



Ana Carolina Lima dos Santos

**Pessoas Trans no SUS:
narrativas das profissionais de saúde sobre suas percepções, limites
e desafios**

Dissertação de Mestrado

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social do Departamento de Serviço Social da PUC-Rio.

Orientadora: Profa. Nilza Rogéria de Andrade Nunes

Rio de Janeiro
Fevereiro de 2020



Ana Carolina Lima dos Santos

**Pessoas Trans no SUS:
narrativas das profissionais de saúde sobre suas percepções, limites
e desafios**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo.

Profa. Nilza Rogéria de Andrade Nunes

Orientadora

Departamento de Serviço Social - PUC Rio

Profa. Amana Rocha Mattos

UERJ

Profa. Andrea Rodriguez Lannes Fernandes

Universidade de Dundee

Rio de Janeiro, 19 de fevereiro de 2020

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem a autorização da universidade, da autora e do orientador.

Ana Carolina Lima dos Santos

Ana Carolina Lima dos Santos graduou-se em Serviço Social na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) em 2014. Fez Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher - UFRJ em 2014-2016. Possui especialização em Gênero e Sexualidade pelo Centro Latino- Americano em Sexualidades e Direitos Humanos da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) em 2015-2016. Desenvolve projetos na linha de pesquisa Trabalho, Políticas Públicas e Sujeitos Coletivos, atuando principalmente nos seguintes campos: gênero e formação profissional, estudos de gênero e sexualidade, transexualidade e acesso à saúde.

Ficha Catalográfica

Santos, Ana Carolina Lima dos

Pessoas trans no SUS : narrativas das profissionais de saúde sobre suas percepções, limites e desafios / Ana Carolina Lima dos Santos ; orientadora: Nilza Rogéria de Andrade Nunes. – 2020.

167 f. ; 30 cm

Dissertação (mestrado)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Serviço Social, 2020.

Inclui bibliografia.

1. Serviço Social – Teses. 2. Pessoas trans. 3. Acesso a saúde. 4. Formação profissional. 5. Profissionais de saúde. I. Nunes, Nilza Rogéria de Andrade. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Serviço Social. III. Título.

CDD: 361

Dedico este trabalho a todas as travestis,
mulheres e homens trans que nos
(des)constroem diariamente com suas
lutas, resistências, dores e cores.

Agradecimentos

Terminar de escrever esta dissertação é sem dúvidas, um momento ímpar em minha vida. Ao olhar para trás vejo uma menina, de família pobre, negra, do subúrbio carioca, a primeira da família a ingressar numa universidade pública e a primeira a escrever uma dissertação de mestrado. Hoje vejo uma mulher, uma profissional formada e realizada e que ainda pretende um longo caminho a seguir.

No percurso das jornadas, chegar até aqui não foi fácil. E não cheguei sozinha. Para isto venho agradecer à todas e todos que atravessaram os caminhos pelos quais percorri.

Primeiramente agradeço à Nilza Rogéria Andrade Nunes, minha querida orientadora que não só orientou academicamente, como conduziu, ensinou, acolheu minhas ideias, angústias e conquistas. Agradeço imensamente pelo encontro da vida, por ser essa profissional sempre disposta a ensinar e aprender com leveza, sorriso no rosto e cuidado. Uma inspiração de mulher, de profissional e de futuro. Encerrar esta etapa profissional não poderia ser melhor se não estivesse ao meu lado.

Agradeço às professoras Amana Mattos e Andreia Rodriguez pela disponibilidade de participação na banca e pela generosidade nas contribuições para a conclusão deste trabalho.

Ao Programa de Pós-Graduação do Departamento de Serviço Social da PUC Rio que acolheu e aprovou este projeto. Aos docentes que contribuíram para o amadurecimento deste projeto, que acreditaram em mim e à Coordenação pelo acolhimento com as alunas trabalhadoras, pela disponibilidade e atenção de todos os funcionários da Secretaria do Departamento.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001. Agradeço à CAPES pela bolsa de mestrado concedida que possibilitou a realização desta pesquisa.

Aos encontros de amizade que este programa me proporcionou. A minha turma de mestrado de 2018.1 aproveito para agradecer carinhosamente por cada momento em que compartilhamos saberes, angústias, risos, choros, cafés e bares. Em especial aquelas que se aproximaram não só fisicamente, mas também afetivamente Agatha Alves, Elisabeth Baraúna, Isabelle, Juliana e Esteban.

Sem dúvida, percorrer este caminho não seria possível se não fosse o incentivo do Eduardo Oliveira, meu companheiro dessa e de outras vidas. Agradeço por me encorajar a ser mais e melhor em todos os dias de nossas vidas, pela motivação para realizar o mestrado desde o momento da inscrição até o dia da defesa dessa dissertação, pelas palavras sinceras e necessárias, pelas correções, revisões e orientações às minhas escritas e pelas nossas trocas, reflexões que me estimulam a dar continuidade nos sonhos e desejos ainda não realizados.

À minha família, gratidão. Aos meus pais, Sonia e Edvar, por não medirem esforços para me proporcionarem sempre o melhor que poderiam me oferecer, ainda que isso lhes custasse sacrifícios diversos durante a vida e por apoiarem todas as minhas escolhas. Ao Bruno, meu irmão, por sempre estar comigo em todos os momentos da vida e cumprir preciosamente seu papel de irmão mais velho, sempre zeloso, atento e torcendo por mim.

À tia Rosana, com quem sempre aprendi e que tanto me guiou em minha trajetória profissional e de vida. Toda gratidão por ser sempre essa presença de tia, mãe, amiga disponível, amorosa e mostrando o quanto a vida vale a pena de ser vivida.

Aos familiares, amigos e amigas pelos incentivos e por toda a compreensão nas ausências de encontros, celebrações e comemorações. À Ravelly, amiga de todas as horas, por compartilhar essa aventura que é a pós-graduação, por nossas leituras, conversas, anseios e desabafos sinceros. À Verônica, companheira de trabalho, de fé e de muitos risos e alegrias. À Raquel, com sua chegada arretada em minha vida, nossa querida preceptora, pelas palavras de incentivo e de reflexão, pelas risadas garantidas, por todos os eventos que deram certo ou não. Ao Hugo, o psicólogo mais amado, por todos os momentos de escuta, de conselhos e apoio, cafés, toda a generosidade e entrega em nossa amizade.

À coordenação dos Programas de Residência Multiprofissional que se mostrou interessada neste estudo e viabilizou a realização da pesquisa de campo. Às

profissionais residentes que se disponibilizaram a participar, ainda que em meio a tantos compromissos, atendimentos e outras responsabilidades e fizeram essa pesquisa ser possível.

Por fim, mas não menos importante, agradeço à todas as jovens trans e travestis que compartilham comigo suas histórias, vivências, sonhos, dores, angústias e conquistas. À todas e todos que me cercam diariamente em nossos encontros em sala de aula, atendimentos individuais ou pelos corredores, meu eterno agradecimento.

Resumo

Santos, Ana Carolina Lima dos; Nunes, Nilza Rogéria de Andrade. **Pessoas trans no SUS: narrativas das profissionais de saúde sobre suas percepções, limites e desafios**. Rio de Janeiro, 2020. 167p. Dissertação de Mestrado - Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

O presente estudo tem por objetivo geral analisar a relação dos profissionais em formação nas residências multiprofissionais em saúde no que tange ao atendimento de pessoas trans em um hospital universitário do município Rio de Janeiro. Evidenciar o tema da transexualidade a partir do olhar das profissionais de saúde é fundamental para a construção de uma formação profissional e de uma educação permanente em saúde de qualidade que contribua para a criação de espaços de diálogos entre as profissionais de saúde e a população atendida. Para isto, este trabalho teve como objetivos específicos: 1) Identificar a percepção das profissionais de saúde em formação acerca das demandas das pessoas transexuais que comparecem aos serviços de saúde, 2) Analisar a interação entre profissionais de saúde e as pessoas trans no atendimento de suas demandas e 3) Analisar a incorporação e reificação da dimensão de gênero na formação da residência em saúde pública a partir do olhar das profissionais. Os episódios de atitudes discriminatórias contra as sexualidades consideradas desviantes da norma são recorrentes nos ambientes de saúde. Foram realizadas oito entrevistas individuais com profissionais de saúde residentes do segundo ano de formação dos programas de residência multiprofissionais. Na análise dos dados coletados, utilizamos a análise de conteúdo das narrativas das profissionais de saúde entrevistadas, a partir de três categorias: Noções sobre transexualidade e demandas em saúde, atendimento às pessoas trans e interação com as profissionais de saúde e gênero e formação profissional. Observamos que as dificuldades de lidar com as questões relativas ao gênero e à sexualidade, especialmente à sexualidade feminina, faz com que as profissionais de saúde reduzam o impacto de suas ações. Os resultados apontam que a maneira como esses profissionais entendem e constroem as noções de gênero e sexualidade, torna-se uma das principais barreiras de acesso das pessoas trans aos serviços

Palavras-chave

pessoas trans; acesso a saúde; formação profissional; profissionais de saúde

Abstract

Santos, Ana Carolina Lima dos; Nunes, Nilza Rogéria de Andrade (Advisor). **Trans People in SUS: narratives of health professionals about their perceptions, limits and challenges.** Rio de Janeiro, 2020. 167p. Dissertação de Mestrado- Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

This study aims to evaluate healthcare professionals (HCP) during their multiprofessional postgraduate training – residency - and their perceptions of the care dispensed to transgender people in a university hospital in Rio de Janeiro city. It is highly important to value the transexuality subject from the HCP perspective in order to build proper professional education and permanent health education that allows experience exchange spaces between those professionals and the population. This work has as specific goals: 1) To identify the in-training HCP perception about the demands of transgender people who attend to the health facility, 2) To evaluate the intercommunication between HCPs and trans people regarding the resolution of their needs and 3) To evaluate the internalization and reification of gender dimension in the public health education during residency from the professionals perception. Gender discrimination episodes against people whose sexuality is considered deviating is recurrent in health care institutions.. For this work, we conducted 8 interviews with 2nd-year health care students during their multiprofessional residency. To perform data analysis the content analysis method was used to evaluate the narratives of the interviewees, using three categories: basic knowledge on transexuality and health needs, health care to trans people and interactions with HCP and gender and professional training. We observed that the difficulties in dealing with gender and sexuality topics, specially those regarding female sexuality, reduce the impact of the action of those health professionals. Our results evidenciate that the manner the HCPs deal with gender and sexuality and how they understand those subjects are barriers to transgender people on their access to health care services.

Keywords

trans people; access to health; professional training; health professionals

Sumário

1.	Introdução	15
1.1	Gênero, identidade e outras (des)construções	23
1.2	Transexualidade e travestilidade para além do binarismo de gênero	31
1.2.1	Corpos trans: o impacto da violência de gênero na vivência da transexualidade	35
2	30 anos de SUS: a construção da política de saúde no Brasil	42
2.1	Política Nacional de Saúde	43
2.1.1	Sistema Único de Saúde	45
2.1.2	Tecer a Rede: Atenção à Saúde no SUS	47
2.1.3	Atenção Primária à Saúde: entrada pela porta da frente	50
2.1.4	Educação Permanente em Saúde	52
2.1.5	A Política Nacional de Humanização	54
2.2	O direito à saúde da população LGBTI	56
2.3	Cuidado em saúde de pessoas trans	61
2.4	O processo transexualizador no SUS	65
2.5	Movimentos pela despatologização das identidades trans	71
3.	As Residências Multiprofissionais em Saúde: a formação em discussão	77
3.1	Alguns aspectos históricos das Residências Multiprofissionais em Saúde no Brasil	80
3.2	Afinal, o que são as residências multiprofissionais em saúde?	84
3.3	A estrutura dos programas de residência	86
3.4	Formação NO ou PARA o SUS? A proposta pedagógica da educação em serviço	90
3.5	As equipes multiprofissionais de saúde	93
3.6	Aulas, tutorias, preceptorias e a formação teórica dos residentes	95
4.	Entrando em campo: caminhos e desafios metodológicos	100
5.	Diálogos possíveis: as narrativas das profissionais de saúde	111
5.1	Noções sobre transexualidade e demandas em saúde	116
5.2	Atendimento de pessoas trans e interação com as profissionais de saúde	121
5.3	Gênero e Formação profissional	134
6.	Considerações finais	145
7.	Referências bibliográficas	152
	Apêndice A. Roteiro para entrevista	162
	Apêndice B. Termo de consentimento livre e esclarecido	163

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Caracterização das profissionais de saúde entrevistadas

Lista de Siglas

ANTRA	Associação Nacional de Travestis e Transexuais
AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária em Saúde
CSEM	Centro de Saúde Pública da Escola Murialdo
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento em HIV e outras IST
CID	Classificação Internacional das Doenças
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CNRMS	Comissão Nacional de residência Multiprofissional em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFP	Conselho federal de Psicologia
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CAP	Coordenadoria de Área Programática
DEGES	Departamento de Gestão da Educação em Saúde
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESP/RS	Escola de Saúde Pública do rio Grande do Sul
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
GGB	Grupo Gay da Bahia
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBTE	Instituto Brasileiro Trans de Educação
LGBTI	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexos
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
MS	Ministério da Saúde
NOB/RH	Norma Operacional de Recursos Humanos
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNSLGBT	Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RMS	Residência Multiprofissional em Saúde
RMSFC	Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade
RMSM	Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher
SDH/PR	Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República
SES	Secretaria de Educação Superior
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

SAE	Serviço de Assistência Especializada em HIV
SNRMS	Sistema Nacional de residência Multiprofissional em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCR	Trabalho de Conclusão de Residência
UBS	Unidade Básica de Saúde
GATE	Global Action for Trans Equality
TGEU	Transgender Europe
ONU	Organização das Nações Unidas
CRAIST	Centro de Referência para a Atenção Integral em Saúde Transespecializada
UFU	Universidade Federal de Uberlândia

Ter cuidado de si também é uma prevenção.

Amiel Vieira

1 Introdução

A atenção em saúde para a população de pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais e Intersexo (LGBTI)¹, entre outras identidades no Sistema Único de Saúde (SUS) é um tema atual e vem sendo debatido nos últimos anos a partir da conquista e ampliação dos direitos para esse segmento. Regina Facchini e Julio Assis Simões (2009) apontam que a atuação do movimento social LGBTI nas últimas décadas foi fundamental para maior visibilidade deste grupo. De acordo com os autores, a visibilidade de travestis e transexuais vem acompanhada por avanços nos direitos para essa população.

A preocupação com a saúde da população LGBTI no Brasil ganhou maior evidência após a emergência do HIV na década de 1980. Apesar disso, foi só a partir da segunda metade da década de 1990 que se destaca uma série de iniciativas no legislativo e de elaboração de políticas públicas que contemplam os direitos sociais de travestis e transexuais. O movimento LGBTI não apenas cresceu em quantidade de grupos neste período e diversificou os formatos institucionais, como também ampliou sua visibilidade, sua rede de alianças e espaços de participação social, dentre eles os campos da saúde e da educação (SIMÕES e FACCHINI, 2009). A criação e implementação de políticas públicas é resultado dessa ampliação de direitos em contexto brasileiro.

Contudo, conforme Larissa Pelúcio (2009) observou em sua pesquisa de campo, a ausência do debate sobre saúde e diversidade sexual nos currículos acadêmicos das profissões da área da saúde, além da escassez de dados científicos sobre a saúde de travestis e transexuais, denotam que as reflexões em âmbito acadêmico se apresentam muito incipientes. Céu Cavalcanti (2018), mulher trans,

¹ A sigla **LGBTI** é atualmente a sigla identitária mais utilizada para referir ao grupo de pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e pessoas Intersexos. A sigla **LGBTQI+** é utilizada em termos de movimento social, incluindo a perspectiva teórica dos Estudos *Queer* além de demais identidades representadas pelo “+”. Já a sigla **LGBT** é reconhecida histórica e institucionalmente, sobretudo nos documentos oficiais das políticas. Essa sigla foi adotada na I Conferência Nacional GLBT, convocada pelo Governo Federal na gestão do presidente Lula da Silva, ocorrida em junho de 2008, após intensos debates. Importante ressaltar que a sigla já adotou outras formas no passado e que, mesmo após o consenso construído na I Conferência, alguns preferem utilizá-la sob outras formas, de modo a contestar uma suposta hierarquia contida na atual sigla ou a ausência de outras identidades como as intersexuais, por exemplo. No presente estudo, adotaremos por utilizar LGBTI, no entanto, algumas vezes nos referimos ao movimento e à política LGBT respeitando a construção histórica do movimento.

doutoranda em psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, afirma que quando se trata de quase todas as questões envolvendo a população trans há uma imensa carência de dados. A convivência com travestis e transexuais indica como é perceptível a vulnerabilidade² vivida por essas pessoas diante da falta de programas de saúde que atendam suas necessidades específicas (PELÚCIO, 2009). É necessário, portanto, para essa autora, ressignificar a formação e prática profissional aprendida pelas profissionais de saúde³, que por vezes, traduzem-se em práticas conflituosas e discriminatórias, indo na contramão do que preveem as políticas e programas específicos para essa população.

O tema em questão faz parte de minha trajetória profissional desde a formação na graduação em Serviço Social, no ano de 2014, quando iniciei a atuação em um programa de residência em saúde. Entre os anos de 2014 a 2016, ingressei e atuei como assistente social residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher, localizado no Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis (HESFA/UFRJ), hospital universitário do município do Rio de Janeiro que atende demandas peculiares da Atenção Básica em Saúde bem como as de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Dentro da perspectiva acadêmica de hospital universitário, promove desde ações no âmbito de rede de baixa e média complexidade até as atividades de ensino, pesquisa e extensão, entre elas os programas de residência multiprofissional em saúde da mulher e saúde da família.

Desde o início do curso, fomos apresentadas à proposta de trabalho de conclusão, que se desenvolveria ao longo dos dois anos de duração do programa e que deveria ter como objeto de estudo “a mulher”. Ao longo de minha passagem nos diferentes setores do hospital, pude vivenciar determinadas experiências de atendimento multiprofissional, sobretudo, com profissionais, médicos, enfermeiros

² Segundo Ayres (2003), para conceituar vulnerabilidade social, é necessário relacioná-la a aspectos sócio-políticos e culturais combinados, tais como acesso a informações, grau de escolaridade, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas, possibilidades de enfrentar barreiras culturais etc. Portanto, vulnerabilidade social pode ser entendida como resultado das condições de bem-estar social, envolvendo moradia, acesso a bens de consumo e graus de liberdade de pensamento e expressão, sendo tanto maior a vulnerabilidade quanto menor a possibilidade de interferir nas instâncias de tomada de decisão. Neste contexto, pode-se dizer que a noção de vulnerabilidade se opõe à ideia de empoderamento, aqui entendida como a capacidade das pessoas para tomarem decisões informadas e serem efetivamente livres sobre suas vidas (AYRES, 2003).

³ Com o objetivo de construir uma linguagem não discriminatória, usamos o gênero feminino para nos referir as profissionais de saúde, tendo em vista que as mulheres constituem maior parte do grupo de estudantes de nível superior e profissionais da área.

e psicólogos. Na prática profissional, observei que o público–alvo, na maioria dos setores, era composto de mulheres em diferentes idades e situações de saúde. No entanto, algo me inquietava: sobre que mulheres estávamos falando?

Certo dia presenciei um enfermeiro do hospital orientando (e se recusando a atender) uma usuária travesti que buscava informação sobre seus exames laboratoriais:

“Eu não posso olhar seu exame porque não tenho especialidade para a sua área. Procure um lugar que trabalhe com isso.”

Guardei na memória tal episódio. Na hora da cena, pensei: como um profissional de saúde que se propõe a atender toda a população diz não estar preparado para atender pessoas transexuais? Contudo, creio que naquele dia não pude perceber a profundidade que este simples comentário continha. Ali estive diante das consequências concretas da marginalização a que são impostas socialmente aquelas e aqueles que são encarados como desvio da ordem normal, biológica, dos corpos, dos gêneros e dos sexos.

Fui obrigada a encarar de frente uma realidade com a qual convivia apenas de longe: a forma como as pessoas que estão abjetas⁴ da cidadania se estruturam enquanto indivíduos sem uma real possibilidade de uma vida plena, de acesso a direitos básicos e fundamentais. Neste caso, o direito de ter um exame de sangue analisado por um profissional de saúde.

Em minhas observações, pude perceber que em alguns setores, onde a circulação de pessoas era mais diversificada, a presença de travestis e mulheres transexuais era maior do que nos demais setores do hospital. Esses cenários eram o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), unidade que tem por objetivo o diagnóstico precoce de HIV/AIDS, sífilis e hepatites virais B e C, através de

⁴ Abjeção é utilizado aqui no sentido que Berenice Bento aponta. Para Bento (2017, p.50): “podemos pensá-la como um conjunto de práticas reativas, hegemonicamente legitimadas, que retira do sujeito qualquer nível de inteligibilidade humana. Os atributos considerados qualificadores para os corpos entrarem no rol de ‘seres humanos’ não encontram morada quando se está diante de uma pessoa na qual o aparato conceitual de que se dispõe para a significação da existência humana não a alcança. A linguagem entra em pane, em colapso. E, nessa falta de ‘texto’, o nojo, a violência se instauram. Acho que essa sociologia das abjeções não é de difícil compreensão em uma sociedade que vive as chagas de um passado de quase 400 anos de escravidão. A abjeção deve ser pensada cultural, política e historicamente”.

aconselhamento pré e pós-teste rápido, assim como o Serviço de Assistência Especializada (SAE), ambulatório especializado no atendimento a pessoas adultas que vivem com HIV.

Apesar disso, questionava-me sobre como eram considerados os aspectos relativos à identidade de gênero e orientação sexual nessa assistência em saúde. Indagava sobre a circulação restrita de mulheres transexuais e travestis, apenas nos setores relativos ao HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST). Embora compreenda que a realidade social do universo transexual, observada por diversos autores, demonstre que as demandas de saúde estão para além da detecção de IST, no entanto, na realidade da prática de assistência, as IST continuam a ser vistas como o único ou principal problema de saúde da população trans. Parecia-me bastante relevante refletir sobre as percepções que esse grupo específico tinha sobre saúde e também como se davam as práticas cotidianas de tais serviços no que se refere à diversidade sexual.

Deste modo, iniciei minha pesquisa para trabalho de conclusão de curso da residência, cujo tema escolhido foi o acesso das mulheres transexuais e das travestis aos serviços de saúde do nível de atenção primária, do ponto de vista das usuárias e que não se limitava apenas aos serviços prestados no hospital, estendendo-se por toda a rede de atenção básica. O trabalho de campo se realizou por cerca de oito meses, quando pude estar em contato com quatro interlocutoras, que se autodeclaravam travestis ou mulheres transexuais, maiores de dezoito anos de idade.

O relato trazido por minhas interlocutoras nesta pesquisa anterior evidencia que as trajetórias de pessoas trans⁵ nos serviços de saúde são costumeiramente marcadas por situações de preconceitos e discriminações. Bento (2008) assinala que a reprodução das expectativas mais tradicionais relacionadas ao que é “masculino” e o que é “feminino” se configurou como um requisito fundamental nos serviços de saúde para a aceitação das pessoas transexuais na realidade da assistência. As situações descritas por minhas interlocutoras exprimiam a ideia do confronto constante dessas usuárias com as normas para que pudessem garantir seu acesso aos

⁵ A expressão “pessoas trans” será utilizada no decorrer deste texto para nos referirmos a pessoas travesti, mulheres e homens transexuais.

serviços de saúde. Por outro lado, os serviços revelam a necessidade de sensibilização para estarem mais arejados para receberem tais demandas.

A alternativa identificada para responder essa inquietação foi refletir a partir de pesquisas e estudos que se debruçavam sobre o acesso de transexuais e travestis aos serviços de saúde. E dessas reflexões, embrionadas no projeto de pesquisa criado no final da Especialização em Gênero e Sexualidade do CLAM/IMS/UERJ⁶, foi originada a pesquisa desenvolvida nesta dissertação.

O presente estudo tem por objetivo analisar a relação das profissionais em formação nas residências multiprofissionais em saúde no que tange ao atendimento de pessoas trans nos serviços de atenção primária do Rio de Janeiro. Para isto, serão identificadas as percepções das profissionais acerca das demandas de pessoas transexuais, bem como a interação destes com as profissionais dos serviços e por fim, analisar a incorporação da dimensão de gênero e sexualidade na formação profissional das residências em saúde.

A escolha pelo campo da saúde é não só efeito do local onde construí ao longo desses anos minha trajetória profissional. Atuando como assistente social residente na atenção primária e posteriormente como profissional de instituições do terceiro setor, fez parte das minhas funções o desenvolvimento de oficinas temáticas relacionadas às questões de gênero, sexualidade e cidadania, bem como ações de promoção e prevenção de saúde. Como é parte necessária para buscar a resposta à pergunta central da pesquisa – *quais as percepções das profissionais de saúde sobre as pessoas transexuais que acessam os serviços?*

A Residência em Saúde é uma modalidade de formação em expansão, principalmente a partir do ano de 2010. A escolha dos participantes desta pesquisa no âmbito das profissionais em formação refere-se ao debate com ênfase nesta modalidade de pós-graduação, modalidade que condensa de forma singular trabalho e formação profissional. A residência em saúde tem por particularidade tratar

⁶ “Desenvolvido como um programa de formação on-line do Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (CLAM/IMS/UERJ), o e-Clam tem como objetivo oferecer cursos nas temáticas de gênero, sexualidade e Direitos Humanos a profissionais das áreas da saúde, educação e ciências humanas e sociais. O curso EGeS visa formar profissionais nas áreas da saúde, educação e ciências humanas e sociais, em temas relacionados às desigualdades baseadas em gênero e sexualidade.”
Fonte: <<http://www.e-clam.org/egs.php>>. Acesso em 04/10/2018.

diretamente da relação entre trabalho e a formação profissional para o SUS e não se isenta de apresentar algumas problematizações referente às possibilidades, limites e desafios da atuação profissional.

Dessa maneira, meu interesse em abordar a questão da percepção de residentes multiprofissionais em saúde, no que tange ao acesso das pessoas trans aos serviços de atenção primária, deriva deste exercício anterior de pesquisa, no qual concentrei minhas análises nas histórias de vida das usuárias e não tive a oportunidade de explorar as observações realizadas nos atendimentos das profissionais de saúde. No entanto, novas perguntas foram suscitadas a partir dos resultados obtidos neste estudo anterior, levando-me a propor este projeto, ao qual se pretende considerar parte das informações já levantadas.

Ainda que estejamos num momento político de retomada conservadora, o movimento trans ganhou robustez política ao longo dos anos. Como um exemplo recente, podemos citar a representatividade nas eleições de 2018, que contabilizou cinquenta e três candidaturas trans segundo o Tribunal Superior Eleitoral (TSE).

No campo acadêmico, a transexualidade vem ganhando espaço de discussão, tendo sido objeto nas pesquisas em diferentes áreas de formação profissional da saúde. Podemos citar como exemplos, as pesquisas como de Valéria Ferreira Romano (2008) que realizou seu estudo em uma Clínica da Família no bairro da Lapa (RJ), Elder Cerqueira-Santos e colaboradores (2010), Borges e Souza (2012), que se dedicaram a estudar o atendimento a travestis e transexuais em Porto Alegre (RS), Marco Aurélio Prado (2015) que realizou seu estudo em Minas Gerais, Luciano Silveira Soares (2018) que tratou da transfobia nos serviços de saúde de duas favelas do Rio de Janeiro. Estes estudos mostram os desafios enfrentados por pessoas trans no acesso aos serviços de saúde, como chegam e como são atendidas.

Durante o levantamento bibliográfico, foi possível perceber a ausência de produções da temática da transexualidade dentro da área do Serviço Social. Foram localizadas poucas produções como a de Pablo Cardozo Rocon, assistente social que pesquisa a transexualidade sob a ótica da atuação profissional no processo transexualizador do SUS. Além disso, destacamos também o trabalho de Mably Jane Trindade Teneblat, que estuda a assistência em saúde para pessoas transexuais

no processo transexualizador do Rio de Janeiro, bem como a atuação de Silvana Marinho, que tem se debruçado na tematização das identidades trans e o mundo do trabalho⁷.

Outra pesquisa que, embora seja no campo da Psicologia, traz importante reflexão sobre o papel de assistentes sociais na retificação do registro civil de pessoas trans é a dissertação de Maria Luiza Rovaris Cidade (2016). A pesquisadora problematiza como as profissionais de diversas especialidades, entre eles o assistente social, são convocados a partir de laudos, pareceres e relatórios para analisar a solicitação da pessoa que deseja retificar seu nome, a fim de que verdadeiramente seja atestada e comprovada a existência da transexualidade para a justiça brasileira.

Ainda na esfera do Serviço Social, Guilherme Almeida (2013) recomenda que é preciso desconstruir o pressuposto de que discutir as identidades/expressões trans constitui algum tipo de fragmentação da questão social de divisionismo, particularismo ou algo que se relaciona ao obscuro espaço das discussões ditas minoritárias (p.21). Conforme aponta o autor, trata-se de discutir as violações motivadas pelas relações de gênero e especialmente pelo binarismo de gênero que impõe restrições ao direito de todas as pessoas, sejam elas homens, mulheres transexuais ou cisgeneras, independente da idade, classe social e identificação étnico-racial.

No presente estudo, destacamos a forma como a transexualidade é percebida pelas profissionais residentes na área da saúde, uma vez que essa percepção apontará direções para a construção de uma prática profissional comprometida com a construção e consolidação do SUS (SANTOS et. al, 2013). Assim, pretendemos no futuro contribuir para o aumento de publicações, especialmente no campo do Serviço Social.

Do ponto de vista pessoal, meu interesse pela população transexual e travesti se dá desde muito tempo atrás, na convivência com pessoas próximas que iniciaram seus processos de transição de gênero, onde eu pude acompanhar as discriminações e dificuldades vivenciadas ao acessar os serviços de saúde. Além disso, atuando como profissional na residência em saúde da mulher, pude perceber na prática que

⁷ Informações extraídas do currículo Lattes desses pesquisadores.

há, de fato, discriminação e/ou desrespeito às suas identidades por parte dos colaboradores do setor de saúde. Em determinadas situações, presenciei os descasos e pude perceber que, na maioria das vezes, essa população carrega o estigma de serem encaminhadas diretamente para os setores que lidam com HIV e outras IST, independentemente de sua demanda por cuidado ao adentrar uma unidade de saúde.

No que tange ao acesso para cuidados em saúde, assim como observou Don Kulick (2008) e tantos outros pesquisadores, as pessoas trans assim como a maioria da população brasileira não tem acesso aos serviços básicos de saúde. Isto porque embora o direito à saúde esteja assegurado no Brasil desde a Constituição 1988, se a população em geral encontra dificuldades para ter um atendimento em saúde equitativo e integral, o público LGBTI, encontra dificuldades que vão desde o constrangimento à falta de habilidade laboral para um atendimento de acordo com os princípios que regem o SUS (ARAÚJO et. al, 2018). O cuidado em saúde da população LGBTI, em especial às pessoas trans, tem, portanto, necessidades específicas e barreiras de acesso aos serviços de saúde.

Do ponto de vista social, pode-se avaliar a contribuição desta proposta de trabalho tanto para as profissionais de saúde em formação quanto os já formados e a população trans. Para as profissionais de saúde em formação, pensar a formação profissional se torna fundamental. Articulada a essa questão, pensamos que os resultados desta pesquisa poderão possibilitar a ampliação e a compreensão sobre a diversidade sexual e de gênero, para além da norma heterossexista, permitindo uma melhor condução no atendimento prestado nos serviços de saúde. Além disso, poderá beneficiar também a população trans que buscam atendimento de suas demandas e que por muitas vezes são desconsideradas suas especificidades pelo não respeito à sua identidade de gênero e orientação sexual.

Nesta pesquisa, procuraremos identificar e analisar as questões que se referem à atenção à saúde de pessoas trans nos serviços de saúde pública no nível de atenção primária. Dessa forma, levantamos a hipótese de que o cuidado integral às pessoas trans se apresenta como um desafio a ser alcançado nos serviços prestados. Dado o exposto, surgem algumas reflexões: qual a percepção das profissionais de saúde acerca da dimensão da transexualidade? De que forma essa percepção condiciona e/ou determina suas práticas em saúde?

Certamente, não se pretende neste estudo responder a essas questões de forma definitiva ou discutir em profundidade a questão da transexualidade, mas provocar reflexões sobre os aspectos observados na relação entre profissional de saúde e usuária/o atendida/o, principalmente quando este está inserido num grupo populacional fortemente estigmatizado, como no caso de pessoas trans.

1.1 Gênero, identidade e outras (des)construções

Neste primeiro capítulo, reviso parte da literatura recente nas Ciências Sociais acerca das temáticas que envolvem as questões de gênero, sexualidade e transexualidade. Para a realização do presente estudo é necessário inicialmente delinear alguns conceitos e categorias que aqui serão tratados, tais como gênero, identidade de gênero, travestilidade e transexualidade.

O termo gênero começa a ganhar prospecção, sobretudo, a partir dos estudos da historiadora norte-americana Joan Scott (1995) que discute gênero enquanto categoria analítica. Isto implica na forma de falar sobre como as relações entre as experiências masculinas e femininas são construídas sob os sistemas de relações sociais e institucionais. Segundo a autora, o gênero é definido como elemento constitutivo das relações sociais baseadas nas diferenças entre os sexos e é o primeiro campo no qual o poder se articula. A discussão de gênero vem ganhando cada vez mais espaço e visibilidade, no entanto, é preciso refletir que este não é um conceito estático.

Ainda de acordo com Scott (2012), o conceito de gênero é fluido e se caracteriza pelos conflitos existentes, sobretudo os de natureza política. A autora chama a atenção para necessidade de se fazer esta reflexão com criticidade, refletindo sobre os papéis designados para mulheres e homens na sociedade e as contradições presentes nessas determinações.

Para Scott (2012), entender gênero como uma categoria social possibilita que os sujeitos rejeitem a anatomia como um destino, fator que ao longo dos anos serviu para justificar as desigualdades entre mulheres e homens baseadas apenas no sexo biológico. Dessa maneira, a compreensão do conceito de gênero refere-se à construção social do sexo biológico e como a sociedade lida com a percepção dos

corpos humanos, constituindo-se em arranjos mutáveis frente às novas situações criadas pelas práticas humanas (GOMES et. al, 2018).

Neste sentido, o gênero pode ser entendido como um sistema de práticas que existe para além dos indivíduos, como por exemplo, nas instituições como a escola ou nos serviços de saúde. Raewyn Connell (2015) define o gênero como “ao mesmo tempo criativo e violento, no qual os corpos e cultura estão igualmente em jogo e são constantemente transformados, às vezes até a sua destruição”. Assim, o conceito de gênero diz respeito ao conjunto das representações sociais e culturais construídas a partir da diferença biológica entre os sexos, que evidencia que este não é único elemento que define as condutas sexuais dos indivíduos.

Para Judith Butler (2003), gênero deve ser compreendido como uma lógica social que institui significados a corpos, práticas, relações, crenças e valores. Mais que um fator cultural de diferenciação, deve ser entendido como as próprias condições de produção da lógica que institui as diferenças entre masculino e feminino (BUTLER, 2003).

Desde a infância, a maneira de proceder como mulher ou como homem é realizada pelos sujeitos através da cultura. As culturas também criam diferentes padrões associados aos corpos que se distinguem por seus órgãos genitais e pela sua capacidade de reprodução. Para Maria Luiza Heilborn (1999), a cultura é a principal responsável pela transformação dos corpos em entidade sexuadas e socializadas, por intermédio de redes de significados que abarcam categorizações de gênero e orientação sexual.

Não se imagina que as pessoas nasçam com uma inclinação para serem femininas ou masculinas. Este é um atributo de intensa socialização pelo qual os seres humanos passam. O modo como os sujeitos se comportam em sociedade corresponde a um intenso aprendizado sociocultural que nos ensina a agir conforme as prescrições de cada gênero e segundo cada contexto social (Heilborn, 1999).

É muito comum ainda considerar gênero a partir da abordagem dicotômica “feminino X masculino”. Esses modelos de gênero rigidamente estabelecidos podem se tornar verdadeiras prisões ou fonte de sofrimento para mulheres ou homens que não se encaixam nos estereótipos de gênero previamente definidos.

Desde muito cedo, aprendemos a conformar nosso olhar e terminamos por tratar mulheres e homens de maneiras diferentes, e através de pequenos gestos despercebidos ou atitudes cotidianas, reforçamos as desigualdades, preconceitos e estereótipos.

Berenice Bento (2008) tece críticas aos padrões inflexíveis impostos pela sociedade, assinalando que esse sistema binário, produz e reproduz a ideia de que o gênero reflete e espelha o sexo, e que todas as outras esferas constitutivas dos sujeitos estão amarradas a essa determinação inicial: a natureza constrói a sexualidade e posiciona os corpos de acordo com as supostas disposições naturais. Para tanto, neste trabalho consideramos o gênero como uma categoria dinâmica que se articula com a sexualidade. Dessa maneira, torna-se importante elucidar outras questões relativas à sexualidade e ao gênero para se fazer compreender a problemática das discriminações. Começaremos pela identidade de gênero.

No âmbito das Ciências Sociais, a identidade de gênero é compreendida enquanto uma construção social e cultural do que significa ser feminino e masculino em cada sociedade (JESUS, 2012; COELHO e SAMPAIO, 2014). Em sua tese de doutorado, Marcos Garcia (2007) investigou a constituição da identidade social entre as referidas travestis, pela descrição e análise de quatro eixos fundamentais para o entendimento de seu universo - gênero, corpo, trabalho e violência - na perspectiva de transcender o privilégio dado à categoria gênero nos estudos existentes sobre travestis.

O pesquisador ressalta que é comum nas Ciências Humanas encarar as diversas modalidades de pessoas trans, entre elas as travestis, como identidades socialmente construídas. No entanto, para o autor se faz necessária a discriminação entre algumas destas concepções e as implicações das mesmas, principalmente em virtude da utilização frequente desta categoria como instrumento de ação política, pelas vias da chamada “política de identidade” (Garcia, 2007, p. 22).

Dessa maneira, apresentamos algumas das discussões sobre identidade de gênero a partir do levantamento realizado neste estudo. De acordo com Jaqueline Gomes de Jesus (2012) a identidade de gênero diz respeito à percepção subjetiva de ser masculino ou feminino, conforme os atributos, comportamentos ou papéis

estabelecidos para mulheres e homens. Assim, entende-se que o comportamento feminino ou masculino seria construído socialmente, na interação entre o indivíduo e a cultura do qual ele faz parte e não pré-determinado pelo sexo biológico. O fato desse indivíduo não se dar conta desse processo de (des)construção leva-o a acreditar que seu sexo biológico é que determina sua identidade. (BENTO e PELÚCIO, 2012; JESUS, 2012).

A tentativa de fixar identidades sexuais e de gênero é um esforço muito presente nas sociedades contemporâneas. Segundo Butler (2015), os sujeitos que “cruzam as fronteiras” ou mesmo “vivem nas fronteiras” demonstram o caráter fabricado das identidades fixas e que tais identidades só tendem a limitar os indivíduos aos padrões heteronormativos vigentes. Guacira Lopes Louro (2015) afirma que quem subverte e desafia a fronteira apela, por vezes, para o exagero e a ironia, a fim de tornar evidente a arbitrariedade das divisões, dos limites e das separações.

Neste sentido, é possível compreender que as identidades produzidas não são fixas e devem ser desnaturalizadas e interrogadas, conforme indica Butler (2015). A normalização das identidades tende a fixar e reificar papéis de gênero e reforçam a ideia de que os comportamentos que dela se afastam são minoritários, constituindo uma espécie de “desvio”. Como exemplo, podemos citar as travestis, transexuais e intersexuais. Estes seriam os corpos “desviantes”, as identidades dissidentes⁸ em relação às normas sexo-gênero, que não importam às políticas públicas e não seriam merecedores de direitos.

De acordo com Romeu Gomes et.al (2018), cabe aqui incluir nesta discussão questões relativas à experiência de pessoas que não se identificam com o sexo designado ao nascer (travestis, transexuais, pessoas com identidade não-binária ou *queer*⁹) e à diversidade de orientações sexuais (hétero, homo, bissexual). Portanto,

⁸ Para Dzis (2005), o ato de dissidir é o de romper com uma doutrina, crença ou conduta comum. Para o autor, o conceito costuma ser usado com conotação política para fazer referência a qualquer pessoa que decida separar-se da comunidade ou do partido de que fazia parte: O dissidente deixa de reconhecer a legitimidade da autoridade à qual devia estar submetido. O sentido do termo ganha uma compreensão análoga em Miskolci (2012): “Na perspectiva queer, as identidades socialmente prescritas são uma forma de disciplinamento social, de controle, de normalização” (p.18).

⁹ A identidade queer é um posicionamento crítico frente às fixações identitárias (BUTLER, 2015). Surge como protesto cultural e sociopolítico contra todas as formas de tipificação ou enquadramento

é importante destacar que as identidades travesti e transexual não remetem a orientações sexuais, uma vez que as pessoas transexuais podem ter seu desejo sexual voltados para pessoas do mesmo sexo ou do sexo oposto.

Neste sentido, é importante ressaltar que gênero e identidade de gênero não podem ser confundidos com orientação sexual, que é definida por Letícia Lanz (2014) em sua dissertação, como o desejo erótico-afetivo de uma pessoa: com quem ela gosta de namorar e/ou fazer sexo. A autora ainda afirma que em nossa cultura ocidental, a orientação sexual da pessoa é tida como um atributo umbilicalmente atrelado ao seu sexo genital e, naturalmente, ao gênero que lhe foi atribuído ao nascer em razão da sua genitália (p.40).

Quem nasce “macho”, ou seja, com um pênis, é naturalmente classificado como “homem” e “tem-que-ter” atração erótico-afetiva por mulheres. Quem nasce “fêmea”, isto é, com uma vagina, é naturalmente classificada como “mulher” e “tem-que-ter” atração erótico-afetiva por homem. Nenhuma outra possibilidade de combinação entre sexo, gênero e orientação sexual é plenamente aceita e legitimada, ainda que seja mais “tolerada” no mundo atual (LANZ, 2014, p.40).

Portanto, gênero e orientação sexual podem estar relacionados, mas não são a mesma coisa. Ao assumir sua homossexualidade, um homem não necessariamente deverá se sentir menos masculino, assim como uma mulher não deve se sentir menos feminina. Uma travesti, por exemplo, ao assumir a identidade feminina e optar por se relacionar com homens, deve ser entendida como uma pessoa que está em um relacionamento heterossexual.

É comum ainda encontrarmos um modo hierárquico de classificação das pessoas, a partir da vivência de sua sexualidade, que distingue por exemplo, “homens” entendidos como socialmente masculinos e “ativos” no ato sexual, ou seja, aqueles que “só penetram” e “bichas” ou “veados”, aquele tidos como socialmente femininos e “passivos” (os que supostamente são “penetrados”) (CARRARA et. al, Orgs, 2012).

Hoje são reconhecidos os seguintes tipos de orientações: homossexualidade, bissexualidade e heterossexualidade. No entanto, a heterossexualidade é compreendida como a sexualidade “correta e esperada” estando na base da ordem

de gênero/orientação sexual. O termo queer é abrangente e inclui o espectro de orientações, prazeres e gêneros não-heterossexuais ou “estranhos” à normal social hegemônica (SARAIVA, 2015).

social, constituindo-se como uma norma, a heteronorma ou heteronormatividade (categoria que discorreremos um pouco mais nos próximos itens) e tudo aquilo que foge a esse parâmetro tende a ser considerado como “desvio”, “transtorno” ou mesmo “perturbação”.

O termo heteronormatividade foi criado por Michael Warner em 1991, conforme conta Miskolci (2012). Em sua pesquisa, é um conceito referente à problematização e a crítica de normas de sexo, identidade de gênero, papel social de gênero e sexualidade, e das implicações sociais destas instituições, a fim de dar conta de uma nova ordem social. Butler (2003) compreende a heteronormatividade como a habilidade de tornar a heterossexualidade como uma norma social que regula e determina as possibilidades de vidas, as quais estejam rigorosamente circunscritas em seus limites e a impossibilidade de vidas que estejam delimitadas para fora desta norma.

A heteronormatividade, portanto, é a norma que produz e reproduz corpos, gêneros e sexualidades tidos como “normais e humanos”. Tal concepção escreve um sistema binário e dicotômico de categorização, vinculando comportamento social e identidade a partir da genitália: conceitos estritamente definidos de virilidade e feminilidade, de macho e fêmea, homem e mulher, logo, sendo esperados comportamentos tanto de homens quanto de mulheres com relação ao seu sexo e seu gênero.

Questões relativas à experiência de pessoas que não se identificam com o sexo designado ao nascer (travestis, transexuais, pessoas com identidade não-binária ou *queer*) e à diversidade de orientações sexuais (hétero, homo e bissexual) estão relacionadas à forma como se percebem e se identificam na sua forma de ser e estar no mundo. Nesse sentido, nomeia-se como conceito de cisgeneridade o suposto lugar de “identidade de gênero normal”, a partir do qual as experiências de identificação de pessoas, ao longo de suas vidas, com o sexo/gênero que lhes foi designado e registrado no momento do nascimento (atribuição marcada pelos saberes médico e jurídico). Sendo assim, a transexualidade foi construída como desvio e, conseqüentemente, trouxe efeitos danosos para a vida das pessoas que não se adequam às normas e ideais regulatórios da cisgeneridade (MATTOS; CIDADE, 2016).

De acordo com Viviane Vergueiro (2014), a origem do conceito analítico da cisgeneridade se deu em interações sociais e iniciativas de ativismos trans como forma de resistência às instâncias teóricas coloniais e unitárias. Segundo a autora, a cisgeneridade é entendida como um eixo que constitui uma matriz de práticas repetidas que todas as pessoas são impelidas na produção de coerências e evidências acerca do sexo. Ademais, é vista como “um conjunto de dispositivos de poder colonialista sobre as diversidades corporais e de gênero, sendo tais dispositivos atravessados por outras formas de inferiorização, marginalização e colonização interseccionais” (p.72).

Jesus (2012) afirma que é importante destacar que, em termos de gênero, todos os seres humanos podem ser enquadrados (com todas as limitações comuns a qualquer classificação) como transgênero ou “cisgênero”.

Chamamos de cisgênero, ou de “cis”, as pessoas que se identificam com o gênero que lhes foi atribuído quando ao nascimento. Como já foi comentado anteriormente, nem todas as pessoas são assim, porque, repetindo, há uma diversidade na identificação das pessoas com algum gênero, e com o que se considera próprio desse gênero (JESUS, 2012, p. 10).

Hailey Kass, importante ativista transfeminista, indica em seu texto sobre Cissexismo no blog Transfeminista:

“O alinhamento cis envolve um sentimento interno de congruência entre seu corpo (morfologia) e seu gênero, dentro de uma lógica onde o conjunto de performances é percebido como coerente. Em suma, é a pessoa que foi designada ‘homem’ ou ‘mulher’, se sente bem com isso e é percebida e tratada socialmente (medicamente, juridicamente, politicamente) como tal” (KAAS, 2012).

Neste sentido, segundo a autora, cabe ressaltar que nem todas as pessoas cis “sentem-se” alinhadas e coerentes dentro das categorias homem ou mulher, mas também não significa que se “sintam” trans* (cabem aqui várias aspas, pois o termo “sentir” é muito subjetivo). Dessa forma, não há como medir cisgeneridade, como não há como medir transgeneridade. Ainda de acordo com a autora, as categorias de gênero são fluidas e instáveis.

Leandro Colling (2015) defende que o conceito de cisgênero varia a depender de quem o utiliza. O autor aponta que a potência do conceito de cisgênero, que classifica pessoas em conformidade identitária ao gênero atribuído em seu

nascimento, “se transforma na retomada, ao pior estilo do essencialismo, de uma dicotomia entre pessoas trans versus pessoas cis.” (p. 59)

No entanto, Beatriz Bagagli (2017) destaca como identidade de gênero e orientação sexual mesmo pertencente a esferas distintas de constituição da subjetividade, se interseccionam.

Contudo, há ainda uma lacuna que diz respeito à interseção analítica e descritiva entre as identidades de gênero contra-hegemônicas e as sexualidades contra-hegemônicas. Tal lacuna se dá através da segmentação excessiva como tais estudos têm sido feitos sobre essas questões – o que gera por vezes um efeito de invisibilização teórica e política da sexualidade dos sujeitos transgêneros (assim como dos sujeitos cisgêneros que se relacionam com pessoas transgêneras). (BAGAGLI, 2017, p. 137 e 138)

Isso denota como a sexualidade das pessoas trans é apagada através da noção equivocada de que as identidades trans são comumente confundidas com a orientação sexual, como no campo da saúde, a título de exemplo. Para Alves (2013), tal visão vincula-se frequentemente à noção de que a sigla LGBT, refere-se a “uma coisa só”, imiscuindo indiscriminadamente identidade de gênero e sexualidade. A autora sintetiza:

Não faz sentido agruparmos a transexualidade com outras sexualidades. Contudo, justamente porque a transexualidade não é uma sexualidade, as pessoas trans* podem se identificar como trans* e como de uma sexualidade (ou não-sexualidade). Explico: Alguém pode ser trans* E heterossexual; trans* E gay; trans* E lésbica; trans* E bissexual; trans* E pansexual; trans* E assexual etc. O fato de uma pessoa escolher se identificar como de outro gênero, não implica que a) ela tenha uma sexualidade “natural” inscrita no corpo/identidade “original” que irá ser “transportado” com ela para a nova identidade; e b) que ela tenha que assumir “naturalmente” a heterossexualidade do gênero no qual ela identifica. (ALVES, *ibid.*)

Dessa maneira, as práticas afetivo-sexuais das pessoas trans podem variar e não devem ser feitas suposições sobre elas no âmbito do atendimento nos serviços de saúde por parte das profissionais. As pessoas trans podem ser lésbicas, gays, bissexuais e todas as outras orientações sexuais distantes. Além disso, elas podem ter como parceiros homens ou mulheres, cisgênero ou mesmo trans. Apesar de serem muito debatidos atualmente, ainda há confusão no que tange aos conceitos de gênero e orientação sexual, que são princípios completamente diferentes.

Essas diferenciações e conflitos, assim como o entendimento sobre transexualidade e travestilidade, podem ser percebidas constantemente nas práticas dos serviços de saúde. Sobre esse aspecto, abordaremos o tema no tópico a seguir.

1.2 Transexualidade e travestilidade para além do binarismo de gênero

A transexualidade é considerada um fenômeno complexo e multifacetado. O conceito de transexualidade que emerge das diversas teorias que abordam a questão da diversidade sexual aponta para um aspecto consensual: a existência de uma incoerência entre o sexo e o gênero (ARÁN, 2006). Para Rodrigo Borba (2016), a transexualidade não tem a ver necessariamente com a sexualidade, mas sim com o gênero. Esse é um choque provocado por uma lógica heteronormativa e essencialista, da qual assim como o autor se viu refém e teve que intervir radicalmente durante o trabalho de campo de sua pesquisa, as profissionais só de são conta quando do momento do atendimento à esse público em suas práticas diárias.

Segundo Bento (2008),

A transexualidade é uma experiência identitária, caracterizada pelo conflito com as normas de gênero. Essa definição confronta - se à aceita pela medicina e pelas ciências psi que a qualificam como uma “doença mental” e a relaciona ao campo da sexualidade e não ao gênero. Definir a pessoa transexual como doente é aprisioná-la, fixa-la em uma posição existencial que encontra no próprio indivíduo a fonte explicativa para seus conflitos, perspectiva divergente daqueles que a interpretam como uma experiência identitária. (BENTO, 2008, p.14)

A categoria transexual é historicamente mais recente. Surge de acordo com Sérgio Carrara e Leonardo Carvalho (2013), entre o final da década de 1990 e início dos anos 2000. Em algumas abordagens da literatura e até mesmo nos fóruns especializados no debate sobre políticas voltadas às pessoas LGBTI, observa-se o uso constante do termo pessoas *trans*, termo amplo que se refere às rupturas de gênero, utilizado para designar todos aqueles que não desejam a vivência em um gênero previamente definido (BENTO, 2014). Santos (2013) também indica a utilização do termo pessoas *trans* como forma de não homogeneizar, nem mesmo

simplificar as experiências de gênero dessas pessoas, valorizando suas trajetórias sociais e identitárias.

Contraopondo essa linha, Berenice Bento (2017) atualiza suas reflexões quanto à utilização dos termos “guarda-chuvas”, a exemplo do termo transgênero. A autora questiona se os termos guarda-chuvas servem para retroalimentar concepções universalizantes e apagar as diferenças, além de ter um caráter colonizador da utilização de termos universais. Apesar disso, a autora não nega o direito individual dos sujeitos elaborarem suas identidades como “transgênero”. Bento (2017) destaca que

como categoria analítica/política, no entanto, este termo não serve para pensar as diferenças e as disputas internas que se dão na luta por visibilidade e pelo direito ao reconhecimento. Tampouco são úteis para entender aos sentidos que os sujeitos atribuem às suas existências generificadas (Bento, 2017, p.25).

Pelúcio (2009) utiliza o conceito "universo *trans*" assim como Benedetti (2005).

Prefiro utilizar o termo universo trans no que se refere às possibilidades “de transformações de gênero”. Essa denominação pretende abranger todas as “personificações” de gênero polivalente, modificado ou transformado, não somente aquelas das travestis (BENEDETTI 2005 p.17).

De acordo com esses pesquisadores, a expressão categoriza "num conjunto identificável, os espaços de convívio das travestis, onde são tecidas as relações sociais que compõem o meio em que vivem, bem como o seu sistema material e moral" (PELÚCIO, 2009, p. 33).

Para esta pesquisa, adotaremos a definição de Jaqueline Gomes de Jesus (2012), que é “um ponto de vista partilhado com algumas outras pessoas, especialistas e militantes” (p.07). Para a autora, há dois aspectos que cabem no que ela chama de “dimensão transgênero” (p.07) enquanto diferentes expressões da condição, dessa maneira, existiria uma vivência do gênero trans como “identidade (o que caracteriza transexuais e travestis) ou como funcionalidade (representado por crossdressers, drag queens, drag kings e transformistas)” (p.07). Lanz (2014)

apresenta em sua dissertação a definição de transgênero como “todo e qualquer desvio de gênero ou por não corresponder ao sistema sexo-corpo-gênero, ou à heteronormatividade”.

Ainda de acordo com Jesus (2012), a transexualidade é uma questão de identidade. Ela defende que não é uma doença mental, nem é perversão sexual e que não tem nada a ver com orientação sexual (2012, p.08). “Ao contrário do que alguns pensam, o que determina a condição transexual é como as pessoas se identificam, e não um procedimento cirúrgico. Assim, muitas pessoas que hoje se consideram travestis seriam, em teoria, transexuais” (p.08), defende a autora. Ao se assumir a identidade transexual, a necessidade de transformações corporais para adequação ao gênero com o qual se identifica não é determinada por um padrão fixo.

A autora ressalta que as pessoas transexuais percebem que a forma como pensam e se sentem não está adequada quanto ao seu corpo e buscam corrigir essa inadequação por meio de transformações em seu corpo em consonância ao seu estado psíquico; isso pode ocorrer de variadas formas, como tratamentos hormonais ou procedimentos cirúrgicos de transexualização. Ainda que esse processo inclua procedimentos como o uso de hormônios masculinos e femininos, cirurgia para redesignação sexual, mudança de nome, entre outros, nem todos optam pela cirurgia de redesignação sexual ou pela mastectomia para, a depender, em grande parte, da experiência de vida das próprias pessoas transexuais (JESUS, 2012; COELHO E SAMPAIO, 2014).

Para Jesus (2015), é falacioso o pensamento de que pessoas trans “nasceram homens/mulheres e “viraram mulheres/ homens”, uma vez que todos os seres humanos nascem com um sexo biológico/ conformação genital e se tornam alguém de um gênero que pode ou não corresponder às expectativas sobre esse sexo/ conformação genital. Para sintetizar, diz a autora que:

Mulher transexual é toda pessoa que reivindica o reconhecimento social e legal como mulher. Homem transexual é toda pessoa que reivindica o reconhecimento social e legal como homem (JESUS, 2012, p.16).

A autora destaca:

São travestis as pessoas que vivenciam papéis de gênero feminino, mas não se reconhecem como homens ou como mulheres, mas como membros de um terceiro gênero ou de um não-gênero. (JESUS, 2012, p.18)

A referida autora argumenta que a denominação travesti é estigmatizada. Ela debate que há discussões sobre a utilidade do termo no mundo contemporâneo, pois as pessoas “transgênero” não iriam se travestir no sentido original da terminologia, e defende o uso dos termos transexual e crossdresser para se “referir a dimensões mais bem definidas da vivência transgênero” (Idem, Ibidem, p.09).

Portanto, no campo da transexualidade não há um consenso do que é ser verdadeiramente transexual e do que é ser travesti. Historicamente, uma das principais diferenças apontadas entre a transexualidade e a travestilidade estava na realização da cirurgia de redesignação sexual. No entanto, a centralidade dessa questão mudou na medida em que o entendimento sobre a demanda de reconhecimento para pessoas trans passou a ser desvinculado do desejo ou da condição da cirurgia. Em suma, cada um define o que é e como quer ser reconhecido.

Ainda atualmente, a transexualidade é tratada como patologia, circulando nos manuais de doenças e sendo nomeada inadequadamente por profissionais como “*transexualismo*”.

O diagnóstico de *Transexualismo* é datado de 1975 quando a Classificação Internacional das Doenças (CID 9) inseriu o mesmo na categoria de Desvios Sexuais. Já em 1990, a CID – 10 redefiniu o ponto de vista sobre este fenômeno e classificou uma nova categoria, intitulada *Transtornos de Identidade de Gênero*. Tal transtorno estava alocado no capítulo sobre “transtornos de personalidades e comportamentos” e era caracterizado por “um desejo de viver e ser aceito enquanto pessoa do sexo oposto. Este desejo se acompanha em geral de um sentimento de mal-estar ou de inadaptação por referência ao seu próprio sexo anatômico e do desejo de submeter-se a uma intervenção cirúrgica ou a um tratamento hormonal a fim de tornar seu corpo tão conforme quanto possível ao sexo desejado”.

Já na década de 1980, a Associação Americana de Psiquiatria descreveu e classificou o *transexualismo* na categoria de Transtornos Psicosexuais, na

publicação do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III). No entanto, em sua revisão de maio/2013, o DSM-V descaracteriza a identidade sexual como *transtorno de identidade de gênero* e classifica-a como *disforia de gênero*. De acordo com o manual, a disforia de gênero é definida como “o sofrimento causado pela incongruência marcante entre o sexo de nascimento e a expressão de gênero atribuídos”. Além disso, inclui na descrição: “identidades de gênero alternativas, além dos estereótipos binário masculino e feminino”.

No mês de junho de 2018, a Organização Mundial da Saúde lançou uma nova edição do CID, batizada de CID-11, que vem a substituir a CID- 10. Nesta versão mais atualizada, a transexualidade é transferida para um novo capítulo, intitulado “condições relacionadas à saúde sexual” e é classificada como *incongruência de gênero*. A chamada *incongruência de gênero* é entendida no documento como "incongruência acentuada e persistente entre o gênero experimentado pelo indivíduo e àquele atribuído em seu nascimento. Mero comportamento variante e preferências pessoais não são uma base para o diagnóstico”. Dessa maneira, a transexualidade não é mais classificada como doença. Conforme orienta a OMS, cada país deverá se adaptar à nova CID até 2022 e criar um padrão que possa orientar as profissionais de saúde.

Dado o mapeamento da trajetória da transexualidade no âmbito da saúde e sobretudo da saúde mental, apresentaremos no próximo capítulo as considerações sobre o movimento de luta pela despatologização das identidades trans, seus principais sujeitos e pautas.

1.2.1 Corpos trans: o impacto da violência de gênero na vivência da transexualidade

Os corpos, sentimentos e vivências de travestis e de transexuais lançam um desafio à saúde no que concerne à compreensão corporal da identidade de gênero e da sexualidade. Para Louro (2015), a fronteira é o lugar desse cruzamento e confronto. Esses sujeitos pagam caro por ultrapassarem com seus corpos e vivências as fronteiras de gênero e a classificação binária compreendida na divisão masculino/feminino. Resultados desse processo são a exclusão, a violência, a

discriminação e o preconceito presentes nos serviços de saúde, que não permitem apreender esses sujeitos como sujeitos de direitos.

No que se refere à violência, é importante destacar que este é um fenômeno cotidiano na vivência de pessoas trans. As situações de violência que afetam essas vidas envolvem diferentes naturezas, como as de ordem física, psicológica, sexual e institucional, como por exemplo, as cenas de discriminação e preconceitos nos espaços dos serviços de saúde.

A violência é caracterizada pela Organização Mundial da Saúde como “o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação” (OMS, 2007, p. 1165). Tal definição associa a intencionalidade com a realização do ato, independentemente do resultado.

A violência contra a população LGBTI é baseada na violência de gênero e classificada de uma maneira ampla como homofobia, sem distinção de orientação sexual ou identidade de gênero. Para Tatiana Lionço (2008), a homofobia se caracteriza pela crença na superioridade e legitimidade da heterossexualidade sobre as demais formas de relação sexual e de afeto.

Daniel Borrilo (2010) atesta que a homofobia é um fenômeno complexo, definindo-a como uma forma de inferiorizar, desumanizar, diferenciar e distanciar o indivíduo homossexual, assemelhando-se à outras formas de exclusão como a xenofobia, o racismo, o antissemitismo e o sexismo. Ainda de acordo com o autor, o sexismo e a homofobia emergem na sociedade como consequência do regime binário da sexualidade, ou seja, supondo a naturalização da diferença entre homens e mulheres e da heterossexualidade como dispositivo principal da ordem da reprodução social.

Bento (2017) reforça que o discurso homofóbico pode ser definido como um esforço permanente do sistema em excluir da categoria humano qualquer prática que fuja dos imperativos da heterossexualidade. A autora nos lembra que assim é a “sexualidade normal”, aquela praticada por um homem e uma mulher, visando a

reprodução. Dessa maneira, a heterossexualidade seria a única possibilidade de os sujeitos viverem suas sexualidades, entendidas como natural, sendo o natural definido como “normal”. Insultos, piadas, olhares reprovadores, agressões físicas e assassinatos são práticas rotineiras na ordem social contra pessoas do grupo LGBTI.

Entretanto, essa concepção ampliada de homofobia não exprime as especificidades da violência de gênero destinada às pessoas trans. Essas pessoas são violentadas de diferentes maneiras que vão desde ofensas, apontamentos, piadas, acusações, linchamentos até a negação de direitos essenciais a qualquer pessoa como saúde, educação, moradia e trabalho.

É possível perceber que todo este contexto da violência destinada à população LGBTI de modo geral parece ser preenchido por um discurso de ódio que vem se reproduzindo ao longo dos anos. Freitas e Castro (2013) definem os discursos de ódio como um elemento central atrelado ao pensamento que desqualifica, humilha e inferioriza indivíduos e grupos. Como consequência desse discurso de ódio, Jesus (2012) afirma que são

Motivados por preconceito contra alguma característica da pessoa agredida que a identifique como parte de um grupo discriminado, socialmente desprotegido, e caracterizados pela forma hedionda como são executados. (JESUS, 2012, p.113)

Assim, os efeitos desse discurso de ódio contra as pessoas trans demonstram de um lado, a legitimação da violência contra esse grupo e por outro lado, a invisibilidade desses sujeitos na classificação dos dados oficiais de violência. A fim de dar visibilidade a este tipo de discriminação, o termo transfobia vem, segundo Carrara (2013), disputando espaço nos últimos anos com o termo homofobia. De acordo com Jesus (2015), o termo transfobia é o preconceito e/ou discriminação em função da identidade de gênero de pessoas transexuais ou travestis e por isso não deve ser confundido com homofobia.

No Brasil, a população que é diariamente dizimada é a de pessoas trans (travestis, transexuais, transgêneros) (BENTO, 2017). Dentre as mais diversas expressões de transfobia, destacamos aqui o que a autora sugere nomear de Transfeminicídio. Ainda de acordo com a autora, os assassinatos de pessoas trans são contabilizados equivocadamente e classificados como assassinatos de pessoas

lésbicas e gays. A título de exemplo, podemos citar o caso do policial Dudu dos Santos¹⁰, 27 anos, encontrado morto no porta-malas de um carro na cidade de São Paulo no mês de agosto de 2018. Durante toda a divulgação do caso, a identidade de gênero e a orientação sexual do policial foi noticiada pela imprensa como sendo de uma mulher cis lésbica com o nome civil feminino. Embora seu nome civil ainda constasse em seus documentos oficiais e na polícia, onde prestava serviço público, o policial já se identificava como homem trans em suas redes sociais.

Apesar de não se tratar da morte de uma mulher trans ou travesti, identificada no gênero feminino, o caso citado acima ilustra o que Bento (2017) vem refletindo em suas pesquisas. Podemos também citar tantos outros casos brutais de assassinatos de pessoas trans, como os casos de Verônica Bolina¹¹, 28 anos, mulher trans que no ano de 2017 foi detida e teve o cabelo raspado à máquina, os seios expostos e o rosto completamente deformado por agressões policiais dentro de uma delegacia. Assim também como em janeiro de 2019, Quelly da Silva¹², 35 anos, travesti, teve seu coração arrancado pelo assassino, o qual guardou o órgão em sua casa e colocou a imagem de uma santa no lugar. Em casos como esses, muitas vezes as pessoas trans são apresentadas com nomes masculinos e são identificadas inadequadamente como “o travesti”.

Seguem ainda a agenda de proibição das discussões sobre gênero e sexualidade nas escolas; o governo não faz campanhas de educação/prevenção contra a violência e suicídio da população travesti e transexual; quando sequer padroniza o atendimento de pessoas Trans nas Delegacias da mulher no país; na garantia da tipificação dessas mortes como Femicídio; e não garante de forma clara e simplificada, no registro das ocorrências, o respeito e uso do nome social, a marcação da identidade de gênero das vítimas, bem como a motivação para esses crimes. (Dossiê Assassinatos e violência contra travestis e transexuais no Brasil em 2019, p. 10)

De acordo com o levantamento da ONG Transgender Europe (TGEu), o Brasil vem se mantendo no posto de país que mais mata transexuais no mundo. Segundo o levantamento feito pela Associação Nacional de Travesti e Transexuais (ANTRA) e pelo Instituto Brasileiro Trans de Educação (IBTE), 148 travestis,

¹⁰ Ver mais em <https://www.diariodocentrodomundo.com.br/policial-militar-que-morreu-e-imprensa-noticiou-como-mulher-lesbica-e-um-homem-trans/>

¹¹ Ver mais em <https://www.geledes.org.br/presa-negra-e-travesti-devemos-ser-todas-veronica/>

¹² Ver mais em https://www.huffpostbrasil.com/entry/travesti-coracao-campinas_br_5c47966fe4b025aa26bdf70f

mulheres e homens trans foram mortos de janeiro a dezembro de 2018.¹³ O Transfeminicídio, segundo Bento (2017), caracteriza-se como uma política disseminada, intencional e sistemática de eliminação da população trans no Brasil, motivada pela negação de humanidade às suas existências. Ainda de acordo com a autora, no Brasil não há nenhuma fonte totalmente confiável. O que existe é um acompanhamento, por algumas ONGs de ativistas LGBT, através dos textos jornalísticos, sobre mortes de pessoas LGBT (p.233).

Durante o levantamento de dados para a elaboração desta pesquisa, não foram encontrados registros sobre a saúde de pessoas trans em órgãos oficiais brasileiros como Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) ou Ministério da Saúde (MS). Quando algum resultado era encontrado, tratava-se de informações sobre a população LGBTI, sem especificar e/ou diferenciar os grupos. O fato de não existirem dados oficiais sobre a realidade desse grupo no Brasil parece revelar o apagamento desta população para a sociedade brasileira.

As informações que se tem sobre a população trans no Brasil são provenientes de organizações nacionais como o Grupo Gay da Bahia (GGB), a Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA) e a Rede Trans Brasil. Essas organizações se valem de relatos de casos e publicações na imprensa para formar seus números (PREU e BRITO, 2018).

A transfobia é uma das questões mais presentes nos relatos de pessoas trans que buscam por atendimento em saúde. A violência contra as pessoas trans não está somente nos casos das numerosas mortes assombrosas. Esse tipo de violência está presente também na sociedade desde a recusa pelo reconhecimento do nome social, a referência no gênero inadequado (a/o, ele/ela) até o espancamento que leva a morte.

O não reconhecimento das identidades trans, o abandono familiar, a exclusão escolar, a precarização laboral e a exclusão do mercado de trabalho, são aspectos que levam a marginalização dessa população. As Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher não estão preparadas para casos de violência a pessoas trans. O Estado, na realidade, é o que mais violenta esse grupo, não reconhecendo sua

¹³ Ver mais em https://www.huffpostbrasil.com/2018/12/25/as-conquistas-e-a-visibilidade-que-as-pessoas-transexuais-alcancaram-em-2018_a_23626869/

identidade de gênero. (Dossiê Assassinatos e violência contra travestis e transexuais no Brasil em 2019, p. 9)

No âmbito da saúde, esses episódios de transfobia praticados por profissionais nos variados estabelecimentos e níveis de atenção configuram barreiras para o acesso à saúde pela população trans (ROCON et. al, 2018). Em sua tese sobre as perspectivas das mulheres transexuais no acesso à saúde integral, Grazielle Tagliamento (2012) destaca como as usuárias são consideradas e tratadas como figuras abjetas por não se enquadrarem nos sistemas de normas de gênero e sexualidade vigentes na sociedade. Conforme descreve a autora, a abjeção é exatamente o desumano, o que não possui as imagens corporais significantes em homem ou mulher, pois são essas imagens que tornam os corpos humanos (p.38). Assim, o não humano encontra-se sem identificação dentro da sociedade e sem lugar.

A relação das pessoas trans, de modo geral, que acessam os serviços sociais é demarcada por processos de estigmatização e discriminação à sua identidade de gênero. O estigma, na perspectiva de Erving Goffman (1963), faz com que sociedade estabeleça os meios de categorizar as pessoas e o total de atributos considerados como comuns e naturais para os membros de cada uma dessas categorias. Conforme descreve o autor, nem todos os atributos indesejáveis são estigmas, mas apenas aqueles que são incongruentes com o nosso estereótipo de como deve ser determinada pessoa ou grupo social (GOFFMAN, 1963).

A estigmatização e discriminação nos estabelecimentos de saúde começam desde a porta de entrada da instituição, com risos debochados e olhares enviesados, vindos dos rostos das profissionais da segurança, passando pela recepção, com o desrespeito ao nome social¹⁴ e cenas vexatórias de discriminação por parte de profissionais diversos. Tudo isso resulta no abandono de tratamento em andamento, absenteísmo nas consultas agendadas, entre outras graves consequências,

¹⁴ O uso do nome social nos serviços de saúde é garantido pela Portaria nº 1.820/2009, que descreve que o usuário deve ser identificado [...] pelo nome e sobrenome civil, 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. (BRASIL, 2009).

produzindo a negação do direito enquanto cidadãs e cidadãos, inclusive do direito ao acesso à saúde integral, assunto a ser abordado no próximo capítulo.

2 30 anos de SUS: a construção da política de saúde no Brasil

No mês de setembro de 2018, o SUS completou trinta anos de existência e é considerado um dos maiores legados da Constituição Federal de 1988. Nesta caminhada, o direito à saúde foi assegurado de maneira universal e gratuita aos brasileiros. O SUS abrange os diversos aspectos da saúde e apresenta avanços que são referências mundiais, como o combate ao tabagismo, a assistência à pessoa que vive com HIV, a redução das taxas de mortalidade, os cuidados com a vigilância sanitária, a atenção à saúde do trabalhador e também os serviços de transplante de órgãos e de tecidos.

Apesar disso, o Sistema sofre duras críticas por falhas e faltas de insumos e recursos humanos. Desde 2016, o SUS se tornou alvo de ataques diretos nos últimos governos numa ofensiva de cortes drásticos de orçamento, com mudanças significativas na Atenção Básica, na Saúde Mental e no modelo de financiamento aos municípios e estados. O que reforça a proposta do governo federal de potencializar os planos de saúde em detrimento do SUS¹⁵, tendo sido colocada em cheque a sua existência nas últimas eleições de 2018.

Portanto, antes de problematizar algumas questões relativas ao atendimento de pessoas trans na atenção primária em saúde, faz-se necessário resgatar e contextualizar os processos que levaram a construção do SUS, seus princípios organizativos e níveis de hierarquias, a fim de compreendermos os atuais debates sobre o atendimento humanizado e a saúde de pessoas LGBTI, em especial de pessoas trans nas diferentes esferas da política de saúde.

Neste sentido, iniciaremos este capítulo apresentando um resgate histórico da construção do SUS e posteriormente discorreremos sobre o acesso de pessoas trans aos serviços de saúde. Abordaremos nesta perspectiva, as dificuldades e possibilidades no acesso às unidades de saúde, as necessidades e demandas de saúde trazidas por esse público no atendimento com as profissionais.

¹⁵ Ver mais em <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/398-apos-30-anos-de-historia-sus-corre-risco-de-nao-existir-mais-no-brasil>

2.1 Política Nacional de Saúde

O Movimento de Reforma Sanitária é considerado um dos principais atores sociais no processo de invenção e implementação do SUS e do direito universal à saúde (PAIM, 2008). Nas palavras de Gastão Wagner (2018), esse Movimento pode ser entendido como um movimento social de novo tipo, pois foi se compondo como Bloco Político e, em alguma medida, conseguiu agregar diferentes grupos de interesse com distintas origens sociais, de gênero e etnias em torno de um projeto comum que é o direito à saúde, o SUS e a democracia. Ainda de acordo com o autor, um dos principais componentes desse movimento é constituído pelos trabalhadores, docentes, estudantes e investigadores em saúde como se apresentam ainda hoje nos movimentos em defesa do SUS¹⁶.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em Brasília no ano de 1986, ficou conhecida como a Conferência Cidadã. O marco político e conceitual desta Conferência foi decisório para introduzir no cenário da sociedade a discussão sobre Saúde. Essas discussões possibilitaram dois anos mais tarde que o Sistema Único de Saúde (SUS) fosse instituído pela Constituição sob a perspectiva da “saúde como um direito de todos e dever do Estado”.

O direito à saúde passa a ser reconhecido a partir da 8ª CNS como um dos direitos fundamentais do cidadão e dever do Estado a garantia dele. Além disso, a Conferência traz para o plano jurídico institucional um conceito ampliado de saúde, que passa a ser vigente a partir de 1988. A definição de saúde proposta pela 8ª CNS é ampla:

“Em seu sentido mais abrangente a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso a posse de terra e acesso a serviços de saúde. É, assim antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (Brasil, 1986).

Essa nova concepção de saúde, resultante da 8ª CNS, passou a considerá-la como produto das condições objetivas da existência e resultado das condições de

¹⁶ Em tempos de desmontes e ataques à política de saúde pública, Wagner (2018) destaca a atuação dos movimentos atuais em defesa do SUS, compostos por trabalhadores, particularmente da Saúde Coletiva, da Atenção Primária, da Saúde Mental, entre outros, além de associações como a CEBES e a ABRASCO, os grupos de usuários bem como as universidades públicas, que de acordo com o autor, vem desenvolvendo papel fundamental na formação dos profissionais com visão reflexiva.

vida (biológica, social, econômica, cultural). Tal concepção ampliada apresentou a política de saúde como direito social universal e atributo de cidadania, e inspirou a organização das políticas de saúde pública no Brasil, sobretudo a partir da década de 1990, conforme previsto no art. 196 da Constituição Federal de 1988.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Nesta perspectiva, a saúde é entendida como resultante de diferentes processos, para além dos aspectos físicos e materiais, incluindo os determinantes sociais.

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais

No entendimento de Paulo Marchiori Buss e Alberto Pellegrini Filho (2007), as diferentes definições de determinantes sociais de saúde expressam em maior ou menor nível de detalhe o conceito de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde. Essa noção de saúde reconhece que as formas concretas de vida em sociedade são também decorrentes das relações sociais de produção.

Para compreender como os determinantes sociais interferem na produção de saúde dos sujeitos, Buss e Pellegrini-Filho (2007) apresentam três abordagens: a primeira delas considera que os fatores materiais e físicos, decorrentes dos aspectos econômicos e decisões políticas da sociedade, influenciam diretamente nas condições de vida da população e, portanto, na produção de saúde ou doença. A segunda abordagem, de acordo com os autores, leva em consideração os fatores psicossociais como preponderantes nas condições de exclusão e desigualdade social. Já a terceira abordagem, compreende como a saúde está relacionada à maneira como as pessoas se relacionam entre si e com as instituições.

A saúde coletiva nasceu neste período vinculada à luta pela democracia e pelo movimento de Reforma Sanitária. Suas origens datam do final da década de 1970, contexto no qual o Brasil estava vivendo o período de ditadura militar.

Embora não tenha uma definição única, a saúde coletiva tinha como uma de suas premissas básicas levar em consideração as práticas médicas como práticas sociais, dando início a uma nova mentalidade a respeito de suas práticas em saúde (Matos, 2001).

Este trabalho se orienta pela perspectiva da Saúde Coletiva. Cabe ressaltar que entre as grandes áreas da saúde, a saúde coletiva propõe outros modos de pensar a formação e a educação em saúde. Segundo Yara Carvalho e Ricardo Ceccim (2012), a saúde coletiva é um campo de produção de conhecimento e de intervenção profissional especializada, mas também interdisciplinar. Para os autores:

todas as práticas de saúde orientadas para os modos de andar a vida, melhorando as condições de existência das pessoas e da coletividade demarcam intervenções e possibilidades às transformações nos modos de viver, trabalham com promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, ações de reabilitação psicossocial e proteção da cidadania, entre outras práticas de saúde. (CARVALHO & CECCIM, 2012, p.139).

Em relação às narrativas que compõem os diferentes processos históricos de construção da política de saúde no Brasil, neste trabalho, optamos como ponto de partida a política de saúde pública a partir da Constituição Federal de 1988. Embora não nos esqueçamos da importância da luta e das reivindicações por parte da sociedade civil que nortearam o que ficou conhecido como Movimento Sanitarista e foram apresentadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986. As resoluções dessa conferência deram os parâmetros que mais tarde vieram a ser inscritos na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1990).

2.1.1 Sistema Único de Saúde

A saúde foi inserida na Constituição Federal de 1988 como direito fundamental a todos os cidadãos e um dever do Estado. O sistema de saúde foi organizado de forma hierarquizada, regionalizada e descentralizada, passando do âmbito federal para o estadual e posteriormente para o plano municipal. Além disso, determina-se que o poder de decisão e os recursos estivessem situados próximos às pessoas, possibilitando maior participação social na definição de prioridades e no controle sobre os recursos. A participação social é viabilizada pelas Conferências de Saúde, Conselhos de Saúde e Comissões Locais de Saúde.

O conceito de saúde é ampliado a partir da criação do SUS, passando a ser considerada como resultante da organização e produção de um determinado contexto histórico, social e cultural e dos modos de vida, buscando superar o entendimento de saúde como ausência de doença (Brasil, 1990). A saúde é definida constitucionalmente como “direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988, art. 196). As ações e serviços que integram o SUS devem ser desenvolvidas de acordo com os princípios (universalidade, equidade e integralidade) e diretrizes organizativas (descentralização, regionalização, hierarquização e participação social), conforme previsto pela Lei nº 8080/90 em seu art. 198.

Em sua concepção, o SUS constitui-se de princípios e diretrizes como o acesso universal, a integralidade, a equidade, além de outros princípios que tratam do acolhimento e humanização, que buscam sensibilizar as profissionais da saúde bem como a sociedade civil para qualificar os cuidados em saúde. Abre-se a possibilidade de garantir os direitos dos grupos minoritários, entre eles, o grupo de pessoas que tem orientação sexual diversas das heterossexuais (BRASIL, 1990).

A universalidade da assistência em saúde pressupõe que todo cidadão brasileiro, independentemente de sua orientação sexual, raça/etnia, idade e condição econômica tem direito a serviços de saúde integral. Dessa maneira, os serviços de saúde devem atender a todos, através de seus profissionais efetivos, bem como aqueles que ainda estão em formação, sem fazer distinção ou restrição, oferecendo a atenção necessária sem qualquer custo para o usuário.

O princípio organizativo da equidade no atendimento assegura a importância de tratar toda/o usuária/o sem distinções e preconceitos. A equidade presume que todos devem ter atendimento igual, de acordo com suas necessidades, oferecendo mais a quem mais precisa, como nos casos mais graves e menos a quem requer menos cuidado, em casos de menor gravidade. Assim, busca-se com este princípio, reconhecer as diferenças das condições de vida e saúde e nas necessidades de cada sujeito.

O princípio da equidade pressupõe ainda reconhecer as necessidades de grupos específicos, a fim de atuar para reduzir o impacto dos determinantes sociais de saúde deste público. A título de exemplo, podemos citar os programas destinados

à saúde da população negra, da população em situação de rua, dos povos indígenas, pessoas com deficiência, entre outros.

A integralidade, por sua vez, supõe que o usuário seja acolhido, levando em consideração todos os aspectos de saúde e dimensões de vida. Compreendida como um conceito abrangente, a integralidade pode ser considerada como o cuidado oferecido a indivíduos, grupos e coletividades, considerando seus contextos sócio históricos, políticos, familiares e ambientais. (BRASIL, 1990; Santos et. al, 2013)

Apesar de assegurado pela Constituição, o direito à saúde de forma universal e integral sem discriminação de origem, raça, cor, sexo, idade ou qualquer outra forma de preconceito, parece não se aplicar para determinados segmentos sociais, como travestis e transexuais. A invisibilidade e vulnerabilidade em saúde as quais são expostas nos serviços de saúde pública corroboram a afirmativa.

Outros princípios e diretrizes do SUS dizem respeito à descentralização político-administrativa para outras esferas de poder, gerando maior responsabilidade para cada esfera com a descentralização também da gestão dos recursos; A regionalização, possibilitando o acesso a um conjunto de ações e serviços localizados próximo à residência ou ao local de trabalho do/da usuário/usuária; A hierarquização, definida como a responsabilidade no cuidado em saúde em vários níveis.

2.1.2 Tecer a Rede: Atenção à Saúde no SUS

No âmbito do SUS, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) são consideradas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010). A RAS foi publicada através da Portaria nº4.279 no ano de 2010 como resultado da ação tripartite envolvendo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

A Portaria 4279 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) estabelece diretrizes para organização da RAS no âmbito do SUS, sendo definida como

“arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (p.2). Neste sentido, a RAS pode ser entendida como o conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, desde a baixa até a alta complexidade.

A RAS tem por finalidade “promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada” (p.2). A integralidade da assistência à saúde é garantida mediante o referenciamento do/da usuário/usuária na rede de saúde. Entre outras características, a RAS promove a formação das relações horizontais entre os pontos de saúde, tem a Atenção Primária ou Básica como centro de comunicação, a centralidade na necessidade de saúde da população, a responsabilização por atenção contínua e integral, o cuidado multiprofissional, o compartilhamento de objetivos e o compromisso com resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2010).

O SUS está organizado em níveis de complexidade: Atenção Primária ou Básica, de baixa complexidade e assistência generalista; a Atenção Secundária, de média complexidade e com maior nível tecnológico e assistência especializada; já a Atenção Terciária, de média a alta complexidade, com foco em tratamento, acompanhamento e reabilitação, entre outras diagnósticos e com assistência muito especializada em cuidados de alto risco.

A atenção primária estabelece as ações de promoção, prevenção e proteção à saúde em um território definido e é de responsabilidade do município. É uma estratégia de organização da saúde, a fim de identificar as demandas locais na implementação das ações de preventivas em saúde. Fazem parte da atenção primária o Programa de Saúde da Família (PSF), sendo este o carro chefe e a principal estratégia de organização da atenção primária. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) também fazem parte da atenção primária e funcionam como triagem e encaminhamentos para os demais níveis de atenção. Na organização do fluxo de atendimento do SUS, a atenção primária é a porta de entrada no sistema de saúde, é o local onde as demandas dos/das usuários/usuárias devem ser acolhidas e os primeiros cuidados são realizados, como no caso das pessoas trans que desejam

iniciar o Processo Transexualizador, conforme trataremos nos próximos tópicos deste capítulo.

A atenção secundária é prestada por meio de uma rede de unidades especializadas (ambulatórios e hospitais), garantindo acesso a população sob sua gestão. Este nível de atenção em saúde está baseado na organização do sistema microrregional dos serviços de saúde. Isto significa que a atenção secundária se dá por meio de cada uma das microrregiões do estado, onde há hospitais que prestam assistência nas especialidades, unidades que precisam de maior densidade, também chamadas de tecnologias especializadas, como por exemplo os médicos endocrinologistas, psiquiatras, urologistas dos serviços oferecidos às pessoas trans em ambulatórios especializados, assim como os serviços de urgência e emergência. Além disso, neste nível de atenção em saúde, estão contemplados os ambulatórios eletivos para referências e assistência a pacientes internados, bem como o treinamento, acompanhamento e avaliação dos processos de trabalho das equipes de saúde que estão entre a atenção primária e a terciária.

A Atenção Terciária à Saúde é composta pelos grandes hospitais gerais e especializados, que concentram a tecnologia compatível, integrando-se como referência para os demais níveis de atenção à saúde (atenção primária e atenção secundária). Este tipo de atenção à saúde, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar o acesso da população aos serviços da alta complexidade, como os exames de alta densidade tecnológica e internações, que tem alto custo para o sistema e pode trazer complicações e riscos de vida ao usuário/usuária do serviço. Assim, a Atenção terciária tem como papel fundamental apoiar e complementar a Atenção Básica na investigação dos diagnósticos no tratamento e no atendimento às urgências. É neste nível de atenção à saúde que ocorrem os processos de modificação corporal de pessoas trans, tais como os implantes de silicone, a cirurgia de mastectomia e neocolpovulvoplastia, também chamadas de cirurgias de transgenitalização.

Todos esses princípios e diretrizes estão dispostos na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) e tratam sobre as condições de promoção, proteção, recuperação de saúde, organização, funcionamento dos serviços e as novas formas de atenção à saúde. Neste estudo, delimitamos nosso campo em uma unidade de

Atenção Primária em Saúde (APS) do município do Rio de Janeiro. Neste sentido, a APS se configura como a porta de entrada do SUS e é a partir dela que se dá a articulação com os demais níveis de complexidade, promovendo o acesso e a coordenação do cuidado de usuários e usuárias dos serviços, incluindo as pessoas trans que acessam aos serviços de saúde. Nos tópicos a seguir, abordaremos mais detalhadamente sobre a APS e o acesso de pessoas trans aos mais variados níveis de complexidade da rede de atenção à saúde.

2.1.3 Atenção Primária à Saúde: entrada pela porta da frente

No Brasil, até o ano de 2010, ainda não havia sido definida a porta de entrada obrigatória do SUS, ocorrendo somente através do decreto 7508 de 28 de junho de 2011. Tal ordem dispõe sobre a organização do SUS o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, entre outras providências (BRASIL, 2011). Neste decreto, foram estabelecidas as portas de entradas principais do sistema de saúde brasileiro, conforme previsto no Art. 9º.

Art. 9º São Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços:

I - de atenção primária;

II - de atenção de urgência e emergência;

III - de atenção psicossocial; e

IV - especiais de acesso aberto. (BRASIL, 2011)

Nessa organização do sistema de saúde em níveis de complexidade, a Atenção Primária (APS) ou Atenção Básica¹⁷ (AB) foi definida como a porta de entrada preferencial do SUS. Essa estruturação permite uma melhor programação e planejamento das ações e dos serviços, visando à integralidade da assistência (BRASIL, 2009). Dessa maneira, o que se pretende é que essa estruturação e o acesso garantido à população através da unidade básica de saúde cumpram seus papéis de acolhimento e assistência de baixa complexidade.

O Ministério da Saúde define Atenção Básica como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico e o tratamento dos problemas de saúde mais comuns e relevantes da população, a reabilitação e a manutenção da saúde. (BRASIL, 2009)

Assim, é possível contribuir para a redução do atendimento nos hospitais e prontos-socorros, além de possibilitar um diagnóstico precoce, resultando no uso

¹⁷ Termos que são utilizados como sinônimos nesta dissertação.

adequado de medicamentos, exames e equipamentos específicos. A APS mantém seu foco na promoção e prevenção de saúde e utilizam tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, buscando deste modo, resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância no território.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (2011), as Unidades Básicas de Saúde instaladas no território onde as pessoas vivem ou trabalham desempenham um papel central na garantia do acesso a uma atenção à saúde de qualidade. A Atenção Primária deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2017).

Neste sentido, sendo a Atenção Primária em saúde a porta de entrada ao Sistema Único de Saúde e considerando o item 8.3.5 da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, que trata do “acesso e qualidade da atenção às mulheres que fazem sexo com mulheres, homossexuais, bissexuais, lésbicas, transexuais e outras orientações sexuais, e profissionais do sexo”, torna-se de fundamental importância refletir como se dá o acolhimento dessa população nas unidades de saúde, uma vez que através dele será permitido o acesso aos demais níveis do sistema.

Em 2017, a PNAB passou por uma revisão e atualização nos conceitos da política com mudanças importantes, tais como a afirmação de uma Atenção Básica acolhedora, resolutiva e que avança na gestão e coordenação do cuidado dos usuários nas demais Redes de Atenção à Saúde. Outrossim, incluiu e reconheceu as Equipes de Atenção Básica para População em Situação de rua, ampliou o número de municípios que poderiam receber uma equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), entre outras ações. Apesar dos avanços, a PNAB não mencionou nenhuma nova ação relativa à população LGBTI de modo geral. Por outro lado, a revisão do texto da nova PNAB (2017) não adota nenhum parâmetro específico para a saúde de determinados grupos sociais, como o grupo de pessoas trans.

“O cuidado em saúde é uma ação integral, fruto do “entre-relações” de pessoas, ou seja, ação integral com efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que são traduzidas em atitudes tais como: tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. O cuidar em saúde é uma atitude interativa que inclui o envolvimento e o relacionamento entre as partes, compreendendo acolhimento com a escuta do sujeito, respeito pelo seu sofrimento e história de vida.” (PINHEIRO, 2009, p. 113)

Entre os atributos essenciais que compõem a PNAB (2012), identifica-se o acesso, a longitudinalidade, a coordenação do cuidado e a integralidade, de maneira a organizar o serviço de saúde para que a unidade receba e promova a escuta qualificada de todas as pessoas que procuram seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O acolhimento, portanto, apresenta-se como função central dos serviços de saúde de atenção primária, sendo de fundamental importância para a efetivação do atendimento, contato inicial e porta de entrada na rede de atenção.

2.1.4 Educação Permanente em Saúde

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi instituída pelo Ministério da Saúde no ano de 2004. A política foi pensada como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de seus profissionais e trabalhadores, buscando articular a integração entre ensino, serviço e comunidade, além de assumir a regionalização do SUS como base para o desenvolvimento de iniciativas qualificadas ao enfrentamento das necessidades e dificuldades do sistema (BRASIL, 2004).

A PNEPS tem como finalidade transformar as práticas do trabalho, com base em reflexões críticas, propondo o encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho através da inserção entre o aprender e o ensinar na realidade dos serviços (BRASIL, 2004). Ainda de acordo com o documento, tal política permite que a formação e o desenvolvimento de profissionais ocorram de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar englobando todos os locais e saberes, a fim de proporcionar a democratização dos espaços de aprendizagem.

Enquanto política pública, ela se baseia na aprendizagem significativa e na reflexividade das práticas em ação na rede de serviços e, por conseguinte, na problematização da realidade (Silva et al, 2016). Dessa maneira, a PNEPS se caracteriza como uma intensa vertente educacional com potencialidades ligadas a

mecanismos e temas que possibilitam gerar reflexão sobre o processo de trabalho, autogestão, transformação profissional e mudanças das práticas em serviço (BRASIL, 2004).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) traz como marco conceitual uma concepção de trabalho no SUS como aprendizagem cotidiana e comprometida com os coletivos. Os atores do cotidiano são os principais detentores sobre a decisão de acolher, ouvir, respeitar, cuidar e responder com elevada qualidade. Além disso, a EPS deve sempre considerar as equipes multiprofissionais que atuam no SUS, construindo a interdisciplinaridade. Assim, a EPS deve se inserir no cotidiano de trabalho, voltando-se para os problemas cotidianos das práticas das equipes (BRASIL, 2004).

No que tange à Educação Permanente em Saúde (EPS), Ricardo B. Ceccim e Alcindo A. Ferla (2012) defendem que enquanto prática de ensino, a EPS significa a produção de conhecimentos no cotidiano dos serviços. Para os autores, a EPS se apoia no conceito de “ensino-problematizador”, inserido de maneira crítica na realidade, sem superioridade entre educador e educando e na “aprendizagem significativa”, a qual se mostra interessada nas experiências anteriores e nas vivências pessoais dos alunos.

Ainda de acordo com Ceccim e Ferla (2011), a EPS enquanto política de educação na saúde envolve a contribuição do ensino à construção do SUS. Os autores indicam a formação do quadrilátero da formação brasileira: educação que associa o ensino sobre as repercussões sobre o trabalho, o sistema de saúde e a participação social. É o debate e a problematização que transformam a informação em aprendizagem (idem, ibidem).

A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), que será trabalhada no próximo capítulo desta dissertação, tem como objetivo a formação de profissionais para uma atuação diferenciada no SUS. Neste sentido, de acordo com Silva et. al (2016), a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) se inscreve como um espaço para o desenvolvimento de ações de Educação Permanente em Saúde (EPS), o qual pode se constituir como um dispositivo potencial para promover as mudanças pretendidas pelas profissionais de saúde, a fim de consolidar os princípios do SUS.

2.1.5 A Política Nacional de Humanização

No ano de 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH), também conhecida como HumanizaSUS, foi lançada pelo Ministério da Saúde e pactuada na Comissão Intergestores Tripartite e Conselho Nacional de Saúde, tendo por objetivo a

Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados etc.) (BRASIL, 2004b)

Neste sentido, a Política Nacional de Humanização valoriza os diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores) através da autonomia, do protagonismo dos sujeitos, da corresponsabilidade entre eles, do estabelecimento de vínculos solidários e da participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2004b). A PNH se estrutura a partir de três objetivos centrais: (I) Ampliar as ofertas da Política Nacional de Humanização aos gestores e aos conselhos de saúde, priorizando a atenção básica/fundamental e hospitalar, com ênfase nos hospitais de urgência e universitários; (II) Incentivar a inserção da valorização dos trabalhadores do SUS na agenda dos gestores, dos conselhos de saúde e das organizações da sociedade civil; (III) Divulgar a Política Nacional de Humanização e ampliar os processos de formação e produção de conhecimento em articulação com movimentos sociais e instituições.

O HumanizaSUS, como também é conhecida a Política Nacional de Humanização, aposta na inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho (BRASIL, 2013). Dessa maneira, a política propõe a comunicação entre os três atores principais dos cenários de saúde, incluindo as diferenças nos processos de gestão e de cuidado em saúde. Assim, pretende-se estimular a produção de novas formas de cuidar e novos arranjos de organização do processo de trabalho. Vale ressaltar que estas mudanças não são atribuídas a uma pessoa ou grupo isolado, mas de forma coletiva e compartilhada.

Apesar de não inaugurar o conceito de humanização no SUS, a PNH surge com a proposta de ressignificar a humanização em saúde através de novas práticas profissionais no dia a dia dos serviços e na formação das profissionais de saúde. Portanto, a PNH não surge como um programa, mas como uma política que ressignifica os modos de ouvir, de falar/atender, de gerir e de cuidar.

As diretrizes da PNH são o acolhimento, a ampliação da clínica, a gestão democrática, a valorização do trabalhador e a garantia dos direitos dos usuários. Essas diretrizes se apoiam em três princípios da política: a ampliação da transversalidade para ampliar o contato e comunicação entre profissionais, usuários e gestores de forma a transformar a relação hierarquizada; a indissociabilidade entre gestão e atenção, a fim de promover a participação ativa de profissionais e usuários nas tomadas de decisão nas organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva e por fim o protagonismo, a corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos.

Um dos desafios da implementação da PNH nos serviços de saúde diz respeito ao enfrentamento das condições de trabalho a que estão submetidos estes profissionais, em processos de desvalorização e precarização das relações de trabalho, como nos casos de substituição de um trabalhador do SUS por um profissional residente. O baixo investimento em educação permanente, o processo de desfinanciamento que a política de saúde vive nos dias atuais e as exigências que os espaços de trabalho têm trazido a esses residentes em formação pelo SUS. Devido ao forte impacto na saúde física e mental desses trabalhadores, há de reconhecer a necessidade de articulação entre o que se opera nos serviços e os espaços de formação acadêmica.

Atualmente, a formação das profissionais de saúde no Brasil não se aprofunda no tema de saúde das pessoas trans, ocasionando uma distância entre as pessoas trans e profissionais de saúde (ANTRA, 2019). O ensino deve se tornar um aliado na formação das residências em saúde via educação permanente, tendo como ponto de partida a própria prática profissional. Somente isto possibilita o compartilhamento de saberes entre os serviços e os programas de residência em saúde das instituições formadoras, produzindo novas relações entre professores, residentes, profissionais de saúde e usuários/usuárias dos serviços.

A PNH preconiza o respeito à diversidade dos usuários do SUS, a necessidade de desenvolver estratégias de inclusão e acolhimento de grupos e segmentos marginalizados e estigmatizados em nossa sociedade (BRASIL, 2003). Neste sentido, a saúde da população trans deve ser compreendida a partir de suas especificidades. É necessário, portanto, levar a orientação sexual e a identidade de gênero como fatores determinantes e condicionantes no cuidado em saúde dessas pessoas, e não reduzir a meras práticas sexuais e sociais específicas. O intuito é que não haja exposição esses/essas usuários/usuárias e que priorize a prática humanizada no atendimento. Esses princípios estão expostos na Política de Atenção Integral a Saúde LGBT, a qual discorreremos no tópico a seguir.

2.2 O direito à saúde da população LGBTI

O direito à saúde no Brasil é fruto da luta do Movimento de Reforma Sanitária e está garantido na Constituição desde 1988. Nessa mesma década, deu-se visibilidade às questões de saúde da população LGBT quando o Ministério da Saúde adotou estratégias para o enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS em parceria com os movimentos sociais, vinculados à defesa dos direitos de grupos gays (Brasil, 2010).

O *movimento gay* da década de 1980 foi o mote para o fortalecimento da luta de pessoas gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais. Embora o nome focasse em um grupo específico no meio LGBT, sempre tratou de agregar identidades diversas. O movimento LGBT enfrentou, e ainda enfrenta, várias batalhas para o reconhecimento de seus direitos e de suas identidades. Dentre elas, podemos citar a legitimidade das relações homoafetivas, o direito à diferença, o reconhecimento nos diferentes espaços da vida social como na família, no mercado de trabalho, nas instituições públicas ou privadas, entre outras. No âmbito da saúde não foi diferente. Um dos principais resultados desta luta foi a retirada da homossexualidade da Classificação Internacional das Doenças (CID) nos anos 1990.

Passados alguns anos, no início dos anos 2000, foi criado no Brasil o Conselho Nacional de Combate à Discriminação, o qual propiciou a criação de um Grupo de Trabalho que teve por função elaborar um programa de combate à violência e à discriminação contra LGBT. Em 2004, como resultado desse Grupo

de Trabalho, a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) lançou o programa Brasil Sem Homofobia - Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLBT e de Promoção da Cidadania Homossexual - cujo objetivo principal era promover a cidadania e os direitos humanos de pessoas LGBT.

O programa Brasil sem Homofobia foi considerado um marco histórico na luta pelo direito à dignidade e pelo respeito à diferença (Brasil, 2004). Nesse programa, foram elencadas ações que deveriam ser desenvolvidas pelos diferentes setores das políticas, objetivando a ampliação e a garantia de direitos para as pessoas discriminadas devido a sua orientação sexual e/ou identidade de gênero. No âmbito da saúde, o programa propôs, entre outras ações, que o Ministério da Saúde instituisse um Comitê Técnico de “Saúde da População de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais”, cuja atribuição seria a criação de uma Política Nacional de Saúde para essa população.

Entre a criação do Comitê de Saúde LGBT e a promulgação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, o Ministério da Saúde lançou, no ano de 2007, a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. A Carta explicita os direitos e deveres dos usuários contidos na legislação do Sistema Único de Saúde. O documento buscou contemplar as especificidades dos diversos grupos sociais e representou um avanço na busca por atendimentos mais humanizados e livres de preconceito e discriminação por orientação sexual e identidade de gênero, assegurando o uso do nome social para travestis e transexuais em todos os âmbitos do SUS.

A oferta de assistência humanizada, valorizando as subjetividades do indivíduo ao identificar suas necessidades sociais de saúde, entre elas, o respeito à identidade trans, está em consonância com o terceiro princípio da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. “Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação” (BRASIL, 2007). A Carta já assegurava desde o ano de 2007, o campo para preenchimento do nome social nos documentos de identificação do sistema de saúde (cartão do SUS), vetando o uso de formas desrespeitosas e preconceituosas no atendimento (BRASIL, 2007).

No ano de 2008, Ministério da Saúde lançou o Programa Mais Saúde – Direitos de Todos, tendo em vista a reorientação das políticas de saúde com o objetivo de ampliar o acesso a ações e serviços de qualidade (Brasil, 2008). Esse programa apresentava metas específicas para promover ações de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com destaques para grupos populacionais de negros, quilombolas, LGBT, ciganos, profissionais do sexo, indivíduos em situação de rua, entre outros grupos.

Ainda no ano de 2008, a Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República realizou a I Conferência Nacional de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Este evento promoveu intensa mobilização do governo e da sociedade civil nas demais conferências estaduais bem como na etapa nacional. Nessa conferência, foram debatidos os temas de relevância para os dezoito ministérios da época. O Ministério da Saúde submeteu ao debate os princípios da Política Nacional de Saúde LGBT.

Após passar por consulta pública e ser aprovado por unanimidade pelo Conselho Nacional de Saúde em 2009, o texto da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSLGBT) foi lançado. A PNSLGBT foi um divisor de águas para as políticas públicas de saúde no Brasil e um marco histórico de reconhecimento das demandas desta população em condição de vulnerabilidade (BRASIL, 2010). Sem dúvida, a Política de Saúde LGBT foi resultado de um processo amplo democrático e participativo de diálogo com o movimento social.

O texto da política ressalta a importância da atuação do movimento social LGBT para a visibilização das questões referentes à discriminação e ao preconceito vividos cotidianamente por estas pessoas. O objetivo geral dessa política é promover a saúde integral da população LGBT, eliminando a discriminação e o preconceito institucional. Contribuir com a redução das desigualdades consolida o SUS como um sistema universal, integral e equânime. (BRASIL, 2009)

Entre as diretrizes previstas pela política destacamos

VI - difusão das informações pertinentes ao **acesso, à qualidade da atenção** e às **ações para o enfrentamento da discriminação**, em todos os níveis de gestão do SUS;

VII - inclusão da temática da orientação sexual e identidade de gênero de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nos processos de **educação permanente** desenvolvidos pelo SUS, incluindo os trabalhadores da saúde, os integrantes dos Conselhos de Saúde e as lideranças sociais (grifos nossos)

De maneira mais geral, a Política de Saúde LGBT contempla ações voltadas para a prevenção, promoção, recuperação e reabilitação em saúde. Reconhece a orientação sexual e a identidade de gênero como determinação social, o processo saúde-doença. Suas diretrizes e objetivos estão voltados para a mudança na determinação social da saúde, tendo em vista a redução das desigualdades relacionadas à saúde desses grupos sociais.

Neste sentido, a PNSLGBT tem como marca o reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão no que se refere à saúde LGBT. A Política reafirma, portanto, o compromisso do SUS com a universalidade, a integralidade e a participação efetiva da comunidade, além o incentivo à produção de conhecimentos e o fortalecimento da representação do segmento nas instâncias de participação popular. (BRASIL, 2009)

Dentre os direitos conquistados por esse grupo previsto na Política Nacional de Saúde Integral LGBT, está o uso e respeito ao nome social de pessoas trans. O nome social diz respeito àquele pelo qual travestis e transexuais preferem ser chamadas(os), em contraposição ao nome do registro civil, que não corresponde ao gênero com o qual se identificam. O uso do nome social nos serviços de saúde é garantido pela Portaria nº 1.820/2009. Assim, a(o) usuária(o) deve ser identificada(o):

pelo nome e sobrenome civil, 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 preconceituosas. (BRASIL, 2009).

Pablo Cardozo Rocon (et.al, 2016), em sua pesquisa sobre as dificuldades de pessoas trans no acesso aos serviços de saúde no SUS, observou que o desrespeito ao nome social nos serviços de saúde pública, somado à discriminação por parte das profissionais, tem sido relevante na não efetivação do acesso ao cuidado em saúde. Para o autor, o desrespeito ao nome social, a trans/travestifobia nos serviços de saúde e o diagnóstico patologizante no processo transexualizador

se apresentaram como principais impedimentos ao acesso universal, integral e equânime (ROCON et al., 2016).

Marcos Duarte (2014) destaca que todos esses documentos supracitados tratam de temáticas da saúde como direito social, a universalidade do acesso, a igualdade e equidade, a integralidade do cuidado e a participação social. Para o autor, há um pressuposto de que tais temas se fazem presente tanto na construção das políticas quanto na realidade concreta dos serviços de saúde pública, no entanto, nas ações práticas entre profissionais de saúde e usuários, é possível observar que isso ocorre de maneira contraditória, não se efetivando plenamente.

É inegável que a atenção em saúde para travestis e transexuais integra a agenda de problemáticas sobre acesso/integralidade no SUS, reiteradas também na Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT. Tal documento deve ser considerado como norteador e legitimador das necessidades e especificidades dessa população, conforme os princípios de equidade e integralidade previstos na lei n. 8080 e na Carta dos Usuários do SUS (2006).

Ainda assim, há uma lacuna entre o que está escrito na Política e o que de fato acontece na realidade dos serviços. É na prática profissional em saúde que os princípios da política irão se materializar. Na atenção à saúde, a prática profissional é entendida como um potencial educativo, dentro de um conceito amplo de saúde, e deve buscar a melhoria da qualidade de vida das pessoas. Em uma palestra¹⁸, Márcia Brasil, assistente social e Coordenadora do Ambulatório Transexualizador do Hospital Pedro Ernesto da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), enfatizou que apesar da Política de Saúde LGBT ter sido pensada e elaborada, parece que se esqueceu das profissionais de saúde que operam esta política.

De acordo com a pesquisadora, profissionais de saúde se formam no e pelo serviço e não há espaço efetivo de formação para esses profissionais no SUS. Todavia, há o estigma generalizado da população em relação a minorias sexuais, especialmente travestis e transexuais. Segundo Cerqueira-Santos e De Souza (2010), muito do preconceito e discriminação vem inclusive por parte de

¹⁸ Palestra ministrada no VI Seminário Internacional Desfazendo Gênero 2019 – Recife PE.

profissionais com boa formação. Dessa maneira, a provocação a ser feita é: como sensibilizar esses profissionais?

Dessa maneira, esta pesquisa se justifica pela necessidade de compreender como as profissionais de saúde percebem as pessoas que demandam cuidados em saúde, pois essa percepção apontará as lacunas e possibilidades da abordagem da dimensão de gênero e sexualidade na formação acadêmica. Além disso, é indispensável problematizar junto das profissionais de saúde de que forma essa percepção condiciona e/ou determina suas práticas e reflete na qualidade da assistência às pessoas trans. Evidenciar o tema da transexualidade a partir do olhar das profissionais de saúde é fundamental para a construção de uma formação profissional e educação permanente em saúde de qualidade, e que esse objeto de estudo contribua para a criação de espaços de diálogos entre as profissionais de saúde e a população atendida.

2.3 Cuidado em saúde de pessoas trans

A atenção à saúde de pessoas trans ainda é recente e precarizada no Brasil. A necessidade de se investir em uma atenção à saúde integral de pessoas trans, convoca a Atenção Primária em Saúde a assumir seu lugar de coordenadora do cuidado da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Esse grupo sempre colocado à margem da sociedade rompe com esse histórico e finalmente pode adentrar o SUS através da porta de entrada da unidade de saúde de atenção básica.

A entrada desse grupo no SUS requer uma análise mais aprofundada. Isso porque não basta só pensarmos no acesso desta população como também na permanência dela nos serviços de saúde. Pessoas trans apresentam especificidade de saúde como qualquer outra pessoa, que podem depender de fatores tais como idade, predisposição genética, alimentação, uso prolongado de remédios e outras substâncias, raça/etnia, cirurgias anteriores, histórico familiar, entre outras.

Apesar disso, muitos profissionais recusam o atendimento a esse público por motivos diversos, que vão desde a insegurança por falta de capacitação profissional ou desconhecimento sobre o assunto até a prática legitimada da transfobia, que materializam os atos de violência institucional e a violação do direito à saúde. Durante minha experiência enquanto assistente social residente em

um hospital de atenção primária em saúde, era muito comum escutar dos demais profissionais de saúde como “Eu não sei tratar uma amigdalite trans” e ainda mais “É melhor você procurar um serviço especializado de trans”, ou ainda “eu nunca aprendi isso na faculdade”, como se a amigdalite não fosse uma infecção causada por uma bactéria ou vírus nas amígdalas de qualquer outra pessoa.

Esses fatores são significativos no acesso dessa população aos serviços de saúde e dificultam ainda mais a efetivação do direito à saúde. A consequência do preconceito, discriminação e falta de formação profissional pode ser grave à essas usuárias e usuários e podem levar ao isolamento e até mesmo a falta de instrução por parte das pessoas trans no que se refere ao seu direito à saúde.

Keila Simpson, presidenta da Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA), ressalta que, antes mesmo da emergência do HIV na sociedade, era difícil incentivar uma travesti a cuidar da saúde nos serviços. Elas somente buscavam os serviços 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 não seriam bem recebidas nos serviços de saúde. Por esse motivo nem procuravam os serviços para confirmar a informação do diagnóstico.

Ainda hoje, segundo Keila Simpson (2015), as pessoas trans fazem uso abusivo e indiscriminado de diversos hormônios, muitas vezes orientados por outras trans mais velhas que já fizeram uso desse ou daquele hormônio e sabem que um é melhor ou não que outros. Além disso, o uso de silicone líquido industrial e a aplicação desse produto no corpo sem os devidos cuidados necessários para este tipo de intervenção eram considerados as principais demandas de cuidado em saúde dessa população. No entanto, o SUS nunca compreendeu esses fenômenos como caso de saúde pública até o movimento social pautar e pressionar essas lutas em parcerias com outros movimentos e alguns setores governamentais.

Entretanto, mesmo nos últimos anos com o acesso aos serviços de saúde, a realidade dessa população no que tange ao cuidado ainda é cercada de estranhamento, tanto para a/o usuária/usuário que busca pelo serviço como para as profissionais que não compreendem as especificidades de alguns grupos

populacionais. Sobre o cuidado em saúde de pessoas trans, Souza et.al (2013), observaram em suas experiências de campo:

“Pensar o cuidado em saúde desse grupo requer uma ampliação do olhar sobre o processo saúde-doença, incorporando elementos próprios desses sujeitos, como as modificações corporais, a vida em coletividade e a influência das religiões afro-brasileiras em saúde, proteção e bem-estar” (SOUZA, SIGNORELLI, COVIELLO, PEREIRA, 2013).

No campo da saúde, as demandas trazidas pelas pessoas trans perpassam os altos índices de violências e assassinatos sofridos, além dos agravos de saúde mental como a depressão, tentativa de suicídio e pela prevalência do HIV. Nesse sentido, nos aspectos relacionados à saúde de pessoas transexuais, cabe destacar quais são as necessidades específicas que essas pessoas possuem ao acessar os serviços de saúde.

O estigma e a discriminação se tornam os principais obstáculos para o acesso desse grupo aos serviços de prevenção e cuidado em saúde. Por outro lado, o respeito ao uso do nome social, mesmo quando não há retificação de documento, e o tratamento de acordo com o gênero em que a pessoa se auto percebe, podem ser as portas das chaves do diálogo e são ferramentas inegociáveis no atendimento de pessoas trans nos serviços de saúde, como no caso do uso dos pronomes adequados.

Para tanto, é necessário a sensibilização e orientação de todos as profissionais do estabelecimento de saúde, desde os terceirizados até mesmo os que trabalham na gestão das unidades. Esta necessidade somente poderá ser compreendida no momento do atendimento, a depender do compromisso e da preocupação do/da profissional de saúde em fazer uma melhor escuta possível das demandas trazidas por aquela pessoa.

Marcos Duarte (2014) argumenta que há uma ignorância ou preconceito por parte das profissionais de saúde ao abordar questões ligadas à sexualidade revelada ou em lidar com um “corpo diferente”, como é o caso das travestis e pessoas transexuais. Esse estranhamento cria resistência e repulsa nas profissionais de saúde, o que gera por vezes omissão e indiferença por parte destes, interferindo na eficácia do cuidado em saúde. Apesar dos esforços do governo brasileiro em promover programas e políticas que contemplem a diversidade sexual, é somente

na relação do profissional de saúde com o usuário que se efetivará, ou não, tal política. Portanto, estariam as profissionais preparados para lidar com o atendimento a este público?

O universo de direitos e conquistas das pessoas trans é abrangente e não linear, e vem obtendo ênfase nas lutas e pautas políticas em contraste com o cenário de violência e exclusão vividas por boa parte dessa população no país. Nos últimos anos, uma série de ações nos diversos âmbitos da vida social, dentre elas, na saúde, foram desenvolvidas a partir do protagonismo e pressão dos movimentos sociais, a fim de promover a cidadania LGBTI. De forma resumida, citaremos algumas dessas conquistas nos próximos parágrafos.

Outro cuidado especializado à saúde de pessoas trans está no combate e prevenção do câncer de próstata e câncer de mama. Segundo a Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA), as pessoas trans sentem dificuldades em serem inseridas no atendimento básico de saúde, tanto pelo despreparo das profissionais quanto por outros fatores, como por exemplo o uso do nome social. Ainda de acordo com a Associação, a falta de um atendimento especializado reflete a defasagem de estudos e a falta de políticas públicas para o setor. Quando se trata das campanhas de conscientização de combate ao câncer de próstata e ao câncer de mama, é possível observar que pessoas trans não são classificadas como público alvo para o diagnóstico e tratamento.

Segundo as análises de dados da ANTRA (2019), dada a invisibilidade nas campanhas de conscientização e a falta de representatividade, as pessoas trans não procuram ou mesmo não ficam sabendo da necessidade da prevenção. As campanhas de “Outubro Rosa” e “Novembro Azul” nos serviços de saúde não abordam a temática voltada às pessoas trans e focam em homens e mulheres cisgêneras.

Portanto, fica no campo da invisibilidade o fato de que homens trans ainda possuem glândulas mamárias e produzem testosterona e estrogênio, podendo ser acometidos pela doença. Além do desconhecimento sobre o uso de hormônios, que podem causar problemas relacionados ao câncer de próstata em travestis e mulheres transexuais, sobretudo as que já passaram pela cirurgia de redesignação sexual.

Sobre a cirurgia, abordaremos este tema no próximo tópico. É importante ressaltar que ações como a retirada do site da cartilha de cuidados à saúde de homens trans do Ministério da Saúde no início do ano de 2019 contribui ainda mais para a invisibilidade e para as barreiras de acesso de pessoas trans ao sistema de saúde pública.

2.4 O processo transexualizador no SUS

Até 1997, a cirurgia de redesignação sexual era proibida no Brasil. Foi a partir deste ano que o Conselho Federal de Medicina (CFM), através da Resolução 1482/97, aprovou a realização de cirurgias de transgenitalização nos hospitais públicos universitários do Brasil. A título experimental, a resolução autorizava a realização de cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia, neofaloplastia¹⁹ e/ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários²⁰ como tratamento dos casos. Tais intervenções foram subordinadas às normas e diretrizes éticas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/1996 (ARÁN, 2008).

No entanto, tal normativa foi reformulada no ano de 2002, por meio de outra resolução do CFM que aprovou a nova Resolução 1652/2002. Esta resolução provocou mudanças importantes no marco regulatório do processo transexualizador, uma vez que retirou o caráter experimental da cirurgia de construção de neovagina em mulheres transexuais. Contudo, essa nova resolução manteve a cirurgia do tipo neofaloplastia para homens transexuais ainda em caráter experimental. Segundo Arán (2008), a retirada do caráter experimental da cirurgia construtora de neovagina foi de extrema importância para a trajetória do processo transexualizador enquanto política pública, uma vez que “tornou possível o atendimento das transexuais femininas em qualquer instituição de saúde, pública

¹⁹ Procedimento cirúrgico para a construção de um pênis, buscando a readequação do sexo biológico feminino para o masculino.

²⁰ A cirurgia de transgenitalização é considerada a principal, e as demais alterações corporais são denominadas secundárias, como a inserção de próteses mamárias, mastectomia, raspagem do pomo de adão, histerectomia.

ou privada, impondo novos desafios relacionados ao acesso aos procedimentos no Sistema Único de Saúde, e na iniciativa privada” (p. 02).

Finalmente em agosto de 2008, a Portaria ministerial 1.707 formalizou no âmbito do SUS uma política pública que abarcasse tal procedimento que deveria, a partir de então, ser implantada nas unidades federadas, respeitando as competências das três esferas de gestão (Brasil, 2008). Tal processo permitiu a regulamentação de uma rede assistencial mínima através da Portaria 457 de 19 de agosto de 2008, que habilitou inicialmente quatro Hospitais Universitários²¹ para a execução das cirurgias em âmbito nacional e definiu a equipe mínima para o atendimento de pessoas trans.

De acordo com a Portaria, a equipe mínima de saúde deve ser composta de médico cirurgião, anesthesiologista, enfermeiro coordenador, enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem em quantidade suficiente. Além disso, a portaria também prevê a presença obrigatória de equipe multidisciplinar composta por psiquiatria, endocrinologia, psicólogos e assistentes sociais. Embora o CFM estabeleça que o acesso a este cuidado deve ser viabilizado através de uma equipe multiprofissional, é preciso destacar que ainda no âmbito dos documentos governamentais²² nenhum outro conselho das profissões convocadas para compor a equipe é citado, prevalecendo oficialmente apenas o saber médico.

No ano de 2013, através de uma redefinição da Portaria nº 2.803 de 19 de novembro, produzida pelo Ministério da Saúde, foi garantido o acesso a homens transexuais e travestis. Esta portaria redefiniu e ampliou o Processo Transexualizador no SUS com a inclusão do tratamento hormonal que promove transformações corporais mais imediatas. Atualmente, é a legislação que fundamenta este tipo de assistência à saúde no Brasil e através dela são oferecidos

²¹ Hospital Universitário Pedro Ernesto (Universidade Estadual do Rio de Janeiro), Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Universidade Federal do Rio Grande do Sul), Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Hospital das Clínicas (Universidade Federal de Goiás).

²² Cabe destacar que durante o levantamento bibliográfico realizado inicialmente para esta dissertação, consideramos indispensável analisar o posicionamento dos Conselhos Federais das demais profissões citadas para participar da avaliação do usuário durante o Processo Transexualizador. Esta busca se deu através de documentos que pudessem estar disponíveis nos endereços eletrônicos do Conselho Federal de Psicologia (CFP), do Conselho Federal de Serviço Social (CFSS) e do Conselho Federal de Enfermagem (CFE).

os serviços de hormonioterapia, cirurgias de transgenitalização, mastectomia, histerectomia, plástica mamária, tireoplastia, além de acompanhamentos clínico, psicológico e social (BRASIL, 2013).

Em âmbito municipal, no ano de 2013, foi aprovado, no Rio de Janeiro, o Programa de Atenção integral à Saúde da População de Transexuais e Travestis na Rede Municipal de Saúde, uma resolução conjunta entre a Coordenadoria Especial da Diversidade Sexual do município do Rio de Janeiro e a Secretaria Municipal de Saúde. Tal iniciativa foi uma resposta concreta a uma antiga demanda do movimento social e que atende a uma das metas da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População LGBT. O Programa previa ações que possibilitavam que travestis, transexuais e transgêneros pudessem exercer seu direito à saúde de forma ampla e visava atender as demandas dos movimentos sociais desse segmento de forma a reconhecer as necessidades de saúde específicas desse grupo, respeitando a identidade de gênero para que seja assegurado um atendimento integral e mais humanizado a essa população.

De acordo com Rodrigo Borba (2016), tais documentos regulam programas de atenção à saúde transexual que já haviam se instaurado desde o fim da década de 1990 e estabelecem critérios para a seleção e credenciamento de unidades de atenção especializada no Processo Transexualizador, incluindo assim, a atenção à saúde trans na tabela de procedimentos do SUS (BORBA, 2016, p.61). Todavia, conforme aponta Rocon (2018), existem desafios à efetivação desse programa de saúde tanto no aprimoramento de técnicas e protocolos clínicos, como no preparo das equipes multiprofissionais às intervenções humanizadas. Bento (2012), Borba (2016) e Rocon et. al (2016) apresentam em suas pesquisas as narrativas de pessoas trans sobre desrespeito aos nomes sociais, atendimento desumanizado, dificuldades financeiras e os desgastes pelas intensas rotinas de consultas e acompanhamentos profissionais na busca pelos serviços do processo transexualizador do SUS

Entendemos por Processo Transexualizador “o conjunto de alterações corporais e sociais que possibilitam a passagem do gênero atribuído para o gênero identificado; a cirurgia de transgenitalização não é a única etapa deste processo” (BENTO, 2008, p. 146). Neste sentido, Souza et. al (2018), nos lembra que é primordial o entendimento de que a pessoa inserida no processo transexualizador

necessita de um acompanhamento que englobe as múltiplas demandas que a identidade de gênero impõe. Dessa maneira, torna-se necessária a atuação de diversos profissionais, a fim de responder às demandas apresentadas por esse/essa usuário/usuária no ato da cirurgia. Assim, os autores afirmam que o processo transexualizador não se resume apenas à cirurgia de transgenitalização, vai muito além dela.

A última atualização da Portaria 2.803/2013 em vigência até os dias atuais, que redefiniu e ampliou o processo transexualizador no SUS, habilitou mais um hospital universitário para oferecer a atenção especializada no atendimento a pessoas trans em busca do processo transexualizador, o Hospital das Clínicas da Universidade federal de Pernambuco – Recife (PE). A solicitação da habilitação deste hospital foi realizada em parceria entre o Comitê Técnico da Saúde LGBT do estado e a Secretaria de Saúde. Apesar disso, ainda atualmente, somente cinco hospitais públicos do Brasil realizam este procedimento pelo SUS e contam com enormes filas de espera. São eles: Hospital Universitário Pedro Ernesto (Universidade Estadual do Rio de Janeiro), Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Universidade Federal do Rio Grande do Sul), Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Hospital das Clínicas (Universidade Federal de Goiás) e Hospital das Clínicas da Universidade federal de Pernambuco – Recife (PE) (BRASIL, 2016).

Ainda de acordo com a Portaria nº 2.803/2013, o acompanhamento pré e pós-operatório consiste no acompanhamento do/a usuário/usuária pela equipe multidisciplinar, tendo como limite o máximo de dois atendimentos mensais por um período mínimo de dois anos antes das cirurgias demandadas e até um ano depois da realização dos procedimentos cirúrgicos (BRASIL, 2013). Este procedimento se realiza individualmente nos serviços de média complexidade. O financiamento dos procedimentos ofertados pelo SUS é oriundo do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC (BRASIL, 2013).

O sistema privado de saúde realiza algumas cirurgias de transgenitalização, no entanto, estas possuem altos valores de custos. Além disso, é importante salientar que a técnica da neofaloplastia (técnica utilizada para a construção de pênis) não pode ser realizada no sistema privado por ser considerada uma cirurgia de caráter

experimental. De maneira geral, tanto no sistema público como no privado, após a avaliação da equipe multidisciplinar, as primeiras modificações corporais são realizadas através da hormonioterapia.

Márcia Arán e Daniela Murta (2009) apontam que esta técnica de tratamento tem por finalidade propiciar o surgimento de características sexuais secundárias vinculadas à identificação de gênero. O uso de hormônios deve ser administrado de forma contínua ao longo da vida e interrompido apenas sob prescrição médica, como nos momentos que antecedem os procedimentos cirúrgicos.

Entretanto, cabe salientar que não são todas as pessoas trans que desejam realizar a cirurgia. Fazer o processo de transição pode ter sentidos diferentes para diferentes pessoas. Isto porque, para algumas pessoas, a transição pode significar a mudança de pronomes, roupas, nomes e corpo. Para outras pessoas, a transição não passa de um momento de intervenções médicas que envolve cirurgias e hormônios. Nesta perspectiva, observamos que não há um discurso único dentro do próprio movimento de pessoas trans no que tange aos aspectos do processo transexualizador.

Arán e Murta (2009) destacam em suas pesquisas de campo o processo transexualizador no SUS, a relação entre gênero, acesso e transformações corporais. Para as autoras, embora sejam reconhecidos os avanços da tecnologia médica para a assistência de pessoas transexuais, a prática de tratamentos ainda parece bastante vinculada a noção de patologia do gênero e da sexualidade.

Ainda de acordo com as autoras, o grande cerne da questão do cuidado integral à saúde para pessoas trans está na restrição da compreensão da experiência da transexualidade. A noção de sofrimento psíquico e corporal²³ deve ser considerada como critério de acesso à saúde, sem que necessariamente este sofrimento tenha que ser patologizado (Arán e Murta, 2009, p.23).

Em suas experiências com transexuais em um hospital do Rio de Janeiro, Arán (2006) avalia sobre o acesso à saúde através do enquadramento em uma patologia:

²³ Para ler mais sobre o sofrimento psíquico e corporal ver em Arán e Murta (2009); Bento (2009)

(...) este mesmo diagnóstico é também um vetor de patologização e de estigma, o qual muitas vezes acaba por atribuir uma patologia ao paciente sem problematizar as questões históricas, políticas e subjetivas a propósito da psiquiatria da condição transexual (ARÁN, 2006, p.60).

Ao analisarem as situações vivenciadas pelas usuárias travestis e transexuais no acesso aos dispositivos de saúde, Sampaio e Coelho (2014), observaram a importância das intervenções cirúrgicas e hormonais no processo de construção de identidade das pessoas trans. De acordo com as autoras e assim como citado por minhas interlocutoras na pesquisa anterior, a questão do uso do nome social está diretamente relacionado à qualidade de vidas desses sujeitos.

No que se refere à questão da patologização da assistência em saúde para pessoas trans, Lionço (2008) argumenta que as hierarquias presentes nas práticas de assistência em saúde, destinadas a esse segmento da população, definem quais são os corpos que não se enquadram nas expectativas daquilo que se define como “masculino” ou “feminino” para poder ter direito ao acesso à cirurgia. Ou seja, denota o mecanismo de poder e de normatização que atravessam esses serviços.

Guilherme Almeida e Daniela Murta (2013) destacam também que a interpretação patologizada das experiências trans ainda é bastante comum nas práticas assistenciais em saúde no SUS. Por outro lado, mostram também que há um esforço de novos sujeitos (gestores, profissionais de saúde, usuários e militantes) para atuar na elaboração de políticas públicas de saúde menos patologizantes e restritivas.

Nesse contexto, podemos observar que as trajetórias de pessoa trans que buscam acolhimento de suas demandas em saúde no SUS é marcada por uma série de dificuldades como discriminação, preconceito e violências. Em participação ao dia da visibilidade trans de 2019 do Rio de Janeiro, Cleo Oliveira, assistente de pesquisa do ImPrEP/FIOCRUZ²⁴, apontou que as limitações começam nas

²⁴ Projeto para Implementação da Profilaxia Pré-exposição ao HIV no Brasil. Coordenado pelo Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI/Fiocruz), o projeto tem como objetivo contribuir para a implementação da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) como estratégia de prevenção ao HIV nos três países, focando nos grupos populacionais mais expostos ao vírus: homens que fazem sexo com homens, mulheres transexuais e travestis. O Ministério da Saúde, através do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, apoiará o projeto fornecendo todos os insumos, testes e medicamentos. Fonte: <https://portal.fiocruz.br/noticia/fiocruz-lanca-projeto-de-prevencao-ao-hiv-na-america-latina>

unidades de saúde antes mesmo de chegar ao profissional de saúde, quando os guardas da unidade de saúde ficam se acotovelando e dando risadas das pessoas trans que adentram a unidade. Para além disso, há negligência quando chegam ao profissional de saúde, como médicos ou enfermeiros que dizem “eu não sei tratar você”, ainda que seja uma demanda comum como no caso de diabetes ou hipertensão.

Os episódios de atitudes discriminatórias contra as sexualidades consideradas desviantes da norma são recorrentes nos ambientes de saúde, conforme relatado pelas usuárias entrevistadas da pesquisa por mim realizada no ano de 2015. Ficam explícitos a intolerância e o desrespeito à diversidade que as próprias instituições promovem.

As dificuldades de lidar com as questões relativas ao gênero e à sexualidade, especialmente à sexualidade feminina, faz com que as profissionais de saúde reduzam o impacto de suas ações. A maneira como as profissionais entendem e constroem as noções de gênero e sexualidade torna-se uma das principais barreiras de acesso das pessoas trans aos serviços. Neste sentido, cabe refletir sobre como se dá a educação profissional nos serviços de saúde para receber as pessoas trans.

A reflexão sobre o debate parece ganhar relevância à medida em que também convém convidar as profissionais para pensar sobre a questão, sobretudo o assistente social inserido nas equipes de saúde. A ampliação da análise e da formação sobre políticas públicas de saúde para população LGBTI torna-se necessária à medida em que se busca novos rumos de uma atenção mais efetiva à saúde e aos direitos sexuais (e não somente os reprodutivos), a qual contemple os desafios que implicam a demanda de novas/os usuárias/os nos serviços de saúde.

2.5 Movimentos pela despatologização das identidades trans

As homossexualidades foram despatologizadas desde a década de 1980 e 1990, quando foram retiradas dos manuais diagnósticos mais conhecidos como a Classificação Internacional das Doenças (CID) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) (TENÓRIO E PRADO, 2016). Esses documentos orientam as práticas e políticas de saúde em todo o mundo. No entanto, no que se refere a despatologização das transexualidades, desde 2008, a

Organização Mundial de Saúde (OMS) iniciou o processo de reformulação de sua Classificação Internacional das Doenças, a CID (COACCI, 2019).

De acordo com Bento (2017), O DSM é uma publicação da Associação Psiquiátrica Norte-Americana (APA). Ainda de acordo com a autora, na década de 1980, a transexualidade foi incluída e tipificada como um “transtorno de identidade de gênero” na publicação de sua terceira versão. Em 1994, o Comitê do DSM IV substituiu o diagnóstico de transexualismo por “transtorno de identidade de gênero”. Bento (2017) aponta que nesta mesma época, o CID também passou a considerar o “transexualismo” como uma enfermidade.

Até a décima revisão da CID, publicada nos anos 1990, as experiências trans eram classificadas como uma patologia mental, traduzida no diagnóstico “F64.0 – Transexualismo”. Segundo Thiago Coacci (2019), essa foi a classificação em conjunto ao DSM, que orientou os documentos oficiais da política pública brasileira do Processo Transexualizador.

Atualmente uma das principais demandas dos movimentos nacionais e internacionais de pessoas trans era justamente a despatologização dessas experiências, isto é, sua retirada desses manuais citados acima e principalmente sua retirada do capítulo relativo aos transtornos mentais (COACCI, 2019). Segundo Bento (2017), desde que o gênero passou a ser diagnosticável, no início dos anos 1980, é a primeira vez que ocorre um movimento globalizado pela retirada da transexualidade do rol das doenças identificáveis como transtornos mentais.

Guilherme Almeida e Daniela Murta (2013) já chamavam a atenção pela despatologização, assim como Berenice Bento e Larissa Pelúcio (2012), Daniele Murta (2011), Amess Suess (2016) e Leonardo Tenório e Marco Prado (2016). Além disso, grupos como o Global Action for Trans Equality (GATE) e Transgender Europe (TGEU)²⁵, duas organizações internacionais de direitos das pessoas trans e intersex, passaram a atuar diretamente pressionando diferentes organismos internacionais como a ONU e participaram ativamente do processo de revisão da CID 11.

²⁵ Para maiores informações ver em: GATE: <https://transactivists.org/> e TGEU: <https://tgeu.org>

Estas organizações, assim como outros grupos do movimento social, participaram das reuniões, fizeram campanhas e mobilizações internacionais para sensibilizar pesquisadores da área e profissionais de saúde envolvidos. Conforme apontam Almeida e Murta (2013), o desejo pela despatologização sempre existiu, porém despatologizar não poderia ser sinônimo de descuidar ou desassistir. Dessa forma, a despatologização não poderia significar a perda de direitos para a população trans.

Finalmente em junho de 2018, a OMS publicou a versão final da décima primeira atualização do CID. Conforme explicitamos no capítulo 1 desta dissertação, até então as experiências trans eram classificadas como “transtorno de identidade de gênero”. O nome do código também se alterou e não é mais utilizado o termo transexualismo, posto que agora é possível classificar como Incongruência de Gênero, dentro de um capítulo específico sobre Condições Relacionadas à Saúde Sexual (COACCI, 2018).

A decisão de manter a transexualidade no CID não mais como doença, porém como uma condição relacionada à saúde sexual do indivíduo, foi recebida como um avanço positivo pelo movimento social e para pesquisadores e pesquisadoras dos estudos de transexualidades. Esta decisão reforça a importância de não se considerar a pessoa trans como uma pessoa doente, porém uma usuária ou usuário do serviço de saúde que precisa de acompanhamento para os procedimentos específicos à sua saúde, como por exemplo a cirurgia ou a hormonioterapia.

Tal decisão da OMS acompanha os avanços e pautas científicas do campo dos estudos de gênero das mais diferentes áreas profissionais, como por exemplo, o campo da psicologia. Anteriormente, à decisão da OMS, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) já havia publicado a Resolução nº 01/2018²⁶, que orienta a atuação profissional de psicólogas e psicólogos no Brasil para que as travestilidades e transexualidades não sejam consideradas patologias. O CFP abarca nesse movimento com a pauta pela despatologização das identidades trans há cerca de

²⁶ Ver mais em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/01/Resolu%C3%A7%C3%A3o-CFP-01-2018.pdf>

oito anos. A decisão foi publicada apenas dezenove anos após a Resolução 01/99²⁷, que considera que a homossexualidade não é doença, nem distúrbio, nem perversão e “proíbe qualquer conduta profissional que favoreça a patologização dos comportamentos e práticas homoeróticas e eventos e tratamentos que proponham a cura ou tratamento das homossexualidades”.

A Resolução 01/2018 do CFP foi publicada em 29 de janeiro de 2018 após ter sido aprovada por unanimidade pelas(os) delegadas(os) da Assembleia de Políticas, da Administração e das Finanças do Sistema Conselhos de Psicologia (Apaf), que reuniu representantes de todos os conselhos regionais e federal. A Resolução tem por objetivo impedir o uso de instrumentos ou técnicas psicológicas para criar, manter ou reforçar preconceitos, estigmas, estereótipos ou discriminação, e veda a colaboração com eventos ou serviços que contribuam para o desenvolvimento de culturas institucionais discriminatórias. Conforme previsto no Art 8º do documento:

É vedado às psicólogas e aos psicólogos, na sua prática profissional, propor, realizar ou colaborar, sob uma perspectiva patologizante, com eventos ou serviços privados, públicos, instrucionais, comunitários ou promocionais que visem a terapias de conversão, reversão, readequação ou reorientação de identidade de gênero das pessoas transexuais e travestis. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, RESOLUÇÃO 01/2018)

A Resolução 01/2018 está baseada em três pilares: transexualidades e travestilidades não são patologias; a transfobia precisa ser enfrentada e as identidades de gênero são autodeclaratórias. Neste sentido, as expressões e identidades de gênero devem ser compreendidas como possibilidades da existência humana. Não devem ser tratadas como patologias, sendo de caráter e experiência individual de cada pessoa, que pode ou não corresponder ao sexo atribuído em seu nascimento. Dessa maneira, a resolução prevê a atuação ética que contribua para a eliminação da transfobia e do preconceito, e que reconheça e legitime a autodeterminação da identidade do sujeito, não podendo o profissional de Psicologia exercer qualquer atuação que favoreça a patologização das identidades de pessoas trans.

²⁷ Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/1999/03/resolucao1999_1.pdf

Todavia, embora os documentos e manuais sejam de extrema importância, nem sempre funciona refletido na prática. Nesta perspectiva, Marco Prado (2018) propõe a pensar sobre a despatologização não nos manuais, mas sim nas práticas do dia a dia. O pesquisador reflete suas experiências ao longo de alguns meses de pesquisa no Centro de Referência para a Atenção Integral em Saúde Transespecializada (CRAIST) do Hospital de Clínicas da Universidade de Uberlândia (UFU). Este cenário é um dos serviços mais antigos no que se refere a saúde especializada voltada às pessoas trans no contexto brasileiro.

Prado (2018) defende que a despatologização na prática é um processo contínuo e permanente de escuta de desclassificação e desconstrução. O autor não nega a importância e a luta dos movimentos sociais de despatologização, bem como as referências teóricas e políticas e os marcos internacionais. No entanto, vai além, ao propor como podemos despatologizar o olhar, a escuta, o pensar, ao perguntar, ao responder e ao escrever em um prontuário de forma que nenhuma classificação seja o suficiente para as experiências de vidas trans e travestis (p.32). E nos convida a pensar: Como despatologizar o próprio pensamento?

Após esse tempo de ambulare eu entendi que agir de forma despatologizadora implica em começar a puxar um fio da trama patologizadora. Por exemplo, olhamos para os corpos trans a partir de uma visão patologizadora, buscando neles coerência do sistema sexo-gênero. Os miramos buscando sempre a ideia de que se é mulher esse corpo tem que ser feminino, se é homem tem que ser masculino. Daí quando nos deparamos com um corpo que não corresponde totalmente a ordem classificatória de gênero, exclamamos a “incoerência” mas quando nos deparamos com um corpo trans que corresponde totalmente a ordem binária então exclamamos o “inacreditável”. Ou seja, aos olhos patologizadores os corpos trans estão sempre em terrenos de abjeção seja pela sua suposta coerência absoluta ou incoerência à norma social dos gêneros. Estão, esses corpos estão sempre em dívida com uma suposta verdade do gênero, mesmo que não exista nada verdadeiro e absoluto no que diz respeito às posições de gênero e sexualidades. (PRADO, 2018, p. 33)

Neste sentido, a reflexão de Prado (2018) se junta à literatura sobre o processo transexualizador e os movimentos pela despatologização das transexualidades em debate nas mudanças do CID. O movimento trans trouxe uma crítica à concepção universal de sujeito, ou seja, a possibilidade de experimentar o corpo, a sexualidade e as identidades de maneira singular.

Segundo Prado (2018), isso traz para a Psicologia, mas também podemos aqui pensar outras áreas de formações profissionais, sobretudo da saúde, o questionamento se podemos ter concepções universais sobre os sujeitos e a necessidade de se pensar as experiências individuais nos seus contextos. O pesquisador evidencia que independentemente dos resultados das mudanças dos manuais, não há impedimentos para se inserir a despatologização na prática dos ambulatorios trans sem renunciar à assistência e ao cuidado.

Nenhuma patologização de identidade pode ser benéfica para os sujeitos patologizados em função de características suas que serão submetidas a discriminação negativa. Qualquer vantagem possivelmente obtida é precária, e advém com o custo de outros aspectos da vida. A visão patologizada sobre as pessoas trans vistas apenas como usuárias e usuários que demandam serviços de psiquiatria, endocrinologia, HIV/AIDS e questões relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis (IST) somada ao despreparo das equipes de saúde afasta ainda mais as pessoas trans dos serviços.

3 As Residências Multiprofissionais em Saúde: a formação em discussão

A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) é uma formação em nível de pós-graduação que tem como principal característica realizar-se através do trabalho no setor de saúde. A discussão teórica apresentada neste capítulo aborda inicialmente a regulamentação dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) no Brasil e as possibilidades dessa formação. Adiante, apresentamos a estrutura dos programas de RMS, a proposta pedagógica da formação em serviço sob a modalidade de treinamento em serviço e a composição das equipes multiprofissionais.

Finalmente, trataremos das aulas, tutorias, preceptorias e currículos dos programas. Para elucidar esta discussão, optamos por trazer o cenário dos programas de RMS que foram escolhidos como campo para esta pesquisa. Assim, cada aspecto abordado neste capítulo foi correlacionado com a prática do dia a dia dos programas, dos quais fazem parte as profissionais de saúde entrevistadas para esse estudo.

Para a realização desta pesquisa, trabalhamos com a percepção das profissionais de saúde residentes de dois programas distintos de RMS que acontecem em um hospital universitário de Atenção Primária em saúde do Rio de Janeiro. São eles: o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher e o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade.

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher (RMSM) constitui modalidade de formação de pós-graduação/especialização *lato sensu*, sob a forma de treinamento em serviço. É composta por profissionais de saúde residentes de Serviço Social, Psicologia e Enfermagem, sendo coordenados por docentes da área de Enfermagem. São oferecidas anualmente 12 (doze) vagas totais, sendo distribuídas igualmente 4 (quatro) vagas para cada área profissional. As profissionais residentes atuam em setores internos da unidade de saúde e em campos externos nos serviços e dispositivos da rede de Atenção à Saúde da Mulher.

A RMSM tem por objetivo geral promover o desenvolvimento profissional de assistentes sociais, psicólogas e psicólogos, enfermeiras e enfermeiros nos

diferentes campos de saberes e práticas para o exercício profissional nas áreas de cuidado integral à saúde da mulher e sua família. Entre os objetivos específicos desse programa, está previsto contribuir para o fortalecimento da assistência qualificada e atenção integral à mulher em todas as fases de sua vida; permitir o exercício da autonomia, solidariedade e participação da mulher como sujeito ativo da produção da saúde; prevenir, diagnosticar e tratar demandas em saúde mais frequentes na mulher e sua família; desenvolver o conceito de cuidado como uma prática mais humanizada e utilizar a clínica como uma ferramenta para ampliar o olhar profissional trabalhando em equipe multidisciplinar e em rede com outros profissionais e outras instituições.

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) também constitui como estratégia de ensino de pós-graduação/especialização *o lato sensu*, como treinamento em serviço. Este programa é constituído por profissionais de Enfermagem, Serviço Social, Psicologia, Odontologia e Nutrição. Diferente da RMSM, a RMSFC conta com dentistas e nutricionistas em sua equipe multiprofissional, de acordo com as prerrogativas da Atenção Primária em Saúde e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O programa da RMSFC oferece anualmente 10 (dez) vagas distribuídas igualmente pelas cinco profissões e está alinhada ao modelo de formação. Constitui-se, por conseguinte, uma estratégia significativa na formação de profissionais de saúde comprometidos com as diretrizes do SUS e na ampliação da Atenção Primária em Saúde (APS). Os campos de atuação dos/das profissionais residentes deste programa são as Clínicas da Família da área e a Coordenadoria de Área Programática em Saúde (CAP).

Este programa tem como objetivo geral o desenvolvimento de atributos à equipe multiprofissional de saúde para atuarem nas equipes de Saúde da Família e nos Núcleos de Apoio a Estratégia Saúde da Família (NASF). Possui como objetivos específicos a capacitação de profissionais residentes para integrar as instituições de ensino e serviços de saúde por meio de ações que visem a mudança das práticas de formação e atenção, da organização do processo de trabalho, do cuidado à saúde (individual, familiar e coletivo) e nos processos de formação e educação em saúde, visando a melhoria da saúde e o bem-estar dos indivíduos, suas

famílias e comunidades e da construção do conhecimento a partir das necessidades dos usuários.

De acordo com o Ministério da Saúde²⁸, os programas de RMSFC devem ser orientados por estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurados nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), tendo a Atenção Primária espaço privilegiado. Podem contribuir com um novo modelo assistencial na medida em que adotam metodologias e dispositivos da gestão da clínica ampliada e na formação de um novo profissional de saúde humanizado e preparado para responder às demandas dos usuários/as, de sua família e comunidade. Devem contribuir ainda para a (des)construção de novos paradigmas de assistência à saúde na atuação junto às equipes de Estratégias de Saúde da Família e o NASF.

Os Programas de RMS potencializam a transformação das práticas cotidianas e, com esta intenção, acabam por movimentar uma rede que unifica não só os demais profissionais de saúde como também a equipe de apoio, administrativo e gestores, envolvendo toda a unidade de saúde neste processo. Portanto, refletir sobre a formação destes profissionais de saúde nestes cenários implica em apontar também novos sujeitos e demandas.

Dessa maneira, a RMS consiste em aproximar a formação e trabalho, bem como situar as necessidades de saúde da população usuária dos serviços como eixo norteador para a qualificação das profissionais de saúde. Neste cenário de cotidiano de serviços do SUS como lócus de ensino e aprendizagem, as profissionais residentes se deparam com demandas diversas, principalmente aquelas que se referem à diversidade sexual e ao cuidado em saúde das pessoas trans. Isto nos leva a pensar os caminhos em que os direitos à saúde desse segmento da população estão sendo discutidos na formação e na prática profissional.

²⁸ Ver mais em: <https://aps.saude.gov.br/ape/nasf/residenciamultiprofissional/>

3.1 Alguns aspectos históricos das Residências Multiprofissionais em Saúde no Brasil

Historicamente, a primeira residência multiprofissional no Brasil foi reconhecida em meados da década de 1970 na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS). Vinculada à Secretaria Estadual de Saúde, esta primeira experiência teve início em 1976, com um Programa de Residência de Medicina Geral Comunitária, desenvolvido no Centro de Saúde da Escola Murialdo (CSEM), na cidade de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul. No ano seguinte, houve um redirecionamento da formação e do trabalho em saúde desenvolvido no programa no CSEM e instituiu-se um novo programa de residência chamado Residência Integrada em Saúde Coletiva.

Este novo programa contemplava a formação integrada de outros profissionais de saúde como assistentes sociais, enfermeiros, médicos e médicos veterinários. Tratava-se de uma formação que se desenvolvia no campo da atenção básica, sendo uma novidade no trabalho e na formação em saúde a partir de uma equipe multiprofissional (UEBEL et. al, 2003). Letícia Batista Silva (2018a) chama a atenção em sua tese de doutorado para o caráter inovador da residência integrada e multiprofissional do CSEM. A pesquisadora destaca que, em meados da década de 1970, a atenção básica não era um campo prioritário para a atenção em saúde no Brasil. Além disso, outra inovação era a ideia de que as necessidades de saúde de uma determinada população não passam apenas por atendimentos realizados pelas profissionais de medicina e enfermagem, mas também por outros profissionais que são fundamentais na produção de saúde. Para a autora, esta premissa contraria uma lógica de poder simbólico instituído tanto no que se refere à figura do médico como na forma de entender as complexidades das demandas de saúde da população.

No início da década de 1980, a Residência médica teve suas atividades regulamentadas pela Lei 6932/81. Entre as medidas previstas, houve a equiparação e reajuste do valor das bolsas para os estudantes médicos. No entanto, ainda em 1983, a Residência Integrada em Saúde Coletiva do CSEM vivenciava a diferenciação dessa remuneração e das condições de trabalho. Ainda que fosse uma residência integrada, havia diferenciação no regime de trabalho e na remuneração de profissionais médicos para os profissionais não médicos. Assim, os demais

profissionais de saúde não médicos tiveram o valor de suas bolsas congeladas e, até 1999, a Residência Integrada do CSEM, permaneceu como um programa restrito à formação médica (UEBEL et. al, 2003).

Em 1º outubro de 1999 foi aprovada a Portaria 16/99 da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, que reavivou as propostas gaúchas de formação integrada e multiprofissional (SILVA, 2018a). De acordo com Silva (2018a), esta portaria regulamentou a residência multiprofissional em nível estadual e considerou em seu escopo, entre outras questões, a implementação da Lei 8080/90, a experiência do CSEM e a necessidade de atividades formativas contextualizadas a partir das demandas de saúde. No ano de 2002, a Lei Estadual 11789/02 garantiu o financiamento ao Programa de Residência Integrada. Desde então, a Escola de Saúde Pública de Porto Alegre desenvolve atualmente as atividades do Programa de Residência Integrada nas áreas de Atenção Básica, Saúde Mental coletiva, Pneumologia Sanitária, Dermatologia Sanitária e Vigilância em Saúde.

Foi somente em meados dos anos 2000 que, em âmbito nacional, entrou em cena a temática da formação dos trabalhadores para atuação no SUS (SILVA, 2018a). Neste sentido, algumas ações foram traçadas como estratégias. Ainda no ano de 2002, o Ministério da Saúde (MS) criou e financiou dezenove programas de residência em Saúde da Família. Já em 2003, no âmbito do Ministério da Saúde, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES), nela foi inserido o Departamento de Gestão da Educação em Saúde (DEGES) com o objetivo de ordenar a formação de trabalhadores para a área da saúde, apresentando a modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) como uma estratégia Nacional de formação para o SUS (BRASIL, 2004).

Ainda no ano de 2003, a SGTES/Deges lançou o documento “Política de Formação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde” que estabeleceu como eixo central a “educação em serviço” (BRASIL, 2003). Esse documento informa sobre a educação permanente e a instituição de relações orgânicas entre formação de graduação e pós-graduação e a atenção e gestão no SUS. Trata ainda da profissionalização dos trabalhadores de ensino fundamental e médio em itinerários de formação em aliança com sua inserção nos serviços e a gestão social das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2003).

No mesmo ano, a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS 2002) foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no âmbito do SUS. No ano seguinte, em 2004, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde foi instituída como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores para o setor, dando outras providências e estabelecendo critérios para repasse de recursos financeiros (BRASIL, 2004).

O tema das residências é citado na NOB/RH-SUS 2002 nos “Princípios e Diretrizes da Política de Desenvolvimento do Trabalhador do SUS”, que tratam das atribuições e responsabilidades do Ministério da Educação (MEC) sobre a Política de Desenvolvimento do Trabalhador para o SUS. De acordo com a NOB/RH-SUS 2002 é de responsabilidade do MEC:

Regulamentar, manter, reestruturar e ampliar as residências já existentes na área da saúde e criar novos programas adequados às necessidades do SUS e das equipes multi e transdisciplinares de saúde. As propostas de cada curso devem ser apresentadas e deliberadas pelo Conselho de Saúde da respectiva área de abrangência (do município ou do Estado), de acordo com as necessidades locais (BRASIL, 2002, p.61)

A terceira versão da NOB/RH – SUS foi publicada no ano de 2005, permanecendo a mesma indicação acerca das residências. No que se refere às prestadoras de serviço (instituições privadas e lucrativas), a NOB/RH-SUS- 2005 destaca a contratação de serviços de profissionais com vínculos precários na busca pela isenção fiscal. Assim, estavam previstas as contratações de profissionais autônomos por meio de cooperativas. Além disso, previa-se também a contratação de estagiários como substituição de mão de obra profissional.

Sobre os processos de Gestão do Trabalho, afirma a NOB/RH -SUS

Desde a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da Constituição Federal de 1988, quatro pontos sobre a gestão têm sido frequentemente realçados como fundamentais para a sua implementação: a descentralização, o financiamento, o controle social e a Gestão do Trabalho. De todos eles, o mais complexo e que vem sofrendo o maior processo de desregulamentação dentro da política de reforma do Estado no país é a Gestão do Trabalho. Trabalhadores dos diversos níveis de governo e de entidades prestadoras de serviço ao Sistema Único de Saúde convivem no mesmo local de trabalho com direitos e deveres diferenciados. (BRASIL, 2005, p. 19)

Dessa maneira, a atual situação no que se refere a Gestão de Trabalho no SUS denota a precarização das relações de trabalho no SUS, apresentando um cenário de vínculos precários de trabalho, o que contribui para a alta rotatividade e insatisfação profissional. No mesmo espaço de trabalho, é possível encontrar servidores, terceirizados, residentes e estagiários com diferentes vínculos de trabalho e remuneração, no entanto, cumprindo as mesmas responsabilidades e funções. É comum encontrarmos neste cenário de precarização do trabalho, a substituição do profissional de saúde trabalhador pelo profissional residente.

Para Silva (2018), a questão da contratação é tratada na Norma Operacional num âmbito genérico, sendo omissa no que se refere, por exemplo, à priorização de vínculos públicos em detrimento da terceirização.

No plano geral: de acordo com as atribuições das diferentes esferas de gestão do SUS, definidas na Lei Orgânica da Saúde e nas Normas Operacionais Básicas, compete a cada uma delas contratar e manter o quadro de pessoal necessário à execução da gestão e das ações e serviços de saúde, conforme a necessidade da população e habilitação da esfera de gestão, observadas as normas de Direito Público e Administrativo. Assegurar no respectivo Plano de Saúde, a previsão do quadro de trabalhadores necessários à sua implementação, com base em estudos para dimensionar a situação de cada unidade ou serviço de saúde, considerando-se a capacidade instalada, o perfil epidemiológico a missão institucional e parâmetros de necessidade de pessoal, além dos mecanismos de controle de contratação e tipo de vínculo (BRASIL, 2005, p. 43)

Silva (2018a) defende que embora a NOB/RH-SUS 2005 represente um avanço, principalmente por trazer no seu seio a leitura crítica e fidedigna dos “problemas” de gestão do trabalho no SUS, não consegue incorporar essas críticas em ações concretas. Nos dias atuais, a política de saúde vive o processo de desfinanciamento com prejuízos que se apresentam não só para os próprios trabalhadores como para a população usuária do SUS. Dessa maneira, o que estamos assistindo nos últimos anos é o desmonte da política pública de saúde no Brasil, com a inserção de profissionais cada vez mais precarizada no sistema, por meio de contratações não convencionais, tais como contrato de prestação de serviço, terceirização, cooperativa, dentre outros além das já conhecidas substituições de mão-de-obra dos trabalhadores por profissionais em formação, como estagiários, acadêmicos-bolsistas, residentes médicos e multiprofissionais.

3.2 Afinal, o que são as residências multiprofissionais em saúde?

A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) foi instituída e legitimada através da Lei nº 11.129/2005 como Residência em Área Profissional da Saúde e responsável também pela criação da Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde (CNRMS), cuja organização e financiamento são compartilhados entre o MEC e o SUS. Para Silva (2018), a residência é definida como uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* voltada para educação em serviço e abrangendo as profissões da área da saúde, exceto a área da Medicina. Entre outros profissionais é possível encontrar nos programas atuais, profissionais das áreas de Serviço Social, Psicologia, Enfermagem, Odontologia, Nutrição, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Farmácia, Educação Física, Biomedicina e Ciências Biológicas.

Em 2005, havia cerca de 22 (vinte e dois) programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) financiado pelo Ministério da Saúde (MS). Já em 2016, de acordo com a Secretaria da Comissão da Residência Multiprofissional em Saúde, foram registrados para avaliação cerca de 1.500 (mil e quinhentos) programas de residência uniprofissional (residências formadas por apenas uma categoria profissional) e multiprofissional, constatando a tendência de expansão dessa modalidade de residência no Brasil (SILVA, 2018b).

Durante o processo de levantamento de dados desta pesquisa, não foi possível encontrar números atualizados sobre os atuais programas de residência uni e multiprofissional disponíveis ao público. Para isto, entramos em contato com a Equipe Técnica de Residência Multiprofissional em Brasília, que nos situou a informação de que, a partir do início de 2019, estes dados não estavam mais disponíveis para o público no site. No entanto, foi possível acessar esses dados via troca de e-mails, apresentando-me enquanto pesquisadora de mestrado. Assim, segundo as informações da Equipe Técnica, em 2019, foram cadastrados 1785 (mil setecentos e oitenta e cinco) programas entre residências uni e multiprofissional no Brasil.

Segundo a Lei nº 11.129/2005, os programas de residência são cooperações intersetoriais que visam favorecer a inserção qualificada de jovens profissionais da

saúde no mercado de trabalho. A Residência Multiprofissional em Saúde se apresenta não só como uma possibilidade de formação técnica, mas também como um importante movimento político e de formação de profissionais de saúde coletiva para a consolidação do SUS. Além disso, a residência multiprofissional pode representar um espaço de melhorias de ações e serviços de saúde nas unidades, apresentando-se como espaço de formação em serviço que buscam a construção de novas práticas e tecnologias em saúde, a partir da inserção de profissionais nas equipes multidisciplinares. Assim, há possibilidade de criação de saberes e práticas na troca entre os trabalhadores e os usuários do serviço.

Ainda no ano de 2005, houve a realização do I Seminário Nacional de Residência Multiprofissional de Saúde. Este seminário pode ser considerado como marco inicial nas discussões sobre as diretrizes desta modalidade de formação. Neste evento, reuniram-se residentes, supervisores, coordenadores e gestores dos mais variados programas de residência do país, configurando-se como um espaço de reconhecimento e interlocução dos principais atores envolvidos neste tipo de formação. Além disso, neste seminário foram feitas as elaborações e proposições iniciais quanto aos princípios e diretrizes que norteariam os programas de residência. A realização deste I Seminário de Residência Multiprofissional trouxe para o debate a necessidade de ampliação das discussões sobre essa modalidade de formação.

Como resultado deste seminário, resultou-se a elaboração de um documento nos quais foram sistematizados os debates dos grupos de trabalho neste evento, e que posteriormente foi consolidado pelo Ministério da Saúde e pelo Conselho Nacional de Saúde. Neste documento, foram registradas as estratégias para a construção da multidisciplinariedade, visando atender o princípio da integralidade do SUS, a composição a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) e a criação do Sistema Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (SNRMS).

Posteriormente foram realizados nos anos seguintes, 2006 e 2008, o II e III Seminário Nacional de Residência Multiprofissional, respectivamente. O II Seminário, ocorrido em 2006, deu continuidade às formulações iniciais sobre a política de formação em residência aprofundando alguns dos eixos já discutidos nos

eventos regionais à época. Segundo Silva (2018a) após este evento, a SGTES e a SES do MEC, instituíram um Grupo de Trabalho que ficou responsável pela sistematização do relatório do Seminário e elaboração da portaria de Criação da CNRMS. A Portaria Interministerial MEC/MS nº 45 de 12 de janeiro de 2007 foi um marco importante para definir as diretrizes dos programas multiprofissionais em área de saúde e a composição da CNRMS (BRASIL, 2007).

O III Seminário Nacional de Residências Multiprofissionais aconteceu em 2008, seguido do IV Seminário Nacional em 2011. Desde então, não foram realizados eventos nacionais ou outras atividades coletivas para pensar política e pedagogicamente os rumos das residências multiprofissionais. Os eventos seguintes foram descentralizados e fragmentados, no mais, discussões pontuais acerca, por exemplo, dos sistemas de informações foram postas de lado. (SILVA, 2018a)

3.3 A estrutura dos programas de residência

Silva (2018) nos lembra que a Lei 11.129/2005 prevê o apontamento de um regime de dedicação exclusiva, mas não havia a definição de carga horária de sessenta horas semanais para os residentes. De acordo com a autora, em 2007, a Portaria Interministerial MEC/MS nº 45/2007 estabeleceu a carga horária quarenta a sessenta horas de atividades semanal desenvolvidas nos programas de RMS. Além disso, a portaria definiu a composição e as atribuições da Comissão nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS).

A Portaria prevê que os programas de RMS devem ser desenvolvidos em parceria entre gestores e instituições formadoras em áreas e justificadas pela realidade local, levando-se em consideração as necessidades locais e regionais, o modelo de gestão, a realidade epidemiológica, a composição das equipes de trabalho e a capacidade técnico-assistencial. Conforme exposto em seu Art 2º, a Portaria orienta que os programas de Residência Multiprofissional de Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde devem guiar-se pelos princípios e diretrizes do SUS. Devem ser contemplados doze eixos norteadores considerando-se desde a realidade sócio-epidemiológica e as realidades locais de saúde da população até uma concepção ampliada de saúde que considere os atores

envolvidos os sujeitos do processo de ensino-aprendizagem, de modo que se tornem protagonistas nos processos sociais. São esses os eixos:

I - cenários de educação em serviço representativos da realidade sócio-epidemiológica do País; II - concepção ampliada de saúde que respeite a diversidade, considere o sujeito enquanto ator social responsável por seu processo de vida, inserido num ambiente social, político e cultural; III - política nacional de educação e desenvolvimento no SUS aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde e pactuada entre as distintas esferas de governo; IV - abordagem pedagógica que considere os atores envolvidos como sujeitos do processo de ensino-aprendizagem-trabalho e protagonistas sociais; V - estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurada em itinerário de linhas de cuidado de forma a garantir a formação integral e interdisciplinar; VI - integração ensino-serviço-comunidade por intermédio de parcerias dos programas com os gestores, trabalhadores e usuários, promovendo articulação entre ensino, serviço e gestão; VII - integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas para a consolidação do processo de formação em equipe, tendo em vista a necessidade de mudanças no processo de formação, do trabalho e da gestão na saúde; VIII - integração com diferentes níveis de formação dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com o ensino de educação profissional, graduação e pósgraduação na área da saúde; IX - articulação da Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com a Residência Médica; X - descentralização e regionalização contemplando as necessidades locais, regionais e nacionais de saúde; XI - monitoramento e avaliação pactuados para garantir que o sistema de avaliação formativa seja dialógico e envolva a participação das instituições formadoras, coordenadores de programas, preceptores, tutores, docentes, residentes, gestores e gerentes do SUS e o controle social do SUS, considerando a conformação da política, da execução e da avaliação dos resultados; e XII - integralidade que contemple todos os níveis da Atenção à Saúde e à Gestão do Sistema. (BRASIL, 2007, p. 2-3)

Embora a proposta inscrita na Portaria Interministerial MEC/MS nº 45/2007 aponte para a possibilidade de construção de uma lógica de formação em saúde para além do aprimoramento técnico, disciplinado, subordinado e repetitivo, ela propõe-se a superar um modelo de formação que se destina a “treinar” profissionais para o cumprimento das tarefas e, desse modo, opõe-se a uma formação reduzida a habilidades técnicas solicitadas pelo “mercado” da saúde (SILVA, 2018).

Em 2008, a Portaria Interministerial MEC/MS nº 56 foi lançada instituindo a carga horária semanal de 60 (sessenta) horas para as residências uniprofissional e multiprofissional. O principal argumento apresentado pelos gestores do MS e do MEC para justificar a fixação dessa carga horária extensa foi a uniformização de carga horária e valor das bolsas entre as residências médicas, uniprofissional e multiprofissional. Conforme observado por Silva (2018), ao invés de propiciar a

redução da carga horária da residência médica, a fim de promover isonomia, optou-se pela fixação da carga horária máxima.

Esta alteração evidencia as limitações nas estruturas dos programas de RMS que encontravam uma possibilidade de organização das atividades em serviço, na flexibilidade anterior de carga horária semanal. Assim, suas atividades eram adequadas à proposta de formação de cada programa. Cabe destacar que o funcionamento desses programas se dá de maneira diferente e nos programas de RMS não há escalas noturnas para o cumprimento de carga horária. Para ilustrar este cenário, podemos citar a carga horária de um programa de residência médica com plantões de 12 (doze) ou 24 (vinte e quatro) horas, enquanto num programa uni ou multiprofissional a carga horária semanal implica em 6 (seis) dias de trabalho. Ou seja, essa equiparação de carga horária, levou à RMS a responsabilidade da residência médica, no entanto, não levou à autonomia que os médicos têm.

A Residência Multiprofissional em Saúde tem duração de dois anos com carga horária de 5.760 (cinco mil setecentos e sessenta) horas. As atividades teóricas e práticas, sob a forma de treinamento em serviço devem ser desenvolvidas no equivalente a 60 horas/semana com carga horária anual de 2.880 (dois mil oitocentos e oitenta) horas. Dentro dessa distribuição, em torno de 20% desse tempo devem ser destinados à carga horária teórica, com cumprimento de aulas/disciplinas, reflexões semanais ou quinzenais das atividades de campo, reflexões e estudos de cada núcleo profissional, estudos de caso, organização de seminários e grupos de pesquisa. Para as atividades de treinamento em serviço, são destinadas cerca de 80% da carga horária, sendo a totalidade das atividades teóricas e práticas contextualizadas e efetivadas pelo trabalho junto às unidades de saúde onde se realizam os programas.

Os programas de residência devem contar com a presença de preceptores e tutores. Os preceptores atuam como um supervisor de campo, que têm a função de acompanhar e organizar a educação em serviço nos diferentes espaços de trabalho em campo ou núcleo. Os preceptores são profissionais do serviço e devem ser a referência para o/a residente nas atividades desenvolvidas nas unidades como espaço de aprendizagem. Já os tutores docentes da instituição de ensino superior

têm como proposta a atuação como referência aos residentes para as atividades e reflexões teóricas desenvolvidas por cada categoria profissional.

Nos programas de RMS estudados nesta pesquisa, durante o primeiro ano de residência, há a realização de tutorias multiprofissionais, realizadas por tutores de diferentes formações profissional e com a presença de todos os residentes ingressantes. A partir do segundo ano, as tutorias se dão em núcleos profissionais, chamados de tutoria uniprofissional, destinadas à reflexão teórica e atuação de cada categoria. Neste sentido, cabe tanto aos preceptores quanto aos tutores auxiliar na integração nas práticas de ensino e serviço, nas atividades que envolvam o conhecimento técnico e científico, bem como no desenvolvimento das atividades que permitam o olhar integrado de reflexões e práticas multidisciplinares.

As profissionais de saúde residentes recebem uma bolsa, atualmente financiada pelo MEC no valor de R\$3.330,43, conforme a Portaria Interministerial MEC/MS n. 3/2016. Até o ano de 2009, o financiamento das bolsas para os programas de residência (médica, uniprofissional e multiprofissional) eram realizados pelo MS, enquanto o MEC participava no auxílio do pagamento de passagens e diárias para reuniões e demais atividades realizadas. No entanto, ainda em 2009, o MEC lançou um projeto intitulado “Implantação do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da rede de Hospitais Universitários Federais”.

Assim, a partir de 2010, com a participação do MEC, houve não só o aumento do número de bolsas como também um novo perfil dos programas de residência voltados para a atuação em hospitais (BRASIL, 2014). Conforme relatório MEC, no que se refere à evolução do financiamento das bolsas via MEC, pode-se observar um aumento de cerca de 700% entre os anos de 2010-2014 (BRASIL, 2014). Nesse mesmo período é observado também o aumento do número de bolsas em cerca de 50% destinada à residência médica.

Silva (2018) destaca em sua pesquisa como é crucial apontarmos que a evolução exponencial do financiamento das bolsas de residência demonstra papel estratégico que esta modalidade de formação em saúde vem adquirindo ao longo do tempo, principalmente a partir de 2010, período que demarca a

participação/coordenação do MEC nesse processo. Assim como para a autora, concordamos que este fato ressalta a importância de novos estudos que aprofundem esta temática, no entanto, este debate não será realizado neste estudo, uma vez que não é o foco desta pesquisa.

3.4 Formação NO ou PARA o SUS? A proposta pedagógica da educação em serviço

As Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) ocorrem a partir da seleção dos residentes via seleção pública realizada pelas instituições de ensino superior que oferecem essa modalidade de especialização *lato sensu*. Em sua maioria, as seleções são realizadas em etapas a depender de cada programa, com provas objetivas com conteúdo específicos, provas dissertativas, entrevistas e análise do Currículo Lattes. Os requisitos mínimos exigidos dos/das interessados/as são, entre outros, ter o diploma de graduação ou comprovante equivalente em cursos de graduação na área da saúde, estar inscrito no conselho regional da classe profissional, não possuir vínculos empregatícios e ter dedicação exclusiva ao programa, não podendo exercer outras atividades profissionais no período de realização do curso.

Após o processo de seleção pública, a RMS se desenvolve com a chegada das novas turmas de profissionais residentes para o primeiro ano de formação, denominados “R1”, que são inseridos nos locais de trabalho também chamados de campo de atuação. As profissionais residentes que passam para o segundo ano de formação são denominados “R2”. Os programas de RMS contam com diferentes campos de atuação que podem acontecer dentro das unidades de saúde hospitalares (campos internos) ou em campos externos, que são os serviços de saúde, assistência ou gestão de rede da área de atuação.

Cada programa de residência tem autonomia pedagógica para definir os campos de atuação dos residentes R1, que podem trabalhar sob regime de escala nos diferentes campos de atuação, num sistema de rodízio, possibilitando conhecer os diferentes espaços de trabalho da unidade de saúde ou mesmo pode ser definido pela coordenação geral do programa como um campo de atuação fixo, onde o residente tenha a oportunidade de desenvolver seu projeto de pesquisa ao longo da

duração do curso, podendo ainda ser escolhido pelo próprio residente de acordo com seu interesse de atuação no momento de sua matrícula. Para os residentes “R2”, que estão no segundo ano de formação, em geral, fica acordado que o/a profissional deve se inserir no campo de maior proximidade com seu objeto de pesquisa a ser estudo no Trabalho de Conclusão de Residência (TCR).

No programa de Residência multiprofissional em Saúde da Mulher, a turma de R1 é dividida em trios multiprofissionais, já na primeira semana de trabalho, compostos por assistentes sociais, psicólogas e enfermeiras. Durante o período de R1, as profissionais residentes passam por todos os setores internos do hospital, além dos serviços externos de referência às mulheres vítimas de violência, uma maternidade, uma escola de ensino médio, onde atuam com oficinas de promoção de direitos sexuais e reprodutivos para adolescentes-estudantes e a gestão da Coordenadoria de Área Programática (CAP). Esta divisão funciona em escalas feitas pela coordenação do programa, que também organiza o rodízio de troca de campos de atuação para os trios multiprofissionais com uma periodicidade bimestral. No segundo ano de formação, os trios multiprofissionais deixam de existir e cada residente R2 segue para atuar nos campos de maior proximidade com seu tema de pesquisa, para que possam realizar suas coletas de dados e atendimentos aos usuários dos serviços. As escalas de trabalho passam a ser individuais e é possível encontrar residentes R2 da mesma categoria profissional em um único campo de atuação, ainda que em dias da semana diferentes.

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família se desenvolve de maneira diferente do programa de Saúde da Mulher. A turma de R1 é dividida também na primeira semana de trabalho, em duas equipes multiprofissionais de cinco residentes (assistente social, psicóloga, enfermeira, dentista e nutricionista) que atuam nas clínicas da família da região. São escolhidas duas unidades de saúde de referência para que estas equipes de residentes multiprofissionais possam atuar. Já inseridos nos serviços, as profissionais residentes podem se juntar às equipes de Estratégia de Saúde da Família e ao NASF, além de conhecer a área administrativa da clínica da família. Para o R2 da Saúde da Família, as profissionais residentes passam a dividir seu tempo de trabalho entre a unidade de saúde e o trabalho de gestão na CAP. Dessa maneira, as residentes R2

passam os dois anos formação na mesma unidade de saúde, conseguindo criar vínculos e desenvolver sua pesquisa de campo neste cenário.

Ao final do programa, o/a profissional de saúde residente deve apresentar individualmente o Trabalho de Conclusão de Residência (TCR), consonante com a realidade do serviço onde o programa é ofertado, sob orientação de um docente da instituição de ensino. O objeto de pesquisa deve ter interface com o programa de residência e a realidade do serviço onde o/a profissional atuou com a perspectiva da multidisciplinaridade. O TCR passa por uma banca qualificadora, ao final do primeiro ano de curso, e conta com a participação de membros internos (profissionais do serviço que possuam no mínimo título de mestrado ou docentes da instituição de ensino) e membros externos, a defesa do TCR é marcada para o final do segundo ano, na conclusão do programa.

No programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher, as profissionais de saúde residentes devem apresentar o TCR tendo como um objeto de pesquisa relacionado à área da saúde da mulher. É comum encontramos pesquisas que tratam da saúde da mulher idosa, violência contra a mulher, cuidados em saúde da mulher vivendo com HIV, itinerários terapêuticos, a experiência de trabalho em grupos com mulheres usuárias de álcool e outras drogas, a percepção das mulheres no atendimento em ginecologia, entre outros. Já os temas de pesquisa dos TCR do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família perpassam pelas áreas de levantamento de dados epidemiológicos em geral, cuidados em saúde de usuários com tuberculose, pré-natal e acompanhamento de gestantes, aleitamento materno, promoção da saúde em sala de espera, grupos de acolhimento, cuidados em saúde mental e temas relacionados ao cotidiano de violências vivenciadas pelos usuários, entre outros.

Cabe destacar que foi realizado o levantamento dos temas de TCR dos dois programas de residência no período dos últimos 05 (cinco) anos e constatamos que quando se trata da temática de gênero e sexualidade foram identificados apenas 03 (três) trabalhos que tratam do tema. Em 2016, uma assistente social residente do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher (RMSM) desenvolveu seu trabalho de conclusão que tratou da percepção das mulheres trans usuárias no atendimento em saúde. No mesmo programa, em 2018, um psicólogo

residente pesquisou o tema da percepção das profissionais de saúde no atendimento às mulheres lésbicas e, atualmente em 2019, um psicólogo residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família está se debruçando sobre o atendimento à população LGBT e a Política de Saúde voltada para este segmento no contexto da Atenção Primária em Saúde.

Neste sentido, percebemos que apesar dos avanços dos debates ao longo dos anos e das lutas dos movimentos sociais relacionados ao tema na sociedade, ainda são escassos os projetos de pesquisa desenvolvidos nestes programas sobre a temática da diversidade sexual. A invisibilidade e o silenciamento se fazem presentes durante todo o processo de normatização do gênero e da sexualidade no ambiente dos serviços de saúde. A falta de informação e formação nas graduações e pós-graduações reforça ainda mais a invisibilidade da abordagem da temática que se dá no campo da prática profissional.

3.5 As equipes multiprofissionais de saúde

As Residências Multiprofissionais em Saúde são construídas em arcabouço teórico e pedagógico, que corroboram com os princípios e diretrizes do SUS, associando o aprendizado à prática de maneira a problematizar o modelo técnico-assistencial. (ARAÚJO et. al, 2017). Neste cenário de aprendizagem, as profissionais residentes desenvolvem suas competências, habilidade e conhecimento quando inseridas em uma equipe de saúde multiprofissional, mediadas por um(a) preceptor(a).

No âmbito da saúde pública, a formação e a atuação das equipes ultrapassam a perspectiva uniprofissional. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o trabalho que as equipes de saúde de diferentes núcleos profissionais desenvolvem na perspectiva interprofissional qualificam os serviços de saúde ofertados aos usuários, ao passo que há compreensão das habilidades dos membros que a compõe, assim como compartilhamento e gerenciamento dos casos (OMS, 2005). Desta forma, este modelo de formação em saúde implica o envolvimento de diferentes atores no processo para além das profissionais de saúde preceptores, tutores e residentes

No programa de Residência em Saúde da Mulher, as residentes R1 divididas em trios multiprofissionais se inserem nos campos para atuação em conjunto. Durante o primeiro ano de formação, as residentes realizam consultas multiprofissionais junto a seus preceptores nos campos de atuação. As equipes de trabalhadores da saúde da unidade são compostas fundamentalmente por assistentes sociais, psicólogas, enfermeiras, nutricionistas, médicas/os. Todos as profissionais das equipes da unidade podem e devem permitir a observação participante do trio de R1 em seus atendimentos. No entanto, a/o preceptor de campo é o principal responsável pelo trio e deve acompanhar o desenvolvimento das profissionais. A partir do segundo ano de formação, as residentes R2 passam a assumir a atuação individual nos campos, podendo realizar atendimentos profissionais sem a presença de seu preceptor.

Na Residência em Saúde da Família e Comunidade, as residentes R1 trabalham em equipes multiprofissionais, em grupos de cinco residentes, que têm como preceptores um único profissional da unidade de saúde para orientar a atuação em campo. Apesar disso, as residentes R1 não se restringem à unidade de saúde ou à equipe territorial da qual a/o preceptora/o faz parte. As residentes R1 realizam também atuação junto aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) diretamente no território da área de abrangência da unidade. Para as residentes R2, a atuação no segundo ano de formação acontece a partir da sua inserção individual em uma equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) de acordo com as demandas de cada equipe. Assim, não há atuação coletiva, embora as residentes não se limitem a uma única equipe de ESF podendo também apoiar as demais áreas. Há também as residentes que atuam na CAP, no campo da gestão e dividem a atuação entre o território e a gestão da unidade.

Em alguns casos, é comum as equipes de residentes serem compostas por áreas profissionais que não estão presentes nos serviços. É comum a presença das residentes de Psicologia em um determinado campo onde não há uma psicóloga trabalhadora efetiva da unidade, assim como acontece com outras profissões. A inserção das residentes nestes campos possibilita tensões de diferentes naturezas.

Por um lado, a chegada das residentes nas equipes de trabalhadores dos serviços pode promover a interação entre profissionais e residentes, potencializar

a reflexão da atuação e agregar novos aprendizados. Por outro lado, a partir do momento em que as residentes passam a compor as equipes de trabalho, pode-se criar a expectativa de que aquela(e) profissional residente venha suprir a ausência daquela área profissional. Dessa maneira, o desenvolvimento da profissional em formação fica centrado no trabalho, no atendimento das demandas em detrimento da condição de formação e de treinamento em serviço. Neste cenário, a formação profissional das residentes parece se reduzir a substituição de mão-de-obra atravessada por vínculo precarizado, diferenciação salarial, falta de qualidade no processo de formação e desenvolvimento profissional.

Esta circunstância reflete o atual quadro do SUS no que tange a questão da expansão da privatização da saúde e os ataques a política nacional. O subfinanciamento da política de saúde possibilita o aumento da precarização dos serviços de saúde. Tal fenômeno pode se apresentar de diversas formas, entre elas a falta de recursos humanos e instabilidade nos vínculos trabalhistas de profissionais, ausência de concurso público, processos de terceirizações, problemas de gestão e gerenciamento de recursos.

Segundo Silva (2018), a RMS é uma formação que dá pelo e para o trabalho e, portanto, é altamente atravessada pela conjuntura dos desmontes das políticas, especialmente a política de saúde na sua dimensão de recursos humanos. O processo de integração entre residentes e equipes de saúde dos serviços em que estão inseridos apresenta conflitos diversos, uma vez que não é definido e conhecido o papel das residentes nos cenários de atuação. A interação e definição da atuação das residentes multiprofissionais será abordada no tópico a seguir.

3.6 Aulas, tutorias, preceptorias e a formação teórica dos residentes

Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) é uma modalidade de pós-graduação *lato sensu*, que se caracteriza pela formação em serviço, supervisionada por profissionais capacitados, em regime de dedicação exclusiva aos serviços de saúde (BRASIL, 2005). Conforme já citamos no início deste capítulo, a RMS tem duração mínima de dois anos e carga horária total de 5.760 horas, sendo estas divididas entre 80% para as atividades práticas e 20% para a formação teórica que

abrange aulas/disciplinas, tutorias, preceptorias, participação em eventos, entre outras atividades de formação.

Entre os seus princípios norteadores, a RMS aborda a Educação Permanente como eixo pedagógico estruturante dos programas e considera este um espaço para o desenvolvimento do processo de educação permanente em saúde, dispositivo potencial para promover mudanças dos modelos de gestão e atenção do sistema (BRASIL, 2006). O processo de ensino continuado encontra-se diretamente relacionado aos programas de residência multiprofissional. A Política Nacional de Educação Permanente é a origem deste modelo de aprendizagem que se organiza a partir da integração ensino-serviço, permitindo uma visão ampliada do processo e práticas de trabalho, contemplando a percepção e o exercício do empoderamento dos indivíduos. (CECCIM, 2006)

Nesta perspectiva, as aulas/disciplinas teóricas contribuem para tornar o espaço legítimo de reflexão sobre a prática profissional. As grades curriculares dos programas de residência são estruturadas em eixos transversais e eixos específicos. Os eixos transversais são disciplinas comuns a todas(os) as(os) residentes. Essas disciplinas têm como objetivo produzir uma reflexão sobre a prática, constituindo-se um lugar interdisciplinar. Os eixos específicos referem-se aos conhecimentos de cada área profissional.

Nos programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher e em Saúde da Família e Comunidade, as disciplinas cursadas pelas residentes durante o primeiro ano de formação (R1) são aquelas pertencentes ao eixo transversal. As aulas acontecem para todas as turmas em um dia da semana reservado para a formação teórica. Algumas disciplinas são oferecidas somente para cada programa, como no caso das disciplinas de “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher” e “Direitos Sexuais e Reprodutivos”, que acontecem especificamente no Programa de Saúde da Mulher, bem como as disciplinas de “Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família” e “Educação Popular em Saúde”, que ocorrem no programa de Saúde da Família e Comunidade. Algumas aulas são oferecidas para ambos os programas, tais como “Metodologia de Pesquisa” e “Vigilância Epidemiológica”. Outras disciplinas são cursadas coletivamente com

todos os programas de residência da instituição formadora e executora, como no caso da disciplina “Ética e Bioética em Saúde”.

Além das aulas/disciplinas, os espaços reservados para supervisão e orientação, realizados através da preceptoria e tutoria, contemplam a carga horária de formação teórica das profissionais de saúde residentes. A preceptoria e a tutoria são espaços de formação que possibilitam assegurar uma forma de educação a partir da reflexão crítica das vivências experienciadas na residência.

A preceptoria é caracterizada pela supervisão direta das atividades práticas realizadas pelo residente nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa, exercida pelo profissional vinculado à instituição formadora ou executora com formação mínima de especialista (CNRMS. 2012). A preceptoria acontece de maneira diferente para os programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher e em Saúde da Família e Comunidade. No programa de Saúde da Mulher, a preceptoria varia conforme cada campo de atuação. Em um único campo, interno ou externo, podem haver mais de um preceptor para participar do processo de formação em saúde das residentes ao articular a prática com o conhecimento científico, transformando a vivência do campo em experiências de aprendizagem (SOUZA e FERREIRA, 2019).

Neste contexto, durante o primeiro ano de formação, o trio multiprofissional de residentes R1 acompanham os preceptores dos campos onde estão inseridos. Durante este período, o trio deve participar dos atendimentos às/aos usuárias/os juntamente a esse profissional. No segundo ano de formação, a profissional residente R2 passa a atuar no campo de maneira individual e deve ter como preceptor um profissional da mesma área que a sua para a supervisão no cenário de prática. Quando há mais de uma residente da mesma área no campo, a preceptoria acontece em formato de reunião para alinhamento, discussão de casos atendidos e outros assuntos.

No Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da família e Comunidade, no primeiro ano de formação, há um preceptor, sendo este profissional da unidade de saúde, responsável por orientar a equipe de R1, composta por residentes de Serviço Social, Psicologia, Enfermagem, Nutrição e Odontologia.

As reuniões acontecem no espaço da unidade de saúde e com frequência de quinzenal ou mensal. No segundo ano de formação, as residentes R2 se dividem entre a unidade de saúde e coordenação de área programática e a realização da preceptoria acontece de acordo com cada profissional das áreas, tendo em vista que as residentes passam a acompanhar diariamente a profissional de sua área de formação. Assim, o contato das residentes com o preceptor acontece diariamente e as reuniões de preceptoria passam a acontecer em períodos maiores.

As tutorias correspondem às atividades de orientação acadêmica voltadas à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas (CNRMS, 2012) e são classificadas em tutorias de campo (multiprofissional) ou tutorias de núcleo (uniprofissional). As tutorias multiprofissionais integram os diferentes núcleos de saberes e práticas das diferentes profissões que compõem a área de concentração do programa. A tutoria de núcleo também tem por finalidade a discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e de núcleo específico profissional. Assim, cada área de atuação se reúne para refletir casos específicos, discutir e atualizar bibliografias, entre outras atividades.

Conforme já apresentado neste capítulo, os tutores são docentes da instituição formadora e executora que participam do desenvolvimento das atividades teóricas e teórico-prática previstas no programa. A função do tutor caracteriza-se pela orientação acadêmica às residentes e preceptores na modalidade de encontros multi ou uniprofissionais e exige do tutor formação mínima de mestrado (CNRMS, 2012).

No cenário deste estudo, as tutorias acontecem de maneira geral, em modalidade de tutoria de campo (multiprofissional) para ambos os programas de residência, durante o primeiro ano de formação (R1). As reuniões de tutoria de campo se realizam dentro da unidade de saúde em um período quinzenal ou mensal. Para o programa de Saúde da Mulher, ainda no primeiro ano de formação, além das tutorias multiprofissionais, são realizadas tutorias de núcleo para as residentes R1. No programa de Saúde da Família e Comunidade, as tutorias de núcleo acontecem apenas no segundo ano de formação para as residentes R2.

As tutorias podem ser consideradas como um espaço de cuidado direcionado aos profissionais em formação. Contudo, esse espaço parece ainda não ser consolidado devido a diferentes motivos como a disponibilidade dos profissionais, a busca por docentes que aceitem desenvolver esta atividade não-remunerada, entre outros razões.

Um dos principais problemas das tutorias não só nos programas citados aqui, conforme relatado nos fóruns e demais eventos de residência dos quais participei durante a pesquisa de campo, está na dificuldade de vincular docentes aos programas de residência para serem atraídos como tutores. Isto porque a residência é uma modalidade de formação acadêmica que não está no escopo de dedicação exclusiva na carga horária dos docentes das instituições formadoras e executoras. A adesão de um docente se dá de maneira voluntária ao programa, ou seja, além das atividades de docência, o profissional ainda agrega as atividades da residência em sua carga horária. Dessa maneira, fica a cargo de cada docente aceitar ou não participar dos programas de RMS e ainda há aqueles que oferecem resistência, não concordando e questionando o tipo de trabalho desenvolvido, a modalidade de formação, entre outras questões.

Até aqui, apresentamos a estrutura dos programas de Residência Multiprofissional da unidade de saúde onde foi realizado o trabalho de campo para este estudo. No capítulo a seguir, apontaremos os procedimentos de entrada no campo, as primeiras impressões e o manejo na negociação no interior das práticas cotidianas das profissionais da unidade.

4 Entrando em campo: caminhos e desafios metodológicos

Este estudo apresenta abordagem qualitativa e, como já citado na introdução desta dissertação, tem por objetivo geral analisar a relação das profissionais de saúde (assistente sociais, psicólogas, enfermeiras, dentistas e nutricionistas) em formação no atendimento de pessoas trans em uma unidade de saúde do Rio de Janeiro. Como objetivos específicos, o estudo propõe identificar a percepção das profissionais de saúde em formação para as demandas das pessoas transexuais que comparecem aos serviços de saúde, observar a interação entre profissionais de saúde em formação e pessoas trans e analisar a incorporação e reificação da dimensão de gênero na formação da residência em saúde pública a partir do olhar das profissionais que atuam no programa de residência.

A pesquisa qualitativa pode ser caracterizada como sendo uma tentativa de explicar com profundidade o significado e as características do resultado das informações obtidas através de entrevistas ou questões abertas sem a mensuração quantitativa de características ou comportamento (OLIVEIRA, 2010, p.59). Neste sentido, a escolha da metodologia qualitativa está diretamente relacionada com os objetivos desta pesquisa. Para conhecer as percepções das profissionais de saúde quanto ao atendimento de pessoas trans, elegemos como referencial metodológico a narrativa oral dos sujeitos, que serão referenciadas na análise dos dados no próximo capítulo. A experiência como profissional de saúde residente, que esteve em processo de formação há alguns anos atrás, possibilitou que esta pesquisa de campo fosse realizada sob um olhar privilegiado. Neste capítulo, iremos apresentar o percurso metodológico e as escolhas e caminhos realizados neste trabalho de campo.

Cecília Minayo (2013), uma das principais referências em pesquisa qualitativa, mais especificamente na área da saúde, assinala que a entrada em campo é permeada por dificuldades com identificação, obtenção e sustentação de contatos e informações, assim como a saída do campo merece cuidados que envolvem questões éticas e de práticas teóricas. No estudo desenvolvido para a pesquisa desta dissertação não foi diferente.

Inicialmente, entendemos que para conhecer as narrativas e perspectivas das profissionais de saúde quanto ao atendimento de pessoas trans, a metodologia mais

adequada seria o grupo focal. Por meio da integração grupal, é possível compreender como são construídas as percepções, práticas cotidianas, representações e simbologias de um determinado grupo. No entanto, os obstáculos epistemológicos não foram poucos e um deles foi a não possibilidade de realização do grupo focal. Tal fato se deu devido à dificuldade de conciliar os horários e agendas de atendimentos das profissionais que se disponibilizaram a participar da pesquisa. O desfecho desta situação será detalhado mais à frente neste capítulo.

A partir disto, optamos por realizar as entrevistas individuais com as participantes. Apesar de compreendermos que a entrevista não é a única forma de fazer pesquisa qualitativa, consideramos que, para conhecer as narrativas, vivências e expectativas das entrevistadas, esta prática seria a mais adequada no momento, tendo em vista o tempo para a realização da pesquisa e a disponibilidade das participantes. Segundo Oliveira (2010), a entrevista é um excelente instrumento de pesquisa por permitir a interação entre pesquisador(a) e entrevistado(a) e a obtenção de descrições detalhadas sobre o que se está pensando.

De acordo com a resolução 446/2011 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) que atua em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a pesquisa foi submetida à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da EEAN/HESFA/UFRJ e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) PUC RIO em junho de 2019. Ao ser aprovada, recebeu o certificado de Apresentação para Apreciação Ética CAAE nº 15668919.9.0000.5238.

Após a aprovação da pesquisa pelo CEP, fui ao campo de coleta de dados no período entre os meses de agosto e outubro de 2019. O local escolhido para realizar a coleta de dados foi uma unidade acadêmica de saúde pública de Atenção Primária, que integra o complexo hospitalar de uma universidade e está inserido na rede de assistência pública de saúde do município e do estado do Rio de Janeiro. Esta unidade desenvolve ações de baixa e média complexidade simultaneamente no âmbito da Rede de Atenção à Saúde e atividades de ensino, pesquisa e extensão, que agrega ensino de graduação, pós-graduação, estágios curriculares e pesquisas acadêmicas.

Além de integrar ensino e serviço, esta unidade de saúde é umas das principais referências para a população trans da região central do município. Muitos/muitas dessa população residem e/ou trabalham próximos a esses postos de serviço à saúde, mas a assistência também conta com aqueles/aquelas que se deslocam das áreas mais distantes da cidade e, em alguns casos, de outros municípios, para manter em sigilo sua condição de saúde.

Ao chegar no campo, o diálogo inicial se deu com a coordenação geral dos programas de Residência Multiprofissional, a fim de apresentar a pesquisa a ser desenvolvida e articular a aproximação com as profissionais de saúde residentes. Realizei reuniões junto às coordenadoras para analisar os horários e campos de atuação onde se encontravam as residentes. Cabe pontuar que a minha aproximação com este cenário se deu em função principalmente da minha atuação enquanto assistente social residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher no período 2014-2016. Isto me possibilitou maior familiaridade com o ambiente, facilitando o acesso ao espaço e a coleta de dados além do vínculo com as coordenações dos programas.

Cada programa conta com suas respectivas coordenadoras apesar de usarem o mesmo espaço físico do hospital para o trabalho. A coordenação dos programas de residência fica localizada em área externa ao hospital em um *container* provisório enquanto não há local definido para este setor, devido à obra de restauração que está acontecendo no espaço físico da unidade. A coordenação do programa de Saúde da Família é composta por duas docentes da universidade, sendo a coordenadora geral área de Nutrição e a vice-coordenadora da área de Psicologia. No programa de Saúde da Mulher, ambas as coordenadoras são da área da Enfermagem.

Inicialmente, a estratégia combinada foi a de disparar via e-mail um convite oficial através da Secretaria da Coordenação. Este convite foi elaborado e confeccionado por mim, explicando a proposta do grupo focal e os critérios de participação. Além disso, também explicitava em termos mais resumidos as condições do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As respostas das profissionais de saúde não foram imediatas e logo me reuni novamente com a coordenação para pensarmos outras estratégias para chegar até as residentes.

Assim, montamos um plano para que eu pudesse ter um espaço para apresentar a pesquisa e convidar pessoalmente as participantes nas aulas teóricas que estavam acontecendo às quintas-feiras para todas as residentes R1 e R2. Na parte da manhã, aconteciam as aulas para as turmas de R1 e no turno da tarde, eram realizadas as aulas para as R2. Entrei em contato com as respectivas professoras para perguntar se poderiam reservar um espaço de suas aulas para que eu pudesse apresentar a pesquisa. As docentes foram bastante solícitas e cederam os momentos finais e iniciais das aulas de R1 e R2, respectivamente.

As aulas teóricas acontecem dentro do hospital em um prédio denominado Centro de Estudos. Este prédio possui dois andares, sendo no térreo um auditório que comporta até aproximadamente 100 (cem) pessoas e no segundo andar, 05 (cinco) salas de aula e 01 (uma) sala de estudo para residentes. Esta sala possui alguns computadores antigos do tipo desktop, mesas retangulares e poucas cadeiras de escritório que pode ser utilizada pelas residentes em seus horários livres ou que não estão em atendimentos nos campos de atuação. As salas de aula funcionam de modo geral como salas para aulas de residentes, acadêmicos de enfermagem e reuniões em geral, como tutoria, preceptoria, orientação de TCR, entre outros encontros. No auditório, são realizadas as apresentações de TCR, aula inaugural das residências, ciclos de debates, palestras e eventos no geral.

Ao chegar nas aulas, apresentava-me enquanto pesquisadora e expliquei um pouco sobre a pesquisa. Para este dia, eu havia elaborado uma planilha para que as profissionais de saúde interessadas em participar da pesquisa pudessem preencher com seus dados de nome, profissão, programa de residência, período (R1 ou R2), telefone, e-mail e disponibilidade de horários para participar do grupo focal. Com este levantamento de informações, pretendia cruzar os horários disponíveis informados e combinar o melhor dia para a realizar o grupo focal.

Durante minha apresentação nas turmas, algumas respostas interessadas foram surgindo. Outras sinalizavam a dificuldade de conseguir reunir todos e todas em um único momento, isto só seria possível se fosse durante um horário de aula, onde ambas as turmas já estavam reunidas. Nas turmas de R1, somente um residente assistente social se mostrou interessado em participar da pesquisa, enquanto nas turmas de R2, houve maior interesse de participação. É importante salientar que

nem todas as profissionais R2 estavam presentes na aula, tendo em vista que se tratava de uma aula de fim de semestre apenas para quem ainda precisaria de orientação quanto à pesquisa de campo para o Trabalho de Conclusão de Residência (TCR).

Neste momento, retornei para casa e fiz uma reflexão se não estaria sendo equivocada sobre a minha abordagem com as residentes. Inicialmente, eu me apresentava enquanto pesquisadora e as convidava para participar do estudo, explicando que era uma pesquisa de dissertação de mestrado em desenvolvimento. Apelei para minha trajetória profissional de que também já havia sido residente lá no hospital e entendia a dificuldade em ter horários disponíveis. Com as R1 notei que elas não se percebiam ainda neste processo de pesquisa, uma vez que ainda estavam no fim do primeiro semestre de formação e ainda não haviam começado a pensar em processo de pesquisa e TCR. Entre as R2, comecei a notar que elas se identificavam, uma vez que também estavam envolvidas em seus projetos de pesquisa, principalmente quando eu falava sobre a importância da coleta de dados e as dificuldades de conciliar agendas de atendimento e escrita do TCR, práticas vivenciadas por mim e por elas.

Esta experiência demonstra a importância de estabelecer um diálogo horizontal com os sujeitos, principalmente quando se trata de pesquisa acadêmica. Ainda que o cenário desta pesquisa seja em um ambiente acadêmico de um hospital universitário e esteja lidando com profissionais, as dificuldades de aproximar a ciência da realidade do dia a dia não deixam de acontecer. O processo de desenvolvimento de uma pesquisa determina alguns limites ao pesquisador que podem surgir imediatamente, ou outros que podem surgir no decorrer do trabalho de campo (GIL, 1999).

O campo de pesquisa se apresenta de maneira dinâmica e com acontecimentos inesperados. Minayo (2013) recomenda que no campo e durante todas as etapas de pesquisa, tudo merece ser entendido como um fenômeno social e historicamente condicionado. Isto vai desde o objetos investigados, as pessoas implicadas na atividade, o investigador e seu sistema de representações teórico-ideológicas, as técnicas de pesquisa até todo o conjunto de comunicações interpessoais e comunicação simbólica que estão presente em todas as fases da

pesquisa. Assim, entendi que apesar do grupo focal ser uma técnica que me permitiria aprofundar coletivamente um tema que gera muitos debates, comecei a considerar as mudanças na dinâmica do campo e os obstáculos epistemológicos que estavam surgindo para pensar em novas estratégias de abordagem, como no caso das entrevistas individuais.

Ao perceber que o universo de sujeitos que eu teria disponível contava com a maioria de residentes R2, decidi que este seria mais um recorte para os critérios da pesquisa, tendo em vista o maior interesse em participação e também o tempo de experiência em campos de atuação que este grupo possui, uma vez que já se encontram no segundo ano de formação, com cerca de um ano e meio de atuação nos setores. Esta manobra foi levada para a orientação de pesquisa a fim de decidirmos os novos rumos do campo.

Dessa maneira, em conjunto com minha orientadora, optamos por realizar as entrevistas individuais e foram incluídas apenas profissionais de saúde residentes R2 dos Programas de Residência Multiprofissional de Saúde da Mulher e Saúde da Família da unidade de saúde, com mais de 06 (seis) meses de atuação. Foram excluídas desse estudo, as profissionais de saúde residentes R1, considerando o pouco tempo de experiência (estavam finalizando o primeiro semestre) e atuação nos campos (setores) do hospital, além da disponibilidade menor de tempo para participação na pesquisa.

Cabe acrescentar que não foi possível realizar a observação participante durante o atendimento das/dos usuárias/usuários trans da unidade de saúde. Isto se deu devido ao fluxo de atendimento da unidade que atende com demanda espontânea de usuários/as e agenda aberta para profissionais de saúde residentes. Assim, não havia a previsão antecipada de quando haveria o atendimento de pessoas trans pelas profissionais entrevistadas.

Para a realização das entrevistas, foi elaborado um roteiro de entrevistas abertas e semiestruturadas (Apêndice A). Oliveira (2010) aponta que as pesquisas devem ser formadas por tópicos semiestruturados e utilizar o mesmo padrão para cada pessoa que se pretende entrevistar. Além disso, a autora informa que os referenciais de entrevistas devem estar ajustados aos objetivos e hipóteses e devem

ser ajustados às especificidades de cada grupo para que se escolha o máximo de informações que permitam uma análise mais completa e possível.

O roteiro foi dividido de acordo com a natureza dos objetivos específicos que se pretende atingir. No primeiro bloco, será trabalhado o tema das demandas das pessoas trans que acessam os serviços e como as profissionais as percebem. O segundo bloco de perguntas tratará da interação das profissionais de saúde no atendimento das pessoas trans. E por fim, no terceiro bloco, abordaremos o tema da formação profissional e a incorporação da dimensão de gênero e sexualidade nas disciplinas curriculares dos programas de residência.

O roteiro está estruturado em três blocos temáticos com perguntas abertas a fim de não direcionar as respostas dos participantes. Para cada pergunta, desdobraremos em novos questionamentos de acordo com as respostas dos participantes. As perguntas “A” serão realizadas quando os participantes apresentarem naturalmente nas suas falas as pessoas trans como resposta. As perguntas “B”, “C” e “D” serão realizadas quando os participantes não mencionarem espontaneamente as pessoas trans em suas falas e serão direcionadas para a reflexão deste objeto da dissertação.

No que se refere ao universo de pesquisa de vinte e dois residentes R2 atuantes nos dois programas, ao total dez residentes aceitaram participar da pesquisa. Entretanto, somente nove entrevistas foram realizadas para este estudo, pois em um caso, uma profissional precisou se afastar do trabalho por motivo de doença, com uma cirurgia prevista e sem previsão de retorno ao serviço. De acordo com Oliveira (2010), nem sempre é possível pesquisar a totalidade desses elementos ou todas as pessoas ou grupo que se situam na área que delimitamos para a nossa pesquisa de campo.

A partir da planilha de contatos que eu havia organizado a partir da apresentação da pesquisa nas aulas, entrei em contato com cada profissional, via *WhatsApp*, para combinar o dia/local/horário da entrevista. A proximidade da unidade de saúde com meu atual local de trabalho também possibilitou maior disponibilidade para que eu pudesse organizar as entrevistas conforme a disponibilidade de cada profissional, mesmo nos casos em que eu precisei ir mais

de uma vez ao dia na unidade ou naqueles em que eu passei o dia na unidade sem conseguir realizar a entrevista ou tive a entrevista desmarcada em cima da hora pela profissional de saúde participante, dado algum imprevisto ocorrido para a profissional, tais como atendimento de usuários não agendados, reunião de orientação ou oportunidade de coleta de dados para o TCR, entre outros.

Neste contexto, realizei contatos diários com as residentes participantes e organizei as entrevistas individuais conforme suas agendas. O dia, horário e local da entrevista eram definidos pelas participantes. Embora as coordenadoras dos programas tenham me disponibilizado as chaves de uma das salas do centro de estudos, em sua maioria, as entrevistas foram realizadas nos campos de atuação onde a profissional estava trabalhando. Assim, apesar de já ter trabalhado nesta unidade, antes de me dirigir ao setor, eu confirmava ainda na conversa com a participante onde estava situado aquele campo, visto que a unidade está em obras de reforma e os setores mudam de local com determinada frequência (alguns funcionam em containers, sobretudo os que ficam localizados na parte do prédio que ainda não foi reformada).

As entrevistas semiestruturadas foram aplicadas em salas fechadas e individuais nos próprios setores de atuação das profissionais residentes e todas concordaram com a gravação digital para fins de pesquisa. Os setores foram variados: consultório de enfermagem ginecológica, sala de aula do centro de estudos, sala de coordenação do Serviço de Atendimento aos Usuários de Álcool e outras Drogas, consultório do Serviço de Assistência Especializada em HIV e a Coordenadoria de Área Programática. Nesta última, em especial, por ser um campo externo, não havia disponibilidade de salas para a realização das entrevistas e essas foram realizadas na área externa do prédio, mais precisamente em um canteiro lateral da unidade, onde nos sentamos no chão devido à falta de cadeiras e bancos, tivemos que realizar a entrevista no local com garantia de sigilo.

As entrevistas foram realizadas nos períodos de horário de almoço ou no turno vespertino, horários em que o fluxo de usuários na unidade é mais baixo. Não houve uma delimitação quanto ao número de entrevistadas, uma vez que em pesquisa qualitativa o critério para seleção de entrevistas em profundidade é limitado pelo acesso ao campo de investigação. A existência de profissionais de

saúde que concordem em conceder entrevista em profundidade para a pesquisa é o que limita seu número. Todas as participantes de pesquisa foram informadas sobre os objetivos da pesquisa e ao aceitarem participar foram apresentadas ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O TCLE foi entregue no início do encontro com cada participante, momento em que eu realizava a leitura conjunta com elas e perguntava ao final se ainda tinham alguma dúvida, antes de assinarem o termo. Nos casos em que havia dúvidas, elas foram esclarecidas imediatamente antes de iniciarmos as entrevistas.

As interlocutoras foram informadas ainda sobre sua participação voluntária e caso desejassem retirar sua participação da pesquisa, poderiam fazê-la a qualquer momento, sem lhe acarretar qualquer penalidade, o que não ocorreu em nenhum dos casos. Ao iniciar nosso encontro, após a leitura do TCLE, as participantes assinavam o documento, que foi datado e assinado por mim em duas vias, sendo uma via entregue à participante e outra via guardada em uma pasta que ficou sob minha responsabilidade.

No que se refere aos cuidados éticos, observou-se a necessidade de guardar o material digital coletado com zelo, para que este não fosse danificado, extraviado e/ou divulgado fora do âmbito da pesquisa. Oliveira (2010) fala que a gravação é muito importante para se ter com precisão o registro de tudo que foi dito por ocasião da entrevista. Os áudios foram transcritos por uma profissional da área e somente eu e ela tivemos acesso aos instrumentos utilizados para gravação e transcrição dos áudios. Ainda de acordo com o autor, é aconselhável que a transcrição da gravação seja realizada por profissionais que não estejam diretamente envolvidas no processo de pesquisa, a fim de que este procedimento garanta a ausência de qualquer tipo de interferência do(a) pesquisador(a). As transcrições foram realizadas em local de privacidade e de forma cuidadosa, visando manter o caráter fidedigno do material.

Entre os riscos e desconfortos desta pesquisa, destacam-se os possíveis danos relacionados ao desconforto emocional por compartilhar informações pessoais e/ou que envolvam terceiros, o que não aconteceu em nenhum dos casos. Porém, caso ocorresse, seria oferecida assistência às participantes por meio de escuta qualificada e manejo dos esclarecimentos pertinentes na condução da

pesquisa. Cabe esclarecer, que nenhum dos procedimentos usados nesta pesquisa oferecia riscos à dignidade humana da participante.

Como benefícios de participação nesta pesquisa, destacamos que embora a participante não tenha nenhum benefício direto, os resultados da pesquisa sobre a narrativa das profissionais de saúde serão disponibilizados nesta dissertação e pretendendo-se colaborar na qualidade dos serviços de saúde prestados à população trans e com aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional.

Salientamos ainda que no presente estudo, todas as entrevistadas tiveram suas identidades preservadas, bem como seus valores culturais, morais, sociais, religiosos e étnicos respeitados, tendo seus nomes substituídos por nome fictícios, com o objetivo de garantir o sigilo e a confidencialidade das informações fornecidas. Após a conclusão de todas as entrevistas, para fins de organização, foi elaborado uma planilha com os nomes verdadeiros de todas as entrevistadas, idade, profissão, ano de formação, instituição de nível superior e formação complementar.

Ainda que a fase da coleta de dados seja dinâmica e com acontecimentos inesperados, a etapa seguinte da análise dos dados exige ainda mais atenção do pesquisador, sendo muitas vezes exaustiva. Isso porque a fase mais formal de análise tem lugar praticamente quando a coleta de dados está praticamente encerrada (LUDKE, 2013). Neste momento, é preciso que o pesquisador tenha uma ideia mais ou menos clara das possíveis direções teóricas do estudo e parta então para trabalhar o material acumulado, buscando destacar os principais achados da pesquisa (Idem, *ibidem*).

Para Minayo (2013), adentrar a etapa da análise do material qualitativo é um dos obstáculos enfrentados pelo investigador, sendo necessária a superação da análise espontânea dos dados, somando-se a isso as opções de unir as descrições ou opções metodológicas com a análise do campo e o objeto de trabalho. Como saída para esta etapa, a autora apresenta três modalidades para a análise de dados: a análise de conteúdo, a análise de discurso e a análise hermenêutico-dialética. Neste estudo, optamos pela análise de conteúdo em que a atenção é voltada para o conteúdo manifesto nas narrativas das profissionais, suas regularidades e significações. Esse tipo de análise leva em consideração os sentidos semânticos relativos aos

significantes dos discursos e os sentidos sociológicos, além das variáveis como contexto cultural e social e o processo de produção da mensagem (Idem, ibidem).

Neste sentido, remetendo a Bardin (1977), o *corpus* da pesquisa foi analisado em três etapas. Inicialmente, foi realizada uma pré-análise com a leitura dinâmica do material, tendo por objetivo contextualizar as narrativas, bem como os núcleos de significação e as categorias de análise a serem trabalhadas. Para Ludke (2013), esse primeiro passo na análise é a construção de um conjunto de categorias descritivas. Num segundo momento, o material foi analisado de forma que os dados foram ordenados e os aspectos relevantes foram colocados em ordem. É possível que, ao fazer essas leituras sucessivas, o pesquisador utilize alguma forma de codificação, isto é, uma classificação dos dados de acordo com as categorias teóricas iniciais ou segundo conceitos emergentes (Idem, ibidem). Ainda de acordo com os autores supracitados, esta etapa está diretamente relacionada com a fase final, onde o conteúdo foi analisado não sendo restrito ao que estava explícito no material, mas indo a fundo, desvelando mensagens implícitas dimensões contraditórias e temas sistematicamente silenciados.

Deste modo, o material do presente estudo foi sistematizado e articulado à bibliografia pesquisada que trata sobre a perspectiva das profissionais de saúde em formação sobre o atendimento de pessoas trans. Ao consultar as referências bibliográficas utilizadas para dialogar com os dados dessa pesquisa, identificamos diferentes autores e abordagens de diversas áreas, desde o direito passando pela enfermagem, psicologia, serviço social até a saúde coletiva. Isto demonstra que o fenômeno da saúde trans e a formação das profissionais não se limita a uma área específica de conhecimento.

Neste sentido, esse estudo não há intenção de esgotar as análises sobre a temática nem mesmo de se criar concepções fixas sobre ela. Os achados empíricos desta pesquisa (MINAYO, 2013), juntamente a análise à luz da literatura recente, serão apresentados no capítulo a seguir.

5 Diálogos possíveis: as narrativas das profissionais de saúde

Este capítulo se propõe a apresentar e analisar os dados coletados nas entrevistas. Para isto, utilizaremos fragmentos das narrativas das profissionais de saúde entrevistadas, relacionando-as com a literatura a fim de fazer uma reflexão crítica com os dados e promover debates que possam contribuir para as discussões sobre o atendimento de pessoas trans nos serviços de saúde, a formação profissional e a qualidade dos serviços prestados. Assim, partimos das narrativas das profissionais de saúde em formação, na modalidade de Residência Multiprofissional (RMS). A partir dessas narrativas, pretendeu-se a apreender as experiências, percepções, limites e desafios no atendimento de pessoas trans em um serviço de saúde.

Inicialmente, apresentamos uma tabela com algumas informações das participantes de pesquisa, a fim de traçar os perfis das profissionais localizadas neste estudo. Nesta tabela, as colunas foram preenchidas com os nomes, idade, profissão, ano de formação e instituição de ensino superior. Cabe destacar que a localidade de origem e a orientação religiosa de cada entrevistada não foi sinalizada nesta tabela, visto que estes itens não foram pensados no momento de elaboração do roteiro, embora em alguns momentos apareceram nas narrativas das profissionais. No entanto, entendendo a importância dessas informações, considera-se relevante incorporá-las para possíveis estudos futuros.

Os itens a seguir foram escolhidos a fim de melhor caracterizar quem são as participantes deste estudo. Assim, iniciava as entrevistas pedindo que se apresentassem com nome, idade, profissão, ano de formação e instituição em que estudou. Tais informações ajudam a qualificar quem são essas profissionais de saúde em formação, seu perfil sociológico e a forma como estão localizadas no estudo além de seu lugar de fala. Segundo Djamilla Ribeiro (2017), todas as pessoas possuem lugares de fala, pois estamos falando de uma localização social.

Embora neste estudo não estejamos lidando diretamente com as usuárias e usuários trans, há aqui uma preocupação em debater e refletir criticamente sobre um dos temas mais polêmicos da sociedade. Assim, pensar a promoção da saúde trans a partir da percepção das profissionais de saúde é fundamental para que os

indivíduos pertencentes ao grupo social privilegiado em termos de *locus* social consigam enxergar as hierarquias produzidas a partir deste lugar e como esse lugar impacta diretamente na constituição dos lugares dos grupos subalternizados (RIBEIRO, 2017), como no caso no grupo da população trans.

Tabela 1 – Caracterização das profissionais de saúde entrevistadas

NOME	IDADE	PROFISSÃO	INSTITUIÇÃO DE FORMAÇÃO	ANO DE FORMAÇÃO	EXPERIÊNCIAS ANTERIORES	PROGRAMA DE RESIDÊNCIA
CARMEN	26	Enfermeira	UNIGRANRIO	2017	NÃO	Saúde da Família
MARIA	25	Dentista	UNIFESO	2015	SIM	Saúde da Família
CAMILA	28	Enfermeira	UFRJ	2017	NÃO	Saúde da Família
BRUNA	25	Nutricionista	UFRJ	2017	NÃO	Saúde da Família
PRISCILA	24	Psicóloga	UFF	2016	NÃO	Saúde da Mulher
LUANA	24	Psicóloga	UNB	2016	SIM	Saúde da Mulher
MULIANA	27	Enfermeira	UERJ	2015	SIM	Saúde da Mulher
ANDRÉ	35	Assistente social	UFRJ	2009	SIM	Saúde da Mulher

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 1812522/CA

Observando a faixa etária das entrevistadas apresentada na tabela, pode-se dizer que houve neste estudo, a oportunidade de se trabalhar com uma faixa etária de participantes entre 24 e 35 anos de idade, uma variação de pouco mais de 10 anos de diferença. Pode-se observar a proximidade de idades, sendo as mais novas Priscila e Luana (ambas com 24 anos de idade) e os mais velhos Thais e André (32 e 35 anos, respectivamente). Apesar da proximidade da faixa etária, a diferença de idade reflete nas destoantes perspectivas das entrevistadas em relação ao fenômeno da transexualidade, o que será trabalhado posteriormente neste capítulo.

Em relação à profissão, é possível observar que foram entrevistadas representantes de todas as profissões que compõem o quadro de profissionais dos

programas de residência da unidade de saúde. No Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher, foram entrevistadas duas enfermeiras (Juliana e Thais), duas psicólogas (Luana e Priscila) e um assistente social (André). Sobre as profissões representantes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, foram entrevistadas duas enfermeiras (Carmen e Bruna), uma dentista (Maria) e uma nutricionista (Bárbara).

No que diz respeito à instituição formadora, destacamos dois aspectos: o tipo de instituição e sua natureza (pública ou privada) e instituições de outras cidade e estados. Sobre a natureza das instituições, observa-se a predominância das formações em instituições públicas, sendo duas do estado do Rio de Janeiro, embora de municípios diferentes (Universidade Federal do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro e Universidade Federal Fluminense – Niterói), uma federal de Brasília (Universidade Federal de Brasília). Entre as instituições privadas, apesar de ambas serem do estado do Rio de Janeiro, são de municípios diferentes. A Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO) fica localizada na Baixada Fluminense, no município de Caxias e o Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO) é uma instituição do município de Teresópolis, região serrana do Rio de Janeiro. O local de formação está diretamente relacionado com a cidade de origem de cada entrevistada. Dessa maneira, temos uma participante de origem do Distrito Federal (Luana – psicóloga), quatro participantes de outros municípios do Rio de Janeiro (Carmen - Enfermeira/Caxias; Maria – dentista/Teresópolis; Priscila – psicóloga/Niterói; André – Assistente Social/São Gonçalo) e quatro participantes da cidade do Rio de Janeiro.

No tocante sobre a motivação para realizar a formação em um programa de residência multiprofissional em saúde, as interlocutoras apresentaram diferentes motivos. Uma das entrevistadas (Luana) veio do Distrito Federal para cursar a Residência em Saúde da Mulher, motivada por uma amiga que já estava no Rio nos anos anteriores, fazendo a mesma formação. As interlocutoras dos municípios de Caxias e Petrópolis (Carmem e Maria) informaram que a motivação para sair de suas respectivas cidades foi a busca por oportunidade de crescimento profissional e maiores oportunidades, uma vez que identificam limitações para desenvolvimento em suas cidades de origem. Um participante (André) diz que sua maior motivação

foi o fim de seu contrato de trabalho na Prefeitura de seu município de origem, onde retornou para trabalhar após o término de sua graduação. O entrevistado informou ainda que desde a graduação optou por vir morar no Rio de Janeiro para poder ficar mais próximo da universidade e escolheu trabalhar em seu município após o término da graduação.

A profissional de Nutrição (Bruna) disse que sua motivação se deu através de informações de colegas de curso que conversavam sobre os projetos futuros de pós-graduação. Já as enfermeiras (Thaís, Juliana e Camila) se disseram motivadas durante a graduação, tendo em vista que no curso de enfermagem a formação de residência em saúde possui grande interlocução com o curso de graduação de enfermagem. Silva (2016) ressalta que nos últimos anos, a procura pela Residência Multiprofissional em Saúde vem crescendo por diversos motivos, entre eles, a possibilidade de se inserir no mercado de trabalho com uma atuação remunerada e a substituição de trabalhadores do SUS por profissionais residentes. Dessa forma, segundo a autora, certos espaços de residência estariam muito mais voltados à precarização do trabalho em saúde do que a uma experiência em formação para o SUS.

Sobre o ano de formação das profissionais, notamos uma faixa entre 2009 (André, o profissional que se formou a mais tempo neste grupo de entrevistados) e 2017 (Carmen, Camila e Bruna, profissionais formadas mais recentemente). Verificamos ainda que entre 2015 e 2017 concentrou-se os anos de formação da maioria das participantes. Neste grupo, cinco profissionais ingressaram na residência no ano seguinte da conclusão da graduação. Estudos anteriores, apontam que a residência corresponde ao início de uma carreira profissional e possibilita uma transição amena entre o mundo universitário e a realidade prática, que permite ao profissional maior segurança para atuar (Goulart et. al 2012).

Quanto à experiência profissional anterior, apenas três profissionais informaram terem tido experiências profissionais antes da residência. André atuou por quase nove anos na Política de Assistência Social de sua cidade de origem, onde trabalhou como assistente social de um Centro de Referência da Assistência Social. Juliana, enfermeira, já havia realizado outro programa de residência

uniprofissional, mais especificamente em um Programa de Residência em Enfermagem Cirúrgica em um hospital universitário também no Rio de Janeiro.

A entrevistada Lua disse ter passado pela experiência na área da educação, atuando como psicóloga servidora pública do município em sua cidade natal, mas não se identificou com a proposta de trabalho dentro das escolas e optou por pedir exoneração e vir para o Rio de Janeiro para realizar a residência em Saúde da Mulher. Maria, dentista, atuou como dentista em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), conhecida popularmente como “postinho de saúde”, no interior do Rio de Janeiro e atendia em consultório particular em sua cidade natal. De acordo com Goulart et.al (2012), isso indica que a residência além de permitir instrumentalização teórico-prática ao recém graduado, proporciona qualificação dos profissionais que já tem experiência no mercado de trabalho em uma determinada área de conhecimento. A Residência Multiprofissional em Saúde permite que esses profissionais reflitam de forma crítica sobre a prática, repensem o cotidiano e aperfeiçoem seus conhecimentos.

Embora as demais entrevistadas não tenham tido experiências profissionais após a conclusão da graduação, é importante sinalizar que todas as profissionais tiveram aproximação com o campo da saúde em algum momento de sua trajetória profissional, seja na modalidade estágio obrigatório ou acadêmico em formação profissional. Carmen e Camila foram acadêmicas de enfermagem em hospitais universitários, Bruna atuou como estagiária de Nutrição no hospital universitário, em uma maternidade pública e em uma unidade de atenção primária, ambas as unidades localizadas na zona norte do Rio de Janeiro, onde teve seu primeiro contato com a Atenção Primária em Saúde.

A predominância de profissionais recém-formados entre residentes condiz com os propósitos dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), conforme definidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). Neste sentido, uma das diretrizes dos programas de RMS está em favorecer, especificamente a inserção de jovens profissionais de saúde no mercado de trabalho, a fim de modificar o entendimento e as práticas de atenção em saúde (idem, Ibidem). Assim, os programas de RMS podem auxiliar a delinear um novo

perfil de profissionais de saúde, capazes de atender de forma mais qualificada as demandas no SUS (Goulart et. al, 2012).

Para organizar os dados da pesquisa e facilitar uma discussão mais detalhada, os resultados encontrados foram alocados nas seguintes categorias de análise: Noções de transexualidade e demandas em saúde; Atendimento de pessoas trans e a interação com as profissionais e, por fim, Gênero e formação profissional. A partir dos objetivos traçados, foi realizada a leitura do material com as categorias previamente criadas, a fim de identificar sua presença nas narrativas das profissionais entrevistadas. A divisão dessas categorias foi feita de forma temática, de acordo com o instrumento de pesquisa utilizado, a partir dos conteúdos das perguntas e das narrativas das profissionais de saúde entrevistadas.

5.1 Noções sobre transexualidade e demandas em saúde

Esta primeira categoria é composta pelos resultados que surgiram a partir do primeiro bloco de perguntas da entrevista sobre o que entendem ser uma pessoa trans, se já perceberam a presença de pessoas trans na unidade e qual o perfil delas. No que se refere às noções que têm sobre transexualidade, as profissionais de modo geral, demonstraram certa preocupação com o seu entendimento.

[...]pelo que eu entendo, têm pessoas trans que é identificação. Ela pode ter o corpo masculino feminino, mas pode se autoidentificar como trans, não dizer pra você, que... eu perceber se é trans ou não, eu acho isso muito estranho responder pra você porque eu estaria pré-definindo a pessoa. (André, assistente social, Saúde da Mulher)

[...]já sempre quando dá pra falar, eu falo que eu já ouvi, né, mulheres travesti levantarem essa bandeira, de que a travesti nada mais é que a transexual periférica vamos supor. Eu já ouvi uma vertente do movimento das travestis. (Juliana, enfermeira, Saúde da Mulher)

[...]eu não sei como ela se identificava, mas quando eu olhava me parecia uma travesti assim, que eu não sei se é um bom termo porque às vezes falam que é que travesti marginaliza um pouco, enfim, eu não sou tão ligada nessas paradas, não sei, deveria saber. (Maria, dentista, Saúde da família e Comunidade)

Neste aspecto, percebemos pelas narrativas das profissionais a dificuldade no entendimento sobre identidade de gênero e conhecimento sobre a identidade trans. Juliana apresenta a noção de que *travesti nada mais é do que uma transexual periférica*. Maria expressa a ideia de que *travesti é uma identidade marginalizada*. As narrativas das profissionais exprimem a necessidade urgente do conhecimento

e discussão na formação profissional no que tange às identidades, orientações sexuais e expressões de gênero. André demonstra cuidado ao expressar sua percepção e, ao responder à pergunta da entrevista, indica a *autoidentificação* da pessoa como trans ou não.

Conforme Louro (2013) aponta, as identidades sexuais e de gênero estão profundamente inter-relacionadas, nossa linguagem e nossas práticas muito frequentemente a confundem, tornando difícil pensá-la distintivamente. Para a autora, o que importa é pensar que tanto na dinâmica de gênero como na dinâmica da sexualidade, as identidades são sempre construídas e não são dadas ou acabadas em um determinado momento. Neste entendimento, a compreensão dessa diferença implica diretamente nas interpelações às usuárias/usuários. Perguntar diretamente às usuárias como se identificam em suas identidades contribui para a qualidade do serviço de saúde prestado à população trans.

Outra questão deste bloco de perguntas buscou saber se já perceberam a presença de pessoas trans na unidade de saúde em que atuam. Para se chegar a essa questão, a pergunta anterior questionava quais eram as principais demandas e o perfil do público que acessava os serviços. As respostas das entrevistadas foram as mais diversas. Para as profissionais do programa de RMS em Saúde da Mulher, observou-se a predominância de usuárias/usuários adultos nos serviços em busca de exames de rotina, consultas e acompanhamentos em geral. Não houve uma delimitação do público percebido e nenhuma participante trouxe imediatamente em suas respostas a inclusão de pessoas trans no público que frequenta a unidade.

Eu acho que assim, de uma forma geral vêm mais pessoas de baixa renda, em situações mais vulneráveis economicamente, socialmente, vem muito pro hospital uma população que não consegue se inserir no serviço da atenção primária, por exemplo das clínicas da família, então por exemplo, lugar onde a clínica da família não tá bem funcionando, não tá com uma rotatividade de atendimento boa assim,)suficiente para estancar essa demanda, as pessoas vem muito pra cá. (Lua, psicóloga, Saúde da Mulher)

Aqui tem nome de hospital, quando a gente ouve falar em hospital, você ouve falar de um espaço de saúde que você, necessariamente, você tem tudo. Tudo o que? Faz operação, tem especialista, você faz o exame, você tem o maquinário e aí quando você cai aqui dentro e começa a entender um pouco melhor você vê que as demandas são as mais variadas possíveis. Você vê pessoas que chegam aqui que precisam fazer um exame, exame de sangue, simples e exames das suas mais variadas solicitações, um hemograma simples, completo para fazer uma operação, aí tem que ter o pré-operatório, tem que fazer exame, para

saber um pouco melhor sobre... O açúcar no meu sangue, quero vê se tenho o colesterol alto se não tem e tal... Quero fazer... Aferir pressão... Quero, tenho um caroço, quero saber o que é isso, se dói, não dói. Então as demandas assim, recorrentemente as pessoas vêm. Na ginecologia, “ah eu tô com uma ardência na vagina, eu vim porque eu não sei o que é isso, queria entender um pouco melhor”, “ah eu quero engravidar”, aí vem pra cá, a passagem, “queria ter passagem para fazer um tratamento” “ah eu tô com uma dor na perna”, vem, problemas com drogas, aí vem pra cá também, idosos... (André, assistente social, Saúde da Mulher)

O público maior é de mulheres acima de 40 anos, pelo que eu vejo e as principais demandas, é... Atenção primária mesmo ou na clínica da família mesmo ou preventivo, alguma outra com corrimento, é porque assim, aqui no hospital tem muitos setores, né, no CTA é um público diferente, a maior parte é homens gays que vão lá e aí a intenção é ver... Fazer o teste rápido mesmo de HIV, hepatite e sífilis, mas no geral a principal demanda, ninguém tem como impor alguma queixa específica, é mais o acompanhamento de saúde mesmo, no hospital de modo geral, se fazer levantamento é isso mesmo, de mulheres acima de 40 anos, *mulheres cis* né? (Juliana, enfermeira, Saúde da Mulher)

A narrativa de Juliana me chamou a atenção quando ela finalizou sua fala citando as mulheres cis. Neste momento, tentei-me para a nomenclatura usada pela entrevistada. O uso do termo soou como Mattos e Cidade (2016) apontam, conforme vimos no capítulo de revisão de literatura, como conceito do suposto lugar de “identidade de gênero normal”, a partir do qual as experiências de identificação de pessoas, ao longo de suas vidas, com o sexo/gênero que lhes foi designado e registrado no momento do nascimento (atribuição marcada pelos saberes médico e jurídico). Jesus (2012) aponta no “Guia técnico sobre pessoas transexuais, travesti e demais transgêneros para formadores de opiniões” que cisgênero deve ser entendido como um conceito “guarda-chuva” que abrange as pessoas que se identificam com o gênero que lhes foi determinado quando de seu nascimento (JESUS, 2012, p.14).

A percepção das profissionais residentes de Saúde da Família e Comunidade sobre o perfil do público atendido na unidade de saúde cita a predominância de idosos, além do público de mulheres e jovens.

[...] muito idoso, tem a população jovem também, criança, mas a maioria é idoso que acessava. [...] (Carmen, enfermeira, Saúde da Família e Comunidade)

[...] É muita mulher, né... Muita mulher, tem muitos adultos, adultos jovens, era o meu perfil assim e idosos, não tinha muita criança na minha equipe[...]

[...]Então tinha muitos idosos que moravam sozinhos ou com cuidadores ou seus vizinhos faziam o cuidado e eu tinha muitos adultos jovens que moravam em república[...] (Camila, enfermeira, Saúde da Família)

[...] Aí assim, de todas as idades, de criança a pessoas mais idosas, mas bem variadas assim[...] (Maria, dentista, Saúde da Família)

Essas percepções vão ao encontro do que é previsto de acordo com a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM). Segundo a Política, as mulheres são a maioria da população brasileira e as principais usuárias do SUS. Frequentam os serviços de saúde para o seu próprio atendimento, mas sobretudo, acompanhando crianças e outros familiares, pessoas idosas, com deficiência, vizinhos e amigos. São também cuidadoras, não só das crianças ou outros membros da família, mas também de pessoas da vizinhança e da comunidade (PNAISM, 2004, p.9).

Dando continuidade a esta pesquisa, ao perceber que em nenhuma das narrativas as pessoas trans eram citadas como perfil de atendimento na unidade de saúde, logo direcionava o assunto para o interesse da pesquisa e perguntava se as profissionais já haviam percebido a presença de pessoas trans neste público atendido. Nestes casos, profissionais rememoravam casos atendidos e já emendavam com a questão seguinte do questionário que se tratava de saber como esses casos foram atendidos.

[...]Eu atendi algumas vezes. Na IST masculina e na clínica da família. (Lua, psicóloga, Saúde da Mulher)

[...]Sim, eu tive... Tentando me recordar aqui, de três experiências. (Camila, enfermeira, Saúde da Família e Comunidade)

[...]Então, eu estava no CTA foi quando eu atendi uma pessoa trans[...] (André, assistente social, Saúde da Mulher)

[...]Eu acho que eles estavam fazendo o tratamento do HIV mesmo. Que eu vi, acho que foi a única que eu vi mesmo, estava na sala de espera, ela estava aguardando o atendimento pra ela, aí ela contou que como o parceiro dela ajudava ela no tratamento, era uma travesti, eu acho. (Priscila, psicóloga, Saúde da Mulher)

Já, já vi alguma. Na IST masculina, né, que é masculina, mas já atendi mulheres trans, mas assim, eu acho que no total, nesses dois anos de Residência, foram duas ou três. Foi uma no CTA e duas na IST, não vi muitas ali. (Juliana, enfermeira, Saúde da Mulher)

É importante destacar que os campos citados pelas profissionais com presença de pessoas trans foram o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) em HIV e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e o “IST Masculino”, serviço de consulta de enfermagem para pacientes do sexo masculino da unidade de saúde. Neste sentido, cabe o estranhamento nas narrativas de Juliana e Lua quando citam a presença de pessoas trans neste setor. Em dado momento da entrevista, Lua problematiza o nome do serviço e o atendimento oferecido pelo profissional de enfermagem responsável pelo mesmo que também é preceptor das residentes que atuam neste campo.

[...] eu acho esse setor muito problemático, a começar pelo nome dele, né? Porque lá tem atendimentos de mulheres trans e travestis e aí fica com esse nome de masculino. Acho muito complicado. (Lua, psicóloga, Saúde da Mulher)

[...]o enfermeiro, ele é muito bom enfermeiro, a consulta dele é muito completa e, assim, pra mim que sou de outra área eu achei impressionante como ele, realmente, não tem pressa, avalia a pessoa, toda a pessoa, inclusive não olha só a parte genital, vamos dizer assim, mas a pessoa como um todo mesmo, mas ele ainda tem opiniões muito retrógrada. Então teve um atendimento que ele deixou bem claro que a pessoa era... Eu acho que era travesti e que ele falou que era gay porque tinha sofrido um trauma na infância, tinha sido abusado e aí eu tive que intervir, né, assim, por mais que a gente seja orientada a não... Não é desautorizar... Não contrariar o preceptor no atendimento, eu falei, eu não ia deixar passar uma coisa assim, então eu falei que não que isso é uma crença de antigamente que até a psicologia, de alguma forma reforçou isso, mas que hoje em dia se vê que não, que isso já caiu por terra e que não, as pessoas tem as orientações sexuais delas e a identidade de gênero delas e não tem nada a ver necessariamente com a violência que elas sofreram durante a vida, mas que colocavam elas sim em situação de vulnerabilidade, não por causa da orientação sexual em si e da identidade de gênero em si, mas de um mundo muito machista e heteronormativo. Então teve esse momento e aí eu vi que o usuário, a usuária, ficou sem saber, assim como agir, porque não sabia se entrava numa coisa de militância com o enfermeiro, se identificava comigo e com as outras residentes, se parava o atendimento e ia embora, se... Mas eu acho que deixou assim, acontecer, acho que ela deixou acontecer e continuou e falou “é, né, pois é” mas assim, tinha sido uma pessoa que tinha sido violentada na infância, então reduzir a isso foi, eu achei que foi muito... Difícil pra ela, né, assim, absorver, mas continuou manteve... O enfermeiro não gostou muito não... (Lua, psicóloga, Saúde da Mulher)

Embora a presença de pessoas trans tenha sido percebida em maior evidência nestes campos de atuação relacionados aos cuidados das IST, Rocon et.al (2016) sugere cautela para não moralizar a leitura que é feita no envolvimento de pessoas trans nas redes de contaminação de HIV e outras IST, colocando-as como grupo de risco para esta demanda de saúde pública. Mello et. al (2011) evidenciam

que embora o acesso da população trans aos serviços de saúde tenha como principal e quase única porta de entrada os serviços de atenção especializada em HIV e outras IST, transexuais e travestis não buscam os serviços de saúde apenas em consequência do HIV ou quando inseridas no processo de readequação sexual (idem, ibidem).

Entre todas as entrevistadas, apenas uma profissional, Bruna, mencionou que não havia percebido a presença de pessoas trans no público usuário da unidade de saúde.

Não... Não me lembro, assim, se passou, foi muito despercebido ((riso)). (Bruna Nutricionista, Saúde da Família e Comunidade)

A narrativa da profissional ao expressar sua *não-percepção da presença de pessoas trans na unidade de saúde* nos remete a noção de passabilidade. Segundo a ativista trans Daniela Andrade, a passabilidade pode ser resumida de forma bem simples como quando a pessoa trans é lida pela sociedade como se fosse cisgênera. No entanto, ainda de acordo com a ativista, é preciso lembrar que passar-se por cisgênera não é necessariamente a intenção de uma pessoa trans.

5.2 Atendimento de pessoas trans e interação com as profissionais de saúde

Neste bloco de perguntas, buscamos compreender como se dá a interação entre profissionais de saúde e as pessoas trans no atendimento de suas demandas. Para isto, inicialmente foi perguntado às participantes se havia algum tipo de demanda que não se sentiam preparadas para atender. A resposta negativa foi unânime. Em seguida, as participantes foram questionadas se já haviam realizado atendimento a pessoas trans e como se sentiram.

As entrevistadas Bruna, Carmen e Priscila sinalizaram que não tiveram a oportunidade de atender uma pessoa trans, mas que já tinham participado de casos sobre a temática em outras oportunidades. No caso de Bruna, a nutricionista informou que houve uma aula sobre a temática na formação em que estava participando com o NASF para agentes comunitários de saúde e Carmen disse ter participado da discussão sobre um caso trazido por outra enfermeira na preceptoria. Sobre este caso, trataremos no próximo item deste capítulo.

As demais narrativas mostraram que esses atendimentos foram marcantes para as profissionais. Ao passo que respondiam às perguntas realizadas pela pesquisadora, já emendavam suas respostas contando os atendimentos em forma de casos.

[...]Eu atendi algumas vezes. Na IST masculina e na clínica da família. (Lua, psicóloga, Saúde da Mulher)

[...]Sim, três experiências. Sendo que dessas três... (Camila, enfermeira, Saúde da Família e Comunidade)

[...]mas já atendi mulheres trans, mas assim, eu acho que no total, nesses dois anos de Residência, foram duas ou três. (Juliana, enfermeira, Saúde da Mulher)

[...]Sim, eu já atendi, mas assim, casos mais marcantes pra mim foram três que eu me lembre aqui no momento. (Maria, dentista, Saúde da Família)

[...]Eu estava no CTA foi quando eu atendi uma pessoa trans... (André, assistente social, Saúde da Mulher)

Um dos aspectos principais que destacamos nas narrativas das profissionais no que tange ao atendimento de pessoas trans é o uso do pronome adequado e o uso do nome social para se referir às pessoas trans. Lua expressa essa dificuldade ao se referir à usuária atendida pelo enfermeiro no setor “IST Masculino”, onde a mesma estava com seu trio multiprofissional, ainda no período de R1, acompanhando uma consulta de enfermagem. Embora ela apresente algumas noções de gênero e identidade em sua resposta ao preceptor, no caso expresso acima, ao se referir à usuária, a profissional apresenta uma fala confusa, conforme destacamos abaixo.

[...]Então teve esse momento e aí eu vi que *o usuário, a usuária*, ficou sem saber, assim como agir, porque não sabia se entrava numa coisa de militância com o enfermeiro. (grifos nossos) (Lua, psicóloga, Saúde da Mulher)

Camila também expressou em suas narrativas a dificuldade de ajustar o gênero correto à identidade de gênero. A profissional lembrou um caso em que atendeu um trans homem para uma consulta de enfermagem ginecológica. Embora a residente tenha referido ser o atendimento para um homem trans, ainda se referia ao usuário no gênero feminino.

[...]E aí eu marquei uma consulta de preventivo. É em torno de saúde da mulher, mas eu marquei *pra ela* pra gente conversar sobre essas questões e minha preceptora achou melhor que *ela* fosse atendida por mim, por eu ser residente, estar mais antenada com esses assuntos e

também porque minha agenda era mais tranquila. E aí era pra gente conversar sobre essas questões relacionadas *à saúde dela, por ela ser trans homem*, mas ainda ter útero e tal, sobre os cuidados que *ela* deveria ter [...] (Camila, enfermeira, Saúde da Família)

Cabe destacar aqui que o homem trans pode ser entendido como a pessoa que nasce com a vagina e constrói seu curso de vida como homem. Segundo Vergueiro (2016), o padrão cisnormativo estabelece o reconhecimento e a legitimidade exclusivamente relacionados ao cumprimento de critérios em relação à cisgeneridade heterossexual. Desta maneira, isso significa cumprir a lógica linear que articula sexo e gênero na determinação de uma pessoa, no caso pênis-masculino-homem/vagina-feminino-mulher. Assim, o homem trans rompe com a lógica dessa articulação.

Maria também deixa explícito a sua falta de conhecimento sobre o tema do nome social. Ela tentou lembrar o nome de uma usuária que atendeu na unidade e falou sobre o desconforto de não saber como se referir à usuária.

[...]Teve uma... Deixa eu lembrar, consigo lembrar o nome dela, eu acho... Porque era um nome bem característico, desses nomes que escolhem[...] (Maria, dentista, Saúde da Família)

[...]Quando eu abri o prontuário, estava escrito Sabrina Dark e aí alguém falou comigo: “olha a Sabrina Dark, você chamar não vai vir alguém como você espera Sabrina” e aí eu não sei como ela se identificava [...mas quando eu olhava me parecia uma travesti assim, que eu não sei se é um bom termo porque às vezes falam que é que travesti marginaliza um pouco, enfim, eu não sou tão ligada nessas paradas, não sei, deveria saber, mas não sei e aí eu lembro que outras pessoas lá na unidade “ah é uma travesti” também falou que era travesti [...] (Maria, dentista, Saúde da Família)

[...]E um outro caso foi o caso de uma... Eu não sei também nem como definir, mas chegou pra mim um rapaz com filho para ser atendido e aí tipo assim, eu não me liguei, não percebi, ela também... Ele também não se apresentou, não lembro de ter falado, porque eu fui atender a criança e numa correria não lembro de perguntar o nome dela, dele ((riso)) que pra mim eu fiquei tratando ele o tempo inteiro no masculino e aí teve um momento que eu perguntei assim: “ah e a mãe?” e aí era a mãe, entendeu? Só que ela tinha o cabelo muito curtinho, estava com roupa masculina assim e tinha uma voz muito de adolescente porque era uma pessoa super jovem, ela teve filho muito nova e aí era uma voz muito... Não era uma voz masculina nem feminina, era uma voz muito adolescente que me confundia, sabe? E aí ela falou: “não, eu sou o pai, mas também sou a mãe e tal [...] (Maria, dentista, Saúde da Família)

Na situação exposta pela profissional, fica em evidência o reconhecimento do uso do nome social pelas profissionais de saúde. Conforme destacamos no capítulo de referencial teórico, o nome social diz respeito aquele pelo qual travestis e transexuais preferem ser chamadas/chamados, em contraposição ao nome do

registro civil, que não corresponde ao gênero com o qual se identificam. O uso do nome social em todos os documentos dos usuários e usuárias do SUS é um direito garantido desde 2007 pela Carta de Direitos dos Usuários do SUS. Em seu terceiro princípio, a Carta assegurava o campo para preenchimento do nome social nos documentos de identificação do SUS (cartão do SUS), vetando o uso de formas desrespeitosas e preconceituosas no atendimento. (BRASIL, 2007).

Dessa maneira, o nome social se apresenta como uma questão de saúde pública e ao mesmo tempo uma das principais barreiras de acesso das pessoas trans aos serviços. O nome carrega junto ao corpo os múltiplos sentidos de feminilidade e masculinidade que operam como constituintes do gênero (ROCON et.al, 2016). Para Rocon (2018), o desrespeito ao nome social nos serviços de saúde pública, somado à discriminação por parte das profissionais, tem sido relevante na não efetivação do acesso ao cuidado em saúde.

Outro ponto que observamos nas narrativas das residentes diz respeito a como as participantes demonstram que a lembrança que têm sobre o atendimento as pessoas trans estão relacionadas com as demandas profissionais. A percepção das residentes demonstra ainda como as demandas em saúde das pessoas trans atendidas na unidade estão para além da saúde como “ausência de doença”.

[...]Teve uma outra usuária que eu atendi também que ela... Eu não lembro muito bem a questão... só que ela se vestia assim um pouco masculina, mas você via que ela era uma mulher e tal só que ela gostava de ser chamada por um outro nome que agora eu não lembro qual era mas não era um nome feminino, então você chamava e aí alguém falava “ah ela gosta de ser chamada por tal nome” e aí quando você ia chamar era o nome que assim quando você olha pra pessoa não condiz assim, sabe? E esse foi um caso que eu lembro muito dele porque ela tinha várias ausências de dentes[...] (Maria Carolina, dentista, Saúde da Família e Comunidade)

[...]Na IST masculina eu lembro que tem essa questão de vê se a pessoa tem alguma IST, né, de vê se tem alguma verruga ou algum sintoma de doenças sexualmente transmissíveis, mas como estava em atendimento multiprofissional a gente... Meu trio era um que a gente gosta de trabalhar, então a gente ficava realmente assim, buscando compreender a pessoa como um todo, né, e dá espaço para que venha... Surgissem demandas de forma integral e não apenas clínicas e fisiológicas. Então surgia questões familiares, de aceitação, surgia questões de trabalho, de emprego, surgia... Uma questão de demanda psicológica mesmo... (Lua, psicóloga, Saúde da Mulher)

[...]Do emprego... Eu lembro que nossa! Ela era uma usuária queixosa, tinha algumas questões, ela tinha muito forte, requisitava muito o serviço social. E os outros dois não, os outros dois a gente conseguia

compartilhar o cuidado todo mundo e é isso assim, eu lembro que... Foi o que te falei, a gente marca uma consulta pra poder conversar questões de saúde referente ao corpo feminino, né, pra ela, pra ele, tinha um pouco do serviço médico também porque é o médico que faz o encaminhamento via Sisreg para os níveis secundários e terciários de atenção, então tinha também, acho que era uma coisa mais compartilhada o que ficou mais centrada nessa coisa do emprego com serviço social foi o outro nível[...] (Carmen, enfermeira, Saúde da Família e Comunidade)

A percepção da enfermeira quanto à demanda que levou a usuária a unidade de saúde nos permite lembrar do conceito ampliado de saúde como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso a posse de terra e acesso a serviços de saúde” (BRASIL, 1986). Para Almeida et.al (2014) é inegável que as diferentes dimensões da vida são afetadas pela condição transexual. Entre elas, a inserção na divisão sociotécnica do trabalho, a atividade laborativa e a possibilidade da geração de renda (idem, ibidem).

A partir da Portaria nº 2.803, a qual ampliou o Processo transexualizador no SUS a partir do ano de 2013, um dos aspectos destacados pelo documento foi a necessidade de identificar, estruturar, ampliar e aprimorar a rede de atenção à saúde e a linha de cuidado de transexuais e travestis (BRASIL, 2013), em especial para os usuários que solicitem adequação para o fenótipo masculino (PREU e BRITO, 2018). Apesar disso, na prática do cotidiano profissional, essas conquistas ainda não parecem efetivadas. A residente de enfermagem Camila ilustra em sua narrativa uma situação em que ela e sua equipe tiveram de adotar uma estratégia para que o encaminhamento do usuário homem trans para a cirurgia de mastectomia pudesse ser aceito sem nenhuma contraindicação por parte do cirurgião.

[...]essa eu cheguei a atender foi numa consulta, um atendimento bem rápido, assim, uma também, uma trans homem que a gente tinha conseguido encaminhar ela via Sisreg pra fazer a mastectomia, a cirurgia de retirada dos seios [...]

[...]E aí, assim, foi toda uma articulação porque essa mastectomia... é porque eu não sei como funciona isso, porque no SUS a mastectomia tem algumas indicações... O pedido dela foi aceito, mas a indicação que a gente colocou foi pra uma coisa pra gente tentar... Tentar. Porque foi uma estratégia que a gente buscou de tentar, mas a todo o momento alertando ela que ela poderia chegar lá e no momento da admissão eles não recrutarem porque não era todo aquele motivo do encaminhamento, mas não é uma coisa leal [...] (Camila, enfermeira, Saúde da Família e Comunidade)

Para Preu e Brito (2018), a linha de cuidado da atenção para transexuais e travestis é estruturada por dois componentes: a atenção básica e a atenção especializada (ambulatorial e hospitalar). Neste sentido, conforme a Rede de Atenção à Saúde (RAS), a atenção primária é a porta de entrada do SUS, ou seja, é o primeiro serviço que a/o usuária/o pode utilizar. É o local onde será feita a coordenação do cuidado a ser oferecido, além de ser responsável pela atenção contínua da população da sua região (PREU e BRITO, 2018). A situação exposta pela profissional de saúde exprime as estratégias individuais adotadas pelo profissional para acolher e atender a demanda de saúde e cuidado das pessoas trans.

A residente contou esta situação com receio e certa insegurança e demonstrou preocupação em citar o caso durante a entrevista, tendo em vista que considera que a estratégia adotada por ela e sua equipe esbarra nos limites da ética. Neste cenário, a equipe em atuação multiprofissional optou por fazer o encaminhamento para a cirurgia com outra indicação que não relacionasse com a questão da transexualidade para que o usuário não sofresse nenhum tipo de discriminação ou recusa de seu encaminhamento.

O caso narrado pela profissional apresenta elementos que corroboram com o Ministério da Saúde, através da ampliação do processo Transexualizador no SUS, que entende como diretrizes para a assistência as seguintes questões: a integralidade na atenção a transexuais e travestis, no mesmo sentido da versão anterior na qual se faz necessário um atendimento que extrapole as intervenções somáticas; o trabalho que precisa ser executado a partir de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar e o acolhimento e atendimento humanizado, livre de discriminação, tal qual a versão anterior (BRASIL, 2013).

A enfermeira destaca a preocupação com o acolhimento do usuário por parte da equipe multiprofissional da unidade de saúde e o envolvimento de todos e todas as profissionais para realizar o encaminhamento do usuário para o nível de Atenção Especializada. Assim, a Atenção Primária deve garantir o cuidado integral, através do acolhimento humanizado, do uso do nome social e do encaminhamento adequado para o serviço de Atenção Especializada (PREU e BRITO, 2018).

Cabe destacar que a Portaria nº 2.803 reconhece o fato de que nem todas as pessoas trans desejam realizar algum tipo de cirurgia, sendo possível, portanto, o uso apenas dos serviços ambulatoriais para o acompanhamento clínico e hormonioterapia. Com base na última Resolução nº 2.265 do CFM²⁹ de 09 de janeiro de 2020, em vigor no momento de confecção desta pesquisa, a atenção integral à saúde de pessoas trans deve contemplar em todas as suas necessidades, garantindo acesso sem qualquer tipo de discriminação aos serviços nos níveis de atenção básica, especializada e de urgência e emergência.

Além disso, reduziu-se de 18 para 16 anos a idade mínima para o início da hormonioterapia e definiu regras para o uso de medicamentos de bloqueio da puberdade e de 21 para 18 anos a idade mínima para a cirurgia de transição. A Resolução amplia o escopo de serviços e os procedimentos para a realização da cirurgia de transgenitalização na rede pública de saúde.

Ainda tratando das demandas e interação entre profissionais e pessoas trans no contexto do atendimento na unidade de saúde, André, apresentou em suas narrativas um caso que, de seu ponto de vista, exemplifica a dificuldade de acesso de pessoas trans aos serviços de saúde e as limitações da atuação profissional.

Ela chegou, é... Falando muito baixo, acuada, nervosa porque assim, ela não sabia se havia sido transmitido ou não algo para ela. Me parece que o médico é bem rude com ela, “vai procurar!”, “você precisa se cuidar!” Aí ela chegou muito, é... Naquela condição assim de estou aqui... Estar aqui é meu direito, ela não chegou nessa condição, né? O diálogo foi... Do acolhimento foi algo importante porque ela chegou totalmente armada, ela só queria fazer o teste, não queria abrir o diálogo no sentido de nós entendermos um pouco melhor qual era a situação que ela estava inserida.

[...]E aí a gente conversou e ela não queria contar um pouco da história dela porque de certa maneira é abrir algo que ela provavelmente em vários outros lugares, públicos ou privados, ela certamente era rechaçada. (André, assistente social, Saúde da Mulher)

O caso comentado por André e sua percepção quanto a resistência da usuária em contar a sua história no início do atendimento reforça o que disse Raewyn Connell em palestra conferida no Rio de Janeiro, da qual participei durante o trabalho de campo: As pessoas trans passam parte de suas vidas tendo de se

²⁹ Ver mais em:

http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=28561:2020-01-09-15-52-08&catid=3

explicar, seja para os serviços ou para as famílias. Este fato ilustra o constante monitoramento do corpo e da sexualidade ao qual estão sujeitos.

[...] Provavelmente em outros espaços de saúde, ela deve ter sido rechaçada pela condição, né, ser trans e aí o atendimento é, infelizmente, diferenciado, mas assim ela se sentiu depois do diálogo, depois de um tempo, ela sentiu a vontade e a gente conseguiu coletar bastantes informações a fim de orientá-la. E aí pra finalizar, a gente não conseguiu inserir ela dentro de algum tratamento porque como ela era de Cabo Frio, ela teve que vim pra cá pro Rio de Janeiro, não sei se você conhece, tem um espaço na Lapa que recebe pessoas trans, acolhem, não me lembro agora o nome mas tem um lugar específico que acolhe essas pessoas, onde ela estava que é um lugar assim que é super rechaçado pela população, pela sociedade... (André, assistente social, Saúde da Mulher)

O espaço na Lapa, bairro da região central do município do Rio de Janeiro, referido pelo assistente social na entrevista é a Casa Nem. A Casa Nem tem como uma de suas idealizadoras Indianara Siqueira, ativista do movimento de travestis e transexuais e surgiu no ano de 2016 como consequência de um curso pré-vestibular para pessoas trans chamado “Prepara Nem”. No entanto, a partir das demandas, ganhou novas ações e um espaço no bairro da Lapa, que acolhe pessoas trans em vulnerabilidade, expulsas de casa por suas famílias, além de promover oficinas, shows e eventos.

Atualmente, o desenho das políticas de atendimento a pessoas trans nos SUS é marcado por dificuldades na materialização do marco regulatório, sendo constatável a escassez ou nenhum envolvimento por parte das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde na formulação de uma rede assistencial que dê de fato suporte às unidades habilitadas para a atenção especializada às pessoas trans (SANTOS, et.al , 2019). Assim, as unidades existentes acabam isoladas e sobrecarregadas na condução da assistência em saúde, o que contraria a lógica da rede integrada do SUS.

Ainda de acordo com o relato do assistente social, a usuária se desloca de outro município, mais especificamente da Região dos Lagos do Rio de Janeiro para conseguir se inserir na rede de atendimento à saúde. É comum na vivência de pessoas trans no que refere aos cuidados em saúde, o deslocamento para os grandes centros urbanos como forma de assumir suas identidades ou ainda manter em sigilo as questões relativas à sua saúde, seja por discriminação, preconceito ou ainda casos mais graves de ameaças de transfobia ou transfeminicídio. No caso do Rio de

Janeiro, poucos dos 92 municípios do estado, apresentam algum tipo de atenção voltada para as necessidades específicas de saúde de pessoas transexuais e travestis (SANTOS et.al, 2019). Assim, o deslocamento se torna uma das determinações para as pessoas trans quando se trata de cuidados em saúde.

André continuou suas reflexões sobre a interação que teve com a usuária no caso citado acima. Ele demonstra preocupação em inserir a usuária na rede de atendimento e questiona se há profissionais que pudessem intervir assim como ele neste relato, se tratando de um caso de atendimento de uma usuária trans.

[...]Aí a gente não conseguiu inserir ela em uma clínica da família afim de que ela pudesse receber o tratamento aqui. A gente teve que fazer toda uma... É... Ligações pra pessoas, para secretaria, para que a inserção dela fosse de fato concretizada. Não é simplesmente ela ir lá, é ir e conseguir ser acompanhada, então assim, coisa que talvez, com uma pessoa hétero não fosse necessário, mas era com pessoa trans e teve todo esse esforço e aí fica a pergunta pra nós: Será que um outro profissional faria esse atendimento com tanta qualidade, teria a paciência de ouvir e de fazer todo esse esforço de inserir ela? (André, assistente social, Saúde da Mulher)

[...] Ela precisa se inserir e de que maneira... Ela foi lá e não foi acolhida. Então foi assim, diferente de outros atendimentos com pessoas héteros e até homossexuais mesmo que também sofrem preconceito e tudo mais, mas a pessoa trans, dentre a população em geral, sofre muito mais preconceito[...] (André, assistente social, Saúde da Mulher)

Romper com a perspectiva biomédica, medicalizante, prescritiva e curativa na leitura do conceito de saúde, é apenas um entre tantos outros desafios a ser superado neste campo. Para Santos et.al (2014), essas atitudes e posturas profissionais, assim como o questionamento de André, não devem se constituir em ações isoladas. Segundo os autores, é imprescindível a busca pelo trabalho coletivo, a construção de condutas interdisciplinares e o olhar constituído pela totalidade, para que seja possível compreender as particularidades envolvidas nas demandas trazidas por tais sujeitos e assim, construir formas de enfrentá-las.

Na perspectiva do profissional de saúde entrevistado, houve uma articulação da equipe multiprofissional com a rede a partir de uma ação do próprio profissional afim de inserir a usuária no sistema de saúde. No entanto, essa parece não ser a realidade prática dos serviços de saúde. É comum o entendimento entre alguns profissionais de que as demandas em saúde das pessoas trans está sempre

relacionada à questão da transformação corporal, sendo estas entendidas como uma demanda de estética e não de saúde.

Também na realidade dos serviços de saúde, existem as profissionais que questionam a legitimidade da assistência especializada para pessoas trans, alegando serem estas menos importantes ou urgentes do que as necessidades de pessoas com doenças mais graves. Este tipo de pensamento acaba por desconsiderar o conceito ampliado de saúde, do mesmo modo desrespeita os direitos das pessoas trans quando procuram as unidades de saúde em busca de assistência em saúde, sendo este um direito já reconhecido pelo próprio SUS.

As Portarias e Resoluções do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), ampliam as ações e serviços do processo transexualizador no SUS sem restringir ou limitar o itinerário terapêutico do/da usuário/usuária à cirurgia de transgenitalização e demais intervenções corporais. Neste sentido, tais documentos são pautados na integralidade da atenção, promovendo um atendimento livre de discriminação, inclusive através da sensibilização de profissionais de saúde e demais usuários das unidades para o respeito à diferença e a dignidade humana, bem como na constituição da equipe interdisciplinar e multiprofissional.

De acordo com Santos et. al (2019), são frequentes os questionamentos acerca da legitimidade da atenção requerida por esses usuários/usuárias, em particular por uma lógica que frequentemente hierarquiza as necessidades dos sujeitos que procuram assistência, classificando algumas das necessidades de saúde atendidas pelos SUS como mais legítimas e outras como desnecessárias. Por outro lado, algumas entrevistadas disseram que ainda não haviam atendido pessoas trans durante sua formação profissional na residência. Neste grupo, estavam as profissionais Bruna, Carmen e Priscila. Quando indicavam que não haviam atendido pessoas trans, as entrevistadas foram questionadas sobre como imaginariam este atendimento e os desafios que ele poderia trazer.

“[...]eu enquanto nutricionista, a gente pensa muito na individualidade da pessoa, mas a minha individualidade é mais bioquímica, assim, não tem a ver se é homem, mulher, enfim, isso não vai influenciar muito, talvez se eu fosse calcular dieta, isso aí influencia né? Questão de... Se a gente pensar em massa corporal, de gordura, tem diferença para homem, pra mulher, isso talvez esbarraria nessa questão. Mas não sei, assim, fiquei pensando, mas...” (Bruna, nutricionista, Saúde da Família e Comunidade)

A nutricionista demonstra uma preocupação ao imaginar-se atendendo este tipo de público, pois não saberia que tipo de dieta seria apropriada para essa pessoa. Sua inquietação parece girar mais em torno de suas demandas profissionais do que na forma acolhimento ou cuidado na interação do atendimento com pessoas trans.

“(...) Eu tô na (Dica) que uma das funções é acompanhar a questão do novo prontuário eletrônico, é SUS e tem lá a questão do nome social e eu percebi assim, até nas oficinas com os agentes comunitário que eles não tinham muito entendimento do que era nome social, muitos achavam que era apelido, tanto que a gente sempre teve que reforçar que não, que existia uma lei voltada para um público específico e não para preencher e colocar apelido, enfim, existe essa questão. Mas eu acho que assim, pensando no atendimento, enquanto nutricionista, não sei assim, confesso que eu não tenho muito proximidade, não tenho pessoas próximas, não sei como seria, só na hora mesmo ((riso))” (Bruna, nutricionista, Saúde da Família e Comunidade)

De igual modo, a profissional de enfermagem Carmen revela nunca ter atendido usuários/usuárias fora do “não heteronormativos”, conforme classificou em sua narrativa. No entanto, a residente citou um caso que ocorreu em outra equipe de saúde atendido por outra enfermeira residente e demonstrou aflição quanto ao manejo clínico da consulta com uma pessoa trans. Além disso, ela chama a atenção para a sensibilização de se pensar o cuidado em saúde numa perspectiva integral. Observamos ainda que a profissional trata da transgeneridade no sentido do gênero masculino, considerando o transgênero.

“[...] quando ela falou dessa situação dela, eu fiquei me imaginando um pouco eu na situação atendendo. Eu assim, não saberia muito bem como manejar, porque como nunca tive uma discussão muito aprofundada, né, até cheguei a ler alguns artigos sobre isso, sobre a população trans, sobre travestis, é...” (Carmen, enfermeira, Saúde da Família e Comunidade)

“[...]Porque é uma pessoa trans, mas não é só uma pessoa trans, né? Ele tem toda uma dimensão da vida dele, que ele tem outras coisas também que não é só essa parte trans que a gente tem que abordar que não é só isso que ele quer saber, né, tem outras coisas ali também que ele demanda e é isso que a gente tem que ali cavando, descobrindo que é um desafio.” (Carmen, enfermeira, Saúde da Família e Comunidade)

A psicóloga Priscila expressa sua aflição ao pensar como se sairia no atendimento de uma pessoa trans e ficou bastante pensativa com a pergunta no momento da entrevista. A residente informou não saber como lidar com o atendimento de pessoas trans, uma vez que desconhece as políticas públicas voltadas a este grupo.

“[...]Acho que vai depender muito do que ela trazer no atendimento, né, mas... Acho que... Não acredito que... É porque ela pode trazer demandas que eu não vou saber lidar porque eu desconheço muito de como tá hoje em dia as políticas mesmo para as pessoas trans.” (Priscila, psicóloga, Saúde da Mulher)

Quando questionada sobre quais as demandas as pessoas trans poderiam trazer para o atendimento e ela não saberia lidar, a psicóloga expressou mais detalhadamente os desafios deste atendimento. Ao perceber que não saberia orientar ou mesmo encaminhar as demandas de um atendimento para pessoas trans, a profissional residente cita o encaminhamento da/do usuária/usuário para o atendimento com o Serviço Social como uma estratégia individual.

“[...] Sobre onde ela poderia recorrer para o processo mesmo transexualizador, se ela quisesse mudar de sexo, entendeu? Não saberia como orientar ela onde ela teria que procurar em primeiro lugar, sabe? Ou como eu poderia acolher isso, quer dizer, poderia acolher talvez não seria essa a opção mas que... é a questão da subjetividade pra poder... Ah sei lá, encaminharia para o serviço social ou para o CRAS, não sei.” (Priscila, psicóloga, Saúde da Mulher)

[...] Já ouvi falar que tem atendimento de violência no centro da cidade, se eu não me engano, uma delegacia que também atende a população trans, mais ou menos eu sei algumas coisas assim, mas com certeza checaria com um profissional de serviço social que trabalhasse comigo ou na internet fazendo uma pesquisa sozinha porque não sei eu acho que isso faz falta, a gente tem que saber. (Camila, enfermeira, Saúde da Mulher)

No que tange ao Serviço Social, Santos et.al (2014) consideram que um dos papéis do assistente social na equipe multiprofissional de saúde é o de reconhecer a dinâmica relacional do usuário, a fim de promover estratégias de inserção social na família, no trabalho, nas instituições de ensino e nos demais espaços sociais presentes na vida de uma pessoa trans. Ainda de acordo com os autores, apresenta-se para a intervenção profissional uma gama de demandas bastante diversificada trazida pelos usuários que chegam ao Serviço Social, traduzidas a partir das queixas quanto á demora dos procedimentos em saúde, conflitos familiares causados pela rejeição, rede de apoio restrita, dificuldades na garantia de trabalho e no acesso a medicamentos, bem como as questões de retificação de nome e gênero nos documentos pessoais, entre outras questões.

Com relação às narrativas das profissionais de saúde apresentadas acima, notamos o acesso como uma importante categoria a ser considerada na formulação e implementação de políticas públicas para as pessoas trans. O atendimento em

saúde pode ser por um motivo comum, independentemente de sua condição de ser ou não uma pessoa trans. No entanto, este espaço ainda é perpassado por preconceitos e discriminações diversas, acaba por afastar ainda mais as pessoas trans dos serviços. As profissionais entrevistadas acima expõem preocupações com o atendimento técnico e clínico das possíveis usuárias/usuários trans que possam vir a atender na unidade de saúde.

Segundo Duarte (2014), apesar dos avanços no campo dos direitos sexuais para pessoas LGBT na saúde e não exclusivamente neste setor, com a construção de uma política pública para a população LGBT, no tocante ao reconhecimento dos efeitos da discriminação, do preconceito e da exclusão destes sujeitos em diversos segmentos sociais, e em particular no processo saúde-doença, ainda nos deparamos nos serviços de saúde com determinados discursos e práticas que colocam uma distância e um hiato entre o que está no papel e o que se efetiva concretamente no cotidianos do cuidado à saúde das pessoas transexuais.

A capacidade das profissionais de saúde para lidar com as temáticas que envolvem a diversidade sexual e de gênero, em especial a transexualidade, é fundamental para o acesso e o uso apropriado dos serviços por parte das pessoas trans. Pereira e Chazan (2019) apontam que as profissionais de saúde devem estar aptos e capacitados para cuidar das pessoas trans. Para que isso seja uma realidade e para que todo serviço de saúde possa: garantir acesso, trabalhar na lógica de redução de risco físico e emocional, atuar na eliminação do preconceito e da discriminação da população LGBT, garantir o uso do nome social e incluir as temáticas relacionadas com estes grupos nas práticas cotidianas, precisamos pôr em prática algumas mudanças.

Ainda de acordo com os autores, a primeira mudança se refere à formação profissional em saúde. A diversidade de gênero e sexual deve ser abordada tanto na graduação quanto nas especializações médicas e de outras carreiras da saúde (PEREIRA e CHAZAN, 2019). Neste sentido, para corroborar com os autores, apresentaremos a próxima categoria de análise que tratará sobre conhecimentos de gênero e a formação profissional das entrevistadas

5.3 Gênero e Formação profissional

No terceiro e último bloco da entrevista realizada com as profissionais de saúde residentes, o tema abordado foi a formação profissional e os conhecimentos de gênero e sexualidade durante o processo formativo. Inicialmente, as entrevistadas foram perguntadas se haviam tido alguma disciplina que tratasse da temática de gênero na graduação. Maria, Camila e Juliana foram enfáticas ao relatarem que não tiveram disciplinas na formação em graduação. Algumas profissionais como Lua, Bruna, Carmen apontaram que a discussão sobre a temática se deu através de outras disciplinas que abordaram o tema, mais como um movimento da/do docente do que como uma ementa obrigatória da disciplina.

Não, eu tive disciplinas, saúde mental e gênero, tive disciplinas psicologia do gênero, mas que abordaram muito pouco, abordaram muito as mulheres. Gênero como mulher e falando pouquíssimo de mulheres trans, quase nada. (Lua, psicóloga, Saúde da Mulher)

Eu tive Nutrição e Saúde Pública, mas na verdade eu já era monitora, enquanto aluna, não, mas eu sei que tinha um bloco que abordava isso, era uma das nossas ex-coordenadoras da Residência que dava essa aula. Acho que sinto mais falta dessa discussão no ambiente... Porque também a grade da UFRJ pra nutrição, ela é uma grade muito antiga também, né, ela fala de uma reforma curricular, mas que desde que eu entrei na faculdade até hoje nunca saiu. Mas eu sinto mais falta desses espaços assim porque tô vendo que agora a gente tem mais a falar sobre isso e nem sempre a gente discute sobre, né, é importante. Porque assim, você perguntar como seria o atendimento, eu não sei se eu consigo nem opinar porque pra mim é uma coisa... (Bruna, nutricionista, Saúde da Família e Comunidade)

A gente discutia muito quando falava de políticas públicas de saúde que aí a gente falava bastante sobre vínculo, sobre acolhimento e aí a gente acabava entrando nessas questões, né, da individualidade do usuário, da gente chamar o usuário pelo nome que ele quer ser chamado, de perguntar se tem nome social, mas assim específica para a população trans não. A gente tem saúde da mulher, saúde do homem a gente tem um pouco também, não muito, mas voltado para a população trans, não, só quando a gente vai discutir políticas públicas de saúde que a gente vai entrando nessas questões de respeitar a autonomia do outro, respeitar as suas individualidades. (Carmen, enfermeira, Saúde da Família e Comunidade).

[...]É só da área da saúde, tudo... É psicologia, é psicologia da saúde, um negócio assim, administração hospitalar, é tudo relacionado à área da saúde lá. E é bem técnica assim, muitos assuntos até mesmo de saúde pública, ou que não era relacionado à transexualidade assim não se era conversado então, isso nunca passou, nem de homossexualidade, nem nada, nada relacionado a gênero, tudo que desvia um pouco do padrão não era conversado lá, não teve matéria de nada disso. (Juliana, enfermeira, Saúde da Mulher)

Outras profissionais sinalizaram em suas narrativas que a discussão pela temática de gênero não se deu em formato de disciplina curricular, mas de outras formas de socialização do conhecimento, como nos casos de Juliana e Priscila.

[...] Assim eu me informei bastante na época da faculdade, mas foi por fora, foi nada relacionado à faculdade mesmo. (Juliana, enfermeira, Saúde da Mulher)

[...] Não tive e foi até um dos motivos que eu busquei na Residência, tentar estudar mais sobre gênero, pra mim dentro do gênero, estava essa questão da transexualidade também, mas, é... Na graduação não tive e... É engraçado que a primeira impressão minha sobre isso foi de uma peça que eu assisti “BR Trans”³⁰ Assisti e ali eu fiquei nossa como que eu não conheço nada sobre esse assunto e aí eu fiquei, falei: não, eu preciso estudar sobre isso e pensava que na Residência eu poderia, mas também não tive... (Priscila, psicóloga, Saúde da Mulher)

André, assistente social, informou que teve uma disciplina de carga horária obrigatória na graduação intitulada “*Relações de Gênero no Brasil*”, a qual abordava as discussões de gênero e a história do movimento feminista, sendo pincelado o assunto sobre as questões relativas à diversidade sexual na atualidade. No entanto, o profissional considera que devido ao tempo de sua formação – ano de 2009 – as discussões atuais são desconhecidas por ele dado que as portarias, resoluções e políticas públicas de saúde para a população trans e LGBT de modo geral, foram formulada após sua formação na graduação.

Devido ao tempo para a realização desta pesquisa, não foi possível analisar os currículos dos cursos de graduação que envolveram as participantes deste estudo. No entanto, fica a possibilidade e o desafio deste estudo se desenvolver futuramente, uma vez que não se esgotam debates sobre o tema desta dissertação e nem se desdobram em muitas outras produções acadêmicas, artigos, seminários e congressos estudos sobre o assunto.

Entre as narrativas das profissionais no que diz respeito à formação, foi possível observar os movimentos individuais a partir de interesse das próprias entrevistadas em conhecer mais sobre a temática. Este é o caso de Priscila, que relata ter procurado uma especialização em Psicologia Jurídica em nível de pós-

³⁰ Espetáculo teatral encenado pelo ator Silvero Pereira e dirigido por Jezebel de Carli. Utiliza como fonte depoimentos reais para traçar um retrato de uma vida rodeada por preconceito e violência. Medo, solidão e, por vezes, até a morte são conceitos presentes no cotidiano de travestis e transexuais no Brasil e no mundo.

graduação, para conhecer mais sobre a questão da transexualidade, a partir de seu interesse que se originou ao assistir à peça de teatro.

[...]Tentei, tentei na pós que eu fiz, na psicologia jurídica. Como eu me interessei pelo tema eu quis fazer sobre isso, mas eu pesquisei mais é... Tentei, né, porque eu não fiz e como eu entrei pra Residência, acabei não tendo tempo, de como estava a situação de pessoas trans presas, encarceradas, como elas estavam conseguindo sobreviver ao encarceramento, aí eu tentei fazer campo, mas não consegui. Aí lá eu consegui estudar um pouquinho, mas assim, muito por conta própria, muito rápido porque eu tava, como eu falei, tentando terminar a pós lá e a Residência aqui, aí eu não estava dando conta. (Priscila, psicóloga, Saúde da Mulher)

A profissional de Psicologia narra ainda que a busca pela residência foi motivada para conhecer e se debruçar mais sobre a temática de gênero, mas que a expectativa não foi correspondida. As demais entrevistadas também indicaram que não houve a discussão da temática de gênero nem mesmo diversidade sexual nas disciplinas oferecidas no currículo da formação em residência.

[...] Porque na Residência a gente não teve isso. E eu acho que faz falta sim, acho que faz falta porque hoje em dia é isso, o perfil do usuário muda. Eu acho faz falta hoje a gente ter uma matéria para falar sobre isso, uma matéria para falar sobre os imigrantes que é uma coisa que tá super aí, sabe? Como é que a gente atende essa pessoa? Como que é que tá cultura dela? Como a gente aborda essa pessoa que caiu de paraquedas num outro país, sabe? Sem uma rede de apoio, sem família, sem nada. Eu acho importante, sei lá acho que a gente tem que começar a prestar atenção nisso, lembrando também como que a Residência vai se articular com isso, ela sozinha também não vai conseguir, não vai dar conta, então eu acho... (Camila, enfermeira, Saúde da Família e Comunidade)

[...] Não, não que eu esteja lembrando agora não. Não me lembro... O que a gente teve, acho que foi muito geral em LGBT, foi uma disciplina de política em saúde da mulher que aí elas pediram pra meio que atualizar a política que tinha que ver algumas pautas de hoje em dia que estariam faltando e aí algum grupo, porque foi meio que um seminário, que falou sobre, mas falou sobre população LGBT em geral, não falou em específico pra trans. (Priscila, psicóloga, Saúde da Mulher)

A disciplina citada por Priscila faz parte da grade curricular do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher. Ela é intitulada como Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e é dividida por duas docentes, uma da área de Enfermagem e outra da Psicologia. Esta disciplina é oferecida no segundo semestre do primeiro ano de formação para as residentes R1, após o a disciplina sobre a Política Nacional de Saúde (SUS), oferecida no primeiro semestre da turma de R1.

A enfermeira residente Juliana também cita esta disciplina em suas narrativas. Ela fala que a disciplina foi realizada com a metodologia de seminários, onde a turma foi dividida em grupos temáticos e cada um teve de apresentar um grupo de mulheres específico. Dessa maneira, foi abordado o tema da Saúde das mulheres lésbicas, bissexuais e trans em uma única aula, o que a residente considera como insuficiente.

[...]Teve também a... A disciplina de... Política... De saúde da mulher, alguma coisa assim, é que eu sou muito ruim de memória de lembrar certinho, aí a gente teve que falar de todas as mulheres que passam por dificuldade de vulnerabilidade, né, aí teve uma aula só de... Das vulnerabilidades das mulheres LBT's, né, aí incluíram a mulher bissexual também. (Juliana, enfermeira, Saúde da Mulher)

Um aspecto observado na narrativa das profissionais de saúde, quando se tratou da formação na residência, foi a abordagem da discussão sobre a temática da diversidade e em especial da transexualidade nos espaços de tutoria. As residentes citaram tais espaços como possibilidades de troca de conhecimento, de compartilhamento de vivências e aprendizado sobre novos saberes.

Apesar disso, a enfermeira Carmen conta que a demanda da discussão sobre a transexualidade foi levada para a tutoria uniprofissional de enfermagem a partir de um caso atendido por uma das residentes de Saúde da Família e Comunidade. A profissional relata que embora a tutora da categoria tenha acolhido a demanda das residentes, a discussão não aconteceu dado o argumento da tutora de que não tinha aproximação com o tema. Foi sugerido pelas residentes que houvesse um profissional convidado para abordar a temática, mas até o momento da entrevista esta discussão ainda não havia acontecido.

Como eu falei, né, a gente está esperando essa discussão que a gente levou como demanda para a tutora, mas até agora não teve a discussão, né, não rolou, acho também que ela não conseguiu achar uma pessoa, né, que tenha esse tema, né, mais estabelecido pra poder levar lá pra gente pra poder conversar, eu acho que ela não achou também essa pessoa, porque todas as outras demandas que a gente levou, ela rapidamente achou uma pessoa pra ir lá e discutir isso com a gente, esse ainda ela não achou, não rolou a discussão, mas foi por causa disso. (Carmen, enfermeira, Saúde da Família e Comunidade)

Algumas profissionais como Maria, Camila e Lua indicaram que a aproximação que tiveram com a temática na residência para o debate teórico foi na participação e eventos acadêmicos e da rede de atenção à Saúde. Maria e Camila

falam da participação em uma oficina com profissionais de saúde de uma unidade do município do Rio de Janeiro, os quais possuem experiência no atendimento de pessoas trans. A unidade também se tornou referência para as residentes, tendo em vista que são realizadas rodas de conversa mensalmente para profissionais sobre o atendimento de pessoas trans na Atenção Primária.

[...]Eu lembro que teve acho que foi aquele congresso, não sei congresso ou seminário, alguma coisa, Carioca da APS que foi na UFRJ, eu acho que tinha algumas aulas, tinha blocos de aulas, sei lá, não lembro o que era, uma oficina, alguma coisa sobre o atendimento em saúde da pessoa LGBT, enfim, muitas letras e só que foi uma coisa muito breve, foi um turno, da manhã e foi uma oficina, foi muito mais uma roda de conversa, uma troca do que uma aula que isso também foi muito bom, mas assim, não sei se existe um como fazer, mas que ensinaram um dia como abordar essas pessoas, como falar, cuidados específicos em saúde, se existe alguma coisa, não, não tive nenhuma disciplina. (Maria, dentista, Saúde da Família e Comunidade)

[...]Eu tô querendo lembrar aqui, se eu não me engano, acho que eu fui por conta própria, tô querendo lembrar qual foi esse momento... Sim, eu fui num congresso agora recentemente, né, que teve de atenção primária no Rio e participei de uma oficina, uma oficina ministrada por um grupo de profissionais de uma outra clínica da família que tem uma experiência exitosa com um grupo de população trans lá. Eu participei de uma oficina com eles, mas foi isso. Foi eu mesma indo lá, procurando, pagando congresso ou indo atrás desse tipo de campo (Camila, enfermeira, Saúde da Família e Comunidade)

A residente Lua aponta a participação no lançamento do Dossiê Mulher 2018, a qual não foram incluídos os dados de mulheres trans em todo o documento. A psicóloga narra uma situação ocorrida neste evento a partir da fala de uma mulher trans que problematiza a ausência de dados da população trans no documento.

[...]era um evento que a gente foi sobre, era o Dossiê Mulher e que uma mulher trans lá na hora do evento pediu a fala e pegou o microfone e falou, importantemente falou que estava fazendo um Dossiê Mulher sem considerar nenhuma mulher trans, dizendo que não era considerado em todo documento, não tidos dados e cadê, né? (Lua, psicóloga, Saúde da Mulher)

A observação feita pela profissional é relevante para pensarmos sobre a produção de dados oficiais sobre a população trans. O Dossiê Mulher, lançado anualmente pelo Instituto de Segurança Pública (ISP), traz informações relativas à violência contra a mulher no Estado do Rio de Janeiro. No entanto, conforme a situação narrada pela residente, não é possível encontrar no dossiê nenhuma citação ou referência às mulheres trans.

Para tal, o Dossiê Assassinatos e Violência contra Travestis e Transexuais no Brasil em 2019 foi lançado no mês de janeiro de 2020. O documento foi organizado por Bruna Benevides, Secretária de articulação Política da Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA) e Sayonara B. Nogueira, Vice-presidente do Instituto Brasileiro Trans de Educação (IBTE). O Dossiê evidencia os assassinatos contra a população trans em 2018, mas também apresenta dados sobre as tentativas de assassinato, violações de direitos humanos e outras mortes não solucionadas, além de promover a reflexão acerca da conjuntura vivenciada pelas pessoas que fazem parte desse segmento da sociedade que abandona e marginaliza pessoas que rompem com os padrões hetero-cis-normativo (BENEVIDES E NOGUEIRA, 2019, p.11)

Quando se trata da formação em gênero nos currículos disciplinares tanto nos cursos de graduação como nos de pós-graduação, a narrativa das profissionais de saúde entrevistadas nesse estudo revela a ausência do debate em torno da temática. Com exceção do assistente social André, as demais residentes informaram que durante toda a formação de graduação e pós-graduação não foram contempladas com uma disciplina que oferecesse o debate de gênero e sexualidade.

De acordo com as profissionais entrevistadas, o pouco debate que tiveram sobre o assunto se deu em função da condução dos docentes em algumas disciplinas oferecidas e que conversavam com a temática de gênero, ou seja, um movimento individual do docente para trazer a discussão e aproximar o debate com as questões atuais. Apenas André teve o curso de Relações de Gênero oferecido em sua graduação como disciplina obrigatória. No entanto, esta não é a realidade das grades curriculares dos cursos de graduação dos profissionais de saúde.

Quando existente, é comum encontrarmos a oferta da disciplina que aborde as questões de gênero, sexualidade e diversidade sexual como disciplina optativa. As disciplinas optativas são aquelas de livre escolhas do aluno para compor o seu currículo de forma a atender uma formação mais especializada do profissional que está sendo formado. Novamente é possível notar que o movimento pela formação e o debate sobre as questões de gênero se dão de maneira individualizada, de acordo com o interesse do discente. Dessa maneira, o profissional e saúde em formação é graduado e pós-graduado sem debater minimamente as noções de gênero e

sexualidade. De acordo com nossa hipótese deste estudo, esta ausência do debate na formação do profissional de saúde fica evidente em sua atuação profissional, conforme narrado pelas nossas entrevistadas.

Tais reflexões sobre as narrativas das profissionais em formação permitiram-me a identificação imediata com a minha própria trajetória profissional em busca de qualificação no campo de discussões sobre gênero. Até o momento de ingresso na graduação, os debates de gênero eram até então desconhecidos por mim. Embora eu me aproximasse da discussão refletida em alguns fenômenos sociais, a apreensão das questões de gênero e diversidade após cursar disciplina obrigatória sobre a temática. Desde então, percebi que este era um campo onde gostaria de atuar e pesquisar, e segui trilhando minha trajetória profissional a partir de meus próprios interesses, buscando cursos, congressos, eventos em geral e a formação em pós-graduação.

Essas reflexões remetem ainda ao debate teórico sobre o qual iniciamos o capítulo e referencial desta dissertação. Isto porque a partir dessa análise, é notório perceber como aponta Scott (1998), que gênero ainda é uma categoria útil de análise histórica ao evidenciar as estratégias de classificação de determinados fenômenos sociais. Para Elaine Brandão e Fernanda Vecchi Alzuguir (2019), o gênero é uma importante ferramenta conceitual para uma compreensão crítica e política da realidade social. As pesquisadoras acreditam que tal aprendizado se torna imprescindível para uma atuação mais engajada com as desigualdades sociais de classe, raça/etnia e gênero, tendo em vista o despertar do interesse e sensibilidade nos futuros profissionais ou pesquisadores em saúde.

Ainda de acordo com Brandão e Alzuguir (2019), a oferta de tal disciplina deve ser uma escolha estratégica, assim como adotada pelas pesquisadoras, diante do contexto sociopolítico antigênero em curso na América Latina e no Brasil. Neste cenário, com o avanço do conservadorismo moral e religioso, hoje imperante no Congresso Nacional e no Poder Executivo do país, é urgente problematizar no espaço da universidade pública as raízes do que se denomina equivocadamente “ideologia de gênero” (CORRÊA, 2018; MISKOLCI e CAMPANA, 2017 *apud* BRANDÃO e ALZUGUIR, 2019). O debate da “ideologia de gênero” permeia os campos da educação da saúde e de outras políticas públicas e segundo os autores,

deturpa e produz desinformação a respeito das conquistas celebradas nas últimas décadas em torno dos direitos sexuais e reprodutivos.

Para finalizar o questionário de entrevistas, as participantes foram perguntadas sobre a idealização de uma disciplina ou formação para acrescentar em seus currículos de formação em residência. As profissionais de saúde apontam a importância de se agregar a discussão sobre a saúde da população trans em seu processo de formação em saúde. Isto fica em evidência nas narrativas de Maria e Carmen a preocupação com a abordagem das residentes no atendimento.

[..] eu não tenho dúvidas de que uma disciplina nesse sentido, assim ajudaria muito, eu não conheço outras disciplinas, outros programas, enfim, que tenham disciplina, alguma coisa já montada, estruturada em relação a isso pra falar: “olha queria isso pra mim, esse modelo de disciplina”, mas eu não tenho dúvida que se fosse criado, se fosse feito, se fosse pensado em alguma coisa de aulas nessa temática, seria ótimo, assim. A própria questão de como abordar, a própria questão de se existem agravos que acometem mais essa população e o que precisamos falar em termos de prevenção, na questão de saúde para essas pessoas, não sei se é a mesma coisa pra todo mundo, por exemplo, a questão de... Sei lá, uso de preservativo, como que eu falo pra duas mulheres lésbicas a questão da prevenção, de IST's, assim, nunca me ensinaram isso, nunca falaram desse tipo de coisa pra mim e tudo muito heteronormativo assim, sabe? Não sei, eu acho que a própria saúde, o próprio ensino sobre saúde segue muito esse padrão, assim, então, eu acho que seria ótimo se tivesse alguma coisa. (Maria, dentista, Saúde da Família e Comunidade)

[...] Muita falta, sim! ((riso)). Eu pelo menos sinto muita falta, porque a gente acaba que fica muito preso no estereótipo, né, e é uma população que acaba tendo dificuldade de acesso a emprego, né, acaba sofrendo muito estigma, acaba sofrendo muito preconceito, não consegue arrumar emprego, por preconceito e como a gente chega pra mim e eu vou manejar isso? (Carmen, enfermeira, Saúde da Família e Comunidade)

A residente de enfermagem Camila expõe a importância do debate não só sobre a saúde da população trans, como as de demais grupos socialmente excluídos. A profissional cita como exemplos, outras ausências de debate sobre determinados grupos, como por exemplo a saúde da população negra

[...]E eu acho que faz falta sim, acho que faz falta porque hoje em dia é isso, o perfil do usuário muda. Eu acho faz falta hoje a gente ter uma matéria para falar sobre isso... Como é que a gente atende essa pessoa? Como que é que tá cultura dela? Sem uma rede de apoio, sem família, sem nada. Eu acho importante, sei lá acho que a gente tem que começar a prestar atenção nisso, lembrando também como que a Residência vai se articular com isso, ela sozinha também não vai conseguir, não vai dar conta, então eu acho... Eu não tive respondendo a sua pergunta e acho que é super importante a gente ter, não só população trans, reconhecendo a importância das outras, população negra, falar um

pouco desse movimento antivacina que está tendo aí, debater sobre isso, como é que eu lido, sabe, dentro de um consultório com uma mãe que não quer vacinar seu filho? Acho que falta ainda alguns pontos em específicos. (Camila, enfermeira, Saúde da Família e Comunidade)

Já o assistente social residente André vai além em sua narrativa e sugere a aproximação da residência com os movimentos sociais de pessoas trans para dar conta de contemplar o debate no programa. Para o entrevistado, as disciplinas e professores são importantes, mas ter acesso aos coletivos, as associações e às pessoas que estão na luta pelas conquistas podem fortalecer ainda mais os conhecimentos sobre a área.

[...]Não sei, penso que talvez uma articulação com a com as associações, são movimentos coletivos, a Residência, talvez se aproximasse disso porque muitas das vezes a gente coloca a disciplina, o professor, como se ele fosse... A disciplina fosse resolver nossas questões, mas muitas das vezes, e aí quero que você entenda o seguinte, a disciplina tem um peso, o professor tem um peso, mas essas associações, esses coletivos, também tem um peso tão importante quanto e aí talvez, penso que seria importante fazer a disciplina, né, ter acesso a esse professor que é um pesquisador, mas ter acesso também a essas pessoas que estão lá na luta diariamente, tão lá na luta cotidianamente, veem, se esbarram, estão inseridas dentro desse contexto que podem tanto quanto o professor da disciplina, trazer questões ricas que vão fortalecer o conhecimento sobre essa área, né? Seria uma sugestão, penso, né? (André, assistente social, saúde da mulher)

A participante Bruna aponta a importância do tema em estudo ser abordado para que os atendimentos não fiquem superficiais. Em sua narrativa, a residente diz que consegue pensar onde esta discussão se alocaria na grade curricular do programa de residência, mas que verdadeiramente sente falta do debate.

A gente não tem uma ementa, assim, eu pelo menos nunca vi, sabe? Eu não sei aonde ela se encaixaria, mas eu acho que eu estaria super aberta, assim, pra gente tratar dessas questões de discutir, não só essas, mas como outras também, mas a gente não tem, mas eu acho que a gente deveria ter ((risos)). Poderia ser um bloco só pra isso mesmo, seria ótimo porque é uma população que está cada vez mais acessando, procurando os serviços e que a gente não tá preparado enquanto profissional, acho importante ter essas discussões, se não a gente cai muito no senso comum, né, e isso é um problema, né, enquanto profissional, não sei, a gente fica só fazendo, talvez, julgamento de valor, não sei exatamente, mas acho que é importante ouvir, sabe? E eu sinto falta, de verdade. (Bruna, nutricionista, Saúde da Família e Comunidade)

Juliana, enfermeira do programa de Saúde da Mulher, relembra que apesar de terem discutido algum aspecto sobre o tema na disciplina sobre a Política Nacional de Atenção integral à Saúde da Mulher, a discussão foi insuficiente por

ter sido apenas uma única aula. A reflexão da participante corrobora com o que Pelúcio (2011) apresenta em suas discussões ao apontar que os debates sobre a temática ainda são bastante incipientes na formação das áreas profissionais da saúde.

[...]Ah, se tivesse uma disciplina que discutisse isso... Porque a gente teve na disciplina de saúde da mulher, né, mas foi só uma aula, apenas, né, se a gente tivesse mais tempo para discutir mais, discutir essas diferenças, porque assim, uma aula, aí a gente teve essa aula ano passado, aí esse ano vieram “não, mas a diferença de homem trans, mulher trans”, então assim, mostra que não foi suficiente, né, apesar da gente ter tido essa aula e apesar da gente ir em palestras, tudo, ainda eu vejo que tem confusão. Não sei, se tivesse uma disciplina, uma disciplina mesmo, inteira, sobre esse tema, sobre as diferenças, sobre a diferença entre a homossexualidade e a transexualidade, coisas assim, eu acho que iria ajudar, não só pra gente residente mas também para os profissionais, saber o que fazer “ah mulher trans, vai pra ginecologia, vai na IST, o que a gente faz?” fica essa dúvida, né, se tivesse uma capacitação, mas assim, não conheço nenhuma matéria específica não. (Juliana, enfermeira, Saúde da Mulher)

[...]acho que conversar com pessoas que tão envolvidas nessa discussão, na área assim, acho que trazer pessoas trans também pra falar é sempre muito importante que eles que estão buscando, estão na luta pra construir as políticas e tal. E trazer essas pessoas acho que seria um grande ganho para gente. (Priscila, psicóloga, Saúde da Mulher)

A gente não tem uma ementa, assim, eu pelo menos nunca vi, sabe? Eu não sei aonde ela se encaixaria, mas eu acho que eu estaria super aberta, assim, pra gente tratar dessas questões de discutir, não só essas, mas como outras também, mas a gente não tem, mas eu acho que a gente deveria ter ((risos)). Poderia ser um bloco só pra isso mesmo, seria ótimo porque é uma população que está cada vez mais acessando, procurando os serviços e que a gente não tá preparado enquanto profissional, acho importante ter essas discussões, se não a gente cai muito no senso comum, né, e isso é um problema, né, enquanto profissional, não sei, a gente fica só fazendo, talvez, julgamento de valor, não sei exatamente, mas acho que é importante ouvir, sabe? E eu sinto falta, de verdade. (Bruna, nutricionista, Saúde da Família e Comunidade)

As narrativas acima indicam a importância de se inserir a discussão sobre saúde da população trans nos programas de residência multiprofissional, a fim de instrumentalizar e formar trabalhadores da saúde para um atendimento qualificado, integral e humanizado. Identificamos que esta ausência de debate na formação das residentes distancia a academia da realidade prática das profissionais. Uma possibilidade seria preencher esta lacuna na grade curricular que atendesse as discussões dos temas emergentes na atualidade, a exemplo do tema de cuidados relativos à saúde de pessoas trans. Essa inserção pode contribuir para que a

profissional em formação possa refletir, procurar leituras e discussões sobre essa população e suas particularidades e conseqüentemente essa formação auxiliaria no processo do atendimento em saúde.

Observamos que no decorrer das entrevistas, as interlocutoras demonstram preocupação com a ausência do debate na formação em residência e se mostram abertas para se aproximar dessa discussão. O discurso de Bruna sugere a dificuldade de se pensar onde esta discussão poderia ser agregada na formação das residentes. Santos et. al (2019) indica que por vezes não há a necessidade de se criar uma disciplina a mais nas grades curriculares, mas de inserir a discussão no conteúdo das disciplinas que já existem.

André e Priscila sugerem aproximação com representantes dos movimentos sociais e pessoas que estão envolvidas nessa discussão. A sugestão desses residentes parece ser uma alternativa possível e que rompe com o paradigma da formação profissional centrada nas patologias, diagnósticos e itinerários terapêuticos, reduzidas à aprendizagem apenas dentro da unidade de saúde.

Segundo Rocon et. al (2016), faz-se necessário problematizar junto aos profissionais da saúde, as conseqüências do gênero binário e da heteronormatividade para a saúde das pessoas trans por meio de programas de formação continuada e intervenções. É fundamental observar que a maneira como se dá o processo de ensino e aprendizagem das profissionais em formação nos programas de residência, bem como as variáveis que atravessam a sua constituição incidem diretamente no atendimento das usuárias e usuários trans, na produção das práticas em saúde, na adesão desse grupo aos serviços e no cuidado integral à saúde dessa população.

6 Considerações finais

“Nós já nascemos mortas” (Bruna G. Benevides)

Foi com essa frase que Bruna G. Benevides iniciou a apresentação do Dossiê Assassinatos e Violência contra Travestis e Transexuais no Brasil em 2019. O lançamento do Dossiê foi uma das últimas atividades de campo que realizei para esta pesquisa. Neste dia, eu estava em um auditório lotado de representantes dos movimentos sociais, acadêmicos, homens e mulheres trans e travestis na Defensoria Pública da União (DPU), em um debate sobre a produção de dados dos assassinatos de pessoas trans no Brasil. Apesar do documento falar dos números assustadores de violência contra travestis e transexuais por todo o país, em um dado momento da apresentação, a fala de Bruna G. Benevides “Nós já nascemos mortas” me impulsionou a pensar meu objeto de estudo a partir da dimensão da potência que a formação de um profissional de saúde pode ter, da relação, do afeto, do contato desses para com seus pares e com as usuárias e usuários trans. “Nós já nascemos mortas” fala muito mais sobre a vida do que necessariamente sobre a morte.

As reflexões da pensadora Angela Davis (2018) sobre as “vidas negras”, conforme referidas pelo movimento antirracista *Black Lives Matter* (*Vidas Negras Importam*), indicam como a categoria “ser humano” é historicamente excludente, generificada e racializada. Afinal, como foram forjadas as identidades que fugiram a linha cis-heteronormativa-homem-branco? Davis (2018) nos lembra que há muitos casos específicos em que teríamos de nomear antes de afirmar, de modo confortável, eticamente, que todas as vidas importam (p.85). Nesta perspectiva, Judith Butler corrobora esta reflexão quando chama a atenção para os “corpos que importam”, “corpos que pesam”. Se todas as vidas importam, não precisaríamos estar aqui enfatizando que as vidas trans importam. Porém, ainda precisamos.

Quando falamos aqui em morte, não estamos falando diretamente da morte do corpo físico. Há outras formas simbólicas de se “matar” uma pessoa trans. “Morre” simbolicamente uma pessoa trans toda vez que ela não tem seu nome social respeitado ou não é referida no pronome adequado à sua identidade, quando um homem trans não consegue marcar uma consulta ginecológica através do Sistema

de Regulação do SUS (SISREG), um sistema binário que só aceita nome feminino para a marcação de consulta de especialidade em ginecologia, quando uma profissional de saúde se recusa a atender uma usuária ou usuário por não saber cuidar de uma “dor de cabeça trans”, que nada mais é do que uma dor de cabeça como a de qualquer outro ser humano, quando uma travesti não consegue acessar o protocolo do processo transexualizador simplesmente porque ela é uma travesti e não uma mulher trans.

Embora esta pesquisa não trate diretamente sobre os corpos de pessoas trans, esta é uma categoria que perpassa em todas as narrativas das entrevistadas para esse estudo. Tais reflexões nos remete a necessidade de problematizar as narrativas de profissionais de saúde que na “ponta” da política pública produzem ideais de humano que fazem a diferença entre aqueles que são mais e aqueles que são menos humanos (BUTLER, 2011).

Nesses discursos normativos, conforme aponta Butler (2011), a humanidade do “outro” é negada. Nas narrativas das interlocutoras desta pesquisa, percebeu-se a presença do discurso normatizador, binário, atravessados pela ausência de conhecimentos sobre os debates em torno da saúde da população trans e por aspectos de exclusão. Assim, algumas vidas são qualificadas como “menos humanas”, alguns corpos que importam/pesam e outros que não.

Achille Mbembe, filósofo camaronês, apresenta o conceito de necropolítica, refletindo sobre a política de morte de alguns sujeitos. O autor trabalha em seu ensaio o conceito de soberania e expressa predominantemente como há o direito de matar (p.16). Para o autor, este conceito de soberania está diretamente relacionado ao direito de matar, a partir dos conceitos de estado de sítios e estados de exceção. Mbembe retoma o conceito de biopoder de Foucault, o biopoder que parece funcionar mediante a divisão entre as pessoas que devem viver e as que devem morrer. Dentro desse poder econômico de soberania, o racismo segundo o autor, atua como ferramenta de regulação de distribuição de morte.

Embora a necropolítica nos estudos de Mbembe fale diretamente sobre a política de morte contra a população negra, podemos também pensar esta formatação para essa questão quando se trata do grupo de pessoas trans. Podemos observar esta necropolítica a partir da violência sistêmica e estrutural direcionada

aos corpos trans, que são perpassados por inúmeras violações de direitos, desde a proibição do uso de banheiros adequados à sua identidade de gênero, a falta de respeito ao uso do nome social na unidade de saúde, o acesso limitado ou o afastamento dos serviços de saúde, as mortes cruéis, a invisibilidade dos dados sobre essa população, a subnotificação e transfobia. Trata-se, portanto, de uma necropolítica que visa a normatividade e a conformação dos corpos, reforçando a lógica cisheteronormativa decorrente de interesses e valores conservadores, econômicos, políticos e religiosos.

Portanto, falar da saúde das pessoas trans implica em trazer à tona a reflexão sobre os corpos trans. Afinal, são esses corpos que quando adentram as unidades de saúde, são recebidos com estranhamento, risos de deboche, incomodo e o desconforto por parte daquelas pessoas que deveriam acolher e oferecer assistência qualificada.

Confirmando a hipótese que impulsionou a elaboração desta pesquisa, identificou-se que a ausência dos debates sobre gênero e sexualidade e diversidade sexual no processo de formação das profissionais de saúde afetam o atendimento de pessoas trans nos serviços. Nas situações narradas pelas entrevistadas, foram evidenciadas algumas dificuldades vivenciadas no atendimento às pessoas trans que buscavam a devida assistência nos serviços de saúde da unidade.

O acesso das pessoas trans aos serviços de saúde acaba por revelar a pouca compreensão e a lacuna na formação que as profissionais possuem sobre as questões relacionadas à identidade de gênero e suas particularidades, que por vezes resulta em atos de transfobia. Pensar o cuidado em saúde para este segmento da população pode representar para as equipes de saúde uma oportunidade romper com os paradigmas de uma formação binária, sexista e patologizante.

A Educação Permanente pode representar uma importante mudança na concepção e nas práticas de capacitação das profissionais de saúde. Dessa maneira, considera-se inserir o ensino e o aprendizado no cotidiano das práticas profissionais nas unidades de saúde a fim de atender as reais necessidades da população usuária e humanizar os serviços oferecidos. A prática profissional se torna a principal fonte de conhecimento, colocando as profissionais como atores reflexivos deste processo, construtores do conhecimento e das estratégias de enfrentamento.

Neste sentido, pode-se pensar em ações significativas que envolvam tanto profissionais em formação, preceptores e tutores bem como a população trans usuária da unidade, a fim de atender as demandas de cuidados desse grupo e se organizar para responder às suas necessidades de saúde específicas. A exemplo de algumas experiências que conhecemos durante o trabalho de campo, sugerimos a realização de oficinas, rodas de conversas, atividades em grupo, que possam acolher e escutar as questões que interferem na saúde física e mental de pessoas trans como ferramenta de educação permanente para as profissionais, docentes e usuários envolvidos ou não neste estudo.

Apoiamos nossas análises a partir dos pressupostos da Educação Permanente que tem por objetivo a transformação do processo de trabalho, voltada para a melhoria da qualidade bem como na equidade do cuidado e no acesso aos serviços de saúde. Tomamos como base a reflexão a partir das narrativas das interlocutoras desse estudo sobre o que ocorre e o que precisa ser transformado em sua atuação profissional. Dessa maneira, uma proposta coletiva para discutir rede e fluxos de cuidados para as pessoas trans no espaço de formação das profissionais de saúde nos programas de residência multiprofissional podem contribuir para uma equipe atenta, qualificada e com uma rede acolhedora para pessoas trans.

Essa perspectiva centrada no processo de trabalho inclui toda a equipe da unidade de saúde, aproxima a educação da vida cotidiana do trabalho. Além disso, conforme as narrativas das entrevistadas para esse estudo, transforma as situações cotidianas em aprendizagens, refletindo as dificuldades e desafios advindo da prática profissional e valorizando a própria formação e o processo de trabalho neste contexto.

A dificuldade expressa pelas participantes entrevistadas no entendimento sobre a identidade de gênero e a percepção de uma pessoa trans na unidade de saúde, denota a lacuna da formação profissional e o distanciamento da temática. Ao realizar esta pergunta durante a entrevista, observamos o desconforto e o impacto que esta reflexão provocava nas participantes. Percebemos ainda que em alguns casos, o silêncio que precedia os discursos das entrevistadas já era uma resposta simbólica ao questionamento.

O baixo número de atendimento às pessoas trans por parte das profissionais residentes reforça os dados de invisibilidade e de não acesso desse grupo aos serviços de saúde. Apenas algumas profissionais sinalizaram que nunca haviam realizado atendimento à população trans. Além disso, as situações de atendimento narradas nas entrevistas expressam em comum dificuldade das profissionais no que tange à interação com as usuárias e usuários trans.

Nessas narrativas foram identificadas dificuldades das residentes com respeito ao uso do nome social, adequação do pronome para referência a/o usuária/usuários trans, pré-conceitos e ideias equivocadas sobre as identidades trans, perspectivas patologizantes sobre o atendimento de pessoas trans à saúde.

Ainda atualmente, a patologização das identidades trans atravessa o cotidiano dos serviços de saúde, oferecendo serviços restritos e acesso limitado à essa população. A perspectiva patologizante que permeia as formações das profissões da área da saúde, mostrou a dificuldades das entrevistadas que nunca haviam atendido uma pessoa trans em imaginar como seria este atendimento. Outras entrevistadas demarcaram em sua fala, a ideia de que pessoas trans tem como única porta de entrada os serviços de IST e/ou demandas para o processo de mudanças corporais. Portanto, a luta pela despatologização ainda é um dos principais desafios para o campo das políticas públicas de saúde voltadas à população trans.

Neste sentido, a Residência Multiprofissional em Saúde enquanto cenário de Educação Permanente pode representar um importante espaço para novas formas de atuar em saúde. A partir de sua proposta inicial, a RMS surge como uma possibilidade de construção de uma formação em saúde atenta e relacionada à diversidade e as complexidades das necessidades específicas de saúde dos diferentes grupos sociais que acessam dia a dia o SUS. Entretanto, a própria legislação da RMS cria condições de esvaziamento e sucateamento da proposta de formação profissional, tornando a presença das residentes como substituição de trabalhadores concursados, mão de obra de baixa remuneração e vínculos precarizados com os serviços de saúde.

Neste cenário, ficou evidente nas narrativas das profissionais participantes deste estudo, a necessidade de se repensar a formação teórica e incluir as demandas

de saúde específicas de grupos variados, como no caso de as necessidades de saúde das pessoas trans. Ressaltamos como nas narrativas das entrevistadas mostrou que as principais discussões teóricas em torno da questão da saúde para pessoas trans, surgiu a partir da experiência de campo, de atendimento realizado por essas próprias residentes. Assim como na situação exposta por uma participante, a demanda sobre o cuidado em saúde trans foi levado como tema para uma reunião de tutoria como uma demanda para discussão das residentes, a partir da experiência de uma das profissionais que havia realizado atendimento de uma usuária na unidade de saúde sem conhecimento prévio nenhum a respeito da transexualidade e suas necessidades específicas de saúde.

Dentre todas as participantes, apenas um profissional informou ter cursado uma disciplina obrigatória em sua graduação que abordasse temas relativos à transexualidade, ainda que de maneira escassa. Duas entrevistadas sinalizaram a discussão superficial em uma disciplina da formação teórica que contemplou em apenas uma aula toda a discussão voltada para mulheres trans. Na perspectiva das profissionais – e nossa também – concluímos que esta discussão é grande o suficiente para não caber apenas no espaço de um dia de aula, exigindo assim mais carga horária e aprofundamento do debate. As demais entrevistadas citaram a ausência da discussão durante a formação de graduação e pós-graduação, incluindo-se a própria formação na residência.

Outro aspecto a ser destacado nas narrativas das profissionais, foi busca pelas estratégias individuais para se informar sobre a temática. Na falta de formação teórica para as residentes, algumas entrevistadas mencionaram o interesse próprio e foram realizar a busca através de leituras, cursos e eventos sobre a saúde da população trans. Nesta perspectiva, observamos que a educação permanente das profissionais em formação não se dá apenas no espaço do campo de atuação, mas também nas reuniões de tutorias, preceptorias e eventos da rede de saúde em geral.

Apesar disso, esta é uma estratégia de formação individual, de interesse privado, que reforça os personalismos profissionais. Assim, é comum encontrarmos profissionais conhecidos como “os que atendem” pessoas trans, conforme referenciou um entrevistado ao citar uma colega residente que “era mais envolvida com esses assuntos”. Esta não deve ser, portanto, a regra geral. É preciso que toda

a unidade de saúde bem como todos que nela trabalham, desde a portaria, até dentro dos consultórios e setores administrativos, estejam aptos e preparados para receber e acolher uma pessoa trans e suas demandas de saúde.

As narrativas das residentes multiprofissionais indicaram ainda o desconhecimento sobre a rede de atendimentos e os serviços oferecidos para pessoas trans no município do Rio de Janeiro. No entanto, as entrevistadas demonstraram preocupação e interesse em se aproximar da temática e de incorporar tais discussões no âmbito da formação dos programas de residência. Além disso, duas participantes destacaram a importância de se aproximar do movimento social como forma de interagir e conhecer mais profundamente as necessidades em saúde dessa população.

Dessa maneira, os resultados apontam que a maneira como esses profissionais entendem e constroem as noções de gênero e sexualidade, torna-se uma das principais barreiras de acesso das pessoas trans aos serviços. Observamos que as dificuldades de lidar com as questões relativas ao gênero e à sexualidade, especialmente transexualidade, faz com que as profissionais de saúde reduzam o impacto de suas ações. Neste sentido, é preciso reconhecer a necessidade e a importância de maiores estudos sobre a saúde das pessoas trans e a formação profissional das/os trabalhadoras/es dos SUS.

Esperamos que este estudo possa contribuir para futuras reflexões, discussões e ações, além de integrar as produções acadêmicas já existentes sobre a temática. Ressaltamos ainda que as discussões em torno das questões de gênero e sexualidade são plurais e complexas e não se esgotam em nossas análises.

As representações obtidas nas narrativas das profissionais de saúde em formação no decorrer desta pesquisa denotam a necessidade urgente em incorporar a temática dos direitos à saúde para pessoas trans no cotidiano das instituições que prestam serviços no SUS. Somente por esta direção, alcançaremos a compreensão das múltiplas dimensões que envolvem o modo de ser e de viver daqueles que vivem nas “fronteiras do gênero”, com a oferta de uma assistência em saúde de qualidade, ancorada nos princípios que regem o SUS e nos direitos humanos e de cidadania.

7 Referências bibliográficas

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

ARÁN, M. **A transexualidade e a gramática normativa do sistema sexo-gênero**. Rio de Janeiro: Ágora. v. 9, n. 1, p. 49-63, Junho de 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-
&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 22 agosto de 2018

_____; MURTA, D. Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 15-41, 2009a.

ARAÚJO, T. A. M. et al. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. **Interface (Botucatu) [online]**. 2017, vol.21, n.62, pp.601-613. Epub Jan 23, 2017. Acesso em 20 de dezembro de 2019

AYRES J.R.C.M. et al. conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA D., FREITAS C.M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2003. p. 117-39.

BAGAGLI, B. P. Orientação sexual na identidade de gênero a partir da crítica da heterossexualidade e cisgeneridade como normas. **Letras Escreve**. <https://periodicos.unifap.br/index.php/letras> Macapá, v.7, n.1, 2017. Acesso em 23 de nov. de 2019

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 225p. Disponível em:<https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4295794/mod_resource/content/1/BARDIN%2C%20L.%20%281977%29.%20An%C3%A1lise%20de%20conte%C3%BAdo.%20Lisboa_%20edi%C3%A7%C3%B5es%2C%2070%2C%20225..pdf>. Acesso em 03 de jan. de 2020

BENEDETTI, M. **Toda feita: o corpo e o gênero das travestis**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BENEVIDES, B. G.; LEE, D. Por uma epistemologia das resistências: apresentando saberes de travestis, transexuais e demais pessoas trans. **Revista Latino Americana de Geografia e Gênero**, v. 9, n. 2, p. 252-255, 2018. ISSN 21772886.

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

_____. **O Que é a transexualidade?** São Paulo: Brasiliense, 2008.

_____; PELÚCIO, L. Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. **Estudos Feministas**, v. 20, n. 2, p. 569-581, 2012.

_____. **Transviad@s: gênero, sexualidade e direitos humanos**. Salvador: EDUFBA, 2017.

BORBA, R. **O (des)aprendizado de si: transexualidades, interação e cuidado em saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2016.

BORGES, C. A.; SOUZA, M. Saúde das travestis: Um desafio para a enfermagem. In: SIMPÓSIO DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO, 16. 2012, Santa Maria. **Anais eletrônicos...** Santa Maria: UNIFRA, 2012. Disponível em: <<https://www.ufn.edu.br/eventos/trabalhos/sepe2012/Trabalhos/5680.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2020.

BORRILLO, D. **Homofobia: história e crítica de um preconceito**. Autêntica Editora: Belo Horizonte, 2010

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília, 1990.

_____. Conferência Nacional de Saúde, 8. 1986, Brasília. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

_____. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. In: _____. **A Humanização como Política Transversal na Rede SUS**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p.14.

_____. **Política de Educação Permanente e Desenvolvimento para o SUS - Caminhos para Educação Permanente em Saúde** Brasília: MS; 2004.

_____. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda Nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. **Brasil sem homofobia: programa de combate à violência e à discriminação contra LGBT e promoção da cidadania homossexual**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Princípios e Diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 97 p.

_____. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Portaria Interministerial MEC/MS no 45, de 12 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 jan. 2007a. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/residencia/portaria_45_2007.pdf>. Acesso em 12 de dez. de 2019.

_____. Portaria Interministerial MEC/MS nº 506, de 24 de abril de 2008. Altera o art. 1º da Portaria Interministerial nº 45/MEC/MS, de 12 de janeiro de 2007, que dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde. **Diário Oficial da União**, n. 79, Brasília, DF, 25 abr. 2008a. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/residencia/portaria_506_08.pdf>. Acesso em: 12 de dez. de 2019.

_____. Portaria Interministerial MEC/MS nº 593, de 15 de maio de 2008. Dispõe sobre estrutura, organização e funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 maio 2008b. Seção 1, p. 10-11. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=5906-port-inter-2008-593&Itemid=30192>. Acesso em: 12 de dez. de 2019.

_____. Portaria Interministerial MEC/MS no 698, de 19 de julho de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 jul. 2007b. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15437-port-inter-n698-19jul-2007&Itemid=30192>. Acesso em: 12 de dez. de 2019.

_____. Portaria Interministerial MEC/MS no 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 nov. 2009a. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15462-por-1077-12nov-2009&Itemid=30192>. Acesso em: 12 de dezembro de 2019.

_____. Portaria Interministerial MEC/MS no 1.224, de 3 de outubro de 2012. Altera a Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009, e a Portaria Interministerial nº 1.320, de 11 de novembro de 2010, que dispõem sobre a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 out. 2012. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15430-port-inter-n1224-3out-2012&Itemid=30192>. Acesso em: 12 de dezembro de 2019.

_____. Conselho Nacional de Saúde. In: **Conferência Nacional de Saúde**, 13. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Portaria nº 2.048, de 03 de setembro de 2009. **Aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Portaria nº 1.820, de 13 de Agosto de 2009. **Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

_____. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011..

_____. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Resolução da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde nº 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília: ME. 2012

_____. Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. **Redefine e amplia o Processo Transsexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Nota Técnica nº 18, de 24 de setembro de 2014. **Orienta gestores e operadores do sistema responsável pelo cadastramento de usuários do SUS a como proceder no preenchimento dos campos nome civil, nome social e sexo**. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

_____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Transexualidade e travestilidade na saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Transexualidade e travestilidade na saúde. In: GIANNA, M.C. **Ambulatório de saúde integral para travestis e transexuais: cinco anos de desafios e realizações**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. p.141-156. Disponível

em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/transexualidade_travestilidade_saude.pdf>

BUSS, P. M e PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis [online]**. v.17, n.1, p.77-93, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>>. Acesso em 14 de mar. de 2019.

BUTLER, J. **Problema de gênero: Feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

_____. **Vida precária**. Tradução de Angelo Marcelo Vasco. Contemporânea, 2011, p. 13-33.

_____. **Corpos que Pesam: Sobre os limites discursivos do sexo**. In: BUTLER, J. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014.

_____. **Relatar a si mesmo: Crítica da violência ética**. Belo Horizonte: Autêntica, 2015

CARRARA, S. Discriminação, políticas e direitos sexuais no Brasil. In: MONTEIRO, S.; VILLELA, W. **Estigma e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013, p. 143-160.

CARVALHO, M. F. L. **Que mulher é essa? Identidade, política e saúde no movimento de travestis e transexuais**. Rio de Janeiro, 2011, 147p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

_____.; CARRARA, S. Em direção a um futuro trans? Contribuição para a história do movimento de travestis e transexuais no Brasil. **Revista Latinoamericana: Sexualidad, Salud y Sociedad**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, CLAM, n. 14, Dossier n. 2, p. 319-351, 2013.

CARVALHO, Y. M de., CECCIM, R B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ª ed. res, São Paulo: Hucitec, 2012

CAVALCANTI, C.; BARBOSA, R. B e BICALHO, P. P. G. Os Tentáculos da Tarântula: Abjeção e Necropolítica em Operações Policiais a Travestis no Brasil Pós-redemocratização. **Psicol. cienc. prof. [online]**, v. 38, n. 2, p.175-191, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703000212043>>. Acesso em 28 de jan. de 2020.

CECCIM, R. B, CARVALHO, Y. M. de. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO, Ro; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006. p.69-92.

_____.; FERLA, A. A. Abertura de um eixo reflexivo para a educação da saúde: o ensino e o trabalho. In: MARINS, J. J.; REGO, S. et al. **Educação Médica: gestão, cuidado e avaliação**. São Paulo: Hucitec, 2011. p.258-277

CERQUEIRA-SANTOS, E. et al. Percepção de Usuários Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros, Transexuais e Travestis do Sistema Único de Saúde. **Revista Interamericana de psicología/Interamerican Journal of Psychology**, v.44, n.2, p. 235-245, 2010.

COACCI, T. “Como funciona a despatologização na prática?”. **Revista Estudos Feministas**, v. 27, n. 2, 2019

COLLING, L. **Que os outros sejam o normal: tensões entre movimento LGBT e ativismo queer**. Salvador: EDUFBA, 2015.

CONNELL, P. R. **Gênero: uma perspectiva global** São Paulo: nVersons; 2015.

CLANDININ, D. J. CONELLY, F. M. **Pesquisa Narrativa: experiências e História na pesquisa qualitativa**. Tradução do Grupo de Pesquisa Narrativa e Educação de Professores ILEEL/UFU. Uberlândia: EDUFU, 2011

DAVIS, A. **A liberdade é uma luta constante**. Tradução de Heci Regina Candiani. São Paulo: Boitempo, 2018.

DUARTE, M. J. O. Saúde, cuidado e diversidade sexual: a temática da transexualidade na atenção básica em saúde. In: COELHO, M. T. A. D.; LOPES, L. **Transexualidades: um olhar multidisciplinar**. Salvador: EDUFBA, 2014

DZSIS, L. A. **Dissidência: Sobre o Processo de Ruptura nos Grupos Humanos**. Paraná: Editora Universalista, 2005.

FACCHINI, R. **Sopa de letrinhas: Movimento homossexual e a produção de identidades coletivas nos anos 90**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

FREITAS, R.S., CASTRO, M. F. de. **Liberdade de Expressão e discurso de ódio: um exame sobre as possíveis limitações da liberdade de expressão**. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/sequencia/article/view/2177-7055.2013v34n66p327>>. Acesso em 16 de out de 2018.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 1999

GOFFMAN, E.. **Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4.ed.1963.

GOMES, R. et al. Gênero, direitos sexuais e suas implicações na Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p.1997-2005, 2018. Acesso em 01 de fevereiro de 2019

GOULART, C.T. et al. Perfil sociodemográfico e acadêmico dos residentes multiprofissionais de uma universidade pública. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 13, n. 1, 2012, p. 178-186.

HEILBORN, M. L. Construção de si, gênero e sexualidade. In: HEILBORN, M. L. **Sexualidade: o olhar das Ciências Sociais**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M. Entrevista narrativa. In: BAUER, M.; GASKELL, B. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Tradução de Pedro A. Guareschi. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 90-11

JESUS, J. G de. **Orientações sobre a população transgênero : conceitos e termos**. Brasília: Autor, 2012. Disponível em:

<http://issuu.com/jaquelinejesus/docs/orienta__es_popula__o_trans>. Acesso em 12/03/2018.

_____. **Transfeminismo: teorias & práticas.** Rio de Janeiro: Metanóia Editora, 2014b.

KAAS, H. O que cissexismo?. **Transfeminismo**, 2011. Disponível em:

<<http://transfeminismo.com/o-que-e-cissexismo/>>. Acesso em: 12 de out. de 2019

KULICK, D. **Travesti: sexo, gênero e cultura no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

LANZ, L. **O corpo da roupa: a pessoa transgênera entre a transgressão e a conformidade com as normas de gênero.** Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná. 2014.

LIONÇO, T. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. **Saúde soc.**, vol.17, n. 2, p.11-21, jun/2008.

LOURO, G. L. **O corpo educado: Pedagogias da Sexualidade.** Belo Horizonte Autêntica, 2006.

_____. **Um corpo estranho: ensaios sobre sexualidade e teoria queer.** 2 ed. 2 reimp. Belo Horizonte: Autêntica, 2015.

LUDKE, M; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas.** 92 ed. Rio de Janeiro: E.P.U, 2013.

MATTOS, A. R.; CIDADE, M. L. R. (2016). Para pensar a cisheteronormatividade na psicologia: lições tomadas do transfeminismo. **Revista Periódicus**, v. 1, n. 5, p. 23-31, jun/2016. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/revistaperiodicus/article/view/17181/11338>>. Acesso em: 03 de set. de 2019

MBEMBE, A. **Necropolítica.** 3. ed. São Paulo: N1 edições, 2018. 80 p.

MELLO, L. et al. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. **Sexualidad, Salud y Sociedad**,v. 9, p.7-28, 2011.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2013

MISKOLCI, R. **Teoria queer: um aprendizado pelas diferenças.** Belo Horizonte: Autêntica; 2012.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa.** 3 ed, Petrópolis: Vozes, 2010.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009 (Coleção Temas em Saúde).

PELÚCIO, L. **Abjeção e desejo: uma etnografia travesti sobre o modelo preventivo de AIDS**. São Paulo: Annablume/FAPESP, 2009.

PEREIRA LBC, CHAZAN ACS. O Acesso das Pessoas Transexuais e Travestis à Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. v. 14, n. 41, 2019. Disponível em: <[https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1795](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1795)> Acesso em: 20 de jan. de 2020

PINHEIRO, R. As práticas no cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS. ABRASCO, 2009.p.105

PINHEIRO, R. Cuidado em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html>>. Acesso em:15 de set. de 2018.

PRADO, M. A. M. **Projeto Direitos e Violência na experiência de Travestis e Transexuais de BH: construção de um perfil social em diálogo com a população do Núcleo de Direitos Humanos e Cidadania LGBT/UFMG**. Belo Horizonte, 2015.

_____. **Ambulare**. Belo Horizonte: PPGCOM UFMG, 2018

PREU, R.O.; BRITO, C. F.:. A questão trans no cenário brasileiro. **Revista Periódicus**, v.1, n.10, p. 95-117, nov.2018-abr.2019.

RIBEIRO, D. **O que é lugar de fala?**. Belo Horizonte: Letramento, 2017. 112p.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROCON P. C. et al. O que esperam as pessoas trans do SUS? **Interface (Botucatu)**. v. 22, n. 64, p.43-53, 2018.

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

ROLLEMBERG, A. T. M. V. Entrevistas de Pesquisa: Oportunidades de coconstrução de significados. In: BASTOS, L. C.; SANTOS, W. S. (org.) **A entrevista na pesquisa qualitativa**. Rio de Janeiro: Quartet: FAPERJ, 2013. p.37-48.

ROMANO, V. F. As travestis no programa saúde da família da Lapa. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.17, n.2, p. 211-219, 2008.

SAMPAIO, L.L.P., COELHO, M.T.A.D (org.). **Transexualidades: um olhar multidisciplinar**. Salvador, EDUFBA, 2014

SANTOS, W. S. Os Níveis de interpretação na entrevista de Pesquisa de natureza interpretativa com narrativas. In: BASTOS, L. C.; SANTOS, W. S. (org.) **A entrevista na pesquisa qualitativa**. Rio de Janeiro: Quartet: FAPERJ, 2013. p. 21-36.

SCHAFF, A. **História e Verdade**. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Revista Educação e Realidade**, v. 16, n.2, p. 57-69, 1995.

_____. “Os usos e abusos do gênero”. Tradução de Ana Carolina E. C. Soares. **Projeto História**, n. 45, p. 327-351, jul/dez. 2012.

SEVERINO, A. J. (1941). **Metodologia do Trabalho Científico**. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, L. B. Residência Multiprofissional em Saúde: uma questão para o debate. In: RAMOS, A; SILVA, L. B.; PAULA, L. G. F. **Serviço Social e Política de Saúde: Ensaio sobre trabalho e formação profissional**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018b.

_____. Residência Multiprofissional no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. **Revista Katálises**, v. 21, n. 1, p. 200-209, jan./abr. 2018a Disponível em: < <https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/1982-02592018v21n1p200>>. Acesso em: 07 de dez. de 2019

SOARES, L. S. **Cuidado em saúde e transfobia: percepções de travestis e transexuais de duas regiões do Rio de Janeiro: Maré e Cidade de Deus, sobre os serviços de saúde**. Rio de Janeiro, 2018. 100 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: < <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/27920> > Acesso em 24 de ago. de 2019

SOUZA, M.H.T. et al. Itinerários terapêuticos de travestis da região central do Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista de Ciência & Saúde Coletiva**. v.19, n.7, p. 2277-2286, 2014. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014197.10852013> >. Acesso em: 31 jul. 2019

SOUZA, S. V. de., FERREIRA, B. J. Preceptoria: perspectivas e desafios na Residência Multiprofissional em Saúde. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde (ABCS Health Sci)**, v.44, n.1, p. 15-21, 2019.

SUESS, A. **Transitar por los géneros es un derecho. Recorridos por la perspectiva de despatologización**. Granada, 2016. 868p. Tese (Doctorado en Antropología Social y Diversidad Cultural) – Departamento de Antropología Social, Universidad de Granada. Disponível em: < <https://digibug.ugr.es/handle/10481/42255>> Acesso em: 21 de ago. de 2019.

TAGLIAMENTO, G. **(IN)Visibilidades caleidoscópicas: a perspectiva das mulheres trans sobre o seu acesso à saúde integral**. São Paulo, 2012. 166p. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

VASCONCELOS, E. M. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

UEBEL, A C.; ROCHA, C. M; MELLO, V. R. C. Resgate da memória histórica da Residência Integrada em Saúde Coletiva do Centro de Saúde Escola Murialdo (CSEM). **Boletim de Saúde**, v. 17, n. 1, p. 117-123, 2003.

VERGUEIRO, V. É a natureza quem decide? Reflexões trans* sobre gênero, corpo e (ab?)uso de substâncias. In JESUS, J. G. (Org.). **Transfeminismo: Teorias e práticas**, Rio de Janeiro: Metanoia, 2014, pp. 19-41.

Apêndice A. Roteiro para entrevista

TEMA	OBJETIVO ESPECÍFICO	PERGUNTAS NORTEADORAS
Demandas	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificar a percepção das profissionais de saúde em formação (assistente sociais, psicólogos e enfermeiros, dentistas, nutricionistas) acerca das demandas das pessoas transexuais que comparecem aos serviços de saúde 	<p>Quais as principais demandas que chegam nesta unidade?</p> <p>(A) Você já percebeu a presença de pessoas trans nesta unidade?</p> <p>(B) Qual o perfil das pessoas trans que acessam a unidade?</p> <p>(C) Quais as demandas trazidas por esse público?</p>
Interação	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Analisar a interação entre profissionais de saúde em formação e pessoas trans no atendimento à suas demandas. 	<p>Existe algum tipo de situação que você não se sente preparado para atender?</p> <p>(A) Você já atendeu pessoas na trans</p> <p>(B) Como você se sente/sentiu quando atende/atendeu uma pessoa trans?</p> <p>(C) Se não atendeu, como você se imaginaria no atendimento dessa/desse usuária/usuário?</p> <p>(D) Que desafios você imagina que esse atendimento te traria?</p>
Formação	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Analisar a incorporação e reificação da dimensão de gênero na formação da residência em saúde pública a partir do olhar das profissionais que atuam no programa de residência. 	<p>Em relação a grade curricular da residência, sente necessidade de alguma disciplina?</p> <p>(A1) Você tem/teve alguma disciplina na residência que tratou sobre gênero e diversidade sexual?</p> <p>(A2) Qual disciplina você imagina que poderia te auxiliar no atendimento de pessoas trans no serviço?</p> <p>(B) Você conhece a rede de atendimento/assistência?</p> <p>(C) Você sabe/saberia orientar e/ou encaminhar uma pessoa trans para a rede de atendimento?</p>

Apêndice B. Termo de consentimento livre e esclarecido

Resoluções 466/12 e 510/16 do CNS – Conselho Nacional de Saúde

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Pessoas Trans no SUS: narrativas dos profissionais de saúde sobre suas percepções, limites e desafios”. A pesquisa se dará sob a responsabilidade da pesquisadora Ana Carolina Lima dos Santos, aluna do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUC-Rio.

Sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você poderá **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha.

Objetivos: Analisar a relação dos profissionais de saúde (assistente sociais, psicólogos e enfermeiros, dentistas, nutricionistas) em formação no atendimento de pessoas trans em um hospital universitário do município do Rio de Janeiro.

Justificativa: Colaborar para a formação dos profissionais residentes (assistente social, psicólogos, enfermeiros, dentistas e nutricionistas) na Atenção Básica à saúde de forma que o conhecimento que será construído nesta pesquisa possa ajudar na construção coletiva do trabalho das residências em saúde.

Critérios de inclusão: Profissionais residentes (assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, dentistas e nutricionistas) inseridos nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde na Atenção Primária do município do Rio de Janeiro, por mais de seis (06) meses de atuação.

Procedimentos metodológicos: Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de grupo focal e técnica de entrevista individual com instrumento semiestruturado. O tempo de realização do grupo focal e das entrevistas individuais está estimado entre 1(uma) a 2 (duas) horas de duração, podendo ser prorrogado caso haja necessidade. Tanto o grupo focal

quanto a entrevista serão gravados em um aparelho profissional de gravador de voz e será armazenada em um dispositivo pendrive para posterior transcrição.

Garantia de esclarecimento e liberdade de recusa: Você será esclarecida sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar ou retirar sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá lhe acarretar qualquer penalidade. Os resultados da pesquisa serão colocados à disposição da sociedade, bem como divulgados em eventos e revistas científicas. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada no Departamento de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro e outra será fornecida a você. Este documento está redigido em duas vias, que quando assinadas, uma fica com a participante e outra com a pesquisadora.

Guarda dos dados e material coletados na pesquisa: As transcrições serão armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas os pesquisadores e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 05 (cinco) anos, conforme Resolução 510/2016 e orientações do CEP/CONEP.

Confidencialidade: A pesquisa terá duração de dez meses, com o término previsto para fevereiro de 2020. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído por um nome fictício. Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Benefícios: Ao participar desta pesquisa o(a) entrevistado(a) não terá nenhum benefício direto, no entanto, será disponibilizado o resultado da pesquisa sobre a narrativa dos profissionais de saúde sobre suas percepções, limites e desafios no atendimento às pessoas trans no SUS. Sendo assim, esperamos que a pesquisa colabore na qualidade dos serviços de saúde prestados à população trans, e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional.

Riscos e desconfortos: Os possíveis danos associados à sujeição a pesquisa estão relacionados ao desconforto emocional por compartilhar informações pessoais ou que envolvam a terceiros. Neste sentido, entendemos a necessidade de assistência aos participantes por meio de escuta qualificada e manejo dos esclarecimentos pertinentes na condução da pesquisa, considerando a confidencialidade e a privacidade dos dados da pesquisa, conforme Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade humana.

Resultados: Os resultados serão divulgados durante a apresentação da dissertação, em local e data divulgadas previamente, pela pesquisadora, em cerimônia aberta ao público. A síntese crítica da pesquisa será submetida para a publicação de artigos.

Custo da participação, ressarcimento e indenização por eventuais danos: A participação no estudo não acarretará custos para você e também não lhe será dada nenhuma compensação financeira. Não haverá qualquer penalização administrativa à participante caso, em qualquer momento de sua colaboração tenha necessidade ou interesse em interromper sua participação.

Consentimento para participação: Estou de acordo com os termos para a participação no estudo descrito acima. Fui devidamente esclarecido(a) quanto aos objetivos da pesquisa e aos procedimentos. Os pesquisadores me garantiram disponibilizar qualquer esclarecimento adicional a que eu venha solicitar durante o curso da pesquisa e o direito de desistir da participação até um mês antes da data da entrega da dissertação, sem que a minha desistência implique em qualquer prejuízo à minha pessoa, sendo garantido anonimato e o sigilo dos dados referentes à minha identificação, bem como de que a minha participação, neste estudo, não me trará nenhum benefício econômico.

ASSINATURAS:

Eu, _____ fui informada dos objetivos da pesquisa acima, de maneira clara e detalhada, e esclareci minhas dúvidas. Sei que, em qualquer momento, poderei solicitar novas informações se assim desejar ou retirar-me da pesquisa. Fui informada sobre a seriedade desta pesquisa e, caso necessite, poderei contatar pesquisadora responsável, na pessoa de Ana Carolina Lima dos Santos (21) 980511705 e pelo e-mail anacarolina.lds@gmail.com, bem como através do CEP/e PUC-Rio através do telefone (21)35271618.

Para o termo que segue, proponho-me:

1. Declaro que concordo em participar desse estudo intitulado: "Pessoas Trans no SUS: narrativas dos profissionais de saúde sobre suas percepções, limites e desafios".
2. O TCLE foi lido e explicado informando sobre minha participação na pesquisa, seus propósitos e benefícios de seus resultados.
3. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.
4. Disponho-me em ter meus diálogos gravados em entrevista individual e que estes serão utilizados exclusivamente enquanto registro do pesquisador, sendo assegurado o devido sigilo profissional.

Contatos da Pesquisa:

Pesquisadora Responsável: Ana Carolina Lima dos Santos

Orientadora: Nilza Rogéria de Andrade Nunes

Cel: (21) 981860253 – Email: nr.nunes@puc-rio.br

Departamento de Serviço Social da PUC-Rio

Rua Marquês de São Vicente, n. 225, Gávea, Rio de Janeiro.

Telefone: (21) 3527-1290/3527-1291

Celular: (21) 980511705 – E-mail: anacarolina.lds@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-Rio

Rua Marquês de São Vicente, 225 - Prédio Kennedy, 2º andar – Gávea – Rio de Janeiro CEP 22453-900. Telefone (21) 3527-1618.

Local /Data: Rio de Janeiro, ____/____/____

Nome do Participante:

Assinatura:

Nome do Pesquisadora:

Assinatura:
