campinas/SP tinham como facilitadores os pesquisadores Jonathas Justino (psicólogo e doutorando do Departamento de Saúde Coletiva da UNICAMP) e Cláudia Helena Rego (médica ginecologista do Espaço Transcender e mestranda do Departamento de Saúde Coletiva da UNICAMP).

Com elas foi possível se compreender, dentre tantas questões, o que os participantes entendem e destacam como sendo elementos de Barreira ou de Acesso aos serviços de saúde do município.

Apesar de todo o arcabouço institucional e do aparato jurídico-legal do SUS criado para melhorar o acesso da população aos serviços de saúde, ainda existem muitas barreiras que interferem na concretização do acesso universal à saúde no Brasil. Por isso, o conhecimento dessas barreiras de acesso aos serviços de saúde é de extrema importância, já que permite uma melhor estrutura, organização e planejamento dos serviços ofertados.

Em nossos trabalhos, questões específicas vinculadas ao corpo transexual, travesti e não binário aparecem com recorrência. Ser uma pessoa trans e buscar os cuidados em saúde envolvem dificuldades cotidianas, envoltas em situações repletas de constrangimento e temor. Listamos aquelas que emergiram com maior frequência e foram eleitas como as principais influências na dificuldade de acesso aos cuidados em saúde.

BARREIRAS IDENTIFICADAS

FORAM NOMEADAS AS DIFICULDADES E ELENCADOS ALGUNS DISCURSOS EMERGENTES DAS OFICINAS

O CORPO DA ESPECIALIDADE

“Por vezes, não consigo obter atendimento no Centro de Saúde. Por eu ser trans, me encaminham diretamente para o Ambulatório Especializado, mesmo que seja um procedimento simples, como tomar uma injeção ou passar por um atendimento porque estou me sentindo com febre”.

“Às vezes eu sinto como se meu corpo fosse de outro mundo, sabe? Como se minha febre fosse de outro tipo, uma “febre trans” que impede que o profissional me atenda. Já tive que me deslocar da minha casa para o Ambulatório Transcender só para tomar uma injeção Benzetacil”

PATOLOGIZAÇÃO DO CORPO TRANS-TRAVESTI

Acham que a gente tem problema de saúde mental só por que a gente é trans”

“Tem muita gente que ainda acha que ser gay, lésbica, trans, travesti é igual a você ser doente, louco”.

O NÃO RECONHECIMENTO DO NOME SOCIAL

“Me chamam pelo nome que eu não reconheço, pelo meu nome antigo, civil, mesmo que eu peça para me chamar pelo meu nome social, o que é um direito meu. Eu chego na recepção e peço que me chamem por esse nome e em muitas vezes fazem o contrário”.

“Já aconteceu de eu estar numa recepção em uma unidade de saúde e apavorado por desconfiar que iam me chamar por esse nome que eu não vejo como meu. E eu, todo menino, com a estética masculina, sendo chamado por um nome de um gênero que eu não me identifico. Agora, veja, imagina a situação eu levantar quando me chamam por esse nome: todo mundo fica olhando. O puro constrangimento”.

A NEGAÇÃO DE PROCEDIMENTOS BÁSICOS

“Sou trans homem e tenho útero. As pessoas esquecem disso”

“É muito difícil conseguir alguns exames que meu corpo precisa: mamografia ou exames do tipo”.

A INDIGNIDADE NA BUSCA POR CUIDADOS: A QUESTÃO DO BANHEIRO

“Difícil ter que implorar pelo que é básico e de direito”

“Não me deixam usar ou dificultam o acesso quando tenho que utilizar o banheiro o qual tenho direito. Já tive que voltar para casa, sem atendimento, porque não pude ir ao banheiro feminino. Mesmo eu falando que sou uma mulher trans, fui impedida de entrar no banheiro feminino”.

LACUNAS DE CONHECIMENTO/INFORMAÇÃO POR PARTE DOS PROFISSIONAIS

“Muitos profissionais que eu encontrei não sabiam a diferença entre identidade de gênero e orientação sexual. Tive que explicar tudo”.

“Perdi quase todo o atendimento. Ainda que o profissional era interessado, mas precisava de mais informações, eu estava com dor e tive que ficar dando aula”.

ESTEREOTIPIA, PRECONCEITO

“Açam que somos prostitutas só pelo fato de sermos travestis”

“Me encaminham frequentemente para exames de sorologia, I STs diversas. Como se eu fosse alguma coisa que transmitisse doenças”

DESCONHECIMENTO DOS CAMINHOS PARA ASSEGURAR OS DIREITOS

“Muitas vezes não sei quais são meus direitos, o que eu tenho que fazer, o que eu posso ou não exigir e quem procurar para um apoio”.

“Me sinto sozinha, como se não houvesse nada para eu fazer para conseguir me cuidar. Não sei onde procurar informações e se realmente estão me informando certo”.

Percebe-se que as barreiras identificadas pelas pessoas usuárias são condizentes com parâmetros de como o corpo trans, travesti e não binário é comumente percebido de maneira equivocada. Isso pode estar associado também a como o profissional de saúde irá se dispor ao cuidado necessário daquela pessoa ou, talvez, a novos processos de violação de seus direitos, bem como na não-construção de vínculo com uma pessoa usuária do serviço que busca o referenciamento no equipamento de saúde e o acompanhamento de acordo com suas demandas.

As questões do **banheiro** e do **nome social** aparecem de forma proeminente, bem como as noções de que o corpo trans, travesti e não binário é mais suscetível aos **agravamentos venéreos** de sua saúde, reduzindo em estereotipia a relação clínica. Isso ainda é calcado em uma noção de que identidade de gênero está individualmente atrelado à noção oitentista de grupo de risco⁵.

⁵ Quando a AIDS surgiu em meados da década de 1980, a população mais atingida foi a de homens gays, especialmente aqueles que frequentavam sauna e ambientes relacionados. A ciência forjou a noção de “grupo de risco” para este segmento, incluindo hemofílicos, prostitutas e usuários de drogas injetáveis. Uma fissura, uma brecha científica para que a discriminação e o preconceito pudessem ser legitimados pela credibilidade do discurso de saúde e de prevenção. Com o decorrer do tempo, outros grupos sociais que não os elencados enquanto grupos de risco em primeira instância, também foram acometidos pela AIDS, dando outra “cara” aos boletins epidemiológicos. Desta maneira, a noção de grupo de risco passa a ser paulatinamente substituída por comportamento de risco.

A questão da **saúde mental** ainda voltada ao campo da **patologização** do corpo não cisgênero é algo comum nos relatos das pessoas participantes das oficinas. Esta relação pode também estar associada a falta de informação sobre questões básicas, tais como os conceitos de **identidade de gênero, orientação sexual**, dentre outros. Questões vinculadas ao atendimento especializado em termos de hormonioterapia ou **procedimentos de modificação corporal** considerados mais invasivos também são considerados direitos difíceis de serem obtidos.

As **dificuldades em acessar informações** sobre os direitos em saúde é também uma questão deveras importante para a população trans que colaborou para esta cartilha em Saúde.

Assim, aceitar e adentrar esse trabalho na construção da cartilha envolve se deparar com princípios ético-políticos que pretendem compreender a saúde de maneira **não binária**, e adequada à corporalidade em sua multiplicidade. Diz respeito a compreender que a população trans e travesti necessita e requer cuidados em saúde **para além do processo transexualizador e das eventuais necessidades de modificações corporais**, invasivas ou não. Diz respeito a entender que um corpo trans ou travesti detém o direito inegável se ser atendido em seu território de referência, ter reconhecido o direito ao uso de seu nome de escolha, e de não ser constrangida ou interdita nas dependências das unidades de saúde.

Outro ponto é o modo como a crise sanitária atingiu os corpos de maneira desigual, em relação aos marcadores de raça, classe e gênero. Isso demonstra que os princípios constitucionais do SUS da universalidade, integralidade e equidade, só se desdobram em práticas junto a um projeto político de enfrentamento às desigualdades sociais, raciais e de gênero. Desta forma, mais do que nunca é necessário que afirmemos um SUS combativo contra as iniquidades e também contra a agenda neoliberal. Logo, tais debates não podem ser alçados a um lugar de especialidade ou de uma problemática de apenas alguns indivíduos. Eles são centrais para reinstaurarmos as frentes de luta reivindicando um SUS para todas as pessoas.

Dessa maneira, acreditamos que a luta pelo acesso à saúde, ao atendimento

humanizado, que respeite as particularidades das pessoas transexuais, seja fundamental, inclusive quando falamos do recorte de gênero em interface com o SUS.

Temos valorizado e apostado na experiência como mola propulsora de outras formas de agir em saúde e fabricar modos mais dignos de gestão, clínica e cuidado, principalmente no interior dos serviços de saúde, no ponto de encontro entre pessoas trabalhadoras e usuárias, em que a linha tênue entre negligência e tutela se apresenta como um desafio ético para nossas práticas cotidianas.

REFERÊNCIAS

BONDIA, Jorge Larrosa. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. In: **Revista Brasileira de Educação**, n. 19, p. 20-28, abr. 2002.

SEIXAS, Clarissa Terenzi et al. O vínculo como potência para a produção do cuidado em Saúde: o que usuários-guia nos ensinam. In: **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online], v. 23, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.170627> [Acesso em 04/09/2022].

CARVALHO, Sérgio Resende et al. **Vivências do cuidado na rua: produção de vida em territórios marginais**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2019.

SUGESTÃO DE LEITURAS, VÍDEOS, DOCUMENTÁRIOS

LIVRO REDE UNIDA

Produção realizada em 2019, junto a profissionais da rede de saúde, usuários de serviços, professores e militantes de outras universidades.

[PDF REDE UNIDA LIVRO](#)

CURTA TERRITÓRIOS MARGINAIS

Em parceria com o Laboratório Cisco Educação e Imagem e financiado pela FIOCRUZ.

[DOC. TERRITÓRIOS
MARGINAIS](#)

DOC. PREAC - UNICAMP “LARGO DO PARÁ”

Curta envolvendo as ações de Projeto de Extensão 2018-2019: Entre a Clínica, a Arte e a Cidadania.

[DOCUMENTÁRIO
LARGO DO PARÁ](#)

BALZAKIANAS FOREVER

Entrevistas com movimento social LGBTIAP+ localizado no bairro Padre Anchieta – focando nos movimentos de resistência e no diálogo entre arte drag e cuidado no território.

[BALZAKIANAS
FOREVER](#)

EIXO 2

QUE CORPO É ESTE QUE EU (NÃO) HABITO?

Varlei Couto

Não nascemos com um corpo naturalmente determinado. Nossos corpos são construções históricas, produtos de determinados códigos culturais. Ao nascermos, somos forjados a portar uma identidade jogada sobre nós a partir de marcos binários que classificam o humano dentro de rígidos e fixos territórios: um pênis nos coloca arbitrariamente nos limites do masculino e uma vagina arbitrariamente nos limites do feminino. Passamos a habitar o mundo azul, aquele da força e altivez, da razão e da coragem. Na contramão, uma vagina lança os corpos nas molduras do que arbitrariamente se convencionou conceituar como feminino, cujos atributos principais emergem a partir desse orifício-vagina que cola os corpos no âmbito da fragilidade, irracionalidade, submissão. O universo rosa é pensado em contraposição à cristalinidade do azul, que impera, domina, subjuga e inferioriza os corpos femininos.

Se ao nascermos rapidamente somos enquadrados dentro desse universo binário e violento das relações de gênero, nossos corpos são atravessados continuamente pelas relações de poder que nos constroem e tentam cotidianamente nos fazer acreditar na naturalidade da biologia. Mas os corpos não possuem apenas as leis da fisiologia. Os corpos não escapam à história. Eles são formados por regimes discursivos (sejam os discursos da biologia, da religião, do Estado, da medicina, dentre tantos outros) que os constroem e tentam enquadrá-los nos limites da norma.

Esse é um jogo dinâmico e complexo que lança os corpos em meios a relações de poder criativas e inventivas. Isso porque, a partir do pensamento do filósofo francês Michel Foucault, sabemos que o poder não emana apenas e a partir dos aparelhos repres-

sivos do Estado e de instituições normalizadoras. O poder é fluido, ele emana de todos os cantos e campos do social. O poder não possui um centro estático no qual funcionaria operando a partir de múltiplas repressões.

Não imaginemos o poder atingindo nossos corpos pelo zênite do nosso olhar, isto é, sempre do ponto mais alto em direção ao mais rês do corpo. Não pensemos o poder como o campo supremo da repressão. O poder não diz apenas não. Ele nos atravessa dizendo sim, incitando os corpos a transitarem por caminhos diversos. O poder é inventivo e criativo. Longe de ser o senhor das repressões, o poder deve ser entendido como micro-poderes que se exercem ao nível do cotidiano. Vejamos o que nos diz Michel Foucault:

(O poder) incita, induz, desvia, facilita ou dificulta, amplia ou limita, torna mais ou menos provável; no limite, coage ou impede absolutamente, mas é sempre um modo de agir sobre um ou vários sujeitos ativos, e o quanto eles agem ou são suscetíveis de agir (FOUCAULT, 2010, p. 288).

Reduzir os seus mecanismos às noções repressivas tem sido uma forma bastante utilizada pelo Estado para maquiagem as múltiplas violências causadas pelos efeitos do poder sobre os corpos, sobretudo aqueles que se desviam dos padrões normativos de sexo-gênero que explicam violentamente o humano, objetificado, importante salientar, a partir de orifícios sexuais que explicam a verdade do sujeito.

Não chegamos ao mundo habitando um corpo. Ora, o corpo, esse organismo vivo que ao nascer é rapidamente encarnado a partir de um sistema de signos culturais que dão a ele sentido e identidade sociocultural-política, carrega em si o germe das insurreições, a semente das múltiplas resistências que o retira dos lugares que lhes são continuamente impostos. Se os corpos são atravessados por relações de poder, é válido lembrar, com Michel Foucault, que onde há poder há resistência. Se o sujeito é fruto, ou melhor, resultado de variadas relações de poder que o constroem, resistir está no cerne das lutas cotidianas. Só há relações de poder onde os sujeitos podem se deslocar e, sobretudo, escapar. Isso porque no jogo complexo dessas relações a liberdade atua como condição de existência do poder.

Como nos ensina Foucault, o corpo é superfície de inscrição dos acontecimentos. Tais inscrições são impressas no decorrer da história, o que significa lembrar que o corpo não é, de forma alguma, materialidade a-histórica. Muito pelo contrário! O entendimento do corpo como construção histórica é a porta de saída para a desconstrução dos identitarismos e violências de gênero que assolam os corpos que se revoltam contra o sexo-rei-normalizador.

Tomar a história como parceira e reconhecer a sua potência na desconstrução das naturalizações é um dos primeiros passos para resistir frente às inúmeras investidas do poder, que jogam para o limbo da sociedade os corpos que travestem as normas de gênero, embaralham os binarismos e decodificam padrões sexuais. É por isso que corpos que escapam à heterossexualidade compulsória incomodam tanto. Corpos trans e travestis, por exemplo, tensionam não apenas o biológico, mas também a cultura. Esses corpos (r)existem questionando os códigos no limite da norma, ao não reconhecerem, ou até mesmo negarem o sexo que habitam numa pele inconformada com o gênero que lhe é imposto.

O Brasil é um país que foi engendrado pelo projeto colonialista. Uma nação cuja elite política, formada por homens supostamente heterossexuais, apostaram no projeto mítico e falacioso da democracia sexual-racial como raiz de nossa mais essencial identidade. Somos o país construído a partir do imaginário do paraíso tropical, de uma terra radiante, cristalina, erótica, cujos corpos harmoniosamente se miscigenaram num processo que gerou uma nação marcada pela diversidade.

Tal imaginário mais esconde do que revela. É de se perguntar: Quais são os sujeitos, quais são os corpos que foram e ainda tem sido impedidos de existirem no paraíso? Corpos-trans são invisíveis em variados serviços públicos no Brasil, sendo negados a esses corpos direitos básicos, à vida, à liberdade, ao ato de existir no mundo.

Apoderar-se desse contexto, percebendo sua historicidade, é uma forma de se tornar presença real e visível no mundo, para além da invisibilidade e de toda forma de desprezo, violência e discriminação. É reivindicar a vida, “é sentir o corpo refluir sobre si, é existir, enfim, fora de toda utopia, com toda densidade, entre as mãos do outro” (FOU-

CAULT, 2013, p. 16).

REFERÊNCIAS

FOUCAULT, Michel. **O corpo utópico, as heterotopias**. São Paulo: n-1 edições, 2013.
_____. “O sujeito e o poder”. In.: DREYFUS, Hubert L.; RABINOW, Paul. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

MISKOLCI, Richard. **Teoria queer: um aprendizado pelas diferenças**. Belo Horizonte: Autêntica, 2017.

SANT’ANNA, Denise. **Corpos de passagem: ensaios sobre a subjetividade contemporânea**. São Paulo: Estação Liberdade, 2000.

PROCURANDO O CUIDADO...

ENTRE DIREITO, ACESSO

E INTERDIÇÃO

Mari Prado
Leila Dumaresq

Falemos da palavra *hostilidade*.

Em seu significado mais literal, hostilidade significa: **que manifesta inimizade; próprio de inimigo; que revela agressividade; algo considerado ameaçador.**

Quando dizemos sobre o corpo trans em sua “andança” pela vida, ou seja, aquela comum a todas as pessoas — ida e vinda do supermercado, da casa de algum amigo ou familiar, do espaço onde a pessoa possa confessar sua fé, na locomoção para o trabalho ou a algum evento de lazer, etc. — é necessário dizer que essa inserção no espaço público coexiste com algo muito particular. Uma pessoa trans ao andar pelas ruas é costumeiramente acompanhada de olhares envoltos pela chacota e pela discriminação e de maneira frequente encontrando em seus percursos a força da hostilidade verbal ou até mesmo física. De maneira ampla, tais olhares e atos afirmam: **“Aqui não é o seu lugar”**.

Dito isso, vale afirmar a máxima de que todos nós, sem exceção, em algum momento da vida precisamos de cuidados que fogem da nossa possibilidade individual de promoção da nossa própria saúde. Esses cuidados podem envolver **exames de rotina, febre, alguma dor que subitamente acomete seu corpo, algo que nos tira do prumo e, por conta disso, necessitamos de um olhar de terceiros.** Fato comum à todas as pessoas, inclusive à vida trans.

E para além dessa constatação, vale um simples questionamento: você que lê essa Cartilha, especialmente esse texto, já sentiu medo de ir ao médico? De permanecer com dor ou saber que algo poderia eventualmente se agravar, simplesmente, por que o temor de ser hostilizado tornara-se significativamente maior do que a necessidade de buscar um acompanhamento?

Não é incomum à vida trans encontrar uma recepção hostil também nos serviços de saúde em que busca se referenciar. Essa hostilidade muitas vezes começa em sua casa, vizinhança, trabalho, comércio, escola, transporte e se amplia ao espaço público, inclusive na relação com as diversas instituições. Por isso, as discussões sobre como as pessoas trans são tratadas são fundamentais também para a recepção dessas pessoas no serviço de saúde.

Destacamos a necessidade de saber, refletir e problematizar o fato de que a pessoa trans que entra no serviço de saúde também sente medo. Diferente da maior parte das pessoas, ela entra no serviço preocupada em ser hostilizada por precisar usar o banheiro, com medo de ter o nome com o qual não se identifica chamado na recepção, entre outras situações hostis. Então, seja buscando informação e aconselhamento para proteção e prevenção, seja procurando cuidados para seus sofrimentos, é preciso lembrar que a pessoa trans traz consigo temores particulares ao serviço. Por isso, como é possível começar a falar de vínculo longitudinal se a equipe não está alinhada a respeito da garantia de um espaço acolhedor e protegido para aquela pessoa?

Não é possível!

O medo dessa violência invisibilizada por diversos discursos e práticas que atravessam a sociedade para dentro dos serviços de saúde pauta o início do atendimento de pessoas trans em unidades de saúde, fator que dificulta e, por vezes, impossibilita a realização de um bom atendimento. Por outro lado, a experiência mostra que todos os serviços que propiciam espaços seguros e acolhedores para pessoas trans ganham reconhecimento dessa população, que passa a indicar a unidade como referência de um tratamento respeitoso, independente da sua localização. A notícia de um espaço menos hostil parece mais importante do que a proximidade geográfica, tamanha a escassez de referências como essa.

Por isso, é importante que os serviços levem experiências bem-sucedidas para outros espaços, socializando os acertos e, se necessário, realizando eventuais encaminhamentos para a rede. Porém, deixando sempre a porta aberta para que a pessoa volte caso algo dê errado, mantendo o referenciamento ativo no território. **Esse diálogo entre as**

equipes e a rede é fundamental.

A abordagem dada a um indivíduo trans deve ser preocupada com o seu bem-estar geral, sem que preconceitos sobre a sua identidade de gênero interfiram na qualidade do atendimento. As múltiplas identidades de gênero não devem ser motivo para submeter pessoas a julgamentos morais. Julgamentos que, quando atravessam o atendimento da pessoa, dificultam o acesso ao direito no cuidado à saúde pelo SUS — algo que, por si só, configura uma forma de violência.

Assim, que dúvidas necessárias sejam tiradas, sobretudo em privado, a respeito de dados para o cadastro, pronomes, nome social e preferências de tratamento. Que essa pessoa seja acompanhada ao máximo possível e orientada de seus direitos. Que seja priorizada uma triagem pessoal, para que sejam entendidas e averiguadas as queixas feitas pela paciente, sem presumir ou pressupor suas necessidades.

A criação de um vínculo com a paciente é ferramenta essencial para qualquer prática profissional na área da saúde. Entretanto, para que isso aconteça também com a população trans, é necessário que exista, no imaginário dos profissionais que constituem os setores do atendimento à saúde, a necessidade de aproximação e entendimento das experiências e vivências de pessoas trans, travestis e não-binárias, por elas próprias. Isso para que exista, além do acolhimento, certa identificação com essa comunidade. Que o conceito de escuta de qualidade seja trabalhado com o interesse e necessidade da retenção e valorização desses conhecimentos que cerceiam a comunidade trans.

Que o cuidado não seja só pensado como questão de serviço, mas enquanto processo de humanização e memória dessas pessoas, que são atravessadas por tantas complexidades.

Que a vida trans seja também refletida acerca de suas potências e possibilidades, e não somente pela ótica da violência e da falta.

COMO VOCÊ qUER qUE EU TE CHAME? O ACOLHIMENTO, O VÍNCULO E A ESCUTA QUALIFICADA

Luma Montenegro
Suzy Santos
Jonathas Justino

Este texto objetiva discorrer sobre as questões do **acolhimento, da escuta qualificada e do vínculo**, desde o momento em que percorremos o território até quando recebemos uma pessoa usuária nas unidades específicas de saúde onde desempenhamos nossos trabalhos.

Seja em serviços de ação itinerante, seja em Centros de Atenção Psicossocial, seja em qualquer espaço onde o cuidado é tido como premissa, os processos de se **vincular, de qualificadamente escutar as demandas e, por fim, acolher a pessoa de maneira efetiva**, são parâmetros imprescindíveis para se efetivar a promoção da saúde de maneira integral e continuada.

Muito se ouve sobre estes termos. Porém, o que de fato significa uma **escuta qualificada**? O ato de realizar um **acolhimento** adequado é atravessado por quais elementos? O **vínculo** pode ser formado a partir de quais perspectivas éticas?

Os trabalhos desenvolvidos por Luma Montenegro e Suzy Santos, redutoras de danos que atuam há mais de uma década na Rede de saúde de Campinas/SP, permitem refletir sobre essas questões. Ocupando-se da pauta trans e da luta por direitos básicos dessa população, essas mulheres mostram, em suas ações, os sentidos de **cuidado e acolhimento** que discutimos nesta cartilha.

Andar pelo território e conviver com a transexualidade e a travestilidade são elementos que fazem parte do dia a dia de ambas as profissionais. Em nossa conversa no espaço da Casa sem Preconceitos, tanto Luma quanto Suzy tiveram a oportunidade de relatar histórias suas e de outras pessoas trans que passaram por suas vidas e **que pedi-**

ram apoio e também colaboraram para que elas hoje pudessem desempenhar suas atividades, inclusive enquanto redutoras de danos.⁶

Esse tipo de acolhimento só foi possível porque houve **escuta**. Quando falamos sobre **escuta qualificada**, mais do que a atenção à conversa, é preciso levar em conta os processos que nos entorpecem em termos de sensibilidade, e que enfraquecem elementos próprios da coletividade. Estar com o sujeito em um espaço de práticas em saúde implica deter conhecimento mínimo sobre a sua vida, tendo em vista tratar-se de um processo relacional.

Uma certa anestesia e indiferença em nossa escuta nos leva a produzir constantemente o processo de indiferença em relação ao outro. A Pandemia de Covid-19 colaborou com isso: tivemos que nos afastar uns dos outros frente às determinações sanitárias para proteção coletiva e também para nossa própria segurança, ao passo que as mortes pandêmicas passaram a ser informadas pelas mídias de massa de maneira cada vez mais natural.

Vivemos esse período sendo informados cotidianamente que alguém, por vezes próximo, teria ido a óbito. A morte se aproximou e permaneceu ao nosso redor. **Todavia, algo particular da pandemia, especialmente no que se refere à finitude, atravessa a realidade trans no Brasil há algum tempo.**

Conforme o relatório de 2021 da *Transgender Europe* (TGEU), que monitora dados globalmente levantados por instituições trans e LGBTQIAPN+, 70% de todos os assassinatos registrados neste período aconteceram na América do Sul e Central, sendo 33% no Brasil. Os indicadores apontam que, no ano de 2020, a Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA) reportou 175 transfeminicídios e mapeou 80 mortes, só no primeiro semestre de 2021. Ainda segundo a ANTRA: “no ano de 2021, tivemos pelo menos 140 assassinatos de pessoas trans, sendo 135 travestis e mulheres transexuais, e 5 casos de homens trans e pessoas trans masculinas” (BENEVIDES, 2022, p. 30).

De acordo com o documento da *Transgender Europe*, 96% das pessoas as-

⁶ Suzy é referência nas discussões sobre a saúde trans em Campinas/SP e desenvolve há alguns anos o Projeto da “Casa sem Preconceitos”, que será destacada posteriormente nesta Cartilha. Luma, além de redutora de danos, é performer e compõe o Coletivo Artístico Balzakianas Forever, grupo que também será explicitado em capítulo posterior.

sassinadas em todo o mundo eram mulheres trans ou pessoas consideradas afeminadas; 58% das pessoas trans assassinadas eram profissionais do sexo; a idade média das pessoas assassinadas é de 30 anos.

O Brasil continua no topo da lista como o país que mais mata pessoas trans no mundo. Esse indignante título permanece em solo nacional durante quatorze longos anos.

Esse cenário nos leva a questionar: o que o Brasil, enquanto Estado, oferece à população transgênera em termos de proteção, acesso e representação? Esse questionamento, vale destacar, abrange os termos da integralidade do acesso, princípio conhecido e difundido no cerne das políticas de saúde. Devemos, portanto, levantar algumas perguntas: a **escuta** oferecida adota estratégias a partir da realidade de vida da pessoa atendida? Leva em consideração suas experiências e as condições singulares que a fizeram buscar o serviço de atendimento?

É válido afirmar que a estrutura transfóbica que assola a realidade dos corpos trans não será apagada mediante o atendimento cotidiano na linha de frente. Contudo, um dos efeitos da transfobia é que muitas pessoas **não procuram atendimento em saúde por temor de serem constrangidas, humilhadas e, por vezes, fisicamente violentadas**. Os agravos em saúde da população trans são ecos de uma transfobia socialmente sedimentada, que adentra os mais diversos espaços sociais, inclusive as unidades de saúde.

A **produção em saúde diz respeito ao âmbito coletivo do trabalho**, algo que não pode, em hipótese alguma, estar dissociado da própria experiência da pessoa usuária que busca cuidados nas mais diversas instalações do SUS. Para tanto, sentar-se, ouvir e realmente estar presente na acolhida de quem busca esse atendimento é parte primordial do trabalho de vinculação e operacionalização das práticas de cuidado.

É evidente que nestas curtas folhas não será possível destrinchar todos os aspectos do que compreendemos por escuta. Todavia, é essencial que essa estratégia tão fundamental não seja feita de maneira mecanizada, mas esteja entremeada em processos que não desconsiderem a peculiaridade da vida trans, tanto no cenário político nacional quanto nas práticas realizadas nos territórios onde vivem essas pessoas.

A partir disso, passemos para o ponto do **acolhimento**.

Muitas pessoas trans atendidas em unidades de saúde já narraram ter ido embora do espaço dos serviços, antes mesmo de serem atendidas, por conta de **não poderem utilizar o banheiro das dependências**. Por isso, não basta oferecer acolhida e escuta somente na sala de atendimento, como se fosse uma ilha descolada da estrutura e dinâmica geral do espaço. Todas as dependências do serviço de saúde devem oferecer condições confortáveis, favoráveis e inclusivas para qualquer pessoa que busca a unidade de saúde.

A partir disso, nos perguntamos: **quem é o profissional de saúde?**

São absolutamente todas as pessoas que compõem aquele ambiente de trabalho, sejam elas concursadas, terceirizadas ou CLTistas. **Independente do vínculo empregatício**, esses profissionais **compõem o ambiente de trabalho** e estão diretamente implicados na qualidade do atendimento dada às pessoas que procuram aquele serviço de saúde.

Suzy Santos traz relatos de quando foi redutora de danos no bairro Jardim Itatinga, em Campinas (SP), região conhecida por ser o maior prostíbulo a céu aberto da América Latina. Ela conta que, em determinada época, o vigilante que fazia a segurança do Centro de Saúde, além de ser extremamente receptivo com as mulheres trans e travestis que adentravam a unidade, fazia todo o controle dos insumos próprios das ações em saúde, por livre e espontânea vontade:

O Itatinga foi meu primeiro campo como redutora de danos. No Centro de Saúde, tive um bom acolhimento com a equipe, que respeitava de fato o meu trabalho. A agente de saúde era muito parceira do trabalho. Conseguia trazer as meninas para as rodas de conversa. O segurança, mesmo não sendo oficialmente um redutor de danos, agia como. Ele guardava os kits, contava os que saíam e nos ajudava no que podia. Sem falar do respeito que ele tinha com as pessoas trans e travestis que iam até o Centro de Saúde.

Todas as pessoas que trabalham em um serviço de saúde, não importa o cargo, estarão próximas das pessoas usuárias que chegam, e podem de alguma maneira influenciar para que ela retorne ou não para acompanhamento. Por exemplo, mesmo que

a recepcionista da unidade seja respeitosa e assegure o direito de uma mulher trans ser chamada pelo nome reconhecido e declarado por ela, se o profissional que estiver em sua sala desrespeitar esse direito, o cuidado em si, em seu sentido amplo, estará em xeque.

Desta maneira, o **acolhimento** à população trans perpassa uma dinâmica sistêmica, que deve extrapolar ações pontuais e segmentadas. A proposta de acolhimento deve articular toda uma rede de ações, envolvendo a gestão de serviços, a clínica ampliada, os programas de formação em saúde do trabalhador na humanização dos serviços de saúde (BRASIL, 2010, p. 16)

Ainda relacionado à **escuta** enquanto ação que vai além do ouvir de maneira atenciosa, acreditamos que o mínimo de conhecimento sobre a realidade da população trans, travesti e não binária é capaz de sensibilizar e modificar as práticas dos profissionais de saúde. Mesmo que não se possa generalizar as vivências, sabemos que a transfobia é algo estruturante de um país que carrega um dos maiores índices de violência contra essa população.

Assim, de que maneira nossa capacidade de **escuta** pode ser promotora de vínculos entre profissionais e pessoas usuárias desse serviço?

A fim de trazer luz a essas narrativas, decidimos relatar trechos de episódios vividos por distintas mulheres trans e travestis residentes do município de Campinas (SP), oferecendo vislumbres dos seus itinerários cotidianos, em especial das pessoas que “fazem a batalha” (termo usado para designar a ação de prostituição) como forma de sobrevivência.

A **escuta** e o **acolhimento** partem então para nosso último ponto: **o vínculo**.

Para isso, nos perguntamos:

EM qUE CIRCUNsTÂNCIAs A MULHER TRANS E TRAVEsTI CHEGA AO ATENDIMENTO, NAS MAIs DIVERsAs DEPENDÊNCIAs DO SUS?

Suzy e Luma contam situações que envolvem a vida das mulheres trans e travestis que se prostituem cotidianamente nas ruas de Campinas⁷.

Quando a gente pensa no campo da prostituição, que infelizmente é algo que ainda “pega” muitas meninas por aí, a gente acha que é só a violência do cliente ou o fato doído de se prostituir que tem que ser levado em consideração. Para falar a verdade, eu não moralizo a prostituição ou quem se prostitui, porque às vezes é a única saída que as mulheres trans e travestis percebem que têm para sobreviver.

E, para falar a verdade, não é só o ato de se prostituir que é difícil, mas tudo que envolve esse ato, a realidade em si. Porque são pedradas de todos os lados. E não só figura de linguagem, pedrada mesmo. É sobre **violência** que estamos falando. O quanto de relato que nós ouvimos de meninas fazendo a batalha e sendo alvejada com saco de urina, lixo, ovos, líquido de extintor, tendo que sair correndo de torcedor de futebol, de polícia, de cliente. É um estado de tensão e não somente pelo ato em si, mas porque você fica em uma situação de muita vulnerabilidade. Elas por vezes são obrigadas a fazer programas, obrigadas a **se colocar**⁸ com clientes, obrigadas a fazer o programa sem preservativo porque a pessoa está ou pode estar armada. São levadas para **lugares longes e desabitados**, a fim de fazer o que tem que fazer. Quando termina o programa são deixadas no local e tem que retornar a pé pela rodovia, sujeitas a serem atropeladas e agredidas.

Quando uma mulher trans ou travesti que se prostitui **sofre alguma violência sexual** e vai lavar um boletim de ocorrência, ninguém acre-

⁷ É evidente que nem todas as mulheres transexuais e travestis vivem ou desejam viver da prostituição. E para aquelas que a exercem, a prostituição raramente é uma escolha, mas uma saída pautada na falta de aceitação social e na ausência de oportunidades. Expulsas de suas casas e negadas em ambientes de trabalho, encontram na prostituição uma forma de sobreviver. Vale destacar que “90% da população de travestis e mulheres transexuais utilizam a prostituição como fonte primária de renda” (BENEVIDES; NOGUEIRA, 2021, p. 47), o que demonstra a centralidade desse serviço nas possibilidades de geração de renda.

⁸ Análogo a fazer uso de álcool e outras drogas.

dita ou leva em consideração aquela situação. Por que onde já se viu né? **“Prostituta, travesti não sofre estupro, elas gostam disso”**. Essa é a representação que se tem da gente, de objeto. E isso, pouco a pouco, vai minando nossa confiança nas pessoas.

Quando se pensa que geralmente as mulheres trans e travestis **são expulsas de casa em média com 13, 14 anos**, e a única opção é começar a vida de prostituição, é fácil se deparar com pessoas que irão te explorar financeiramente. Existe aí o campo da **injeção de silicone industrial** que é uma questão de saúde pública. Mas, mesmo assim, acaba sendo melhor do que a agressão que acontecia em casa, o que ocorre com muitas. Não saímos cedo de nossas casas, somos expulsas.

E desta mesma maneira, temos que **interromper nossa formação escolar**, porque a escola também não se faz como um ambiente seguro. E isso vai se tornando uma bola de neve. Você não tem estudo, certificado de nada, **você não consegue um trabalho com registro**. Uma coisa vai levando a outra.

Mas o que esse relato nos diz sobre a noção de **vínculo**?

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a ideia de vínculo “consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico” (BRASIL, 2012, p. 21). Nesse sentido, o vínculo seria uma condição para a efetivação da política, viabilizando o exercício da corresponsabilidade, da continuidade e da longitudinalidade do cuidado (BARBOSA; MAGALHÃES, 2017).

O **vínculo** é um dispositivo importante para o trabalho. E tal como a vida trans, travesti e não binária, o vínculo não é um conceito universal, mas possui nuances e deve ser considerado a partir da realidade da pessoa usuária.

A **escuta, o acolhimento e o próprio ato de se vincular** não devem estar descolados da realidade que se apresenta. Por esta razão, mostrar-se aberto a experimentar uma clínica pautada na diferença é também elemento importante para que o atendimento se dê de maneira eficiente e digna.

E, claro, ressaltamos que não há como desconsiderar que as influências ma-

croestruturais poderão trazer impedimentos e percalços para este atendimento, porque, para além de nossas ações individuais, convivemos em um país que enfrenta intensa crise econômica e política. A população brasileira está sendo acometida de maneira avassaladora pela fome, pela falta de emprego e pela ausência de perspectiva de mudança dessa realidade.

Assim, a ação clínica nem de longe deve ser considerada como algo “mágico” ou romântico. A clínica se faz levando em conta as condições estruturais de um país social e economicamente desigual, bem como as condições particulares de vida da pessoa atendida.

É, portanto, na linha de frente, quando a pessoa usuária busca atendimento, que a escuta, acolhida e vinculação devem ser colocados em prática — seja em relação a pessoa que busca tratamento hormonioterápico, que busca informações sobre procedimentos de modificação corporal invasivo ou que apenas quer aferir sua pressão arterial ou necessita de uma medicação simples. Todas são situações igualmente merecedoras de acolhida, escuta e vinculação.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Maria Idalice Silva; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva. In: *Physis: Revista de Saúde Coletiva* v. 27, n. 04, 2017, pp. 1003-1022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400008> [Acesso em 06/09/2022].

BENEVIDES, Bruna (org.). Dossiê de assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2021, Brasília: Distrito Drag, ANTRA, 2022.

FOTOGRAFIAS DE UMA REDE DE ATENÇÃO TRANS EM CAMPINAS

Coletivo organizador

As ações individuais de um determinado serviço, por mais adequadas que sejam à população trans, não são suficientes para que o cuidado seja promovido em sua integralidade. **É necessário “olhar para fora” e perceber quais as redes que compõem nosso dia a dia enquanto profissionais de saúde.**

As articulações entre serviços de diferentes pastas (Assistência Social, Saúde, Segurança Pública, Habitação, Educação, dentre outros) devem ser vistas como parte primordial da promoção de cuidados e para estabelecer objetivos comuns com relação a realidade particular das pessoas usuárias em seus distintos territórios. Esta natureza de atuação permite com que as práticas transcendam ações individualizantes e localizadas, compondo estratégias coletivas dentro de uma rede de cuidados.

Esta premissa permite compreender que as práticas de cuidado não devem e não podem ser tratadas a partir de uma ótica individualizante, mas sempre relacional entre serviços institucionais, movimentos sociais, organizações do terceiro setor e a própria comunidade.

Há algum tempo, o pensamento intersetorial e as ações em rede vêm sendo consideradas parte integrante do dia a dia dos profissionais de diversas áreas de conhecimento, inclusive nos que se inserem nas Políticas de Saúde. Deste modo, a intersectorialidade passou a ser um dos requisitos para a implementação das políticas setoriais, visando sua efetividade por meio da articulação entre instituições governamentais e entre essas e a sociedade civil.

Faz-se necessário a combinação de múltiplos saberes em saúde, de distintas profissões e políticas públicas. Uma rede de cuidados compartilhada, dialógica e que pos-

sa ser minimamente eficiente em suas atuações.

Vale destacar que os encaminhamentos das pessoas usuárias a quaisquer serviços da rede podem, por muitas razões, não se efetivar propriamente. Assim sendo, é necessário que a pessoa usuária possa **retornar ao seu núcleo de atenção territorial** para que seus itinerários sejam realinhados e o atendimento seja garantido. **A referência no território é, sobretudo, uma maneira de também acompanhar os encaminhamentos realizados em termos de sua eficiência e eficácia.**

A fim de estabelecer uma “fotografia” do atendimento à população trans, travesti e não binária de Campinas (SP), identificamos alguns serviços e coletivos que podem contribuir na busca por informações, encaminhamentos necessários e, claro, o estabelecimento de uma rede de apoio.

Vale destacar, ainda, que esta equipe de pesquisa não teve como objetivo mapear todos os locais que se ocupam do cuidado à referida população, mas sim identificar as referências no atendimento ao município e, em especial, os que se relacionam ao campo das políticas públicas de saúde

A) ESPAÇO TRANSCENDER

Ambulatório Multiprofissional, da atenção secundária.

Endereço: R. Jose Pinto da Silva, 81, Parque Industrial Lisboa

Telefone: (19) 32257145 / 9939

WhatsApp: (11) 94327-1753

Horário de atendimento: segunda à sexta das 07:00 às 18:00h

Possui profissionais do Serviço Social, Psicologia, Enfermagem, Endocrinologia e Ginecologia. O atendimento é realizado a partir de encaminhamento das Unidades Básicas através da CROSS (Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde), ou seja, o paciente que deseja acessar o serviço deverá ir ao seu Centro de Saúde, realizar ou atualizar seu cadastro e passar pelo acolhimento.

Esse acolhimento deverá gerar uma solicitação ao setor de especialidade do próprio Centro de Saúde que agendará uma vaga com data e hora marcadas, via CROSS. O usuário receberá um ticket de agendamento com o horário em que deverá passar pela

consulta no Espaço transcender.

O Transcender conta também com uma roda de conversa para orientações e troca de experiências, realizada nas primeiras segundas feiras do mês, das 14:30 às 16:30h, na Estação Cultura (Praça Marechal Floriano, salão 2). Para participar não há necessidade de nenhum encaminhamento.

O público elegível para o atendimento é qualquer pessoa maior de 16 anos, que se identifica como travesti, transexual, não binária (ou outra denominação de gênero), e que deseja acompanhamento específico para afirmação de gênero que pode ou não incluir hormonioterapia. O serviço segue o protocolo do Ministério da Saúde com acompanhamento psicológico (mínimo de 2 anos), antes de qualquer procedimento cirúrgico, oferecendo também consultas de acompanhamento clínico ambulatorial (pré e pós-operatório), hormonioterapia (após 18 anos) e exames periódicos.

A primeira consulta é realizada pelo enfermeiro que entende a demanda, pede os primeiros exames e agenda consulta para as demais especialidades. Ao longo de 2 anos, a pessoa usuária passará por todos os especialistas do serviço e receberá as orientações e acompanhamentos necessários para os processos solicitados.

As pessoas usuárias que desejam cirurgia são encaminhadas para o Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais (Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS-SP) em São Paulo — que, atualmente, tem funcionado como porta de entrada para o serviço de cirurgia credenciado pelo Ministério da Saúde para procedimentos cirúrgicos. A fila é grande para algumas cirurgias como a redesignação (até dez anos), mas mastectomia, quando a pessoa usuária cumpre as exigências do Ministério, pode ser relativamente rápida (três anos em média).

B) AMBULATORIO DE GÊNERO DA UNICAMP

Endereço: R. Vital Brasil, 251 - Cid. Universitária, Campinas/SP, 13083-888
Hospital das Clínicas/ Ambulatório de Psiquiatria – Unicamp

Telefone: (19) 3521-7514

Funcionamento: às sextas feiras das 13 às 18h.

Ambulatório multiprofissional específico para a população infantil e adulta jovem que busca acompanhamento em termos de gênero. Sua equipe conta com psiquiatras, psicólogos, fonoaudiólogos, endocrinologistas, ginecologista, infectologista, arte terapeutas, assistentes sociais e uma antropóloga.

A entrada é por demanda espontânea e/ou por encaminhamento.

A procura espontânea direciona a pessoa usuária a uma fila de espera. Os Centros de Saúde e demais serviços da rede encaminham através de um e-mail institucional, que também gera uma fila. Esse e-mail está temporariamente desativado, pois atualmente o serviço está em fase de reestruturação para poder absorver a demanda reprimida.

O primeiro atendimento é feito por residentes de psiquiatria que individualizam as necessidades de cada um e dão os encaminhamentos necessários para o resto da equipe. Há também um grupo de orientação para familiares das pessoas usuárias.

Os encaminhamentos para cirurgia dependem do Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS-SP.

Em princípios de 2017 o Ambulatório de Gênero atendia apenas crianças. A partir de 2018 passou a atender os familiares dessas crianças e, em 2019, também incluiu jovens adultos. Em 2019 começaram os programas de treinamento em serviço para diversas áreas da saúde, aumentando o número de atendimentos do ambulatório e, ao mesmo tempo, qualificando esse profissional para o atendimento dessa população.

C) AMBULATORIO VOZ - PUC CAMPINAS

Ambulatório voltado para toda a população com questões disfônicas.

Endereço: Av. John Boyd Dunlop, s/nº Jardim Ipaussurama. Campinas – SP.

CEP: 13060-904

PABX: (19) 3343-8600-

prédio dos Ambulatórios de Especialidades, no Campus II.

Horário de atendimento: de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h.

Protocolo de Fonoaudiologia Campinas/SP: PROTOCOLO

FONO CAMPINAS PDF

Esse ambulatório atende toda a população com distúrbios de voz, sem distin-

ção de gênero, e não tem fluxo ou rede de apoio específicas para a população transexual.

Fluxo de encaminhamento: O ambulatório aceita pacientes que sejam referenciados por qualquer serviço de saúde, seja do SUS ou da saúde suplementar.

O paciente leva pessoalmente a carta de referência com a solicitação de atendimento. Seu nome entra em uma lista de espera que será triada por profissional responsável, priorizando os de maior gravidade. Os atendimentos são feitos semanalmente, por um período mínimo de 6 meses.

O ambulatório é vinculado à Universidade e, portanto, o funcionamento também cessa nas férias escolares.

D) AMBULATORIO VOZ

CLÍNICA DE FONOAUDIOLOGIA (CEPRE) UNICAMP-

Ambulatório voltado para toda a população com questões disfônicas.

Endereço: R. Tessália Vieira de Camargo, 126 - Cidade Universitária, Campinas - SP, 13083-887 / PABX: (19) 35219083

Horário de funcionamento: quartas e sextas das 13h30 às 17h30
E quintas das 8h00 às 12h00

Protocolo de Fonoaudiologia Campinas/SP:

PROTOCOLO FONO CAMPINAS PDF

Esse ambulatório atende toda a população com distúrbios de voz, sem distinção de gênero e não tem fluxo ou rede de apoio específicas para a população transexual.

Fluxo de encaminhamento: O ambulatório aceita pacientes que sejam referenciados por qualquer serviço de saúde, seja do SUS ou da saúde suplementar. O acesso ao serviço para triagem pode ser feito via telefone (indicado acima) ou pelo e-mail: ambulatoriovozunicamp@gmail.com

E) CENTRO DE REFERÊNCIA MUNICIPAL DST/AIDS

“DRA. SILVIA BRANDÃO BERTAZOLLO BELLUCCI”

Endereço: Rua Regente Feijó, 637 - Centro - CEP 13013-051

Telefones: PABX: (19) 3234-5000

Recepção: (19) 3236-3711

Núcleo de Prevenção: (19) 3231-2445

Coordenação do Programa: 3231-2445

E-mails:

Centro de Referência: dst.aids@campinas.sp.gov.br

Coordenação do Programa Municipal:

programa.istaids.campinas@gmail.com

Material informativo e de divulgação: prevencao.campinas@gmail.com

Horário de Funcionamento:

CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento): Segunda, terça, quarta e sexta-feira, das 10h às 17h; quinta-feira, das 10h às 12h e das 16h às 17h

Ambulatório: Segunda à sexta-feira, das 7h às 20h

Farmácia: Segunda à sexta-feira, das 7h às 19h (senhas até 18h30)

Acolhimento: Segunda, terça, quarta e sexta-feira, das 8h às 18h; quinta-feira, das 8h às 12h e das 16h às 18h.

Reunião de equipe: toda quinta-feira, das 14h às 16h

Serviço que oferece assistência nas áreas médica, odontológica, de enfermagem, nutrição, psicologia, assistência social e farmacêutica a pessoas com HIV/Aids e a pacientes com Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Disponibiliza atenção médica nas áreas de infectologia, ginecologia/obstetrícia, dermatologia e psiquiatria, além de ações de PEP (profilaxia pós-exposição ao HIV) e PrEP (profilaxia pré-exposição ao HIV). A profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP) consiste no uso diário de antirretrovirais por pessoas não infectadas pelo HIV, com o intuito de reduzir o risco de infecção pelo vírus nas relações sexuais. O seu uso correto reduz em mais de 90% o risco de infecção pelo HIV. A PrEP é indicada para pessoas com risco e vulnerabilidades acrescidas ao HIV como pessoas trans, profissionais do sexo, gays e outros HSH e casais soro discordantes⁹.

Acolhimento/Entrevista PrEP: preferencialmente de segunda à sexta feira, das 9h00 às 11h30. Contudo, existe porta aberta/acolhida para procura espontânea durante todo o horário de funcionamento.

⁹HSH – homens que fazem sexo com homens / Soro discordantes: casais em que apenas uma das pessoas é soropositivo.

O CR abriga o **Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA Central)**, que realiza testes rápidos de HIV, sífilis, hepatite B e hepatite C, com resultados entregues em até 60 minutos, em média.

No CR também há uma **Sala de Insumos de Prevenção** que disponibiliza material informativo, preservativos masculinos/femininos, gel lubrificante e auto teste de HIV para qualquer pessoa que procura o serviço.

F) CONSULTÓRIO NA RUA DE CAMPINAS

Responsável técnica: Alcyone Apolinario Januzzi

Telefone de contato: (19) 999307206 ou 32916094.

É um serviço de saúde itinerante que oferece assistência à população em situação de rua, com foco na população usuária de álcool e drogas e gestantes em situação de vulnerabilidade social, por meio de duas equipes interdisciplinares que atuam na perspectiva da Redução de Danos.

Em Campinas, o CnaR foi criado em 2012 e, atualmente, opera com cerca de vinte profissionais, incluindo médicos(as), psicólogos(as), terapeutas ocupacionais, enfermeiro(a), técnicos(as) de enfermagem, redutores(as) de danos, motoristas, assistentes social e gerência. A equipe atende uma população crescente de pessoas em situação de rua, incluindo população trans.

G) CENTRO DE REFERÊNCIA LGBT - CR LGBT

Endereço: R. Talvino Egídio de Souza Aranha, 47- Botafogo

Telefone: (19) 3242-1222

Email: cr.lgbt@campinas.sp.gov.br

Implementado em 2003, é o primeiro serviço público do país especializado em salvaguardar os direitos fundamentais e sociais da população LGBTQIAPN+ e de suas famílias. Possui equipe multidisciplinar que oferece assistência social, psicológica e orientação jurídica gratuita às pessoas usuárias e seus familiares.

H) CIDADE DE REFÚGIO - IGREJA APOSTÓLICA INCLUSIVA

Endereço: R. Dr Arnaldo de Carvalho, 359 - Campinas

Telefone: (19) 32353176 Email: cidadederefugio.com.br

Horário de funcionamento: quartas e sextas as 19:30h e domingos às 18:00h

J) POGONAS - TIME ESPORTIVO TRANS DE FUTSAL

Instagram: @pogonasftc

Telefone de contato: 19 97428-8963

E-mail: pogonasftc@gmail.com

É o primeiro time de futsal trans do interior paulista. Tem o intuito de utilizar a atividade física programada como forma de manter a saúde física e mental, além de aumentar a socialização e visibilidade trans.

K) AMBULATÓRIO LGBT65+

(HOSPITAL DAS CLÍNICAS UNICAMP)

Agendamento: (19)3521-7878

Atendimento pessoas LGBT com mais de 65 anos.

Os atendimentos serão realizados no primeiro andar do HC, somente às sextas-feiras, no período da manhã

APEsAR DA TRANsFOBIA

NÓs, As PEssOAs TRANs, TRAVEStIs E
NÃO BINÁRIAs, DETEMOs Os MESMOs
DIREITOs qUE As PEsSÓAs CISGÊNERAs

Leila Dumaresq

Mari Prado

A **Constituição do Brasil (BRASIL, 1988)** garante, no seu **artigo 196**, que é direito de todas as pessoas em território nacional ter acesso à saúde, e que este direito deve ser garantido pelo Estado por meio de políticas sociais e econômicas. Foi para efetivar esse direito que a rede do Sistema Único de Saúde (SUS) foi criada.

É difícil encontrar uma pessoa no Brasil que nunca foi atendida em uma Unidade Básica de Saúde ou de Pronto Atendimento, que nunca retirou um remédio gratuitamente em um posto de saúde, ou que não precisou fazer uma cirurgia em um hospital do SUS.

E, apesar do seu tamanho e abrangência, ao longo dos trinta anos de existência do SUS as pessoas que não são cisgêneras tiveram que se organizar e lutar muito para chegar ao ponto que estamos hoje: **momento em que direitos básicos são reconhecidos e alguns deles são efetivados**. Encontramos, na escrita de Keila Simpson, liderança nacional do movimento de travestis e transexuais, alguns parágrafos da nossa longa história de lutas até aqui:

[...] era difícilimo incentivar uma travesti a cuidar da sua saúde nos serviços. Elas sempre recorriam à automedicação, procurando o médico ou os serviços de saúde apenas quando já não havia mais como se automedicar ou quando as enfermidades não tinham cura com a automedicação. O processo de automedicação acontecia porque elas já sabiam que seriam discriminadas nos serviços. Por esse motivo, nem procuravam os serviços de Saúde para constatar a veracidade da informação. Muitas faziam uso abusivo e indiscriminado de diversos hormônios, muitas vezes orientadas por outras trans mais velhas que já haviam

utilizado esse ou aquele hormônio e sabiam que um era bem melhor que o outro, etc. Porém, um dos problemas mais graves para a saúde das trans nesse período era a utilização do silicone líquido industrial e a aplicação desse produto, posto que era feito por pessoas leigas e sem os cuidados de assepsia necessários nessas intervenções. Além disso, o procedimento era ilegal, tendo em vista que, como uma intervenção cirúrgica, a aplicação, em alguns casos, gerava efeitos nocivos à saúde. Quando isso ocorria, os médicos não queriam cuidar, explicando que não poderiam tratar as enfermidades decorrentes da aplicação pelo desconhecimento da causa e/ou do efeito. Até hoje, eu particularmente acredito que se tratava de descaso com essa população (SIMPSON, 2015, p. 11).

Uma das conquistas dos movimentos de reivindicação dos direitos da população LGBTQIAPN+ é o reconhecimento do **direito ao nome social, a ter a identidade de gênero respeitada nos atendimentos, o direito à hormonioterapia e ao processo transexualizador**. Mas, infelizmente, não se ouve falar de uma pessoa trans que não sofreu algum tipo de transfobia enquanto procurava atendimento na saúde, independentemente do problema. Por outro lado, são cada vez mais comuns os relatos de encontros com profissionais respeitosos, o que nos anima a continuar tentando melhorar a situação.

Os desafios são muito grandes: **o nome social**, embora seja um direito efetivado em nossos cadastros no SUS, **muitas vezes é negado**. Em qualquer unidade que se cadastre e atualize usuários do SUS é possível cadastrar o nome social. Muitas vezes a pessoa usuária é orientada a ir para outras unidades, prejudicando o acesso aos serviços de saúde. Também é comum que pessoas trans, mesmo com o sexo retificado nos documentos, sejam internadas em alas do sexo oposto ou tenham negado o direito a usar o banheiro de acordo com o sexo constante em seus documentos. Todas essas situações violentas e constrangedoras contribuem para que essa população não busque os serviços de saúde quando deles precisa.

Tentar efetivar esses direitos individualmente é uma tarefa impossível. Quando alguém está em sofrimento físico ou psíquico, tudo o que busca em uma unidade de saúde é cuidado, e não violência. **Por isso é fundamental saber onde pedir ajuda.**

Ter pessoas próximas que possam acompanhar nesses momentos é fundamental. É importante conversar sobre isso com as pessoas do convívio mais próximo e saber com quais delas se pode contar.

Em seguida, é importante se organizar localmente, **encontrar e conhecer outras pessoas que já estão lutando pelos seus direitos.**

Em caso de desrespeito, mau atendimento ou transfobia em qualquer unidade ou serviço de saúde, é possível procurar o **Controle Social da Saúde**. Vale destacar, ainda, que toda unidade de saúde deve informar se ela tem um **Conselho de Saúde Local** e como entrar em contato com ele.

Esse conselho local deve receber a queixa e tentar resolvê-la. Se não houver conselho local ou se ele não resolver o problema, então o Conselho Municipal de Saúde deve ser acionado. **É importante que se faça uma visita ao Conselho Municipal de Saúde e os movimentos sociais pela saúde pública do seu município.** Ter na sua lista de contatos os telefones e e-mails desses grupos facilita conseguir ajuda mais rapidamente.

Em qualquer unidade do SUS deve ser possível obter informações sobre como entrar em contato com o seu Conselho Municipal de Saúde. Em último caso, deve se procurar a Secretaria Municipal de Saúde na sua prefeitura.

Organizações coletivas e afetivas são fundamentais para criar uma rede de apoio e suporte. Além da organização local, vale a pena conhecer e fazer contato com militâncias mais abrangentes. Nacionalmente, temos ANTRA, IBRAT, Rede Trans, ABRANB e a ABGLT. Nos sites desses grupos é possível encontrar informações para contato, grupos em redes sociais, cartilhas, artigos, informes e os formulários de filiação.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

SIMPSON, K. Transexualidade e Travestilidade na Saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Transexualidade e travestilidade na saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CNS - NOME SOCIAL

Segue abaixo NOTA TÉCNICA 18/2014, disponível em:

<http://blog.saude.mg.gov.br/wp-content/uploads/2016/01/NO-TA-TECNICA-NOME-SOCIAL-18-2014.pdf>

Mais informações sobre o cadastro no Manual de Operação do CADSUS Web.

<https://cadastro.saude.gov.br/cadsusweb/manual.pdf>.

O Núcleo Técnico do Cartão Nacional de Saúde tem recebido diversos questionamentos sobre a impressão do Cartão Nacional de Saúde (CNS), com nome social.

No sentido de esclarecer e orientar gestores da saúde e os operadores do Sistema CADSUS Web responsável pelo cadastramento de usuários do SUS, este Núcleo Técnico informa que o preenchimento do campo “Nome Social/ Apelido” e a impressão do Cartão Nacional de Saúde (CNS), somente com o nome social, já pode ser realizado desde julho/2013.

Atualmente o CADSUS Web pode gerar impressão do para os seguintes fins:

- Impressão de CNS com os dados de identificação padrão, acrescido pelo nome social que a pessoa usuária do SUS deseja ser chamada ou como popularmente é conhecida. Neste caso, serão impressos os seguintes dados: **Nome, Nome Social/Apelido, Data de Nascimento, Sexo, Número do CNS e Código de Barras**



Impressão de CNS com destaque do Nome Social, em atendimento à solicitação dos representantes do movimento social das pessoas TRANS (Travestis e Transsexuais). Neste caso, os campos Nome e Sexo serão omitidos, sendo impressos apenas os dados de Nome Social/Apelido, Data de Nascimento, Número do CNS e Código de Barras, conforme abaixo:

SICLANA DE TAL

Data Nasc.: 01/01/1900

000 0000 0000 0000



A adoção do Nome Social é uma iniciativa do Ministério da Saúde para promover a cidadania, buscando coibir a exposição das pessoas usuárias do SUS a situações constrangedoras ou vexatórias. A adoção do campo “Nome Social” ainda deve ser usado pelas pessoas que possuam apelido amplamente conhecido em sua comunidade e que desejem registrá-lo a fim de possibilitar maior personalização em seu CNS.

Vale lembrar que a próxima versão do CADSUS Web 5.0 permitirá a busca na base de dados também pelo campo “Nome Social”, o que facilitará a identificação das pessoas usuárias do SUS por esse registro personalizado.

Ainda que a impressão do CNS possa ser feita exibindo apenas o Nome Social, esclarecemos que, por questões legais, o nome de registro civil será mantido na base de dados nacional do Cartão Nacional de Saúde, a fim de garantir a validade do registro. Mas, como já mencionado, a informação do nome civil não constará na impressão do CNS, caso seja o desejo da pessoa usuária.

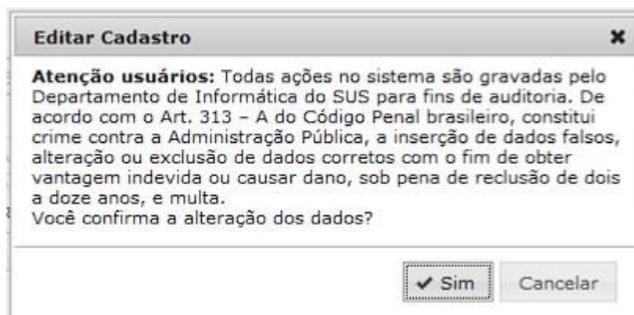
PAssO-A-PAssO DA IMPREssÃO DO CNS sOMENTE COM O NOME SOCIAL

Os operadores devem efetuar o login no sistema e fazer a consulta para localizar a pessoa usuária por meio dos parâmetros de pesquisa apresentados. Caso não seja

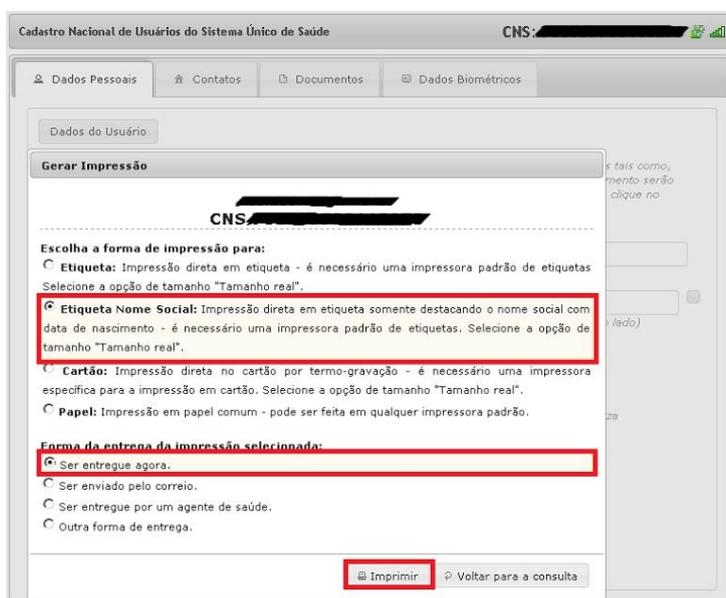
encontrada, o operador deverá realizar o cadastro da mesma, com a inclusão da informação do Nome Social/Apelido no campo correspondente.

Caso a pessoa usuária seja encontrada, o operador deverá abrir o cadastro, atualizar as informações cadastrais e incluir a informação do Nome Social/Apelido no campo correspondente.

Após a conclusão do cadastro, com a inclusão do Nome Social/Apelido, é selecionada a opção “gravar”. Em seguida, é apresentada a seguinte imagem de aviso:



Selecionada a opção Sim, é apresentada a imagem de impressão do cadastro:



Nesta tela devem ser selecionadas as opções “Etiqueta Nome Social” e “Ser entregue agora”, se for o caso, e, em seguida, selecionar a opção “Imprimir”.

Será gerado então um arquivo do tipo PDF com a etiqueta para ser impressa e aplicada na mídia plástica do CNS. Nesta etiqueta constará apenas o Nome Social/Apelido, a Data de Nascimento, o número do Cartão Nacional de Saúde e o código de barras

correspondente, conforme imagem a seguir:

SICLANA DE TAL

Data Nasc.: 01/01/1900

000 0000 0000 0000



Para os municípios que possuem sistemas próprios, o DATASUS está disponibilizando Webservice de consulta às informações da base de dados do Cartão Nacional de Saúde em que a informação de Nome Social/Apelido retorna com as demais informações de cadastro. Para ter acesso a este serviço são necessárias adaptações técnicas no sistema do município. Estes municípios deverão procurar o DATASUS para solicitar o uso do Webservice, caso necessitem desse acesso.

Brasília, 10 de setembro de 2014.

NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA

COMO FUNCIONA O PROTOCOLO EM TERMOS FEDERAIS E O FLUXO NO MUNICÍPIO DE CAMPINAS/SP?

Coletivo organizador

Violência é uma questão de saúde pública. Na tentativa de quantificá-la para criar estratégias de combate, formulou-se o sistema de informação de agravos de notificação (SINAN).

A notificação das violências é compulsória em todo o território nacional desde 2011. A partir de 2014, foram incluídos os marcadores de identidade de gênero e orientação sexual, nome social e motivação da violência (BRASIL, 2016).

Em um levantamento do perfil da violência contra a população LGBTQIAPN+ no BRASIL, Isabela Pinto et al. (2020) encontraram, entre os anos de 2015-2017, 22 notificações de violência feitas por dia, sendo a maior parte das vítimas mulheres trans e lésbicas. Nesse levantamento, o local mais violento para este segmento foi a própria residência, seguido das ruas e das escolas. Os tipos de violência identificadas foram a agressão física, psíquica e a sexual, nessa ordem.

Obviamente existem vieses, pois a notificação depende de a vítima chegar ao serviço de saúde e do profissional da saúde estar comprometido, disposto a preenchê-la. Mesmo assim, a inclusão dos campos de orientação sexual e identidade de gênero representam um ganho, e o preenchimento correto do formulário trará subsídios para o planejamento de ações programáticas para o cuidado.

A violência permeia a vida trans em muitos aspectos. Contudo, aqui restringimos nossa atenção aos fluxos de encaminhamento da vítima de violência sexual na cidade de Campinas/SP.

O primeiro contato é normalmente feito na rua, na ambulância, em um pronto socorro ou em um centro de saúde, onde se darão os cuidados de urgência, como estancar uma hemorragia ou aplicar medicação analgésica. Um dos fatores

mais importantes nesse momento é o acolhimento humanizado e respeitoso.

Infelizmente, as preocupações com essas vítimas dificilmente se resolvem em um primeiro contato. Elas precisarão ser encaminhadas para serviços multiprofissionais de atendimento especializado, capazes de assumir para si o acompanhamento do estresse pós-traumático e também, nas primeiras 72h após a agressão, prevenir doenças sexualmente transmissíveis e possível gravidez indesejada.

Toda pessoa que tenha sido submetida a uma violência sexual deverá, portanto, ser submetida a exames de IST (infecções sexualmente transmissíveis), além de usar medicações profiláticas para HIV, sífilis, clamídia, gonococo e vacina para hepatite B. No caso de uma pessoa com útero, será também necessário o uso de anticoncepção de emergência e, no caso de falha dele, encaminhamento para aborto legal.

Talvez pela dificuldade na distribuição de medicações de alto custo, como a profilaxia do HIV; talvez pela resistência dos profissionais e serviços para realizar abortos legais; talvez pelo binarismo cultural e institucional; pela invisibilidade da população trans ou por todas as alternativas anteriores, o fluxo de encaminhamento para as vítimas de agressão sexual em Campinas é distribuído da seguinte forma:

FLUXO DE ATENDIMENTO DA REDE ILUMINAR CAMPINAS:



Fonte: Fluxo de Encaminhamento (<https://saude.campinas.sp.gov.br/programas/iluminar/iluminar.htm>)

Esse fluxo é fruto de um projeto implementado em 2001, que envolve diversos serviços da cidade de Campinas/SP com o objetivo de cuidar da saúde física e mental das vítimas de violência nas primeiras 72h, além de monitorar, notificar e cuidar a longo prazo.

A Rede Iluminar Campinas, que envolve escolas, creches, centros de saúde, Instituto Médico Legal, Guarda Municipal, entre outros, foi criada a partir de certas premissas fundantes:

1. Violência sexual é também um problema de saúde pública;
2. O atendimento para ser eficaz precisa ser feito antes de 72h;
3. Não se deve expor o paciente a outra violência dentro das instituições onde ele deve ser cuidado (PEDROSA, DINIZ E MOURA, 2016).

É essencial não impor nova violência à vítima durante a situação do atendimento. Mas, quando a vítima de um estupro é trans, é comum que os serviços de saúde continuem a perpetuar violências.

Nossa experiência no atendimento destes casos demonstra algumas particularidades. Em um dos casos atendidos, uma específica vítima buscou até dois serviços de referência no mesmo dia, sendo barrada na recepção. Por não ter recebido atendimento em nenhum deles, voltou ao Centro de Saúde e precisou ser atendida por meio de subterfúgios e ajustes: com um antirretroviral emprestado, um encaixe com o psicólogo, testes rápidos de DST e uma tentativa de vínculo fragilizada depois das duas rejeições anteriores.

Mesmo perante factuais avanços, estamos diante de uma política pública ainda binária e não inclusiva. A Rede Iluminar não prevê um fluxo para a população travesti, trans e não binária.

Nesse caso, como e para onde encaminhar um homem transgênero vítima de um estupro corretivo? Ou uma travesti? Ou uma pessoa de gênero fluido?

Esse tipo de dúvida atrasa o atendimento e faz com que se percam oportunidades de tratamento, além de reiterar a violência transfóbica sofrida, dessa vez pela

instituição que deveria oferecer acolhimento.

Longe de ser o ideal, o que vem acontecendo na prática é o seguinte:



RELAÇÃO POPULAÇÃO -> ENCAMINHAMENTO SERVIÇO DE REFERÊNCIA

Entendemos que tal fluxo precisa ser qualificado e implementado. Todavia, enquanto isto não ocorre sugerimos algumas ações de contato, a fim de minimizar “danos”.

Nesse fluxo de atendimento é crucial que quem faça o primeiro atendimento reforce, por meio de encaminhamento escrito ou até mesmo ligando para o local onde a pessoa será enviada, as necessidades específicas da população trans/não binária, de modo a evitar que um funcionário desinformado barre o acesso, violentando-a novamente.

Fica claro que, apesar do Projeto Iluminar ter sido revolucionário, motivo de orgulho para o município devido à melhora incontestável no atendimento à violência, seus fluxos precisam ser revistos e atualizados.

REFERÊNCIA

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção à Saúde. **Viva: instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada.** 2 ed. Brasília, 2016

PEDROSA Claudia Mara; DINIZ Carmen Simone Grilo; MOURA, Verônica G. O Programa Iluminar Campinas: a construção de uma política intersetorial e interinstitucional para o enfrentamento da violência como um problema social. In: **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, junho 2016. DOI: 10.1590/1413-81232015216.07822016

PINTO, Isabella et al. Perfil das Notificações de Violências em Lesbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais registradas no sistema de Informação de Agravos de Notificação, Brasil, 2015 a 2017. In: **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, n. 1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200006.supl.1> [acesso em 29/11/2022]

BORA SE INFORMAR SOBRE SEUS DIREITOS?

CARTILHAS E MANUAIS

ANTRA – ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS

Disponível em: <https://antrabrasil.org/cartilhas/>

ENFRENTAMENTO À LGBTIFOBIA

[O Que fazer em caso de violência LGBTIfóbica](#)

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

[Cartilha Violência Doméstica – ANTRA](#)

Cartilha de Diversidade e inclusão para Shopping Centers

[Cartilha Diversidade e Inclusão para Shopping Center](#)

PROFISSIONAIS DO SEXO

[Dica Profissionais do Sexo COVID19 – ANTRA](#)

ALTERAÇÃO DE NOME E GÊNERO

[Cartilha Alteração Nome e Gênero ANTRA](#)

[Guia Retificação Nome e Gênero ANTRA e CASA1](#)

ALISTAMENTO MILITAR

[Guia Alistamento Pessoas Trans](#)

DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO (DNV) – FILHOS DE PESSOAS TRANS

[Cartilha Declaração de Nascido \(DNV\) vivo para registro de filhos de pessoas trans](#)

SAÚDE

[Dicas de cuidados ao acuar a neca](#)

[Política Nacional Saúde LGBT](#)

[Cartilha Travestis e Transexuais na Saúde](#)

[Cartilha HOMENS TRANS: VAMOS FALAR SOBRE PREVENÇÃO DE INFECÇÕES](#)

[SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS?](#)

[Cartilha Homens Trans](#)

EIXO 3

O ATENDIMENTO EM SAÚDE PARA AS PESSOAS TRANS, TRAVESTIS E NÃO BINÁRIAS

Cláudia Helena Rego

Victor Paulo Ribeiro Carneiro

CONTEXTUALIZANDO...

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria Nº 2.803, de 19 de novembro de 2013, definiu as diretrizes atuais para o cuidado integral à população transgênero com demanda para realização do “Processo Transexualizador” no SUS.

Ele identifica a **Atenção Básica** como porta de entrada e coordenadora do cuidado, responsabilizando-a pelo acolhimento, atendimento integral de forma humanizada e sem discriminação e, quando houver a demanda, pelo encaminhamento para a **Atenção Especializada**, onde se fará o acompanhamento, a hormonioterapia e o preparo para cirurgias de modificação corporal. A mesma Portaria pontua que também é função da Atenção Básica sensibilizar os trabalhadores(as) e pessoas usuárias para o respeito às diferenças e o acompanhamento digno de sua população de referência.

Se, por um lado, a formulação de Políticas Públicas específicas para essa população foi um ganho histórico, isto é, a consagração da existência do que era anteriormente invisibilizado, por outro, pessoas trans usuárias relatam a existência de um equívoco na implementação. Isso porque, na visão de muito usuários, ao encaminhar os cuidados da população transgênero à Atenção Especializada retirou-se da Atenção Básica a obrigação de atendê-la.

Problematizando as formas de produção do cuidado em saúde, esse texto uti-

liza-se do preceito ético do “*NADA SOBRE NÓS SEM NÓS*”¹⁰, buscando traduzir as reivindicações manifestadas pelas pessoas usuárias do que, para elas, seria considerado um atendimento de excelência.

As pessoas usuárias dos serviços de saúde não têm apenas demandas por modificações corporais, mas de saúde em sentido amplo. Cabe aqui resgatar o papel da atenção básica na vida e no atendimento integral à saúde transgênero, considerando suas vulnerabilidades e levando em consideração as demandas das pessoas que buscam o atendimento.

Importante pontuar que a pessoa usuária trans, travesti e não binária, via de regra, foi vulnerabilizada pela sociedade, sofrendo inúmeras violências em casa (CARVALHO et al., 2020), na escola (SOUZA; BERNARDO, 2014), nas ruas (JUSTINO, 2022), no trabalho (SILVA; LUPPI; VERAS, 2020) e nas instituições de saúde (ROCON et al., 2020). Essas agressões cotidianas fazem com que ela seja mais exposta ao abuso de substâncias psicoativas, aos transtornos depressivos e ansiosos, às automutilações e ao suicídio (GOMES et al., 2022; SORBARA et al., 2020).

Outro ponto a ser considerado é o risco inerente ao uso de hormônios por tempo prolongado, com ou sem acompanhamento médico, muitas vezes em doses altíssimas, levando a distúrbios metabólicos e cardiovasculares.

A transfobia é uma grande barreira ao acesso da população trans, travesti e não binária aos serviços de saúde. Por medo de sofrer preconceito ou de ser atendida por profissionais não habilitados, a pessoa trans atrasa sua ida ao Centro de Saúde e pode vir a omitir informações importantes, interferindo negativamente na formulação de diagnósticos e planejamento de tratamentos.

Tornar o ambiente do Centro de Saúde mais acolhedor e acessível envolve o investimento em capacitação multiprofissional em um sentido educativo. Devemos entender que a cis heteronormatividade e a binaridade de gênero estão enraizadas na estrutura da sociedade, ensinando desde a tenra infância uma forma padronizada de ser e agir, que

10 Termo criado por Sasaki (2007), para descrever o que ele considera como a verdadeira inclusão social, onde existe um protagonismo do que será incluído, definindo as reais necessidades para que a sociedade possa se adaptar a elas.

repele e despreza o que dela difere. É preciso reconhecer de onde partimos e praticar uma pedagogia da desobediência, na qual confrontamos o que é ensinado e ousamos reconhecer e defender o diferente (ODARA 2020).

A PARTIR DISSO...

O cuidado em saúde começa pela **recepção do serviço**, que deve ter profissionais capacitados a lidar com a diversidade com empatia e respeito. A identidade de gênero é autodeclarada e não deve ser questionada.

O **nome social**, nome pelo qual a pessoa usuária deseja ser chamada, deve ser o primeiro a aparecer no prontuário, em destaque, enquanto o nome de registro deverá ser cadastrado entre parênteses e utilizado apenas para fins administrativos internos (Decreto Federal 8727, 28/04/2016).

Ser chamado pelo nome social é um direito da pessoa usuária e um dever do funcionário público desde 2009 (Ministério da Saúde, Portaria 1820, 13/8/2009). Todos(as) os(as) funcionários(as), da segurança, da higiene, da vacina, da recepção, da odontologia, da medicina, da enfermagem, do serviço social, etc., devem ser informados(as) e treinados(as) para seguir essa norma.

Usar o banheiro, ato corriqueiro para alguns, pode se tornar uma saga para a pessoa usuária transgênero, que fica sujeita a situações de preconceito e discriminação.

A Secretaria de Direitos Humanos, em 2015, publicou uma Resolução determinando que as Instituições Públicas **devem garantir o uso do banheiro em acordo com a identidade de gênero (Resolução da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República- n 12, de janeiro/2015)**. Essa garantia, quando se trata de um banheiro num Serviço de Saúde, representa acesso, respeito, cuidado e vínculo.

Vale um destaque sobre as representações que a população trans detém frente à construção histórica promovida pela Ciência, sempre trazendo a patologização de seu corpo. Já foram considerados doentes (CID 10), transtornados (DSM4), disfóricos (DSM5) e agora incongruentes (CID 11).

Cabe ressaltar que os autores dessa cartilha não compactuam com esse

enquadre e não acreditam que a transexualidade deva ser tratada como doença ou transtorno de espécie alguma. Pessoas trans, assim como todas as pessoas, não precisam de um diagnóstico, mas precisam ser acolhidas e assistidas em suas individualidades, visando o bem-estar físico e mental. Elas devem ser consideradas parte integrante da população geral, que precisa do cuidado em saúde feito de maneira integral e longitudinal, incluindo os campos da **Atenção Básica, Atenção Especializada e Atenção Terciária.**

ATENÇÃO BÁSICA

Consulta médica em ginecologia

Em uma consulta ginecológica, assim como em qualquer consulta médica, quem dita o tema principal é o (a) paciente, que traz alguma demanda específica. Todavia, existem temas que devem ser colocados obrigatoriamente pelo (a) médico (a), no caso de não surgirem espontaneamente.

SAÚDE SEXUAL

A saúde sexual é um assunto que precisa ser abordado por ser de muita relevância na qualidade de vida e que, às vezes por inibição, permanece esquecido e no campo do não dito.

Alguns casos de dispareunia (dor durante a relação), corrimentos, infecções sexualmente transmissíveis, alterações na libido podem ser facilmente tratados quando diagnosticados.

As práticas sexuais são diversas e o profissional da saúde deve estar preparado para abordá-las sem preconceito ou discriminação.

A orientação sexual e a identidade de gênero, principalmente para adolescentes, podem gerar muitos questionamentos e a consulta ginecológica, se aberta e inclusiva, pode ajudar a trazer respostas.

MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS

Falar sobre métodos anticoncepcionais também é de suma importância em um atendimento ginecológico. Existe a falsa ideia de que, **por estar em amenorreia (sem menstruação)**, o homem transexual está protegido contra a gravidez indesejada.

Ele pode caminhar para uma diminuição da fertilidade e, a longo prazo, se tornar infértil, mas a possibilidade de gestação não pode ser descartada. O (a) paciente trans deve ser orientado (a) quanto aos diversos métodos existentes, suas vantagens e desvantagens, para que possa escolher qual mais se adequa ao seu perfil. Boudreau e Mukerjee (2019), em artigo de revisão, selecionou os mais utilizados. Abaixo uma tabela com possíveis vantagens e desvantagens/riscos de cada método anticoncepcional (MAC):

MÉTODO ANTICONCEPCIONAL	VANTAGENS	DES VANTAGENS
PRESERVATIVO	<ul style="list-style-type: none">- Barato- Fácil de usar- Diminui risco de ISTs	<ul style="list-style-type: none">- Desconforto em caso de atrofia vaginal
DIU DE COBRE	<ul style="list-style-type: none">- Dura até 10 anos	<ul style="list-style-type: none">- Sangramento irregular- Dor na colocação- Risco de infecção
DIU DE LEVONORGESTREL	<ul style="list-style-type: none">- Dura 5 a 7 anos- Amenorreia	<ul style="list-style-type: none">- Sangramento irregular- Dor na colocação- Alto custo- Manchas na face
IMPLANTE DE ETONOGESTREL	<ul style="list-style-type: none">- Não precisa de exame ginecológico- Dura 4 a 5 anos	<ul style="list-style-type: none">- Sangramento irregular- Dor na colocação- Alto custo- Manchas na face- Hematoma- Retirada difícil.
PROGESTAGENO INJETÁVEL	<ul style="list-style-type: none">- Auxilia amenorreia- Sem exame ginecológico	<ul style="list-style-type: none">- Demora no retorno da fertilidade- Ganho de peso- Manchas na face

PROGESTAGENO ORAL	- Menos invasivo	- Uso diário - Eficácia menor que os outros
ANTICONCEPCIONAL ORAL COMBINADO	- Eficaz - Menos invasivo	- Apresenta risco para tromboembolismo - Pode levar a disforia ¹¹
FONTE: Boudreau e Mukerjee (2019)		

SAÚDE REPRODUTIVA

Existem algumas questões específicas vinculadas à saúde trans que devem ser consideradas no acompanhamento realizado.

A fertilidade diminui tanto em homens trans quanto em mulheres trans, quando são submetidos a hormonioterapia cruzada¹².

A supressão da puberdade, mesmo antes de iniciar a hormonioterapia cruzada, pode interromper a maturação das células germinativas. A terapia com testosterona pode suprimir a ovulação e alterar a histologia ovariana¹³ de um homem trans e a terapia com estrogênio pode prejudicar a espermatogênese e pode levar à atrofia testicular (CHENG et al., 2019).

A presunção de que uma pessoa trans não deseja gestar é um erro. Todas as pessoas trans devem ser aconselhadas sobre opções de manutenção da fertilidade (armazenagem de óvulos e espermatozoides) antes de iniciar a transição.

Infelizmente, o SUS não contempla esses procedimentos que têm um alto custo e o encaminhamento para um serviço de reprodução assistida é difícil. Contudo, a pessoa usuária deve ser informada da possibilidade. Ross et al. (2014) investigaram a opinião da população trans para qualificar clínicas de infertilidade e encontraram dois grandes entraves: o primeiro, a suposição, por parte de trabalhadores da saúde, de que as famílias são sempre heterocisnormativas; e o outro, a falta de informação e do aconselha-

¹¹ Descontentamento afetivo/cognitivo de um indivíduo em relação ao seu corpo, quando não vê nele a representação de seu gênero.

¹²Uso de testosterona (hormônio responsável pelos caracteres masculinos como barba, pilificação, etc) em um corpo feminino ou o uso de estrogênio (hormônio feminino) em um corpo masculino.

¹³Características estruturais e funcionais das células que compõem o ovário.

mento adequado sobre opções de fertilidade (armazenagem de óvulos e espermatozoides) antes do início da transição.

Outro ponto a ser amplamente discutido é a **histerectomia (cirurgia de retirada do útero)**. Muitos homens trans jovens, pensam muito precocemente em realizar uma retirada do útero para a suspensão das menstruações, por medo de câncer ou por disforia. Como a amenorreia acontece rapidamente após início do uso da testosterona, e os tumores ginecológicos começam a nos preocupar após os 40 anos de idade, seria interessante pensar com cuidado neste específico procedimento cirúrgico, discutindo com a pessoa usuária questões acerca de sua capacidade reprodutiva (CHENG ET AL., 2019).

A gestação, o aborto, o pré-natal, o trabalho de parto e o parto, do ponto de vista orgânico, nada diferem de um acompanhamento gestacional de uma mulher cis. Emocionalmente, porém, segundo pesquisa do Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia (LIGHT et al., 2014), a gravidez trans, mesmo planejada, pode levar a um aumento importante da disforia, a uma sensação de isolamento e ao aumento de sintomas depressivos, além de dificuldades na amamentação.

O profissional de saúde deve estar preparado para entender e apoiar essa fase, livre de preconceitos, usando os pronomes adequados e afirmando a paternidade, na expectativa de minimizar sofrimentos e respeitar a pessoa usuária que ali se encontra para ser cuidada.

PREVENÇÃO DE CÂNCER

Os tumores ginecológicos, em sua grande maioria, se manifestam a partir da quarta década de vida. Considerando que a expectativa de vida da população trans é de 35 anos de idade, é triste constatar que a escassez de literatura sobre câncer e transexualidade pode estar relacionada ao fato de que infelizmente essa população não atinge a idade de risco.

Uma anamnese detalhada, sem julgamentos ou preconcepções, é essencial tanto para intensificar vínculo na relação médico-paciente, quanto para detectar histórico familiar e pessoal, que sem dúvida são considerados os principais fatores de risco para

câncer.

O exame físico também é imprescindível para uma boa avaliação de risco de câncer. Mas, a depender das vivências prévias do (a) paciente, pode gerar ansiedade e traumas. Deve ser realizado com muito critério, explicando antecipadamente como será feito, permitindo a presença de acompanhantes e respeitando as limitações impostas pelo examinado.

Câncer de mama

As recomendações de acompanhamento com exames de prevenção são as mesmas para homens trans não mastectomizados, mulheres trans em hormonioterapia e mulheres cisgênero (BLOK et al, 2019). A Sociedade Brasileira de Mastologia e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) recomendam exame clínico de mamas anualmente e mamografias também anuais a partir de 40 anos de idade.

O Ministério da Saúde preconiza rastreio bianual em pessoas acima de 50 anos.

Na população com **fatores de risco**, principalmente antecedentes de câncer de mama/ovário em familiares de primeiro grau e presença do câncer em idade precoce (pré-menopausa), o seguimento com ultrassonografia e mamografia podem ser iniciados a partir dos 25 anos de idade (Sociedade Brasileira de Mastologia e Sociedades Internacionais de Mastologia).

O **consumo abusivo de álcool, o sedentarismo e o excesso de peso** também aumentam o risco para o câncer e, segundo o Instituto Nacional de Câncer (Inca), cerca de 13% dos casos de câncer de mama poderiam ser evitados com orientações sobre mudanças de hábitos e prática de atividade física.

Câncer de colo uterino

O câncer de colo uterino é uma doença de progressão lenta, de início assintomática, mas corresponde a uma das principais causas de morte no Brasil. Essa doença é fruto de infecção persistente pelo vírus HPV e o modo mais eficaz para rastreá-la no

Brasil é pelo exame de Papanicolau.

No **homem transexual e na pessoa não binária**, o medo de se submeter a um exame ginecológico ou de sofrer discriminação nos serviços de saúde pode adiar a prevenção. A suposição, por parte de profissionais da saúde, de que expressões de gênero ditas masculinas e penetração vaginal não convivem em uma mesma pessoa, também pode atrapalhar a detecção precoce. O Papanicolau ainda é o melhor método para rastreamento precoce e deve ser estimulado (ARAÚJO et al., 2021).

Câncer de endométrio

Não deve existir diferença na prevenção de câncer de endométrio entre as pessoas com útero, sejam elas homens trans, pessoas não binárias ou mulheres cis. **O risco aumentado tem relação com a hipertensão, diabetes e obesidade, e principalmente no sangramento pós-menopausa.** O rastreio de câncer com ultrassonografia para avaliação endometrial é recomendado principalmente nos casos de sangramento uterino anormal (WESP, 2016).

Os homens trans, assim como todas as pessoas que têm útero, devem ser orientados a informar seu ginecologista sobre sangramentos irregulares em vigência de hormonioterapia.

Câncer de ovários

O câncer de ovário é silencioso, de difícil diagnóstico e seu **risco está associado a fatores genéticos/familiares, a antecedentes de câncer de cólon ou mamas, a obesidade e ao tabagismo.** Do ponto de vista da prevenção, pessoas transgênero deverão receber os mesmos cuidados que pessoas cis, baseados em seus antecedentes pessoais e familiares (WESP, 2016).

Câncer de neovagina

A cirurgia de redesignação, com formação de uma **neovagina** na mulher transexual, se utiliza de diferentes técnicas, uma delas com a **pele do pênis e bolsa escrotal e**

outra com a utilização de uma parte do intestino. Em ambos os casos, a exposição pelo vírus HPV pode levar ao câncer.

Apesar de não haver protocolos específicos definindo a periodicidade, a citologia¹⁴ vaginal deve ser colhida. Além disso, aquelas mulheres com risco para câncer de cólon que usaram intestino na produção da neovagina, devem também se submeter a colonoscopia e vaginoscopia (BITTENCOURT; BITTENCOURT, 2020).

Câncer de próstata

As mulheres trans, mesmo as que já fizeram cirurgia de redesignação sexual, **mantêm a próstata** e, portanto, precisarão ser orientadas com relação à possibilidade de câncer e a existência de exames preventivos como o toque retal e a coleta de PSA após 50 anos de idade.

O rastreamento de rotina não é indicado, para evitar os danos do “*overdiagnosis*”¹⁵ e do “*overtreatment*”¹⁶. Porém, cabe ao médico orientar e a usuária trans decidir se quer ou não ser submetida ao exame.

RISCOS CARDIOVASCULARES E A HORMONIOTERAPIA

A **hormonização (terapia hormonal ou hormonioterapia)** é uma intervenção de saúde buscada por pessoas transexuais e travestis como uma forma de expressão e reconhecimento do gênero com o qual se identificam ou com o qual buscam ser identificadas.

Como já foi dito, enquanto a **expectativa de vida da população brasileira é de aproximadamente 75 anos, a vida de travestis e transexuais brasileiras é ceifada em média aos 35.** Fruto de um processo de desumanização, é de amplo conhecimento que mortes violentas e prematuras são o grande elemento responsável por tal redução. Elementos como a exclusão social à qual essa população está submetida e as violências

¹⁴ Exame no qual são coletadas amostras do epitélio (camada superficial) da vagina, a fim de verificar a existência de lesões.

¹⁵ Exagero no diagnóstico, nesse caso entender que qualquer aumento de próstata, quando encontrado, deva ser biopsiado, procedimento que não é isento de riscos.

¹⁶ Tratar de forma mais radical que a necessária.

vividas fazem com que grande parte de seus adoecimentos sejam relacionados a sofrimentos por condições sociais.

Diante desse cenário, cabe perguntar: seriam os riscos secundários à hormonioterapia um componente significativo adicional a essa situação?

De acordo com as revisões da literatura acerca dos reflexos cardiovasculares do uso de hormônios, homens transgêneros podem desenvolver fatores de risco como **hipertensão, hiperlipidemia (colesterol alto), rigidez arterial e obesidade, os quais podem levar a uma maior probabilidade de desenvolver doenças cardiovasculares.**

Por outro lado, ao analisar a terapia hormonal com estrogênio em mulheres transgêneros, é possível analisar maior risco de perfis cardiovasculares adversos e eventos cardiovasculares, **tal como infartos e trombose, sendo esse grupo o mais afetado pelo uso da terapia hormonal.** Logo, uma maior atenção em relação à presença de outros fatores de risco nesta população se faz necessário.

Vale ressaltar que elementos como **estresse, ansiedade e tabagismo são relatados pela literatura como riscos frequentes presentes em pessoas transexuais.** De modo que, em conjunto com os outros fatores de risco presentes em homens e mulheres trans que fazem uso da terapia hormonal, torna-se fundamental o controle precoce de parâmetros de risco cardiovascular.

Salienta-se que por inúmeros fatores como a **discriminação, patologização da transexualidade, acolhimento inadequado e falta de qualificação de grande parte dos profissionais,** a garantia de acesso a serviços de saúde pela população trans ainda não é integralmente garantida. Com isso, o não acompanhamento de tais riscos, a automedicação e uso de hormônios acima das doses indicadas contribuem para a maior chance de ocorrência de eventos cardiovasculares não previstos.

A estruturação de uma rede de acolhimento que garanta o acesso integral à saúde pela população LGBTQIAPN+ e o acompanhamento rotineiro da população trans em uso da hormonioterapia é fundamental para a redução dos fatores de risco associados a esse procedimento.

A partir disso, a frequência constante de visitas ao serviço de saúde durante

a realização da terapia hormonal pode se configurar como uma boa oportunidade para o rastreamento dos fatores de risco cardiovasculares e tratamento de patologias não diagnosticadas anteriormente. Servindo, quem sabe, a terapia como uma forma de entrada a um sistema de saúde mais humano e com menos barreiras ao acesso à saúde pela população trans.

Há de se ter um cuidado especial com as doses dos hormônios e a automedicação. Embora o desejo por uma rápida transformação corporal seja grande, **as alterações corporais não são proporcionais à dose ingerida**. Dessa forma, o consumo de doses acima das indicadas não promoveram uma resposta mais rápida e aumentaram significativamente os riscos associados à terapia hormonal.

HIPERTENSÃO ARTERIAL

A hipertensão arterial (HA) é uma doença definida pelas medidas de pressão arterial, consequência de vários fatores genéticos, ambientais e sociais. De acordo com as diretrizes brasileiras, a HA é configurada pela elevação persistente da pressão arterial sistólica (máxima) maior ou igual a 140 mmHg e/ou diastólica (mínima) maior ou igual a 90 mmHg. Perigosa por se tratar de condição **frequentemente assintomática, a HA costuma evoluir com alterações estruturais e/ou funcionais, gerando graves consequências em órgãos como coração, cérebro, rins e vasos**.

Embora mais estudos acerca da correlação entre o uso da hormonioterapia e HA ainda precisem ser realizados para uma análise conclusiva, na prática, o aumento da incidência de hipertensão em populações transgênero durante o uso ou não dos hormônios se apresenta como um elemento de preocupação. Dentre os fatores que contribuem para isso, podem estar **fatores genéticos, idade, sexo, etnia, sobrepeso, sedentarismo, fatores socioeconômicos e psicossociais**.

Com isso, independentemente do tempo, dose e tipo de hormônio usado, o cuidado com a hipertensão arterial deve estar presente. Mesmo diante dos múltiplos desafios impostos pela desumanização, exclusão social e violência, por meio da parceria entre atenção primária e população trans, estabelecida durante a realização da terapia hormonal, é fundamental que medidas de **acompanhamento e controle dos fatores de risco ao**

desenvolvimento da HA sejam estabelecidas, com valorização da prática de cuidados farmacológicos e/ou comportamentais.

OSTEOPOROSE

Mais um elemento dentro dos possíveis riscos secundários, a osteoporose é caracterizada como uma **progressiva perda de massa óssea associada ao enfraquecimento, o que implica em maior risco de fraturas.**

A relação com a hormonioterapia se dá porque os hormônios mais utilizados, estrogênio e testosterona, representam fatores importantes na formação dos ossos durante a puberdade e na renovação óssea durante a idade adulta.

No entanto, revisões da literatura demonstraram que, em uma análise de curto prazo, o uso dos hormônios não alterou significativamente a densidade óssea de adultos transgêneros, de modo que a terapia hormonal não representaria, pelo menos em um curto prazo, grandes riscos ao desenvolvimento da osteoporose.

Ainda assim, alguns cuidados devem ser levados em consideração, devendo o impacto a longo prazo e relevância de outros elementos não farmacológicos ser analisados em conjunto pela equipe de saúde e população trans. Como reflexo dos sofrimentos associados às condições sociais, a alimentação e a prática de exercícios físicos de grande parte da população estão abaixo dos níveis recomendados. Assim, temos que o **consumo de alimentos ricos em vitamina D e cálcio, e inserção de exercícios físicos de sustentação de peso nas atividades do dia a dia, devem ser especialmente valorizados como práticas de prevenção.**

CALVÍCIE E OBESIDADE

Embora positivamente associado a melhorias no bem-estar socioemocional e qualidade de vida da população trans, **não se deve pensar a hormonioterapia como uma chave milagrosa**, quando se fala em bem-estar corporal. Para além dos riscos secundários à saúde, **alterações corporais indesejadas como mudança no percentual de gordura corporal, produção irregular de cabelo e oleosidade da pele também podem**

ser observadas com o uso da hormonioterapia.

Dentre as possíveis alterações estão a alopecia (perda repentina de cabelo do couro cabeludo ou outra parte do corpo) e a calvície. Ao analisarmos os hormônios mais utilizados, testosterona e estrogênio, é possível notar que seu uso leva a uma mudança na distribuição e no padrão de crescimento e densidade de cabelo. Efeito desejado do uso de estrogênio por mulheres trans, o hormônio normalmente leva a redução na quantidade e densidade dos pelos corporais.

Contudo, na maior parte dos casos, o hormônio não é suficiente para promover a completa eliminação dos pelos faciais, o risco de desenvolvimento de alopecia ou calvície está mais associado a fatores genéticos do que necessariamente à terapia hormonal. Ao analisar o uso de testosterona por homens trans, temos como consequência o estímulo para que o cabelo se torne mais longo, mais grosso, mais escuro, ou mais curto, mais fino, mais claro. Contudo, isso depende da expressão gênica (manifestação dos fatores genéticos/hereditários) de cada indivíduo, determinada pela predisposição familiar, sexo e localização de pelos no corpo.

Ademais, é possível observar um aumento significativo na produção de oleosidade da pele, especialmente no início da terapia, tendo como possível consequência uma maior incidência de acne. Com isso, temos que pelos e cabelos representam uma parte significativa na expressão de gênero, sendo o cuidado em relação a esses elementos um aspecto fundamental a ser abordado durante a hormonioterapia.

Quanto à composição corporal, estudos demonstram que, no geral, os homens transgênero ganham massa magra (líquidos, pele e músculos), enquanto as mulheres transgêneros perdem. Com isso, mulheres transgênero parecem estar excepcionalmente em maior risco após a terapia hormonal, devido aos aumentos observados no peso corporal, especificamente na massa gorda (gordura).

Conclui-se, então, que **embora a terapia hormonal represente um grande avanço na conquista da forma de expressão e reconhecimento do gênero com o qual a população trans se identifica ou com o qual busca ser identificada, elementos possíveis de insatisfação corporal tal como obesidade e queda capilar podem fazer parte**

do processo. Cabe ao profissional de saúde e população trans a compreensão conjunta acerca dos múltiplos fatores associados à busca do bem-estar corporal.

NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA PROCESSO TRANSEXUALIZADOR:

Apesar de possuir uma nomenclatura controversa, pois afinal ninguém tem o poder de transexualizar ninguém, foi esse o nome dado ao conjunto de procedimentos regulamentados pelo Ministério da Saúde em 2008, na Portaria 1707 (BRASIL, 2008) e ampliado em 2013 na Portaria 2803 (BRASIL, 2013). Esses procedimentos visam cuidar da saúde integral da pessoa transexual, mas principalmente atender às demandas de mudanças corporais e comportamentais. Esse processo tem regras rígidas, que exigem um CID (Código Internacional de Doença), além de dois anos de psicoterapia e acompanhamento multidisciplinar, para que se consiga acesso aos hormônios ou cirurgias.

O Ministério da Saúde orienta que a atenção básica seja a porta de entrada do cuidado, porém, todo o processo deverá ser feito em ambulatório de atenção secundária especializada, que são serviços em número muito reduzido em todo o País, levando a uma grande dificuldade de acesso.

A necessidade de um CID reforça a perspectiva patológica da identidade trans e vem sendo motivo de grandes discussões por grupos que buscam a despatologização, como o caso da psicologia. Mas, infelizmente, até o momento, a regulamentação se mantém.

NA ATENÇÃO TERCIÁRIA CIRURGIAS

O processo de modificação corporal definitivo envolve cirurgias complexas que são regulamentadas pelo Ministério da Saúde e só podem ser realizadas em serviços credenciados. Atualmente, no Brasil, só existem **cinco serviços credenciados** e a nossa referência hospitalar é em São Paulo. **As filas são longas, chegando a vários anos no caso de uma cirurgia de redesignação.**

Para ter acesso à cirurgia, a pessoa usuária **precisa ter 21 anos ou mais** e estar sob **acompanhamento em ambulatório por pelo menos 02 anos por equipe multiprofissional e interdisciplinar**. São necessários relatórios de profissionais da saúde mental, do serviço social e do núcleo médico, sendo que neste último o CID é obrigatório.

Apesar das dificuldades, os efeitos do processo de transexualização são bastante animadores. Um estudo americano de grande monta (ALMAZAN, 2021), com mais de 27 mil participantes trans, encontrou uma associação entre as cirurgias de afirmação de gênero e a **diminuição do uso de álcool, de tabaco, a diminuição de sintomas depressivos e da ideação suicida**.

Políticas Públicas menos binárias e patologizantes, aliadas ao aumento da visibilidade do tema, da inclusão da diversidade nas equipes de saúde e educação em serviço com temas específicos sobre a saúde trans, oferecem possibilidades plausíveis para qualificar o cuidado.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A terapia hormonal cruzada leva a mudanças corporais irreversíveis. Para fazê-la, será necessário que o paciente receba e entenda todas as orientações sobre os riscos e sobre a irreversibilidade e forneça seu consentimento esclarecido. Os médicos devem deixar documentado no prontuário clínico que as informações foram fornecidas, e que a pessoa compreendeu todos os aspectos relevantes da terapia hormonal, incluindo os possíveis benefícios e riscos, e o impacto na capacidade reprodutiva. **Esse documento é obrigatório** e o processo transexualizador não pode ser iniciado sem a assinatura do mesmo.

CONSULTAS MULTIPROFISSIONAIS

O processo transexualizador ou de afirmação de gênero deverá ser acompanhado por serviço multidisciplinar que prevê atendimentos de enfermagem, em clínica médica, endocrinologia, ginecologia, urologia, psicologia, psiquiatria e serviço social. A intenção é um cuidado integral à saúde e uma preparação para as mudanças corporais definitivas que serão conquistadas através da hormonioterapia e das cirurgias.

HORMONIOTERAPIA

Adriano Bley

INTRODUÇÃO

Como endocrinologista e psicanalista há 25 anos, tive oportunidade de ajudar muitas pessoas trans a adequarem suas identidades à imagem que têm sobre si mesmas.

Devo dizer que a hormonioterapia é um processo que se dá ao final de uma longa construção do gênero, caminho que é muitas vezes doloroso, mas que pode e deve contar com a ajuda de psicólogo e de toda uma equipe multidisciplinar. Ser transexual, travesti, gênero fluido, não binário, agênero, gênero neutro, *genderqueer* é um assunto muito sério, que pode demandar algum tempo para ser definido. Cabe destacar que a orientação erótica-afetiva — heterossexual, homossexual, pansexual, bissexual etc. —, não é ligada ao gênero, e inclusive podem mudar num mesmo indivíduo.

No Brasil, a hormonioterapia assistida pelo médico só pode ser realizada após os 18 anos de idade, ou após os 16 anos com o consentimento assinado por um dos pais ou responsáveis.

As mudanças que a pessoa trans irá atravessar são muitas: nome, aparência física, vestuário, tom de voz, dentre outros. Esses aspectos e outros que surjam ao longo do processo precisam e devem ser elaborados antes, durante e depois da hormonioterapia.

Mesmo os poderes e limites da hormonioterapia, o que o hormônio pode ou não transformar, devem ficar muito claros, pois uma grande parte do sucesso do tratamento vai depender do entendimento do tempo de ação e do quanto o hormônio pode satisfazer determinada demanda.

Um exemplo:

“Dr., faz 1 ano que minha transição parou, tem 2 anos de uso de testosterona e minha voz não engrossa mais, os pelos cresceram, mas pararam...”

Nesta sessão vou publicar duas tabelas de evolução da testosterona para o ho-

mem trans e para a mulher trans, mas, em geral, as mudanças possivelmente atribuíveis ao uso ininterrupto de hormonioterapia ocorrem entre o segundo e o quinto ano de uso.

Tal como observado em homens cis, variações na tonalidade de voz, quantidade de pelo (barba e pelos pelo corpo) e desenvolvimento muscular também poderão ser observadas mediante o uso da hormonioterapia por homens trans. O mesmo ocorre com mulheres trans, as quais possivelmente demandam seios maiores e distribuição mais “feminina”(em termos de expectativa), de gordura com um “bumbum” maior, contudo, tais alterações nem sempre são possíveis só com a hormonioterapia.

A hormonioterapia na pessoa trans tem o objetivo de aproximar o aspecto físico da identidade de gênero. É importante frisar que os termos da **identidade é dada pelo sujeito e não pelo hormônio**.

As doses preconizadas da hormonioterapia são as doses fisiológicas que encontramos normalmente nas pessoas. Doses excessivas, além de não serem efetivas para produzir os efeitos desejados, estão ligadas a aumento dos efeitos colaterais.

Tabela 1 - Hormonioterapia em Homens Trans e Efeitos Esperados

EFEITO ESPERADO	INÍCIO DO EFEITO ESPERADO	Máximo DO EFEITO ESPERADO
Oleosidade da pele/acne	1 a 6 meses	1 a 2 anos
Crescimento do pelo facial/ corporal	3 a 6 meses	3 a 5 anos
Alopecia androgênica (calvície)	Mais de 12 meses	Variável
Aumento da massa muscular/força	6 a 12 meses	2 a 5 anos
Redistribuição de Gordura Corporal	3 a 6 meses	2 a 5 anos
Parada das Menstruações	2 a 6 meses	Não se aplica
Aumento do Clitóris	3 a 6 meses	1 a 2 anos
Atrofia vaginal	3 a 6 meses	1 a 2 anos
Engrossamento da Voz	3 a 12 meses	1 a 2 anos

Fonte: WORLD PROFESSIONAL ASSOCIATION FOR TRANSGENDER HEALTH (WPATH)

Tabela 2 - Hormonioterapia em Mulheres Trans e Efeitos Desejados

EFEITO ESPERADO	INÍCIO DO EFEITO ESPERADO	Máximo DO EFEITO ESPERADO
Redistribuição da gordura corporal	3 a 6 meses	2 a 5 anos
Diminuição da massa muscular/ força	3 a 6 meses	1 a 2 anos
Suavização da pele/ diminuição da oleosidade	3 a 6 meses	desconhecido
Diminuição da libido	1 a 3 meses	1 a 2 anos
Diminuição das ereções espontâneas	1 a 3 meses	3 a 6 meses
Crescimento mamário	3 a 6 meses	2 a 3 anos
Diminuição da produção de esperma	Variável	Variável
Diminuição de pelo corporal e facial	6 a 12 meses	Acima de 3 anos
Diminuição da calvície de padrão masculino	Perda de cabelo se detêm em 3 a 6 meses	1 a 2 anos

Fonte: WORLD PROFESSIONAL ASSOCIATION FOR TRANSGENDER HEALTH (WPATH)

Há observações muito importantes em relação aos efeitos: é fundamental haver persistência e não suprimir doses.

1. O hormônio produzido pelo testículo, a testosterona, estará presente na mulher trans, e o hormônio produzido pelo ovário, o estrógeno, estará presente no homem trans. Então, se a pessoa trans atrasa a dose de seu hormônio transexualizador, o hormônio produzido pelo seu corpo entrará em ação;

2. Não é a dose que promove o efeito desejado e sim a continuidade e a permanência do uso do hormônio. Doses excessivas estão relacionadas ao aumento de risco de trombose, tanto para homens trans quanto para mulheres trans, além de galactorréia

(leite saindo pelas mamas), também possivelmente associada a um tumor na hipófise, que pode levar a cegueira e está relacionado a excesso de dose de estrógeno em mulheres trans.

EFEITOS COLATERAIS

Antes de listarmos os possíveis efeitos colaterais, faz-se necessário mencionar algumas considerações sobre a importância da equipe transdisciplinar e, principalmente, da equipe de Saúde da Família e saúde mental no tratamento e endereçamento de condições psíquicas que podem estar presentes nas pessoas trans, pois, afinal, não é fácil perceber-se num corpo estranho à sua própria identidade psíquica. A ajuda da assistente social e do enfermeiro compõem o cuidado com a pessoa trans que, antes de ter um gênero, é uma pessoa que tem direito a acesso a serviços de saúde, a leis que garantem registro e uso de nome social e acesso a emprego.

As cirurgias são irreversíveis. Assim como algumas transformações possibilitadas pelos hormônios. No homem trans, o aprofundamento da voz, a queda de cabelo e a hipertrofia do clitóris são irreversíveis. Na mulher trans, o crescimento da mama, a diminuição do volume testicular e a diminuição da fertilidade podem também ser irreversíveis.

É direito da pessoa trans e dever da equipe multidisciplinar aguardar o tempo necessário para maturação das dúvidas e elaboração de traumas psíquicos anteriores, que podem dificultar a segurança necessária para decisão do início da hormonioterapia e do momento de realização da cirurgia.

A utilização de 17alfa estradiol nas mulheres trans e nas mulheres cis aumentam a chance de trombose e NÃO são preconizados, assim como 17alfa estradiol injetável NÃO é preconizado.

O 17 beta estradiol tem menor chance de provocar trombose, e é consenso que o 17 beta estradiol transdermico tem menor risco de trombose e doenças cardiovasculares. NÃO há estradiol isento de risco e sim formulações com menor risco e maior risco.

A testosterona via oral está proscrita (ou seja, NÃO se deve usar) pelo aumento de risco de câncer de fígado.

Tabela 3 – Riscos Associados à Terapia Hormonal¹⁷

NÍVEL DE RISCO	HORMÔNIOs FEMINILIZANTEs	HORMÔNIOs MASCULINIZANTEs
PROVÁVEL AUMENTO DE RISCO	Doença tromboembólica venosa (maior com estrógenos orais); Cálculos biliares; Enzimas hepáticas elevadas; Aumento de peso; Hipertrigliceridemia	Policitemia (sangue mais “grosso” e propensão a trombose); Aumento de peso; Acne; Alopecia androgênica (calvície); Apneia do sono
PROVÁVEL AUMENTO DE RISCO NA PRESENÇA DE FATORES DE RISCO ADICIONAIS (ESTROGÊNIOs ORAIS)	Doença cardiovascular;	---
POSSÍVEL AUMENTO DE RISCO	Hipertensão; Hiperprolactinemia ou prolactinoma	Hiperlipidemia; Enzimas hepáticas elevadas
POSSÍVEL AUMENTO DE RISCO NA PRESENÇA DE FATORES DE RISCO ADICIONAIS (IDADE)	Diabetes tipo 2 ¹	Desestabilização de certos transtornos psiquiátricos (transtorno bipolar, esquizoafetivo e outros que podem incluir sintomas maníacos ou psicóticos); Doença cardiovascular; Hipertensão; Diabetes tipo 2
SEM AUMENTO DE RISCO OU EVIDÊNCIA DE RISCO NÃO CONCLUSIVA OU NÃO DOCUMENTADA	Câncer de mama	Perda de densidade óssea; Câncer de mama; Câncer cervical; Câncer de ovário; Câncer uterino

¹⁷ **Atenção para o último item da tabela:** Não há aumento de risco de câncer de mama para mulheres trans e não há aumento de risco para homens trans: Perda de densidade óssea; Câncer de mama; Câncer cervical; Câncer de ovário; Câncer uterino.

Fonte: WORLD PROFESSIONAL ASSOCIATION FOR TRANSGENDER HEALTH (WPATH)

HORMÔNIOs RECOMENDADOS

Em geral, a prescrição leva em consideração doenças pré-existentes, peso e características pessoais. Por isso, **o ideal é não se utilizar hormônios por conta própria**, principalmente porque os exames prévios e pós hormonioterapia podem indicar aumento de risco e mudanças na prescrição devem ser feitas para evitá-los.

Nas mulheres trans, a utilização de estrogênio por via oral, mais especificamente o etinilestradiol, parece aumentar o risco de tromboembolismo venoso. É ainda possível prescrever juntamente com o estrógeno o bloqueador androgênico, principalmente quando houver a demanda para derrubar as ereções e aumentar a queda de pelos corporais.

Nos homens trans, como já mencionado anteriormente, a testosterona oral deve ser proscrita (proibida) no homem trans e o regime de aplicação intramuscular de testosterona deve ser de, no mínimo, 15 em 15 dias.

REFERÊNCIAS

Atendimento:

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-4** quarta ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2002.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ALMAZAN, A. N.; KEUROGHLIAN, A. S. Association Between Gender-Affirming Surgeries and Mental Health Outcomes. In: **JAMA Surgery**, v. 156, n. 1, jul 2021.

ARAÚJO J. M. S.; SANTOS, M. M. G.; SILVA, R. S.; MARTINS, M. C. V.; GALLOTI, F. C. M. Exame de Papanicolau e Câncer Cervical em Homens Transgêneros: revisão integrativa. In: **Research, Society and Development**, v. 10, n. 2, 2021. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12342>

BITTENCOURT, D. D.; BITTENCOURT, F. D. Citologia oncótica cervicovaginal na população lésbica e transgêneros. In: **FEMINA**, v. 48, n. 8, 2020, pp. 504-8.

BLOK, C. J. M.; WIEPJES, C. M.; NOTA, N. M.; VAN ENGELEN, K.; ADANK, M. A.; DREIJERINK, K. M. A.; BARBÉ, E.; KONINGS, I. R. H. M.; DEN HEIJER, M. Breast cancer risk in transgender people receiving hormone treatment: nationwide cohort study

in the Netherlands. In: **BMJ**, v. 365, maio de 2019. DOI: 10.1136/bmj. 1652

BOUDREAU, D.; MUKERJEE, R. Contraception Care for Transmasculine Individuals on Testosterone Therapy. In: **Journal of Midwifery & Women's Health**, 2019.

BRASIL, Diário Oficial da República Federativa do. **Decreto n 8727, de 28 de abril de 2016**. Diário Oficial da União - Seção 1 - 29/4/2016, Página 1 (Publicação Original). Brasília, DF, 2016. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2016/decreto-8727-28-abril-2016>. Acesso em 28/10/2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n 0.1.820 de 13 de agosto de 2009**. Brasília, 2009.

BRASIL, Secretaria de Direitos Humanos - Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoções dos Direitos de Lésbicas, gays, travestis e transexuais – CNCD/LGBT. **Resolução n12, de 16 de janeiro de 2015**.

CARVALHO, D. G.; REIS, B.M.B.; HORTA, A.L.M.; FERNANDES, H. Vivências Familiares no Processo de Transição de Gênero. In: **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 33, 2020. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0251>

CHENG, P. J.; PASTUSZAK, A. W.; MYERS, J. B.; GOODWIN, I. A.; HOTALING, J. M. Fertility concerns of the transgender patient. In: **Translational Andrology and Urology**, v. 8, n. 3, 2019, pp. 209-218. DOI: 10.21037/tau.2019.05.09.

GOMES, H. V.; de JESUS, L. A.; DA SILVA, C. P. G.; FREIRE, S. E. A.; ARAÚJO, L. F. Suicídio e população trans: uma revisão de escopo. In: **Ciências Psicológicas**, v. 16, n. 1, janeiro-junho 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.22235/cp.v16i1.2501>

JUSTINO, J. **“Nos Armários das Ruas”**: Entre discursos, saberes e o cuidado em territórios marginais. Dissertação de Mestrado. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2021.

LIGHT A. D.; OBEDIN-MALIVER J.; SEVELIUS J. M.; KERNS J. L. Transgender Men Who Experienced Pregnancy After Female-to-Male Gender Transitioning. In: **Obstetrics & Gynecology**, v. 124, n. 6, dezembro 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10ª rev. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-11 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 11ª rev. ICD Revision Platform. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/1-m/en>. Acesso em: 10/12/2022.

ROCON, P. C.; WANDEKOKEN, K. D.; DE BARROS, M. E. B.; DUARTE, M. J. O.; SODRÉ, F. Acesso à Saúde pela População Trans no Brasil: nas entrelinhas da revisão integrativa. In: **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00234>.

ROSS, L. E. et al. Sexual and Gender Minority Peoples' Recommendations for Assisted Human Reproduction Services. In: **Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada**, v. 36, n. 2, 2014, pp. 146-153.

SILVA, M. A.; LUPPI, C. G.; VERAS, M. A. S. Trabalho e saúde na população transexual: fatores associados à inserção no mercado de trabalho no estado de São Paulo, Brasil. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, 08 de maio 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/141381232020255.33082019>

SORBARA J. C.; CHINIARA, L. N. et al. Mental Health and Timing of Gender-Affirming Care. In: **Pediatrics**, v. 146, n. 4, outubro de 2020.

SOUZA, H. A; BERNARDO M. H. Transexualidade: as consequências do preconceito escolar para a vida profissional. In: **Bagoas**, n. 11 | 2014 | p. 157-175.

WESP L. Ovarian and Endometrial Cancer Considerations in Transgender Men. In: **UCSF Transgender Care & Treatment Guidelines**, 2016. Disponível em: <https://transcare.ucsf.edu/guidelines/ovarian-cancer> [Acesso em 30/11/2022]

Riscos:

BARROSO, W. K. S.; RODRIGUES, C. I. S.; BORTOLOTTI, L. A.; MOTA-GOMES, M. A.; BRANDÃO, A. A.; FEITOSA, A. D. M., et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. In: **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 116, n. 3, 2021, pp. 516-658.

DELGADO-RUIZ, R.; SWANSON, P.; ROMANOS, G. Systematic Review of the Long-Term Effects of Transgender Hormone Therapy on Bone Markers and Bone Mineral Density and Their Potential Effects in Implant Therapy. In: **Journal of Clinical Medicine**, v. 8, n. 6, 2019.

FORD, K.; HUGGINS, E.; SHEEAN, P. Characterising body composition and bone health in transgender individuals receiving gender-affirming hormone therapy. In: **Journal of Human Nutrition and Dietetics**, v. 35, n. 6, 2022; 1– 10.

GINSBERG B. A. Dermatologic care of the transgender patient. In: **International Journal of Women's Dermatology**, v. 3, n. 1, 2016, pp. 65-67.

MARKS, D. H.; SENNA, M. M. Androgenetic Alopecia in Gender Minority Patients. In: **Dermatologic Clinics**, v. 38, n. 2, 1 abr. 2020, pp. 239–247.

SEDLAK, C. A.; ROLLER, C. G.; VAN DULMEN, M. et al. Transgender Individuals and Osteoporosis Prevention. In: **Orthopaedic Nursing**, v. 36, n. 4, 2017, pp. 259-268.

SINGH-OSPINA, N.; MARAKA, S.; RODRIGUEZ-GUTIERREZ, R.; et al. Effect of Sex Steroids on the Bone Health of Transgender Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis. In: **The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism**, v. 102, n. 11, 2017, pp. 3904-3913.

STEVENSON, M. O.; TANGPRICHA, V. Osteoporosis and Bone Health in Transgender Persons. In: **Endocrinology and Metabolism Clinics of North America**, v. 48, n. 2, p.

421–427, 1 jun. 2019.

Hormonioterapia

FERRANDO, C. A. **Comprehensive care of the transgender patient**. Filadélfia: Elsevier, 2020.

HEMBREE, Wylie C. et al. Guidelines on Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons. In: **The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism**, v. 102, n. 11, Novembro, 2017, pp. 3869–3903. DOI: <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01658>.

WORLD PROFESSIONAL ASSOCIATION FOR TRANSGENDER HEALTH (WPATH). **Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People**, 7th ed. 2011. <https://www.wpath.org/publications/soc>

SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO TRANS E O CERNE DAS INTERSECCIONALIDADES

Fabrizio Donizete da Costa

Isabela de Oliveira da Cunha

Cenas clínicas ou qualquer semelhança com a realidade é mero espanto!

Margarida, mulher trans, chega à recepção do Centro de Saúde e pergunta a Bromélia, recepcionista do serviço, como poderia ser atendida no dia de hoje. Margarida está visivelmente inquieta, acanhada. Entrega seu RG com mãos trêmulas cujo esmalte azul-turquesa se mistura com estrias escarlates de sangue coagulado. A recepcionista pergunta pelo seu nome e a orienta que aguarde em uma das cadeiras azuis, próximas à sala em cuja porta havia uma placa intitulada “acolhimento”. Ao adentrar a sala, conta à técnica de enfermagem Violeta que no dia anterior fora agredida por um rapaz, e mostra as escoriações em seus braços e tórax. Queixa-se de dor e certa falta de ar ao respirar.

Violeta fica preocupada com o estado de Margarida (pois esta apresenta, além das queixas relatadas, batimentos acelerados do coração e um estado febril). Assim, Violeta acaba solicitando o suporte da enfermeira Magnólia sobre como proceder diante da demanda de Margarida.

Infelizmente, a vida de pessoas trans, travestis e não binárias não é assim tão florida. Não se trata de *vie en rose*, ou talvez o seja, se olharmos pela perspectiva dos espinhos. Sobretudo quando falamos de acesso ao cuidado em saúde, como foi destacado ao longo dessa cartilha de *Desaprendizagem*.

Ainda hoje, receber uma pessoa trans em um centro de saúde, já é em si um *acontecimento*, visto que ainda prevalece uma visão de que o lugar dessas pessoas seria em um ambulatório ou serviço especializado.

A capilaridade do cuidado territorializado e institucionalizado ainda precisa enraizar-se em sua pluralidade, apesar de alguns avanços obtidos por lutas que juntaram pessoas usuárias (os *experts* pela experiência) e profissionais de saúde, com destaque aos profissionais de saúde mental. Esta cartilha se propõe a ser um trabalho de muitas mãos que cultivam o cuidado territorializado, acolhedor e socialmente referenciado. Um cuidado não estático, mas dinâmico, que traça linhas de fuga e aposta em uma vida inventiva e criativa, cuja bússola é o desejo em sua faceta subversiva.

Deixamos, desde já, algumas questões em aberto para a reflexão da emergência de pessoas trans nas cenas vivas dos serviços públicos em saúde:

Como as pessoas trans chegam aos serviços de saúde?

Como ouvir demandas de forma plural e de maneira ampliada?

O desafio à escuta difere entre pessoas cis e trans?

Seria o cuidado um desafio para além das demandas trans?

Como é a escuta dos adolescentes nos serviços como centros de saúde? Como os trabalhadores e trabalhadoras podem “ler” e “escutar” o *adole-SER* (o ser adolescente), o adolescente enquanto um sujeito com seus impasses, e por isso, em construção, que não se dá sem a presença de um corpo sexuado e libidinizado?¹⁸

Se as pessoas trans precisam de pontes para permitir com que efetivamente cheguem aos espaços de cuidado e saúde, como fomentar esse trânsito, essa troca em uma sociabilidade cada vez mais segregatória e hostil às diferenças?

A efetiva promoção à saúde de pessoas trans seria um analisador da saúde de nossa democracia e do nosso SUS?

Seria o campo da saúde mental uma espécie de “tatu da saúde”, por fomentar a capilaridade do cuidado, rompendo dicotomias cartesianas e capilarizando espaços e brechas possíveis para uma outra leitura do cuidado e da clínica em saúde pública?

Deixaremos com que essas e outras questões ecoem ao longo de nosso texto.

¹⁸ Trouxemos a adolescência aqui, pois muitas vezes, na Unidade Básica de Saúde, a temática do gênero se torna mais evidente para essa faixa etária, que traz para os profissionais suas questões e vivências.

“LER” OS OFRIMENTOS NO CERNE DAS INTERSECCIONALIDADES

Margarida foi acolhida por uma equipe que, de pronto, foi capaz de “ler” os sinais e sintomas para além de um diagnóstico biomédico.

Alguns profissionais desenvolvem a habilidade de ler nas sutilezas dos encontros, nas entrelinhas do que foi dito. No cenário ilustrativo que indicamos na abertura do texto, vemos que as personagens puderam tecer uma *micro rede* para receber (e cuidar) de Margarida em um momento de fragilidade, de crise subjetiva, de vulnerabilidade latente.

Na prática clínica, muitas vezes endurecida ou mesmo embrutecida, marcada pelo modo naturalizado em que se lida com as diversas faltas estruturais (de recursos financeiros, de trabalhadores, de insumos, de tempo cronológico para estar com as pessoas usuárias), a saída dessa equipe foi o acolhimento.

Entendemos o acolhimento não como uma sala, um procedimento, mas uma *disposição* à escuta e ao cuidado em saúde. É um catalisador das redes vivas de cuidado. É um dos adubos que permitem a fecundidade de uma ação em saúde calcada em pressupostos democráticos que apostam na vida, na sua diversidade, suas dores e delícias.

Por meio dessa aposta na diversidade da vida que ressaltamos a importância de termos a interseccionalidade como lente para leitura dessas vivências, pois ela possibilita olhar para as diversas formas como o sujeito vivencia tanto as possibilidades quanto as opressões cotidianas, que geram desdobramentos significativos para a saúde mental.

O conceito de interseccionalidade tem origem no feminismo negro que, na década de 1980, trouxe para o debate a raça como um aspecto que também atravessava as opressões vividas pelas mulheres negras, para além do gênero e da classe.

Assim, entendemos interseccionalidade no campo da saúde como a possibilidade de ampliação do olhar para a população trans, travesti e não binária, ao compreender que o processo de saúde e adoecimento vivenciados por essas pessoas não está apenas relacionado ao gênero e à sexualidade, mas é atravessado por várias outras questões, como a raça/etnia, a classe, a corporeidade, entre outros marcadores sociais da diferença.

Dessa forma, esses diferentes aspectos são importantes para pensarmos a

saúde mental em sua multidimensionalidade. A saúde mental é um campo interdisciplinar que compreende esses processos para além dos saberes *psi* e dos diagnósticos, de modo a entender que a saúde mental está relacionada à qualidade dos processos de vida.

Aspectos como a qualidade de moradia, trabalho, relações sociais (rede de apoio), acesso a lazer e cultura, ampliam a visão sobre saúde mental. Sabemos que o acesso a esses recursos não é igual para todas as pessoas e que essa diferença está intimamente atravessada pelo gênero, pela raça e pela classe.

Portanto, para pensarmos o cuidado das pessoas trans, travestis e não binárias, especialmente em relação à saúde mental, devemos buscar superar essas desigualdades de acesso, bem como compreender a complexidade dos processos, nos encontros, linhas, nós, costuras e descosturas que tecem essa malha que é a vida.

Poderíamos listar uma série de barreiras enfrentadas pelas pessoas trans em seu itinerário de cuidado. No que concerne à saúde mental, podemos destacar o manejo do sofrimento das pessoas trans diante dos efeitos segregativos e da violência que parte significativa da sociedade promove; a montagem dos serviços que muitas vezes dificulta o acesso aos profissionais de saúde; a singularidade de cada percurso trans que exige dos profissionais e dos serviços uma maleabilidade crescente em uma rede de saúde que sofre constantes cortes orçamentários e recursos subfinanciados.

Importante destacar que o gênero (seja ele cis ou trans) não é um definidor de diagnósticos para o campo da saúde mental, e que buscamos superar a lógica da patologização que historicamente marcou a psiquiatria. Assim, buscamos trazer a saúde mental como uma ponte de diálogo diante do sofrimento das pessoas trans, travestis e não binárias, mas que devemos escutá-lo enquanto um campo polimórfico de forças, compreendido em pelo menos três eixos: o epistêmico, o clínico e o das lutas sociais.

A SAÚDE MENTAL COMO UMA BRECHA POSSÍVEL PARA A INTEGRAÇÃO ENTRE CORPO, CUIDADO E DESEJO

Em certa medida, nós, profissionais da saúde mental, desarticulamos um

duplo binarismo presente no cuidado de pessoas trans: o binarismo mais geral que toca o debate sobre gênero e sexualidade e o binarismo cartesiano (dentre eles, o biológico reducionista) que fragmenta o cuidado em dois compartimentos: o corpo e a mente, ou mesmo, em sua forma radical, “o corpo *ou* a mente”. No caso de Margarida, uma equipe mais orientada pela “urgência” poderia tomar sua demanda como uma queixa aguda, o que muitas vezes, além de fragmentar o cuidado, não permite um seguimento longitudinal da pessoa usuária.

Esperamos que esta cartilha, e nossa singela contribuição, possa adubar reflexões sobre os modos de acolher, escutar e atuar diante das demandas diversas (por serem humanas, demasiadamente humanas) de pessoas as mais diversas e criativas possíveis.

Que possamos plantar uma outra maneira de ler o sofrimento de pessoas trans, vendo-as como cidadãs e cidadãos que querem trilhar a vida de forma inventiva, e possamos não colocar barreiras a esse caminhar. E se não atrapalharmos esse processo singular, já faremos algo bastante significativo. E se dermos um passo a mais, construindo laços de cuidado e escuta, daí podemos ter um jardim ao invés de flores plásticas, forjadas por protocolos e preconceitos.

Em especial, acreditamos que essa dimensão da escuta para além do que é dito, muito discutida no campo da saúde mental, é fundamental para o fomento de um cuidado em saúde ampliado e criativo. Assim, a interseccionalidade, como discutida nesse texto, alinhada à escuta e ao cuidado, pode contribuir na compreensão de que as demandas da população trans, travesti e não binárias não estão restritas apenas ao campo da sexualidade e do gênero, mas transitam por vários outros aspectos que fazem parte da construção da sua história.

REFERÊNCIAS

COSTA, F. D. **Uma revisão crítica sobre as relações entre (bio)psiquiatria e neoliberalismo: brechas possíveis para uma outra psiquiatria?** Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2022.

DIEMER, A. S. Q.; CAVAGNOLI, M. Interseccionalidade entre gênero, classe e diagnóstico: práticas de atenção à saúde mental no CAPS. In: **Revista Grifos Unochapecó**, v. 31, n. 55, 2022.

DUNKER, C. I. L.; COSSI, R. K. **Trans é patologia para a psicanálise?** Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=BE-2oc2P0Gg>. Acesso em: 29 outubro 2022.

LACAN, J. O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada. In: J. LACAN. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2007.

MENESES, S.; REIS, S; DUARTE, S. **Acolhimento às pessoas lgbtqi+ nos serviços de saúde orientações voltadas para profissionais da psicologia e demais áreas da saúde**. Comissão especial de psicologia na saúde. Brasília: Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal, 2020.

RODRIGUES, C. Atualidade do conceito de interseccionalidade para a pesquisa e prática feminista no Brasil. In: **Seminário Internacional Fazendo Gênero**, 10 (Anais Eletrônicos). Florianópolis, 2013.

RODRIGUES, C. **O luto entre clínica e política: Judith Butler para além do gênero**. Belo Horizonte: Autêntica, 2021.

SAFATLE, V.; SILVA JUNIOR, N. da.; DUNKER, C. (org.). **Patologias do social: arqueologias do sofrimento psíquico**. Belo Horizonte: Autêntica, 2018.

SAFATLE, V.; SILVA JUNIOR, N. da.; DUNKER, C. (org.). **Neoliberalismo como gestão do sofrimento**. Belo Horizonte: Autêntica, 2020.

SAFATLE, V. **Maneiras de transformar mundos: Lacan, política e emancipação**. Belo Horizonte: Autêntica, 2020b.

THOMAS, P., BRACKEN, P. Critical psychiatry in practice. In: **Advances in Psychiatric Treatment**, v. 10, n. 5, 2004, pp. 361-370.

VIEIRA, E. S. et al. Psicologia e Políticas de Saúde da População Trans: Encruzilhadas, Disputas e Porosidades. In: **Psicologia: Ciência e Profissão** [online], v. 39, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-3703003228504>>. [Acesso em 29/10/2022]

EIXO 4

ERGUER A VOZ PARA SE POSICIONAR NO MUNDO

Varlei Couto

Jonathas Justino

Diante das múltiplas formas de violência que nos assolam e rasgam nossos corpos, como se posicionar no mundo? Como existir diante de toda abjeção que atinge diretamente os corpos de quem habita o limite exterior das normas e códigos morais considerados aceitáveis pela sociedade?

Não é fácil existir neste mundo cujas bases do que é tido como normal assentam-se numa heterossexualidade compulsória que divide o humano em categorias binárias e inflexíveis, isto é, homem-mulher, heterossexual-homossexual, noutras palavras e, ao fim, normais ou patológicos, ou ainda, normais ou aberrações. Como foi possível esquadrihar o mundo dessa maneira? Quando começamos a dividir os corpos de tal forma?

Quando você faz apontamentos como esses, as verdades inquestionavelmente impostas começam a ser rasgadas. E rasgar essas verdades é uma forma de erguer a voz e se posicionar no mundo. Erguer a voz não apenas para que seja possível habitar o mundo sem que os corpos precisem ser espremidos em caixas dicotômicas, desconfortáveis e cortantes. **Mas erguer a voz para que o mundo se abra à existência de corpos e subjetividades que moram para além dos códigos normativos.** Erguer a voz é fundamental para que o mundo se abra. Posicionar-se neste mundo pode ser perigoso, mas acima de tudo, possível.

Como erguer a voz? Denunciando um discurso que coloca a verdade do que somos no sexo (deveríamos) se faz presente sob a pele que tenta encapsular. De onde vem essa ligação entre sexo e verdade, ou, noutras palavras, o sexo como inscrição mas-

siva de quem somos?

Num determinado momento da história, mais especificamente a partir do século XVI, no interior do discurso do poder pastoral, é que emerge o que Foucault classificou como corpo de prazer e de desejo. Ele explica:

O que há de novo, ao contrário, a partir da pastoral tridentina e do século XVI, é essa tecnologia da alma e do corpo, da alma no corpo, do corpo portador de prazer e de desejo. É essa técnica, com todos os seus procedimentos para analisar, reconhecer, guiar e transformar, é isso que constitui, na minha opinião, o essencial da novidade dessa pastoral. (FOUCAULT, 2010, p. 165).

Pensar o corpo como superfície de inscrição dos acontecimentos, como escreveu Michel Foucault, significa, antes de tudo, entendê-lo como um conceito historicamente construído, que assumiu significações distintas ao longo do tempo. Os acontecimentos históricos são impressos nos corpos. Quando a história cruza o corpo, ele se torna muito mais do que um emaranhado de carnes, órgãos e sangue, pênis e vagina. Na articulação entre a história e o corpo, no momento exato em que as relações de poder o atravessam, ele se transfigura em luta. Torna-se potência e resistência, “lugar de dissociação do eu, volume em perpétua pulverização”, escreveu Foucault.

No decorrer da história, diversos foram os signos que procuraram dar significados aos corpos, por meio de discursos que criaram sobre eles um estatuto de verdades incontestes, dotando-os de múltiplos sentidos. É sobre o signo da resistência, do erguer a voz que aqui propomos a pensar o corpo como materialidade a partir da qual a vida se potencializa criativamente.

É por meio do corpo que a vida se pulveriza e se multiplica em fragmentos de agora que ganham contornos em meio aos múltiplos afetos alegres que sustentam o existir. **Erguer a voz é o que possibilita ao corpo transgredir, resistir e reexistir; tornar-se outro. É por meio dessa atitude que o corpo dobra as linhas dos micropoderes e macropoderes que o transpassa, zombando, pois transgride e resiste às normas e códigos morais.**

Afeto alegre é aquele que alimenta a esperança, tensiona os sentimentos de solidão e de indiferença. Afeto é condição de possibilidades para diferentes práticas de cuidado. Afeto é o que nos permite cuidar do outro e de nós mesmos. Afeto é comunhão. E comunhão é todo mundo cuidando de todo mundo. Cuidar do outro é se posicionar no mundo a partir do conviver, isto é, do viver-com, do viver-junto, práticas e atitudes bem distantes do viver-contrá ou do viver-apesar-de-em-oposição-ao-outro.

Cuidar do outro é cuidar de si, alimento que sustenta os corpos. Cuidar de si, cuidando do outro para cuidar de si mesmo. Um moinho de forças e de esperança que vai contra a toda e qualquer forma de mortificação e aniquilamento, pelas quais os corpos, em especial os corpos trans e travestis, estão expostos cotidianamente. Existir a partir de uma rede de afetos fraternos é erguer a voz para que os corpos possam sair do lugar do silêncio morando no espaço do respeito e da visibilidade.

Posicionar-se no mundo alimentando diariamente práticas de cuidado e de afetos, reinventando sempre e constantemente, a união e atitudes de defesas coletivas. Desta forma, as ações transformam em atitudes revolucionárias, porque, sim, existir para além da heterossexualidade são formas basilares de micro revoluções diárias.

Essas próximas linhas se assentam exatamente sobre essas micro insurgências, envolvendo corpos singulares, movimentos e coletivos que visam fissurar o estado cronificado das coisas, das verdades tidas como naturais e do cotidiano violento que nos assola.

“Erguer a voz para se posicionar no mundo” refere-se à também a reescrever uma história dos corpos não heterossexuais e não cisgêneros, que necessariamente não foram contadas por seus protagonistas. Esse recontar, vale destacar, inclui montar e remontar nossos cotidianos, nossas práticas, exercer a representatividade nos locais de disseminação de conhecimento, de movimentos sociais, de coletivos múltiplos, pulverizando, pouco a pouco, os paradigmas e crenças que sempre nos envolveram, com o objetivo de nos danificar em nossa dignidade.

É sobre essa pauta que esse último Eixo se sustenta.

Mas, para tanto, acreditamos que seja interessante e necessário nos questio-

narmos: “**a quem interessa a pauta trans, travesti e não binária?**”

De certo, a “voz” que deve ser gritada e ouvida, talvez pela primeira vez na história, sejam de suas representantes de corpo, àquelas pessoas que habitam a própria vida trans, travesti e não-binária. É o momento e a luta constante para escrever outras narrativas, mais dignas e menos calcadas em normatizações.

Mas a luta por esta pauta não pode e não deve se limitar unicamente ao campo da transexualidade, e, assim sendo, a cisgeneridade também deve se posicionar, revendo suas ações diárias e aferindo uma crítica (e por que não uma autocrítica?) àquilo que esse mundo que conhecemos elegeu como “normal” e hegemônico.

Convocamos as pessoas leitoras que se debruçam sobre esse material a refletir sobre como podem também “erguer sua voz”. Abaixo, experiências e relatos foram compartilhados com o intuito de inspirá-las.

REFERÊNCIAS

FOUCAULT, Michel. **Os anormais**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010.

_____. Nietzsche, a Genealogia, a História. In: **Ditos e escritos**, vol. II. Tradução de Elisa Monteiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

HOOKS, bell. **Erguer a voz**. São Paulo: Elefante, 2019.

COMPARTILHANDO

HISTÓRIAS



NÚCLEO DE CONSCIÊNCIA TRANS E ATELIÊ TRANSMORAS

Mari Prado

A cidade de Campinas (SP) concentra um grande polo de produção intelectual, artística e cultural de pessoas trans, travestis e não-binárias, tanto no campo não-formal quanto nos campos formais de produção do conhecimento. Tal gama de articulação da comunidade trans surge de movimentos autônomos dessa comunidade que, por seus próprios meios, construíram associações, coletivos e locais de acolhimento e formação. Entre eles, temos o Ateliê TRANSmoras e o Núcleo de Consciência Trans.

O Ateliê TRANSmoras surge a partir do ajuntamento de corpos trans da cidade de Campinas. Uma ocupação articulada pela ativista e estilista travesti **Vicenta Perrota**, que propôs essa ocupação enquanto um local de abrigo, fomento e segurança para pessoas trans, oferecendo um espaço de construção coletiva e incentivo à produção cultural e artística. Surgiu em 2013, na **Moradia Estudantil da Unicamp**, como um ponto de coletivização de pessoas e grupos de produtores culturais, artistas e estudantes LGBTQIAPN+ formando assim uma rede de formação de ativistas e artistas.

O Ateliê surge na crença da autenticidade e relevância de pessoas trans e de corpos subalternizados por meio de expressões artísticas, em especial na moda, a procura da construção de um mundo onde essas pessoas sejam valorizadas e respeitadas, que vivam suas vidas de formas plenas. Muitos integrantes e pessoas que passaram pelo coletivo formado por Vicenta hoje atuam como produtores de conhecimento e ativistas, atravessando e mudando a vida de muitos. Evoluindo de um ponto de encontro de pessoas LGBTQIAPN+ da universidade para uma rede de geração de renda e bases de sobrevivência, até hoje formalizada enquanto uma instituição sem fins lucrativos de pessoas trans, focadas na articulação política, na educação, na arte e na cultura.

Embrionariamente, a partir desse coletivo TRANSmoras, hoje temos o recém-construído **Núcleo de Consciência Trans (NCT)**, formado por pessoas trans que

compõe o corpo discente da Universidade Estadual de Campinas. O Núcleo, formalizado em fevereiro de 2022, se deu a partir de uma reunião do Ateliê TRANSmoras com o intuito de debater e articular a mobilização pelas cotas trans e políticas de permanência dessas pessoas durante sua jornada na universidade. Desde então, o Núcleo vem articulado inúmeras atividades em prol desses objetivos, como encontros e reuniões, rodas de conversas, ocupações, aulas magnas e mesas com personalidades, intelectuais e produtores trans brasileiros.

Assim, refletimos existências extremamente relevantes desses corpos subalternizados que hoje, em coletivos, adentram espaços diferenciados e os constroem. Para além das conquistas institucionais e simbólicas que foram construídas, criam-se novos conceitos no imaginário social ao nosso redor.

Pessoas trans ascendendo, criando representações e respaldos para que outras também se elevem juntas. Travestis, pessoas trans e não-binárias hoje pavimentam caminhos para a mudança de vidas e de experimentações corporais que ainda hoje são vítimas de um genocídio ao redor do país.

O conhecimento transvestigenero vem sendo produzido há muitas décadas, e hoje encontram novos interlocutores que atravessam a sociedade brasileira como um todo. São indivíduos que carregam consigo histórias e perspectivas enriquecedoras. Não mais estão sujeitos à informalidade e aos estigmas morais, mas agora reivindicam, participam e constroem a sociedade civil, lutando por seus direitos e cada vez mais os conquistando.

O NCT hoje reverbera por dentro dos muros da universidade e constrói um lugar de produção diverso e expansivo, fruto da coletivização desses sujeitos, tanto por conta do Ateliê TRANSmoras quanto por conta de muitos e muitas que vieram antes. Conhecimentos ancestrais e revolucionários hoje postos como saberes legítimos e relevantes. A potência da coletividade transvestigenero cada vez mais se mostra essencial e independente, em especial em um país do sul global como o Brasil, que, como dito por Vicenta, é *“o país campeão em travestis”*.

A reivindicação por direitos, respeito e oportunidades de uma vida plena se constrói a partir do fato de que essas pessoas, travestis, trans e não-binárias sempre fize-

ram parte da sociedade brasileira, mas foram relegadas a espaços de prejuízo, exclusão e violências, que sobreviveram, criaram seus conhecimentos e ferramentas para viver e sobreviver a um sistema que a elas não cabiam, e que hoje representam uma força de mudança sem igual.

Cada vez mais vemos, e teremos, corpos e mentes transvestigeneres estremecendo essas estruturas e, assim, construindo um mundo melhor, onde todas poderão *sonhar em uma amanhã que possa ser diferente, que tenhamos outros problemas e encontremos novas soluções, que possamos viver nelas, através delas em suas memórias*, como canta Linn da Quebrada em “Oração”.



CONSULTÓRIO NA RUA DE CAMPINAS

Alcyone Apolinário Januzzi

Rachel Soeiro

População vulnerável ou vulnerabilizada? Do que estamos falando mesmo? Trabalhar com pessoas invisíveis aos olhos de todas faz com que muitas vezes nós, profissionais da saúde, também sejamos invisíveis!

Antes de conversar sobre isso, temos que desconstruir conceitos que criamos para nós mesmos, aceitar nossos preconceitos enraizados, entender nossas limitações e fragilidades, buscar respostas para nossas curiosidades, sem medos, sem ressalvas, sem porquês...

Sim, somos profissionais da área de saúde, mas antes da profissão existe toda a nossa história de vida. Nossas curiosidades, nossas frustrações, nossos desejos (secretos ou não), nossos medos e angústias. Do *Joga Pedra na Geni* a cantoras trans ovacionadas na rede de TV aberta. Um turbilhão de sentimentos que precisamos levar em consideração no atendimento da população LGBTQIAPN+ para garantir, em primeiro lugar, o respeito à pessoa usuária. Um exemplo de quebra de barreiras em relação aos nossos preconceitos, primeiro passo no estabelecimento do vínculo é chamar a pessoa usuária pelo nome que escolheu.

Respeito à singularidade, à história de vida, ao momento que a pessoa usuária está vivendo. LGBTQIAPN+ em situação de rua, profissional do sexo (PSX), morador(a) de albergue, locatária de um quarto de pensão... não importa o local de moradia ou o que façam para sobreviver, geralmente são vistas com olhos preconceituosos e são frequentemente desrespeitadas. Dentro de um serviço de saúde, precisamos entender que, por tudo isso, essa população necessita de tratamento preferencial, com horários de atendimento flexíveis e com uma porta aberta à escuta, priorizando estar no território, o mais próximo possível da pessoa usuária.

Como exemplo, podemos citar o trabalho com as profissionais do sexo no próprio local de trabalho. Iniciamos perguntando com qual nome ela ou ele deseja ser chamada(o), entendendo que indagações como profissão, local de moradia, quantidade de filhos(as), uso de substâncias psicoativas (cigarro, álcool, outras drogas) e condições de higiene poderão afastá-la(o) do atendimento se não houver um vínculo já estabelecido. Atendimento no próprio território. Levando a escuta e o cuidado até onde a pessoa usuária está e combinando regras de convivência (a duração do atendimento será estabelecido entre a(o) profissional e a pessoa usuária, respeitando ambos, assim como a singularidade da pessoa atendida e as regras do espaço.

É importante entender que as condições de moradia em que muitas(os) vivem (sem acesso a água, por exemplo), faz com que, por vezes, se apresentem em situação precária de higiene, com aparência que também a(o) deixa constrangida(o), e que às vezes é usado como estratégia de afastamento. Paulo (um usuário do Consultório na Rua), certa vez fez a seguinte fala: **“Tomo banho a cada 6 meses, e isso ajuda para que ninguém chegue perto de mim”**. Selo de Exclusão!

É também importante reconhecer que às vezes o cuidado desejado não é uma consulta médica. Kemille (nome fictício) pediu uma lâmina de barbear para fazer a barba: **“isto é tão importante como a escova e a pasta de dente.”** Remover o chuchu (barba) é primordial para ela. Selo de Respeito!

Hellen (nome fictício), que sempre narrou odiar ter relações sexuais com homens, nos procurou constrangida e pediu um teste de gravidez. Sem mais nenhuma pergunta, pedimos para que ela coletasse a urina para o teste. Positivo. O choro e a revolta imediatamente tomaram seu rosto: **“Precisava de crack, precisava de dinheiro. Fiz programa, odeio homens.”**

Nada falamos. Compartilhamos a dor e o silêncio que se instaurou. Hellen realizou o pré-natal conosco. Aprendemos muito com ela. Nós cuidamos para não ter comportamentos comuns como passar a mão na barriga dela, perguntar se era menino ou menina, entre outras atitudes similares. Os exames eram realizados corretamente, por vezes íamos atrás dela em locais de uso. Havia um bebê naquela barriga, mas não podia-

mos esquecer **nunca** que existe uma mulher que carrega essa barriga e, com ela, sua vida, suas decisões e suas escolhas. Não perguntamos sobre o futuro do bebê, sobre como seria para ela ser mãe. Para ela, aquele bebê não existia: **“que passe logo esses 9 meses”**. Os 9 meses se passaram. O bebê nasceu, ela evadiu do hospital, fomos procurá-la. Quando a encontramos, ela nos disse: **“Eu não estou mais grávida, vocês não precisam mais vir atrás de mim”**.

“Não, nós estaremos sempre com você, com ou sem bebê, você é importante para nós”. Hellen estava febril e com calafrios. Após explicarmos que poderia ser grave, ela aceitou ser examinada dentro da van. Inclusive permitiu o exame ginecológico que ela tanto detestava.

O diagnóstico era uma infecção: **“Me dá um remédio aqui, eu não quero voltar pro hospital”**. Combinamos que passaríamos todos os dias para ver como ela estava e realizar o tratamento com antibióticos endovenosos, além da medicação para suspender a lactação. Selo de Dignidade!

Enquanto profissionais de saúde, precisamos reconhecer nossos preconceitos e dificuldades para poder superá-los. Escolhemos a profissão cujo cotidiano acontece ao lado de pessoas que buscam alguma forma de cuidado, não importando orientação sexual, gênero, condições de higiene e demais interseccionalidades.

A população LGBTQIAPN+ tem sido excluída da sociedade e, muitas vezes, de suas famílias, trazendo em sua trajetória diversas formas de violência. Nós, profissionais de saúde, precisamos oferecer um cuidado respeitoso, escutar suas necessidades e demandas, ofertar saúde individualizada (uma lâmina de barbear, horários flexíveis, etc.) a fim de quebrar este ciclo de violência, propondo novos horizontes de cuidado.

O AUDIOVISUAL E O CUIDADO

Coraci Ruiz

Júlio Matos

Pessoas queridas que nos leem,

Nós, Coraci Ruiz e Júlio Matos, trabalhamos com produção audiovisual há quase vinte anos, produzindo especificamente documentários. Quando recebemos o convite para colaborar com este material, pensamos que poderia parecer estranho um texto nosso numa cartilha sobre o acesso de pessoas trans aos serviços do SUS.

Mas vocês vão entender!

A história toda começou há uns dez anos, quando um professor da Saúde Coletiva da Unicamp nos assistiu falando em um evento. Ele percebeu que o nosso trabalho como documentaristas detinha uma dimensão que se aproxima muito dos profissionais da saúde: *a necessidade de escutar o outro — e também, a princípio, o gosto por essa escuta.*

Então, o professor nos convidou para dar uma aula para os alunos dele, em que falaríamos um pouco sobre a arte do documentário e transmitiríamos algumas técnicas de entrevista que aprendemos com o tempo. A proposta era não só inspirar nos alunos um interesse genuíno por seus pacientes, mas instrumentalizá-los para conduzir os diálogos com pessoas atendidas. Em todos esses anos, muitas turmas já passaram por essa disciplina e a parceria frutificou novos projetos.

Para nós, uma das grandes motivações em exercer a nossa profissão tem relação com a riqueza dos encontros.

Sentimos que é um privilégio enorme trabalhar com algo que leva a inúmeros lugares, para conhecer pessoas que vivem situações das mais diversas. Já estivemos em um campo de refugiados no deserto do Saara e em aldeias de povos indígenas na Amazônia; já filmamos pescadores no nordeste do país e quilombolas na fronteira com o Uruguai; já voltamos nosso olhar para nós mesmos, filmando dentro da nossa própria casa; já entrevistamos pessoas famosas e pessoas em situação de rua; e por aí fora.

E podemos dizer que aprendemos muito com todas essas experiências: tudo aquilo que podemos nomear e contar, mas mais ainda tudo aquilo que nos atravessa, nos afeta e, dentro de nós, se transforma em nosso próprio jeito de ser e ver o mundo. Algo que palavras não podem explicar.

E essa parceria com o pessoal da Saúde Coletiva nos abriu uma nova porta: possibilitou enxergar o nosso trabalho e os nossos próprios filmes sob um outro prisma. **A partir do olhar dessas pessoas parceiras, entendemos que a prática do documentário pode ser vista também como uma prática de cuidado.**

E o que significa esse cuidado, pelo menos para nós?

Significa criar um espaço de escuta qualificada, que parte do pressuposto de que cada experiência é única e, por isso, igualmente valorosa. Entendemos que esse cuidado (que se dá numa dimensão subjetiva) significa tratar a história de cada pessoa que passa na frente de nossas lentes como uma história importante, que merece ser ouvida e registrada.

Com isso, essas histórias, muitas vezes de vidas marcadas pela precariedade, se tornam *passíveis de memória* — não só de quem as vivenciou, mas também das nossas memórias e a dos espectadores de nossos filmes. **Se tornam memórias coletivas, que fazem parte do corpo social.**

Elas interessam porque todo ser humano interessa, e ouvi-las (*e transformá-las em filmes*) é uma das formas que encontramos de contribuir na construção de um mundo mais diverso e inclusivo.

Um outro ponto que nos aproximou da *Saúde Coletiva* tem a ver com uma experiência particular em nossa família. Em 2016, nosso filho mais velho, que era um adolescente, nos contou pela primeira vez que estava em dúvida sobre a sua identidade de gênero. Na época foi uma grande surpresa. Isso nunca tinha passado pela nossa cabeça e no fundo a gente não entendia nada do universo trans. A experiência que vivemos na família com a transição de Noah virou tema de um documentário autobiográfico, “*Limiar*” (77', 2020), que narra o processo do ponto de vista materno.

O filme todo é construído em torno de uma série de conversas entre mãe e

filho, filmadas ao longo de três anos. Nesse período há encontros e desencontros, momentos de entendimento e outros de crise. Mas o que permeia tudo, do começo ao fim, é a disposição de ambos para o diálogo. Esse processo mútuo de escuta, no qual se percebe uma disponibilidade dos dois para se transformar e aprender, e que foi captado e narrado pelo filme, é um exemplo de como o fazer audiovisual pode se tornar uma prática de cuidado — para nós mesmos, mas também para cada pessoa que assiste o filme e sente que ele pode, de alguma forma, contribuir em sua trajetória pessoal.

Como pais de uma pessoa trans, acabamos nos envolvendo profundamente com o tema, e assim outros projetos tomaram corpo. Fizemos o documentário “Germino Pétalas no Asfalto” (79', 2022), que acompanha cinco anos da vida de Jack, amigo de Noah. Nesse período, enquanto ocorria sua transição de gênero, o Brasil mergulhou em uma onda de extremo conservadorismo. **Para nós, o objetivo central era mostrar como uma rede de afeto e solidariedade se constitui em meio a um contexto adverso, com enfoque ao enorme potencial coletivo dessa comunidade.**

Esses dois filmes foram influenciados por uma conversa com Noah, que desabafou que não aguentava mais filmes com histórias trágicas sobre pessoas trans. Vimos, nas palavras deles, ecos do pensamento de bell hooks, para quem a criação de imagens transgressoras é fundamental para quem anseia por transformação social. Esse pensamento permeia vários outros filmes que são bem interessantes e ajudam a entender um pouco mais sobre as questões trans. Deixamos, no final deste texto, uma lista de filmes para quem tiver interesse.

Em “Limiar”, há uma cena em que Noah dá uma explicação didática sobre as diferenças entre gênero, sexualidade e características biológicas, fazendo inclusive um desenho. Exibindo o



filme em diversos contextos, há algo interessante: para as pessoas cis com pouco conhecimento do tema, é um grande alívio receber uma explicação clara; e para as pessoas trans, é também um alívio ter uma boa explicação no filme que as represente e que elas possam mostrar para familiares e pessoas queridas.

É por isso que nós acreditamos que o audiovisual pode cumprir um importante papel quando pensamos na prática do cuidado. Por um lado, é fundamental que as pessoas trans possam se ver em filmes com personagens complexas e que vivem histórias de amor, grandes amizades, momentos tristes e também finais felizes, pois isso gera pertencimento. Por outro, é vital que pessoas cis, por meio das trajetórias e conflitos dessas personagens, sejam documentais ou ficcionais, consigam entender um pouco melhor esse universo. Ao sensibilizar o público, o cinema pode facilitar o entendimento e o diálogo entre pessoas que vivem e pensam de maneiras diferentes.

A ARTE TRANSFORMA

Coletivo “Balzakianas For Ever”

O que melhora o atendimento é o contato afetivo de uma pessoa com a outra. O que cura é a alegria, o que cura é a falta de preconceito.

Nise da Silveira

O Coletivo “Balzakianas For Ever” se mistura na história da comunidade da Vila Padre Anchieta em Campinas (SP). São artistas que contribuíram e contribuem, cada qual com seu talento, para fortalecer a arte, proporcionar mudanças e mostrar que todos temos os mesmos direitos, enfatizando os mecanismos necessários para promover a garantia desses direitos. Paralelamente à arte, o coletivo desenvolve temáticas de cidadania e ajuda a desconstruir a homofobia, transfobia, lesbofobia e todas as formas de preconceito de gênero.

Para muitas integrantes, o coletivo trouxe a possibilidade de empregabilidade formal e ampliou os espaços de apresentação artística para quem seguiu o caminho da arte (com trabalhos de maquiagem, iluminação, teatro, cinema, dança, arte Drag). Possibilitou conectar-se com uma rede que promove a garantia dos direitos da população LGBTQIAPN+, como os Grupos “*Identidade*”, “*Aos Brados*” e “*Centro de Referência LGBT*”.

Este Coletivo foi criado durante o período de isolamento social, devido à pandemia da Covid-19, como uma rede de apoio. Foi a arte que nos uniu e promoveu saúde emocional, autoconhecimento e expressão da individualidade (cada pessoa é única e especial), diminuindo o estresse e ajudando no enfrentamento da dor com mais serenidade.

Via de regra, a população LGBTQIAPN+ é vista apenas pela ótica sexual, vidas indesejáveis para o convívio social, mas corpos desejáveis à secreta luz da noite.

A arte chega para a população da Vila Padre Anchieta como uma ponte para quebrar paradigmas. Tanto a arte expressa no espaço do Teatro como a arte expressa no

espaço da Escola de Samba traz a comunidade da Vila Padre Anchieta para conhecer e conviver com a população LGBTQIAPN+.



Muitos dos estereótipos caem por terra ao atentarem para o fato de que esta população também se insere em suas respectivas famílias, distintos trabalhos, ocupações, etc. O **Centro Cultural Maria Monteiro**, palco de várias fontes de expressão artística local, oferece um espaço transformador e formador, dando palco aos artistas, incluindo a comunidade LGBTQIAPN+, a fim de produzir novos conceitos, valorizar e elevar a autoestima, promovendo uma cultura de respeito e compreensão das diferenças, capaz de diminuir a violência e o preconceito.

A arte, em nossa perspectiva, é transformadora, uma forma de expressar os mais sublimes sentimentos, produto da nossa cultura. Nós, seres humanos, produzimos arte quando escrevemos, dançamos, cantamos, cozinhamos. E por meio dela eternizamos nossa cultura.

A arte é o trabalho do artista. E, como trabalho, ela interfere diretamente no mundo em que o artista está inserido. Ela pode ser bela ou feia a depender da perspectiva adotada, bem como possui dimensões concretas e abstratas.

A arte possui elementos de aproximação e distanciamento, e o resultado de seu uso como ferramenta de transformação social pode ter consequências ruins

ou resultados fantásticos. Por ser de natureza livre, a arte, com seu poder de conscientizar e potencializar os processos de interferência no destino da humanidade, quando utilizada com honestidade e amor ao próximo, alavanca emoções e projeta o ser humano rumo ao encontro do outro e de si mesmo.

A arte tem um papel importantíssimo de promover o desenvolvimento econômico, cultural e social e a quebra dos paradigmas no que se refere à transfobia e à homofobia, algo enraizado em nossa sociedade. A arte dialoga e estimula, valoriza e dá voz ao novo. Assim, faz a sociedade refletir temas como violência, preconceito, discriminação, e apontar políticas públicas para essa população tão vulnerabilizada.

Algumas vertentes da arte exercem e podem exercer sobre a maioria de seus admiradores o despertar para o lado humano, para o sentimento de respeito, para o entendimento de que as diferenças são para agregar conhecimentos e não para promover o distanciamento ou discriminação.

Por ser uma expressão lúdica, é capaz de abrir um canal de aproximação entre papéis sociais tidos como diferentes entre si. A arte tem o poder de tocar os corações de várias maneiras. E, por meio das suas inúmeras formas de expressão, permite o tráfego de informações e a sensibilização das pessoas, ajudando a desconstruir pensamentos negativos sobre esses grupos!

A arte e a saúde caminham juntas. O ato de cuidar é uma arte, e quem ama cuida!

A CASAS EM PRECONCEITOS

ENTRE A HISTÓRIA, A MILITÂNCIA E A NECESSIDADE DE CUIDARMOS UNOS DOS OUTROS...

Suzy Santos

Jonathas Justino

Os sentidos de Rede de Cuidado ou de Rede Socioassistencial necessariamente obedece a um número de equipamentos, serviços e referências que atendem a certo território de um município.

O Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), enquanto equipamento de Proteção Social Básica regulamentado pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS), deve manter interface de trabalho com os serviços de saúde do seu território de abrangência, avaliando as possibilidades e limites de atuação.

No que diz respeito à Proteção Social de Média Complexidade, podemos destacar, no campo da Assistência, o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), que foca o atendimento de pessoas que sofrem violência: mulheres vítimas de violações, em atendimento enquadrado nas diretrizes promulgadas pela Lei Maria da Penha; crianças e adolescentes em situação de violação, como trabalho infantil, exploração sexual infanto-juvenil, tal como definido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Tal serviço, que define seu campo de atuação mediante existência de vínculos intrafamiliares frágeis ou rompido, pode atuar tanto com o território de origem daquela pessoa ou grupo familiar em rede quanto com outros equipamentos e serviços, inclusive os ditos especializados.

A relação com Organizações Não Governamentais (ONGs) também pode compor a formação da rede institucional, podendo estar atrelada às políticas de proteção, geralmente associadas ao âmbito da Assistência Social, recebendo, assim, subvenção pelo Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS) ou Conselho Municipal da Criança e do Adolescente (CMDCA), que operam a partir de legislação específica.

Esses são alguns exemplos de uma rede legitimada, que obedece a fluxos

de encaminhamentos. Ela é muito mais ampla, mas necessariamente relaciona-se a uma pirâmide de atenção e vincula o atendimento das políticas básicas que se presentificam nos territórios, até mesmo aquelas que presumem um atendimento singular, sob o olhar de alguma especialidade.

Os serviços de acolhimento institucionais também obedecem a essas normativas. Dentro do que se entende por atenção assistencial, os abrigos, sejam eles destinados a crianças adolescentes, adultos em situação de rua ou idosos — na modalidade de Casas de Repouso — também estão, ou deveriam estar interligados por uma rede de atuação conjunta e multidisciplinar que deve abranger mecanismos setoriais e intersetoriais.

As pessoas trans e travestis ouvidas em nossos trabalhos de pesquisa e nas oficinas que compuseram os trabalhos de elaboração dessa Cartilha em Saúde, relatam inúmeras violações sofridas nesses espaços.

Tive que dormir no chão da cozinha, não podia ficar nem na ala masculina, nem na feminina, por ser travesti (Katelyn Silva)¹⁹

Tinha que tomar banho com policial na porta, porque senão era perigoso eu ser estuprada (Valéria Reis)

Eu já fiquei em um abrigo que, para eu continuar, tive que raspar a cabeça e voltar a usar roupas de homem, voltar para o armário (Soraya Cardon)

Não tinha vaga para travesti, só para homem e mulher. Tinha que dormir na rua. Eu dormia na calçada do abrigo, porque tinha vigia na porta e ele ficava de olho. (Aline Alves) (JUSTINO, 2021, p. 186)

Tais relatos nos levam a um espaço de história da Casa Sem Preconceitos.

Este local de referência conta com a figura da profissional de saúde e militante da pauta transexual e travesti no município de Campinas/SP, **Suzy Santos**.

Trata-se de vidas consideradas clandestinas, observadas por um serviço tam-

¹⁹ Todos os nomes citados são fictícios.

bém elaborado e organizado clandestinamente, sem que houvesse apoio declarado, subvenção municipal ou legitimação destas ações enquanto um equipamento formal da Rede de Atenção da referida cidade.

A Casa Sem Preconceitos emerge como um dispositivo coletivo, aliado ao Grupo Identidades, que pauta essas lutas enquanto uma organização da sociedade civil, e operado por pessoas que, de certa forma, também passam a se recontar pelo serviço em questão.

Abaixo, vocês poderão ler o relato de Suzy sobre como a referida Casa foi construída e batalhada, para que hoje possa estar de pé e acolhendo as pessoas trans e travestis que dela necessitam.

SUZY SANTOS E A CASA SEM PRECONCEITOS

Meu nome é Suzy Santos, sou uma mulher transexual, profissional de saúde, redutora de danos, coordenadora da Casa Sem Preconceitos e militante pela vida trans e travesti na cidade de Campinas, São Paulo.

Gostaria de contar um pouco da história da nossa Casa, que é também minha história. Primeiro, vale destacar, sempre estamos de olho umas nas outras, tentando prover os cuidados necessários.

A Casa fomenta esse cuidado quando se depara com o desespero de ver uma menina trans, negra, chamada Fernanda, em sofrimento. Ela estava em situação de rua, *fazendo a batalha*²⁰ diária dela. Uma senhora passou, e ela ia *manguear*²¹ essa senhora e, do nada, começou a contar sua história de vida.

Essa senhora, que era uma mulher cisgênero e idosa, levou a Fernanda para a casa dela.

Agora, veja bem, no meio desse mundo transfóbico, uma mulher de repente levar uma estranha para a casa dela, dá uma certa esperança para todas nós que vivemos o descaso. Fernanda não conseguiu ficar muito tempo na casa dessa senhora e evadiu,

²⁰ Significa atuar no campo da prostituição.

²¹ Significa conseguir dinheiro ou algo que necessite: através do ato de pedir à alguém. Pode estar associado a “fazer o corre”: resolver alguma coisa.

até porque ela tinha uma questão de uso abusivo de substância, o que não é uma situação fácil.

A senhora me procurou para tentar localizar Fernanda novamente. A encontramos, e vendo que nós não tínhamos lugar adequado para poder cuidar dela, o que faria com que Fernanda continuasse na rua, foi cedido um lugar provisório para acolher algumas meninas trans e travestis (local cedido por esta mesma senhora, uma cidadã do município de Campinas/SP). **A primeira configuração da Casa começa, assim, com alguém cedendo um espaço improvisado para nós.**

São muitas “Fernandas” nessa situação e é assim que nós iniciamos esse trabalho, com o objetivo de fazer algo umas pela outras.

Quando a gente pensa em ter uma Casa de Acolhida, conseguimos perceber o quão significativo é cuidar, ter um espaço para isso. Mas, com o tempo, a questão financeira começou a pesar. A primeira casa era localizada na região central. Por conta das dificuldades em termos de dinheiro, nos mudamos para uma região mais periférica do município.

Na periferia existem outras complexidades e delicadezas. Não é só “tirar da calçada”, tem outras coisas também: **como se cuida de alguém sem equipe, sem apoio?**

Nessas primeiras tentativas muita gente começou ajudando, muitas delas heterossexual, cis. Mas, com o passar do tempo, esse furor de ajudar foi passando.

Eu, nessa história toda, sempre me lembro que já passei por situações muito difíceis: de violência, de escassez, de medo.

A Casa é uma forma de me recontar, de contar de novo a minha história, de trazer minhas angústias, de dar voz a quem não é escutado, algo que se fez presente na minha vida.

Lembrando da nossa história trans no Brasil, e claro, da minha própria, me recordo que se a gente saísse na rua durante o dia, era certo que alguém ia ter que buscar o corpo dessa pessoa no necrotério, ou buscar no hospital, porque ela teria sido agredida. Isso era fato consumado!

A Casa remete para mim a algo importante, porque muitas amigas minhas fo-

ram a óbito. Uma delas, inclusive, que eu cuidei e ajudei, precisei enterrar. O tempo passa e você tem que superar. **Sempre é a mesma coisa, mas algo não pode ser esquecido: quando uma delas morre, não podemos naturalizar a realidade de um assassinato.**

A gente tem que “se machucar” a cada morte, e perguntar: por que mais uma?

Resumo da obra: Tivemos que fechar a Casa de novo, num período em que moravam três meninas.

Uma delas foi para uma pensão, porque tinha um dinheiro que ela recebia por mês e poderia pagar o aluguel do quarto; **a outra a gente tentou levar para a casa da mãe e ninguém aceitou ela. A outra**, chamada Fabiana, voltou para a família, que morava em uma distinta cidade, onde fez um curso de cabeleireiro, já que tinha o sonho de montar um salão. Só que aos poucos ela voltou para a prostituição, provavelmente por dificuldade financeira. **Ela foi para outra cidade, ficou numa pensão e, em um dos programas, foi assassinada.**

Pelo que relatam, ela foi morta com uma garrafa quebrada. Ela foi quase degolada. Foi julgado como feminicídio, mas não sei do julgamento porque me dói muito falar sobre o assunto.

A pergunta que “fica no ar” é: até que ponto a gente precisa buscar a prostituição, morrer na rua desse jeito? Se eu tivesse o apoio que eu tenho hoje, talvez ela estivesse viva. Eu me culpo um pouco, é difícil lembrar disso. Ela me respeitava muito, era uma pessoa cheia de sonhos.

Nós não temos oportunidade de emprego. Aqui na Casa Sem Preconceitos, a gente entrega cesta básica para as meninas que moram na rua. Se alguém vai ter uma entrevista de emprego, a gente tem que dar apoio para que ela consiga isso.

Muitas não têm o desejo de ser puta, mas são obrigadas a isso. **Cada programa, quando você não tem desejo de ser puta, é muito difícil.**

Aí eu me lembro da Fabiana: ela tinha uns 37 anos, chegou na casa cheia de vida, cheia de sonhos, uma menina alegre, falava bastante, era “pra frente”. Mas ela não tinha desejo pela prostituição, embora tivesse um fascínio por ser olhada nas ruas, talvez por ser vista como a mulher linda que era.

Enfim, a Fabiana sempre viveu solta e foi largada por muitos anos pela família, nas esquinas, e olha o que aconteceu!

Esse espaço veio com o propósito de fazer com que existam menos destinos como o de Fabiana, para que as meninas possam continuar a realizar os sonhos delas. É para isso que a Casa existe, para que a gente continue viva.

A Casa Sem Preconceitos continua operando no cuidado da população trans.

Existem atualmente oficinas de geração de renda, acolhimento, escuta qualificada de acordo com as temáticas pertinentes a elas, permanecendo em uma localidade alugada no Centro de Campinas.

Vamos seguindo, chorando, mas não naturalizando, e sempre lutando.

A gente pode e tem que fazer isso: **celebrá-las e jamais esquecer.**

SUGESTÃO DE LEITURAS, VÍDEOS, DOCUMENTÁRIOS

ALICE JUNIOR

DISPONÍVEL NA NETFLIX

TRANSVERSAIS

DISPONÍVEL NA NETFLIX

LAERTE-SÉ

DISPONÍVEL NA NETFLIX

BIXA TRAVESTY

DISPONÍVEL NA
GLOBOPLAY

NISE - O CORAÇÃO DA LOUCURA

DISPONÍVEL NO
YOU TUBE

HISTÓRIAS DA VIDA - ARTE E SAÚDE

DISPONÍVEL NO
YOU TUBE

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sérgio Resende Carvalho

Convidado a tecer considerações finais sobre o trabalho que aqui se apresenta, no qual o coletivo de pesquisadores e pesquisadoras busca, a partir de diversos olhares e experiências, refletir sobre os “caminhos nada suaves” na qualificação dos saberes e práticas de cuidado à saúde “Trans, Travesti e não binária”.

Procuró aqui refletir sobre os aportes, desafios e questionamentos que julgo de especial relevância para a atualização do projeto de cuidado dessa população. E, não menos importante, das práticas de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde como um todo.

Farei isto priorizando alguns aspectos desta produção que fazem menção a aspectos metodológicos do trabalho realizado e, não menos importante, à presença nos textos do que visualizo como uma inovadora perspectiva de análise do território do cuidado de corpos considerados desviantes e que fazem menção à biopolítica e ao governo das condutas na saúde.

ALGUNS APONTAMENTOS METODOLÓGICOS

Esta cartilha é resultado de um estudo no qual um conjunto plural de investigadores(as) “marginais” vão de encontro a corpos marginalizados em nossa sociedade, com a intenção de dar visibilidade e reinventar, no processo, os saberes e práticas de cuidado. Algo semelhante ao que observamos em Foucault quando, ao longo de sua intensa trajetória de vida, teve como inspiração lutas políticas marcadas pelo seu caráter local, singular e muitas vezes marginal, que faziam referência a movimentos estudantis, à antipsiquiatria, às mulheres e comunidades LGBTQIAPN+ (FOUCAULT, 1995).

Parte do reconhecimento de que, apesar de legalmente esta população ter direito ao acesso à rede pública, muitas são as dificuldades e barreiras para a produção de

um cuidado de qualidade que logre atender à complexidade e singularidade desta população. Tratam, para isto, de disponibilizar reflexões e expressar experiências – pessoais e institucionais – em torno da problemática do cuidado à população Trans, Travesti e não binária, por meio de uma pesquisa-interferência (CARVALHO et al, 2019) que busca afirmar o entendimento de que

sujeito e objeto não são polos prévios ao processo de conhecer, mas são engendrados, de modo recíproco e indissociável, pelas próprias ações cognitivas (...) (ocorrendo antes) uma indissociabilidade entre a produção de conhecimento e a transformação — da realidade e do pesquisador (DENZIN, 2005: p. 2).

Valoram em especial, neste processo, saberes e práticas de cuidado vivenciadas por pessoas que fazem parte de grupos sociais que a sigla LGBTQIAPN+ enuncia, mas, não menos importante, aqueles(as) que são ofertados pelos serviços de saúde, trabalhadores(as) e investigadores(as) que valorizam o encontro na diferença como uma oportunidade de cuidar do outro, cuidando de si (FOUCAULT, 2004).

Além dos inúmeros textos escritos, a Cartilha nos remete, por meio de links e indicações bibliográficas, a uma ampla e essencial gama de textos não escritos, cabendo destacar documentários e vídeos, para compreender a complexidade do desafio posto a tarefa do cuidado à população Trans, Travesti e não-binária.

Desafio que passa pela compreensão, entre outras, das multiplicidades e diferenças que habitam os corpos que desafiam as normas e que evocam e questionam o tempo todo os limites corporais, sociais, espaciais, simbólicos e morais, colocando em questão valores ético-políticos, saberes profissionais instituídos, programas e práticas sobre o cuidado da saúde (e da vida).

Este trabalho se efetua a partir de princípios ético-políticos e estéticos que as pessoas autoras buscam expor, discutir e se posicionar, e que fazem referência a temas como Poder, Políticas Públicas, Direitos, Biopolítica, Cuidado, Gênero, Sexualidade, Corpo, Transfobia, Diferenças, Desvios, Normas, Conhecimento e Experiência.

Um diálogo crítico, cabe destacar, que se realizou por meio da interlocução

com figuras e textos absolutamente relevantes e, não menos importantes, pela escuta de dezenas de depoimentos e conversas com pessoas da comunidade Trans que buscaram expressar e dar visibilidade às suas experiências e saberes em torno da problemática do cuidado.

Experiências, também, expostas pela voz daqueles(as) que vem construindo novas “instituições” e modos de cuidar que envolvem serviços como o Consultório na Rua, mas, não menos importantes, espaços e territórios que vão muito além daquilo que se denomina tradicionalmente como equipamento de saúde, seja ele a Casa Sem Preconceito, Ateliê TransMoras, Núcleo de Consciência Trans da Unicamp e o Laboratório Cisco.

Resulta deste rico, complexo e multidimensional caminhar investigativo, por um lado, um convite à “desaprendizagem”, que nos permita, mais do que respeitar e acolher as diferenças, a nos diferenciar no encontro dos diferentes; e, por outro, produzir novos saberes e práticas que logrem valorizar e reinventar práticas de cuidado cotidianamente produzidas em distintos espaços geográficos, sociais e existenciais, que abrangem serviços de saúde e, mais do que isto, saberes e experiências de cuidado em territórios marginais nos quais a vida se produz.

BIOPOLÍTICA E O CUIDADO A POPULAÇÃO TRANS, TRAVESTI E NÃO BINÁRIA

Cabe, ainda, destacar outro aspecto que julgo relevante neste trabalho, que considero uma contribuição importante para os desafios postos ao SUS nos dias de hoje: as relações entre política e vida e, nesta última, sobre o bio e os corpos individuais e coletivo (CARVALHO et al, 2023).

Para isso, remeto a uma ampla literatura sobre biopolítica, que tem como referência estudos de Michel Foucault (1978) sobre a emergência, a partir do final do século XVIII, de uma nova forma de exercício do poder – o biopoder – que, pela primeira vez na história, permitiu com que o biológico, e o corpo, ingressassem na política.

Corpo e vida, conforme os textos aqui ilustram e discutem, passam a se cons-

tituir enquanto foco privilegiado de investimento de estratégias que buscam governar a vida, uma vez que foi “no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investi a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica” (FOUCAULT, 1999: p.80).

A política, a partir deste momento, irá se efetuar tendo como referência tanto a gramática de direitos, que segue fundamental e essencial em projetos como o do Sistema Único de Saúde, quanto uma gramática do biopoder que tensiona e enriquece o campo conceitual e prático na saúde. Campo que somos instigados a atualizar tendo em vista os imensos desafios colocados pelos (des)governos da história recente do País.

O desafio aqui posto, e que me parece que a Cartilha aponta caminhos, é o de radicalizar as práticas de afirmação dos direitos substanciais e formais na saúde, por meio da busca de uma equidade que, além de garantir a igualdade de oportunidades, esteja atenta à importância cada vez mais central de se incorporar diferenças, tendo como objetivo a produção do comum, na diversidade.

Nesse sentido, é imperioso garantir o acesso a todas as tecnologias de cuidado à saúde que garantam a vida no limite do possível, realizando, no processo, uma crítica constante dos saberes e práticas de cuidado hegemônicas, sejam elas de prevenção, promoção, cura ou reabilitação.

Não se trata de negar os aportes desses saberes e práticas hegemônicas, mas de reconhecer que práticas de cuidado e de atenção à saúde cumprem um papel fundamental no processo de socialização e politização do corpos, enquanto exercício de um poder disciplinar que busca ampliar aptidões dos corpos e integrá-los em sistemas de controles eficazes e econômicos. Isso ocorre, por exemplo, no momento em que a medicina, e outras profissões de saúde, elaboram critérios que criam o doente, o sadio e o conjunto de procedimentos de tratamento que conduziriam o doente do estado patológico à uma saúde normalizada. Tal fenômeno ocorre por meio de biopolíticas que têm como foco o monitoramento, a regulação e a vigilância de distintas dimensões do ser humano enquanto membro da espécie humana e que fazem referência, entre outros, à morbidade, reprodução e sexualidade; que assumem, cada vez mais, centralidade na administração da vida e das práticas de governo (FOUCAULT, 1978).

Desta forma, o biopoder que se exerce a partir de determinadas práticas de cuidado a saúde busca, por um lado, governar a vida, defendendo-a e multiplicando suas forças — tendo como parâmetro determinados concepções sobre o normal e o desejável — e, por outro lado, exigir a morte, em nome da defesa da vida de certos indivíduos e coletivos que administra.

É nesse campo de disputa pelos direitos e pela invenção daquilo que desejamos ser — o que sem dúvida envolve a invenção de corpos que rompem com as normas de gênero — que vislumbro alguns dos importantes aportes da Cartilha.

Primeramente quando nos permite refletir criticamente sobre os mecanismos de poder/saber que buscam normalizar e que fabricam os “anormais” do desejo, estimulando-nos a resistir e propor novos modos de viver e de cuidar, tendo em vista o papel estratégico destas vidas para a transformação social, conforme reflete Foucault quando nos convida a irmos ao encontro de vidas “que não valem a pena”, entendendo que

(as) mulheres, os prisioneiros, os soldados, os doentes nos hospitais, os homossexuais iniciaram uma luta específica contra a forma particular de poder, de coerção, de controle que se exerce sobre eles. Estas lutas fazem parte atualmente do movimento revolucionário... E não se pode tocar em nenhum ponto de aplicação do poder sem se defrontar com este conjunto difuso que, a partir de então, se é necessariamente levado a querer explodir a partir da menor reivindicação (FOUCAULT, 1979, p. 46).

(RE)INVENTANDO O CUIDADO À SAÚDE

Não menos importante, a Cartilha oferece um contraponto às práticas de cuidado que contribuem para a interdição e exclusão de vidas que “não valem a pena”. Os muitos textos aqui presentes logram, de modos diferentes, um outro tipo de cuidado, comprometido com a potência do viver na diferença, tendo como centro das práticas de atenção à saúde o entendimento de que todas as pessoas, nos seus distintos territórios de vida, são experts da experiência, isto é, seus saberes são primordiais na construção do cuidado.

Distintos textos da parte três da cartilha, onde se busca informar e sugerir práticas de cuidado nos serviços para a população trans, e da parte 4, na qual, entre outros

assuntos, se discute a experiência absolutamente relevante e inovadora do Consultório na Rua de Campinas, são sem dúvida exemplos de composições de saberes e práticas que podem inspirar e contribuir para o fortalecimento do SUS em suas distintas redes de atenção e cuidado em saúde

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CARVALHO, S. R. et al. Promoção à Saúde, tecnologias de segurança e biopolítica no contexto do neoliberalismo. Interfaces: Comunicação, Educação e saúde, Botucatu, 2023 (em avaliação)

CARVALHO, S. R. et al. Modos de investigar no Coletivo Conexões: Políticas da Subjetividade e Saúde Coletiva. In: Carvalho, SR; Sater, H; Cheida, R. (Org.). Vivências do cuidado na rua: produção de vida em territórios marginais. 1ed.Porto Alegre: Rede Unida, 2019, v. 1, p. 39-56.

DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y. Handbook of Qualitative Research. Thousand Oaks CA.: Sage, 2005.

FOUCAULT, M. História da Sexualidade I: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal; 1978.

FOUCAULT, M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FOUCAULT, M. O Sujeito e o Poder. In: D, H., R, P. (Org.) Michel Foucault: Uma Trajetória Filosófica - para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995, p. 231-249.

FOUCAULT, M. O Nascimento da Medicina Social. In: Machado, R. (Org.) Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal, p. 79-98, 1999b

FOUCAULT, M. A ética do cuidado de si como prática da liberdade. In: Ditos & Escritos V - Ética, Sexualidade, Política. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004, p. 265-287.

SOBRE AS PESSOAS ORGANIZADORAS DESTA PRODUÇÃO²²

Jonathas Justino

Psicólogo, Mestre em Saúde Coletiva; atualmente Doutorando em Saúde Coletiva, na área de Política, Planejamento e Gestão - FCM – Unicamp

Claudia Helena Rego

Médica com residência em tocoginecologia com especialização em sexologia, pós-graduação em Medicina de Família e comunidade e mestranda do Departamento de Saúde Coletiva da UNICAMP.

Leila Dumaresq

Formada em Filosofia pela UNICAMP e mestranda no programa de Saúde Coletiva da FCM da mesma universidade. Militante do Grupo Identidade. Voluntária no projeto da Casa Sem Preconceitos. Luta por SUS público e gratuito no Município de Campinas.

Luana Marçon

Terapeuta Ocupacional, Mestra em Saúde Coletiva; atualmente Doutoranda em Saúde Coletiva, na área de Política, Planejamento e Gestão - FCM - Unicamp

Varlei Couto

Doutorando em História Cultural – IFCH/UNICAMP, especialista em história do BRASIL, com ênfase em estudos sobre gênero, sexualidade, erotismo e no pensamento de Michel Foucault.

Mari Vitor Prado

Travesti, paulista, formada pela UNICAMP em Ciências Sociais, ainda cursando a Licenciatura, integrante do Núcleo de Consciência Trans da UNICAMP, professora e educadora social.

Victor Paulo Ribeiro Carneiro

Graduando em Medicina da UNICAMP e representante discente da Liga de Medicina da Família e Comunidade.

Sérgio Resende Carvalho

Professor Associado do Departamento de Saúde Coletiva da FCM/Unicamp e coordenador do coletivo Conexões: Saúde Coletiva e Políticas da Subjetividade.

²² Todas as bios foram auto declaradas.

Julian Raphael de Oliveira

Homem trans, bombeiro/tosador e colaborador.

Aline Pinheiro

Colaboradora e organizadora da Cartilha.

Amanda Reis

Mulher trans, auxiliar de serviços gerais e de cozinha.

Júnior Gabriel de Freitas

Homem trans, bombeiro civil/consultor

Carla Alves

Colaboradora e organizadora da Cartilha.

Pedro Belford F. Santos

Homem trans, pai, auxiliar de logística.

Thalyson Silva Ignácio

Colaborador e organizador da Cartilha.

Sara Vieira Sabatini Antunes

Antropóloga. Mestra em Antropologia Social pela Universidade Estadual de Campinas e doutora em Antropologia Social pela Universidade de São Paulo. Integra o Núcleo de Antropologia do Direito da USP e o grupo de pesquisa Conexões: Saúde Coletiva e Políticas da Subjetividade, da Faculdade de Medicina da USP. Atualmente, pesquisa os seguintes temas: sistema de justiça criminal, saúde mental, direitos humanos, desigualdades sociais e mobilidades urbanas.

SOBRE AS PESSOAS/COLETIVOS PARCEIRAS (OS) DESTA PRODUÇÃO²³**Suzy Santos**

Redutora de danos e coordenadora da Casa sem Preconceitos.

Luma Montenegro

Redutora de danos e performer.

²³ Todas as bios foram auto declaradas.

Adriano Bley

Médico endocrinologista do Ambulatório Transcender, com mestrado em distúrbios da diferenciação sexual.

Fabrcio Donizete da Costa

Médico psiquiatra e psicanalista do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF Nascente) vinculado aos Centros de Saúde San Martin e Cássio Raposo do Amaral, do Distrito de Saúde Norte da Prefeitura Municipal de Campinas. Mestre em Ciências pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP). Psicanalista de orientação lacanianana, aderente à Escola Brasileira de Psicanálise, seção São Paulo.

Isabela de Oliveira da Cunha

Psicóloga. Especialista em Saúde da Família e Comunidade pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS-DF).

Alcyone Apolinário Januzzi

Educadora Física, MBA em Gestão pela FACAMP, coordenadora do Consultório na Rua de Campinas/SP.

Rachel Soeiro

Médica da Família e Comunidade, Mestre na Área de Concentração de Saúde da Criança e Adolescente.

Coraci Ruiz

Graduada em dança, mestra em Cultura Audiovisual e Mídia, Doutora em Multimeios, todos pela UNICAMP.

Augusta Gui — pessoa responsável pela edição do vídeo de abertura da cartilha.

É realizadora audiovisual com foco em sound design, mixagem e edição. Eventualmente se aventura em direção, roteiro e na produção musical. Tem em seu currículo sonoplastia do longa Germino Pétalas no Asfalto (2021) de Coraci Ruiz e Julio Matos, além de pós-produção de som de dezenas de curtas-metragens, episódios de séries de TV e internet. Atua principalmente com a produtora de documentários Laboratório Cisco, é bacharela em Comunicação Social - Midialogia (2018), DJ por amor e travesti por sobrevivência.

Júlio Matos

Graduado em Sociologia pela UNICAMP, mestre em Mídia e Comunicação pela Goldsmiths University of London

Núcleo de Consciência Trans (NCT)

Formado por pessoas trans que compõe o corpo discente da Universidade Estadual de Campinas, o Núcleo, formalizado em fevereiro de 2022, se deu a partir de uma reunião do Ateliê TRANSmoras com o intuito de debater e articular a mobilização pelas cotas trans e políticas de permanência dessas pessoas durante sua jornada na universidade. Desde então, o Núcleo vem articulado inúmeras atividades em prol desses objetivos, como encontros e reuniões, rodas de conversas, ocupações, aulas magnas e mesas com personalidades, intelectuais e produtores trans brasileiros.

Coletivo Balzakianas Forever

Coletivo artístico LGBTQIAPN+ localizado na Vila Padre Anchieta / Campinas-SP.

Jupi77er / Jupitter Pimentel — pessoa responsável pela diagramação da Cartilha

Nascido na capital de São Paulo, tem 30 anos, é transmasculino não binário. MC, compositor, empreendedor e cria conteúdo nas redes sociais sobre gênero e sexualidade. Faz parte da dupla Rap Plus Size desde 2016 e em 2022 lançou seu novo álbum solo, chamado RG.

@kaus.total / Klaus Antônio Miranda — pessoa responsável pelas ilustrações (personas) da Cartilha

É ilustrador, grafiteiro, produtor e socio-educador transmasculino bissexual nascido no Cerrado do Brasil. Suas produções perpassam o sonho e a intervenção urbana enquanto ferramenta de empoderamento para pessoas trans. É criador e gestor do projeto Grafit!Trans e liderança da TRANSCREW DF. As ilustrações para essa cartilha buscaram captar a beleza que é a diversidade da comunidade trans, trazendo figuras de identificação positivas de várias idades e interseccionalidades.

SOBRE AS PESSOAS REVISORAS DESTA PRODUÇÃO²⁴

Alu Laurindo Vieira

Pessoa trans não binária. 26 anos. Professor em cursinho popular. Professor de química e física na educação básica. Escoteiro há 16 anos. Bacharel e Licenciado em química pela Unicamp. Mestrando em Ensino de Ciências e Matemática pela Unicamp.

Amélia Flor Soares Silva

Amélia Flor, médica generalista e a primeira travesti a se formar em medicina na Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp/Campinas/SP-Brasil.

²⁴ Todas as bios foram auto declaradas.

Carina Almeida Barjud

Possui graduação em medicina pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (2006). Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade pela Universidade Estadual de Campinas (2009). Mestrado em Saúde Coletiva, Gestão e Políticas Públicas pela Universidade Estadual de Campinas (2015). Experiência profissional em Atenção Domiciliar, Saúde Mental no SUS Campinas, Supervisão no Programa Mais Médicos para o Brasil. Atua: i) Atenção Básica no SUS Valinhos, ii) Preceptoria junto à Graduação em Medicina na Unicamp, e iii) Preceptoria na Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade na Unicamp. Cursando terceiro ano de Doutorado em Políticas Públicas e Gestão no Departamento de Saúde Coletiva da Unicamp.

Cathana Freitas

Doutora em Saúde Coletiva pela Unicamp na área de Planejamento e Gestão, Mestre em Psicologia Social pela PUC/RS, no tema da educação permanente, estratégias de formação de profissionais para o SUS. Especialista em Saúde Coletiva pela Escola de Saúde Pública do RS, ênfase em Atenção Básica, a partir da Residência Multiprofissional em Saúde. Especialização em Apoio em Saúde pela Universidade Estadual de Campinas/Faculdades de Ciências Médicas. Tenho experiência na área de Saúde Pública e Saúde Coletiva com atuação junto ao Ministério da Saúde nas áreas de prevenção e aconselhamento em DST e aids, Cuidados e adesão ao tratamento de pacientes com coinfeção TB e HIV e políticas de Humanização da Atenção e Gestão em Serviços de Saúde. Atualmente desenvolvo pesquisa nos temas de governamentalidade, neoliberalismo e biopolíticas, saúde e gênero, saúde e feminismo e cuidado, saúde mental e saúde do trabalhador. Membro ativa do LESTT: Laboratório de estudos de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (DSC/FCM/Unicamp), Coletivo Conexões: subjetividade e Saúde Coletiva e Coletivo Adelaides: saúde e feminismos. Mãe do João em 10 de agosto de 2019.

Flávia Fernandes de Carvalhaes

Escritora de cartas. Docente dos programas de graduação e pós-graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Londrina. Membro dos coletivos Entretons e Deco.

Henrique Sater de Andrade

Possui graduação em Medicina pela Universidade Estadual de Campinas (2012), mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal Fluminense e doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas. Residência em Medicina Preventiva e Social e Administração em Saúde pela Universidade Federal Fluminense. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: Atenção Primária em Saúde, medicalização, biopolítica, risco, governamentalidade e neoliberalismo. Integra a linha de pesquisa Conexões: Saúde Coletiva e Políticas da Subjetividade. É organiza-

dor do livro “Vivências do Cuidado na Rua: produção de vida em territórios marginais” (Rede Unida, 2019). Atuou como médico na Estratégia Saúde da Família na Prefeitura Municipal de Campinas e no momento é tutor da Residência de MFC do município de Campinas, médico sanitaria na Vigilância Epidemiológica de Paulínia e supervisor do Programa Mais Médicos desde novembro de 2016.

Giovana Pellatti

Terapeuta Ocupacional, formada pela Pontifícia Universidade de Campinas. Especialista em Saúde Mental e no Método Dinâmico da Terapia Ocupacional pelo Centro de Estudos em Terapia Ocupacional (CETO). Especialista em Dependência Química pela Unidade de Álcool e Drogas (UNIAD) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), onde foi pesquisadora do Projeto Paulínia Convida, que aplicou e avaliou problemas relacionados ao uso de álcool. Supervisora da Residência Multiprofissional em Saúde Mental da UNICAMP e pesquisadora colaboradora do Laboratório Interfaces do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP

Kaetê Spessotto Okano

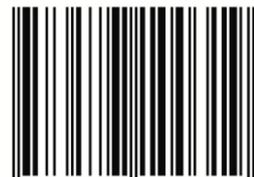
Performer não binário nascido em Campinas/SP, técnico em Arte Dramática pelo Conservatório Carlos Gomes de Campinas, bacharel em Ciências Sociais - Antropologia pela Unicamp e licenciando na mesma área. Multiartista em retomada, atuou e participou da trilha sonora do filme E MAR ANHA DO (2021), lançado pelo Panorama Raft com ê coletivo gênero-dissidente Danças em Transições (@dancasemtransicoes). Como poeta, teve a letra Desculpa por ser Homem publicada na Revista Estudos Transviados (V. 2, N. 4, 2021.2) e como artista visual já participou de vários zines. Integra hoje o Núcleo de Consciência Trans da Unicamp; o grupo de contação de histórias africanas Oriki; o DET e o STAFF do time Pogonas FTC. É também vocalista-compositor na banda punk transviada Disforia Queercore (@disforiaqc), contemplada em 2022 pela 12ª Edição do Aluno Artista da Unicamp.

Reginaldo Moreira

Poeta, jornalista, gerontólogo... docente da Universidade Estadual de Londrina (UEL), do Departamento de Comunicação do Centro de Educação, Comunicação e Artes (CECA). Integrante do Observatório Nacional de Políticas Públicas e Educação em Saúde. Um dos articuladores dos Grupos de Pesquisa e Extensão: Entretons e DECÔ (Decolonialidade na Comunicação).

ISBN: 978-65-87100-31-9

CDL



9 786587 100319