

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**Fernanda Deotti Rodrigues**

**(Des)caminhos em busca de cuidado: uma análise da rede de assistência à saúde para  
pessoas transexuais e travestis em Juiz de Fora/MG**

**Juiz de Fora**  
**2018**

**Fernanda Deotti Rodrigues**

**(Des)caminhos em busca de cuidado: uma análise da rede de assistência à saúde para pessoas transexuais e travestis em Juiz de Fora/MG**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial a obtenção do grau de Doutor em Psicologia. Área de concentração: Processos Psicossociais em Saúde.

Orientadora: Dr<sup>a</sup>. Juliana Perucchi

**Juiz de Fora  
2018**

Rodrigues, Fernanda Deotti.

(Des)caminhos em busca de cuidado : uma análise da rede de assistência à saúde para pessoas transexuais e travestis em Juiz de Fora/MG / Fernanda Deotti Rodrigues. -- 2018.

269 f.

Orientadora: Juliana Perucchi

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2018.

1. Processo Transexualizador. 2. Rede de Atenção à Saúde. 3. Itinerários terapêuticos. 4. Transexuais. 5. Travestis. I. Perucchi, Juliana, orient. II. Título.

**Fernanda Deotti Rodrigues**

**(Des)caminhos em busca de cuidado: uma análise da rede de assistência à saúde para pessoas transexuais e travestis em Juiz de Fora/MG**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial a obtenção do grau de Doutor em Psicologia. Área de concentração: Processos Psicossociais em Saúde.

Aprovada em 27 de fevereiro de 2018.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Juliana Perucchi  
Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Membro Interno: Prof. Dr. Fernando Santana de Paiva  
Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Membro Interno: Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani  
Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Membro Externo: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Flavia do Bonsucesso Teixeira  
Universidade Federal de Uberlândia

---

Membro Externo: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Juracy Filgueiras Toneli  
Universidade Federal de Santa Catarina

## AGRADECIMENTOS

Já na seleção do doutorado, um professor da banca avaliadora me disse, em tom cuidadoso, que esta experiência seria muito solitária. Na ocasião, em meio à tensão que estava para argumentar sobre a consistência do projeto, aquilo de certa forma me marcou. Poucos meses depois, eu já começava a conferir o início dessa sensação. Apesar dos vários impasses inerentes à construção de toda tese, o difícil mesmo foi “suspender” parte da vida e atravessar, solitariamente, o percurso mais longo da minha formação; sem licenciar dos meus trabalhos, mas, sim, me afastando de muitas pessoas queridas e adiando outros tantos preciosos desejos. Foi preciso escolher um caminho. Assim, eu agradeço, profundamente, àqueles e àquelas que vieram até o meu encontro e que, verdadeiramente, de alguma forma, se empenharam em me ajudar nessa escolha:

À Juliana Perucchi agradeço por, mais uma vez, aceitar minha proposta de pesquisa. Sou muito grata pela forma como você sempre me encoraja, na formação acadêmica e na vida. Essa forma de afetar o outro, que inspira, potencializa e só faz crescer sentimentos bons é cada vez mais cara pra mim, pela capacidade que tem de multiplicar e não se esgotar num mesmo encontro; assim, por mais uma vez, não nos despediremos por aqui.

À Maria Juracy Filgueiras Toneli, pelas cuidadosas pontuações na ocasião do exame de qualificação. Em um momento de enorme frustração que vivenciava com a pesquisa, já na terceira versão do projeto, sua avaliação foi muito precisa e essencial para dar forma e segurança aos horizontes desse estudo.

Ao Telmo Mota Ronzani, agradeço o interesse e a constante disponibilidade em contribuir com a minha formação e conhecimento no campo da saúde.

À Flavia do Bonsucesso Teixeira, agradeço o aceite, a disponibilidade e o interesse em contribuir com esta pesquisa e por suas produções terem sido fonte de grande inspiração para este estudo desde o seu início.

Ao Fernando Santana de Paiva agradeço o interesse e a prontidão para me auxiliar na construção da versão final do projeto e pelas inúmeras trocas ao longo do doutorado. Sua companhia é sempre valiosa e produtiva.

Ao Fernando Seffner, pela atenção e gentileza ao intermediar diversos contatos e apontar direcionamentos importantes para a primeira versão do projeto.

À Brune Brandão, por me apresentar com tanta propriedade, disponibilidade e generosidade o campo teórico dos estudos de gênero e das transexualidades, por inspirar e ventilar minhas ideias ao longo desses anos. Agradeço, especialmente, pela revisão interessada e cuidadosa desta tese. Foi um privilégio ter você comigo nesta jornada.

À equipe de trabalho do Núcleo PPS, em especial Diéssica, Helena, Beatriz, Claudete, Cláudio e a Céu Cavalcanti, que muito somou quando passou uma temporada por aqui. Agradeço, principalmente, a oportunidade de acompanhar os encontros do grupo VisiTrans, onde se materializam e se renovam todos os esforços de uma competente equipe acadêmica que trabalha na tentativa de garantir dignidade e respeito às pessoas trans em contextos diversos de vida.

Ao Centro de Psicologia Aplicada da UFJF pela receptividade à pesquisa e por ceder espaço para a realização das entrevistas.

À Prefeitura Municipal de Juiz de Fora/Secretaria de Saúde, por autorizar a realização desta pesquisa no município. Agradeço, especialmente, gestores, profissionais de saúde e administrativos da unidade de saúde coparticipante da pesquisa e do Ambulatório Trans, que confiaram neste estudo e doaram seu tempo, suas experiências e espaços de trabalho, constituindo-se como valiosos/as interlocutores/as.

Ao Alexandre Henrique pela prontidão em me auxiliar com materiais e intermediar o contato com o professor Anderson Ferrari, a quem também agradeço pela receptividade na ocasião em que cursei importante disciplina no PPG em Educação/UFJF.

Ao Pedro Antunes pelos materiais disponibilizados e pelas conversas sobre as “redes”, que muito ajudaram a pensar sobre o objeto desta pesquisa.

À Lara Brum de Calais por ter sido a maior e melhor ouvinte que uma doutoranda poderia ter. Agradeço muito o carinho de sua escuta atenta e interessada, que reverberou em incontáveis trocas ao longo desses anos de amizade e de pós-graduação.

Aos/às “MGamigos/as”, agradeço o carinho, a cumplicidade e a prontidão de amizades tão sinceras e duradouras. Foi muito importante poder contar com a leveza da convivência com vocês.

Pai, mãe e Lu, sem a minha sólida base eu não teria sequer desejado chegar até aqui. Sei o quanto foi frustrante para vocês conviverem com a minha quase constante indisponibilidade nos últimos anos. Agora já posso voltar à parte mais doce da vida.

À minha alegre Betina, que chegou ao final desta trajetória para encher a minha vida de amor.

Ao meu querido Bruno, que acompanhou, cotidianamente, minha intensa rotina de trabalhos e de estudos. Agradeço sua espera paciente e seu amor generoso. Obrigada por cuidar tão bem de mim. A você dedico esta conquista.

Por fim, especialmente, agradeço a todos/as os/as valiosos/as interlocutores/as que, com a riqueza de seus relatos, contribuíram para a essência desta pesquisa e me tiraram, por alguns momentos, da solidão dos estudos e da escrita. Muito obrigada por, nesta viagem, terem prontamente permitido que eu sentasse ao lado. Sem dúvida, chegar ao destino tendo conhecido pessoas tão fortes, com histórias marcantes, foi a minha maior recompensa.

“O cuidado não é apenas produzido pelos profissionais e pelos serviços de saúde, mas pelas pessoas e suas redes sociais, nos diferentes modos de andar a vida.”

(GERHARDT, BURILLE & MULLER, 2016)

## RESUMO

Esta pesquisa propôs analisar aspectos importantes acerca do funcionamento da rede de assistência à saúde para pessoas transexuais e travestis no município de Juiz de Fora/Minas Gerais (MG). Dentre eles, a estrutura e o fluxo da rede, bem como o acesso e a disponibilidade dos cuidados previstos pelas políticas públicas de saúde para a população transexual e travesti que demanda as ações, nos níveis de atenção básica e atenção especializada de média complexidade, do Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). O Processo Transexualizador compreende um conjunto de ações relacionadas às transformações de caracteres sexuais de pessoas que buscam por estas intervenções. A cidade de Juiz de Fora constitui um polo de referência na assistência à saúde da Zona da Mata mineira, nas mais diversas linhas de cuidado, o que justificou a relevância social e científica da escolha deste município. Este estudo apresentou três perguntas disparadoras para o principal trabalho de investigação proposto: como funciona a Rede de Atenção à Saúde (RAS), no que se refere à linha de cuidado às pessoas transexuais e travestis, no município de Juiz de Fora? Em que medida a rede pública de saúde do principal município da região da Zona da Mata mineira, no interior do Brasil, implementa e executa as diretrizes de assistência estabelecidas pelo Ministério da Saúde para usuários/as com demanda para realização do Processo Transexualizador? E, ainda, como estas diretrizes se processam, ou não se processam, neste contexto de atenção? A perspectiva arqueogenealógica, inspirada na proposta teórico-filosófica de Michel Foucault, foi empregada como estratégia metodológica. Como os aspectos formais e dinâmicos que compõem a linha de cuidado em saúde na RAS do município pesquisado, para a população transexual e travesti, eram desconhecidos, esta metodologia mostrou-se eficiente para verificar relações de saber/poder que produzem a política pública local, em saúde, que institui o Processo Transexualizador no âmbito do SUS. Sobretudo, no que concerne às condições de operacionalização e implementação deste processo no contexto da RAS no município estudado. Como principais resultados, pode-se assinalar que os itinerários terapêuticos de pessoas transexuais e travestis de Juiz de Fora e região, em busca de cuidado em saúde, se processam de diferentes formas, mas convergem em alguns poucos e frágeis pontos de atenção que, a partir de critérios estabelecidos, foram considerados como a rede propriamente pesquisada. Constatou-se que o modo de funcionamento desta rede é feito da maneira informal a partir da qual ela foi estruturada, tendo sido constituída sem a participação da gestão pública do município. Neste sentido, alguns importantes construtos teóricos como vulnerabilidade programática, marcadores sociais da diferença, integralidade e autonomia, sustentaram a discussão analítica desta tese. Assim, a complexa trama formada a partir dos (des)caminhos de pessoas transexuais e travestis pela rede no município, mostrou o quão desgastantes, demoradas e incertas podem ser as trajetórias em busca de cuidados à saúde para aqueles e aquelas que se colocam a caminhar à procura de saídas que deveriam ser apenas terapêuticas.

**Palavras-chave:** Processo Transexualizador. Rede de Atenção à Saúde. Itinerários terapêuticos. Transexuais. Travestis. Cuidado integral.

## ABSTRACT

This research proposed to analyze important aspects of the operation of the health care network for transgender and *travesti* people in the city of Juiz de Fora/Minas Gerais (MG). Among them, the structure and flow of the network, as well as the access and availability of the care provided by public health policies for the transsexual and travesti population that demand the actions, in the levels of basic attention and specialized attention of medium complexity, of the Transsexualizing Process in the Public Health System (SUS. In Portuguese). The Transsexualizing Process is a set of actions related to sexual character transformations of people seeking for these interventions. The city of Juiz de Fora have been a reference place in the health assistance of the area of Zona da Mata, in the most diverse lines of care, which justified the social and scientific relevance of the choice of this city. This study presented three questions for the main research work proposed: How does work the Health Care Network (RAS, in Portuguese), as regards the line of care for transgender and *travesti* people, in the city of Juiz de Fora? How does the public health network of this region, in the interior of Brazil, implement and execute the guidelines of assistance established by the Ministry of Health for users with demand for the realization of the Transsexualizing Process? In addition, how do these guidelines are processed, or do they are not processed, in this context of attention? The Arqueogenealogy perspective, based on the theoretical-philosophical proposal of Michel Foucault, is our methodological strategy. The formal and dynamic aspects that make up the health care line in the RAS of the researched area, for the transsexual and *travesti* population, are unknown, so this methodology proved to be efficient to verify knowledge/power relationships that produce public policies in health, establishing the Transsexualizing Process inside the SUS. Above all, about to the conditions of operation and implementation of this process in the context of RAS in the city studied. As the main results, it can be noted that the therapeutic itineraries of transsexuals and *travestis* from Juiz de For a and region, in search of health care, appearing in different ways, but converge in a few fragile points of attention that, according established criteria, were considered to be the network properly researched. This study found that the way of operation of this network is result of their informal construction that having been constituted without the participation of public management from the city. Some important theoretical constructs such as programmatic vulnerability, social marks of difference, integrality and autonomy, sustained the analytical discussion of this thesis. Thus, the complex web formed from the (dis)paths of transgender and *travesti* people by the network in the city, showed how stressful, time consuming and uncertain can be the trajectories in search of health care for those who put themselves to walk in search of ways that will should only be therapeutic.

**Keywords:** Transsexualizing Process. Health Care Network. Therapeutic itineraries. Transsexuality. Travesty. Integral Care.

## LISTA DE SIGLAS

- AIDS** – Acquired Immunodeficiency Syndrome
- APA** – Associação Americana de Psiquiatria
- APS** – Atenção Primária à Saúde
- BSH** – Brasil Sem Homofobia
- CAPS** – Centro de Atenção Psicossocial
- CEP** – Comitê de Ética em Pesquisa
- CFE** – Conselho Federal de Enfermagem
- CFM** – Conselho Federal de Medicina
- CFP** – Conselho Federal de Psicologia
- CFSS** – Conselho Federal de Serviço Social
- CID** – Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
- CPA** – Centro de Psicologia Aplicada
- DOU** – Diário Oficial da União
- DSM** – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IT** – Itinerário Terapêutico
- LGBT** – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros
- MG** – Minas Gerais
- MS** – Ministério da Saúde
- OMS** – Organização Mundial da Saúde
- OPAS** – Organização Pan-Americana da Saúde
- PJF** – Prefeitura de Juiz de Fora
- RAS** – Rede de Atenção à Saúde
- SEDH** – Secretaria Especial de Direitos Humanos
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- TFD** – Tratamento Fora de Domicílio
- TIG** – Transtorno da Identidade de Gênero
- UFJF** – Universidade Federal de Juiz de Fora
- UPA** – Unidade de Pronto Atendimento

## **LISTA DE TABELA**

Tabela 1: Dados quantitativos a partir da imersão nos campos da pesquisa .....	112
--	-----

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Quadro de documentos de autoria do Conselho Federal de Medicina .....	51
Figura 2: Quadro de documentos de autoria do Ministério da Saúde .....	53
Figura 3: Quadro de documentos de autoria do Conselho Federal de Psicologia .....	54
Figura 4: Quadro de documento de autoria do Conselho Federal de Serviço Social .....	55
Figura 5: Quadro de documento de autoria do Conselho Federal de Enfermagem .....	55
Figura 6: Quadro sinóptico composto a partir das informações obtidas através da descrição dos itinerários terapêuticos .....	171
Figura 7: Rede de assistência pública à saúde para pessoas trans em Juiz de Fora, composta a partir da descrição de itinerários terapêuticos de seus/suas usuários/as .....	179

## LISTA DE ANEXOS

ANEXO A – Quadro de descrição dos endereços eletrônicos das fontes consultadas .....	261
ANEXO B – Roteiro para entrevista semi-estruturada com pessoas trans .....	262
ANEXO C – Roteiro para entrevista semi-estruturada com profissionais de saúde .....	263
ANEXO D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) .....	264
ANEXO E – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora .....	266

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	17
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	21
<b>2 CONSIDERAÇÕES SOBRE A CONFORMAÇÃO DE CORPOS TRANS NA CONTEMPORANEIDADE</b> .....	27
2.1 PODER, CORPO, SEXO E PERFORMANCES DE GÊNERO .....	27
2.2 O PROCESSO DE ABJEÇÃO E PATOLOGIZAÇÃO DOS CORPOS TRANS.....	29
2.3 A CONSTRUÇÃO DO DISPOSITIVO DA TRANSEXUALIDADE .....	32
2.4 AS LIMITADAS ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO EM CORPOS TRANS .....	39
2.5 DESAFIOS DO MOVIMENTO MUNDIAL PELA DESPATOLOGIZAÇÃO DAS IDENTIDADES TRANS .....	43
<b>3 O PROCESSO TRANSEXUALIZADOR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NO BRASIL</b> .....	48
3.1 INCURSÕES NO ÂMBITO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE RELATIVAS AO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR: O CAMPO DOCUMENTAL .....	49
<b>3.1.1 Identificação e arquivo dos documentos</b> .....	49
<b>3.1.2 Alicerces da análise do campo documental</b> .....	56
3.2 AVANÇOS E IMPASSES NA CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA PESSOAS TRANS: UMA ANÁLISE A PARTIR DAS FONTES DOCUMENTAIS .....	59
<b>3.2.1 A normalização da cirurgia de transgenitalismo pelo Conselho Federal de Medicina (CFM)</b> .....	59
<b>3.2.2 O Processo Transexualizador no SUS</b> .....	63
<b>3.2.3 Diretrizes de assistência à saúde do Processo Transexualizador</b> .....	71
<b>3.2.4 A produção de cidadania a conta-gotas</b> .....	76
<b>4 SEGUINDO PELO CAMINHO INVESTIGATIVO</b> .....	83
4.1 A ARQUEOGENEALOGIA COMO ESTRATÉGIA METODOLÓGICA .....	83

4.2 CAMPOS E PARTICIPANTES DA PESQUISA .....	86
4.3 PROCEDIMENTOS PARA A PRODUÇÃO DE INFORMAÇÕES .....	89
4.4 CUIDADOS ÉTICOS .....	90
<b>5 O PROCESSO TRANSEXUALIZADOR E A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS) DE JUIZ DE FORA: DESLOCAMENTOS DA POLÍTICA NACIONAL À DEMANDAS LOCALIZADAS .....</b>	<b>92</b>
5.1 AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS) .....	92
5.2 CENÁRIO DO ESTUDO: ASPECTOS SOBRE A RAS DE JUIZ DE FORA.....	96
5.3 A IMERSÃO NOS CAMPOS DA PESQUISA COM INFORMANTES .....	100
<b>5.3.1 O grupo VisiTrans .....</b>	<b>101</b>
<b>5.3.2 A unidade de saúde coparticipante da pesquisa .....</b>	<b>105</b>
<b>5.3.3 O Ambulatório Trans .....</b>	<b>109</b>
<b>5.3.4 Aspectos gerais sobre a imersão nos campos da pesquisa .....</b>	<b>111</b>
<b>6 TRAJETÓRIAS DE PESSOAS TRANS DO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA E REGIÃO NA (DES)ASSISTÊNCIA À SAÚDE .....</b>	<b>113</b>
6.1 SOBRE ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS E A BUSCA POR CUIDADOS EM SAÚDE.....	113
6.2 CARACTERIZAÇÃO DOS/AS PARTICIPANTES TRANS .....	115
6.3 VERSÕES DO CUIDADO: RECORTES NARRATIVOS SOBRE TRAJETÓRIAS NA (DES)ASSISTÊNCIA À SAÚDE .....	117
6.4 CONVERGÊNCIAS NOS PERCURSOS E OS PRIMEIROS CONTORNOS PARA A REDE .....	169
<b>7 A REDE (IN)FORMAL DE ASSISTÊNCIA PÚBLICA À SAÚDE PARA PESSOAS TRANS EM JUIZ DE FORA: CONSIDERAÇÕES ANALÍTICAS SOBRE O SEU FUNCIONAMENTO .....</b>	<b>176</b>
7.1 O ENCONTRO DA (E COM A) REDE .....	178
7.2 A VULNERABILIDADE EM SUA DIMENSÃO PROGRAMÁTICA NA REDE DE ASSISTÊNCIA PÚBLICA À SAÚDE PARA PESSOAS TRANSEXUAIS E TRAVESTIS EM JUIZ DE FORA .....	200
7.3 MARCADORES SOCIAIS DA DIFERENÇA E O ACESSO LOCAL À SAÚDE .....	214

7.4 A INTEGRALIDADE COMO PRINCÍPIO DA POLÍTICA DE SAÚDE DO ESTADO BRASILEIRO E AS PRÁTICAS RELATIVAS AO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR NA REDE PESQUISADA E EM SUAS INTERFACES .....	225
7.5 DE “ <i>PACIENTES DA DISFORIA DE GÊNERO</i> ” A “ <i>ARTISTAS DA VIDA</i> ”: A CONSTRUÇÃO DA AUTONOMIA NA/PELA REDE DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ESTUDADA .....	235
<b>8 RUPTURAS LOCAIS PARA A ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES DA PESQUISA .....</b>	<b>244</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>248</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>260</b>

## APRESENTAÇÃO

Esta tese contempla um conjunto de estudos que vem sendo realizados no âmbito de temas sobre a transexualidade e a travestilidade junto ao Núcleo de Pesquisa e Práticas em Psicologia Social, Políticas Públicas e Saúde (Núcleo PPS), da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Tal núcleo desenvolve, dentre outros trabalhos, um projeto de extensão universitária, no Centro de Psicologia Aplicada (CPA) da UFJF, que consiste em um grupo de apoio e de militância, denominado VisiTrans, destinado a pessoas transexuais, travestis<sup>1</sup> e intersexuais<sup>2</sup> de Juiz de Fora e região. Esta extensão faz parte do projeto *Gênero, sexo e corpo travesti: abjeções e devires nos contextos urbanos de Minas Gerais*, que recebeu apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) e estudou a construção de corpos trans<sup>3</sup> de forma ampla, problematizando a produção das subjetividades contemporâneas e tendo como foco corpos e sexualidades desviantes da cisnorma<sup>4</sup> e da heteronorma<sup>5</sup>. O referido projeto, já concluído, compôs um conjunto de investigações desenvolvidas por pesquisadores/as mineiros/as (UFJF/UFMG/UFU)<sup>6</sup> e de

---

<sup>1</sup> A distinção entre as categorias transexual e travesti, ambas fabricadas pelo discurso biomédico, é ineficiente porque fora desta matriz discursiva patologizante a tentativa de fixá-las em modulações que possam representá-las se mostra impotente, tamanha fluidez e diversidade das performances de gênero e sexualidades, sendo que “[...] as próprias travestis e transexuais fazem esta denúncia ao borrarem as fronteiras entre estes dois termos [...]” (Amaral, Cruz, Silva & Toneli, 2014, p. 307).

<sup>2</sup> Pessoas intersexuais são aquelas cujo corpo sexuado “varia em relação a um *standard* de corporalidade feminina ou masculina culturalmente vigente” (Cabral & Benzur, 2005, p. 283-284). Dito de outra forma, a intersexualidade relaciona-se aos corpos de pessoas nascidas com a genitália externa e/ou interna que não é claramente definida nem como feminina e nem como masculina (Kessler, 1996 *apud* Machado, 2005).

<sup>3</sup> De modo amplo, a palavra trans refere-se a pessoas travestis, transexuais, transgêneras, cross dress, drag king e drag queen. Nesta tese, a palavra trans foi utilizada para designar apenas pessoas transexuais e travestis, por serem estas as pessoas que constituem o público-alvo previsto para o Processo Transexualizador no SUS (Brasil, 2013). A junção de transexuais e travestis através da palavra trans considera, com Amaral *et al.* (2014, p. 302), “[...] que travestis e transexuais foram temas abordados separadamente até a década de 1990, e que discussões mais amplas no campo dos estudos de gênero e sexualidade têm demonstrado as fragilidades que acompanham a cisão das duas categorias [...]”, tendo em vista também que a preocupação deste estudo foi a compreensão do funcionamento do Processo Transexualizador, do qual estas populações são beneficiárias e não, necessariamente, as especificidades de suas experiências.

<sup>4</sup> Cisnorma é um conceito que “denota a normalidade que legitima como saudáveis, naturais e verdadeiras apenas as pessoas que se identificam com o sexo que lhes foi designado ao nascimento, sempre assumindo a binariedade homem/mulher” (Bonassi, 2017, p. 5).

<sup>5</sup> A heteronorma estabelece a heterossexualidade como categoria “normal”, “natural” e “universal”, numa suposta perspectiva de que “todos os sujeitos tenham uma inclinação inata para eleger como objeto de seu desejo, como parceiro de seus afetos e de seus jogos sexuais alguém do sexo oposto. Consequentemente, as outras formas de sexualidade são constituídas como antinaturais, peculiares e anormais” (Louro, 2010, p. 17). Para maior aprofundamento deste conceito e discussão sugiro a leitura do texto de Policarpo (2016).

<sup>6</sup> Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e Universidade Federal de Uberlândia (UFU).

outras regiões do Brasil (UFSC/UFPE/UFRGS)<sup>7</sup> acerca do universo trans e de seus desdobramentos no âmbito educacional, familiar e da saúde.

Com a mesma perspectiva teórica e com o intuito de aprimorar essas investigações no município onde são desenvolvidos, pelo Núcleo PPS, estudos e intervenções voltadas à população trans, esta pesquisa de doutoramento propôs analisar aspectos importantes acerca do funcionamento da Rede de Atenção à Saúde (RAS) de Juiz de Fora/Minas Gerais (MG). Dentre eles, a estrutura e o fluxo da RAS, bem como o acesso e a disponibilidade dos cuidados previstos pelas políticas públicas de saúde para a população trans que demanda as ações, nos diferentes níveis de atenção, do Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). O Processo Transexualizador compreende um conjunto de ações de saúde relacionadas à transformação de caracteres sexuais de pessoas que buscam por estas intervenções. A cidade de Juiz de Fora constitui um polo de referência na assistência à saúde da Zona da Mata mineira, nas mais diversas linhas de cuidado, o que justificou a relevância social e científica da escolha do município para a realização desta pesquisa.

Partindo da análise das políticas públicas de saúde que regulamentam o Processo Transexualizador no SUS no Brasil, mas não se limitando a ela, esta tese apresentou três perguntas disparadoras para o principal trabalho de investigação que foi proposto: como funciona a RAS, no que se refere à linha de cuidado, às pessoas transexuais e travestis, no município de Juiz de Fora? Em que medida a rede pública de saúde do principal município da região da Zona da Mata mineira, no interior do Brasil, implementa e executa as diretrizes de assistência para usuários/as com demanda para realização do Processo Transexualizador estabelecidas pelo Ministério da Saúde? E, ainda, como estas diretrizes se processam (ou não se processam) neste contexto de atenção? Partiu-se da hipótese de que a integralidade, a interdisciplinaridade e a integração entre ações e serviços, ainda que sejam enunciadas como diretrizes de assistência para usuários/as com demanda para a realização do Processo Transexualizador no SUS, não operam ou operam com significativas limitações na esfera de cuidados em saúde desta localidade.

O interesse em pesquisar o Processo Transexualizador no SUS surgiu do meu encontro com intermináveis questionamentos sobre pessoas transexuais: suas vivências e inconformidades com o próprio corpo. Tais inquietações, advindas de alunos/as que cursam uma disciplina sobre gênero e sexualidades que leciono na graduação em Psicologia, me fazem quase que restringir o programa a estas experiências. A transexualidade, em meio a

---

<sup>7</sup> Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

tantos outros temas no campo dos estudos de gênero, não é algo excepcional, mas que talvez mais comumente permita discussões e, principalmente, (des)construções teórico-conceituais, como as definições sobre sexo, gênero, identidade de gênero e orientação do desejo, por exemplo, essenciais para a referida disciplina.

Mas, escolher a transexualidade como objeto de um estudo aprofundado, imergir neste território, assim como sinalizou Guacira Lopes Louro<sup>8</sup>, pode causar estranheza, desprezo, desconfiança à figura do/a pesquisador/a; e, essencialmente, nos põe a pensar que outros/as sentem tudo isso em seus próprios corpos. Foi preciso, então, perceber com Márcia Arán (2005, p. 4) que “[...] a abertura para a diferença não é um mero discurso teórico, ela deve promover deslocamentos políticos, clínicos e sociais”, como também pessoais. Por isso, tal escolha me fez, necessariamente, adentrar neste território como uma viajante (e de primeira viagem), assim como descrito por Louro (2008, p. 13) em sua obra *Um corpo estranho – ensaios sobre sexualidade e teoria queer*, para a qual o importante não é o chegar, mas o andar: “A imagem da viagem me serve, na medida em que a ela se agregam ideias de deslocamento, desenraizamento, trânsito”. Nada mais peculiar às questões que envolvem transexualidade, travestilidade, transitoriedade e travessias em busca de cuidados em saúde.

De início, as incursões no campo documental das políticas públicas de saúde relativas ao Processo Transexualizador no SUS foram primordiais para um estudo cujo referencial teórico se valeu de abordagens feministas pós-estruturalistas: para as quais, o corpo não pode ser pensado fora do discurso, fora dos efeitos desse discurso, por mais que seja o corpo, em sua materialidade, que sofra toda a violência, todas as intervenções. A partir desta perspectiva teórica, pôde-se pensar tal política do SUS como um dispositivo de governamentalidade, de regulamentação, de normalização de corpos trans, classificando-os, institucionalizando-os, condicionando-os numa modalidade de assistência que desestabiliza qualquer possibilidade de autonomia para estas pessoas ao legitimar e reproduzir um discurso médico que captura as experiências trans, patologizando-as. Por isto, foi preciso pensar a (dis)funcionalidade da Rede de Atenção à Saúde a serviço do Processo Transexualizador à luz da potência cisnormativa de, reiteradamente, colocar pessoas trans à prova de uma autenticidade, forjada por um discurso que orienta todas as operações governamentais nestes corpos.

Lateralmente a isso, foi fundamental compreender o contexto local da política pública do SUS para dar contorno ao que se desejava investigar sobre o Processo

---

<sup>8</sup> Notas da Conferência de Abertura do Seminário Desafios das Práticas no Campo das Transdiversidades, Rio de Janeiro, agosto de 2014.

Transexualizador. Havia um completo desconhecimento do saber científico sobre o funcionamento da RAS de Juiz de Fora no que se refere à absorção das demandas de saúde advindas de pessoas trans. Por isso, inicialmente, a formulação do problema desta tese seguiu o fluxo de algumas pistas sobre trajetórias em busca das ações previstas pelo Processo Transexualizador, que não se limitavam apenas à RAS municipal. Além disso, também foram considerados os resultados de pesquisas<sup>9</sup> e de práticas profissionais na RAS de membros do Núcleo PPS.

Os diversos relatos de pessoas trans, inicialmente vindos de participantes do grupo VisiTrans, sobre as formas de ingresso e/ou as tentativas de acessar as ações e os serviços previstos pelo Processo Transexualizador, (d)enunciavam a complexidade dos avanços locais relacionados às práticas de cuidado integral em saúde para pessoas trans na RAS municipal. Tais cuidados ultrapassam em muito o pleito às cirurgias, a luta pela despatologização das identidades trans e a necessidade de revisão das políticas públicas que normalizam o protocolo de assistência à saúde. Por isso, o conhecimento dos itinerários terapêuticos de pessoas trans em busca de cuidados de saúde relativos ao Processo Transexualizador que perpassam a RAS juizforana, considerada polo de referência na atenção à saúde da Zona da Mata mineira, mostrou-se uma importante ferramenta para um estudo analítico sobre a estrutura e o fluxo da RAS local, em sua conexão com a RAS de outras localidades, permitindo inferir, assim, sobre o seu funcionamento em diferentes níveis de atenção.

---

<sup>9</sup> Perucchi, Brandão, Berto, Rodrigues e Silva, 2014; Marchesini, 2015; Perucchi, Brandão e Silva, 2015; Brandão, 2016.

## 1 INTRODUÇÃO

A assistência à saúde de pessoas trans na rede pública no Brasil vem sendo problematizada em importantes publicações: Arán (2005); Arán e Lionço (2008); Arán, Zaidhaft e Murta (2008); Lionço (2008a); Arán e Murta (2009); Arán, Murta e Lionço (2009); Teixeira (2009); Almeida (2010); Arrilha, Lapa e Pisaneschi (2010); Barboza (2010); Amaral (2011); Almeida (2012); Arán (2012); Bento (2012); Bento e Pelúcio (2012); Mello, Avelar e Maroja (2012); Teixeira (2012); Almeida e Murta (2013); Teixeira (2013); Bento (2014a); Borba (2014a); Borba (2016); Raimondi, Paulino e Teixeira (2016); entre outras. Tais produções que, em sua maioria, resultaram de práticas e/ou de pesquisas de pós-graduação neste contexto de atenção, significativamente denunciam, ao longo da última década, as condições de acesso às ações e aos serviços de saúde previstos pela política governamental para a população trans no Brasil. Além disso, defendem a despatologização das identidades trans, assim como a necessidade de reformulação das políticas públicas de saúde voltadas para esta população, de modo a atenderem as demandas deste público em sua complexidade de vida.

Nota-se que a preocupação por uma assistência verdadeiramente integral à saúde para pessoas trans que buscam a rede pública no país também tem sido, pontualmente, discutida como um fator essencial e um grande desafio para o cuidado desta população no SUS (Arán & Murta, s. n.; Lionço, 2008b; Lionço, 2009; Mello, Perilo, Braz & Pedrosa, 2011; Silva, 2012; Tagliamento, 2012; Borba, 2014b). Não é aleatório o fato da Portaria do Ministério da Saúde em vigor (Brasil, 2013), que redefine e amplia o Processo Transexualizador no SUS, trazer a integralidade como uma de suas diretrizes de assistência, “[...] não restringindo ou centralizando a meta terapêutica às cirurgias de transgenitalização e demais intervenções somáticas” (p. 2); em contraponto com o que pauta o Conselho Federal de Medicina (CFM), na Resolução n. 1.955, de 3 de setembro de 2010, que ainda mantém que “[...] a transformação da genitália constitui a etapa mais importante no tratamento de pacientes com transexualismo” (p. 1-2), mesmo considerando inúmeros apontamentos de que este procedimento não representa a densidade das demandas de saúde desta população e que a luta para a produção de inteligibilidade dos corpos trans ultrapassa a efetivação de qualquer cirurgia e/ou intervenção médica. Por isso, a integralidade ainda é um problema relevante e atual de pesquisa neste contexto e deve ser discutida a partir de uma compreensão ampliada do sistema público de saúde brasileiro, em sua articulação com os demais princípios e diretrizes do SUS.

As recentes mudanças na política governamental (Brasil, 2013) foram muito assertivas quando situaram a atenção básica como porta de entrada para a assistência à saúde, assim como quando estabeleceram que a integralidade do cuidado à saúde nas ações e serviços em atendimento ao Processo Transexualizador deverá ser garantida, minimamente, pelo acolhimento humanizado e o respeito ao uso do nome social de usuários/as, através de encaminhamentos regulados para a atenção especializada, acompanhamento clínico, cirúrgico e hormonioterapia, quando desejados. Além disso, as condições técnicas, as instalações físicas e os recursos humanos devem ser condizentes com a complexidade da atenção, básica e/ou especializada, que requer tal Processo. Pode-se pensar, assim, a composição ideal de uma RAS, que Noronha, Lima e Machado (2012) definem como um conjunto de estabelecimentos, de diferentes funções e perfis de atendimento, que operam de modo ordenado e articulado para suprir as necessidades de saúde, considerando as tecnologias de diferentes complexidades e custos, responsável por garantir a integralidade do cuidado no âmbito do SUS.

Contudo, o discurso governamental é contraditório quando ainda mantém, no mesmo documento (Brasil, 2013), a necessidade de classificação diagnóstica<sup>10</sup> de pessoas trans que desejam acessar o Processo e, para tanto, devem passar por acompanhamento psiquiátrico compulsório por, no mínimo, dois anos, segundo os critérios estabelecidos pelo CFM (2010) na Resolução que “dispõe sobre a cirurgia de transexualização”. Esta imposição vai de encontro aos princípios e diretrizes do SUS, particularmente ao conceito de integralidade, que defende a prestação do cuidado independente de uma condição patológica. Neste contexto das políticas públicas de saúde, portanto, a pessoa trans passa da condição de usuário/a para candidato/a ao Processo Transexualizador, já que o diagnóstico passa a ser condição de acesso à saúde, não sendo tal acesso um direito constitucionalmente garantido (Arán & Murta, 2009; Teixeira, 2013; Bento, 2014a; Tenório & Prado, 2016). Como pensar, então, a integralidade no cuidado à saúde de pessoas trans se o próprio documento governamental (Brasil, 2013), que faz funcionar o Processo, está atravessado pelo marcador doença, através de léxicos como “diagnóstico”, “indicação” e “tratamento”? Importados da Resolução do CFM (2010), tais enunciados reiteram a centralidade das ações biomédicas, especialmente as cirúrgicas, como curativas de um suposto transtorno psíquico.

---

<sup>10</sup> No Artigo 14º da Portaria N. 2.803, de 19 de novembro de 2013, do Ministério da Saúde, todas as intervenções especificadas na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM (Órteses, Próteses e Materiais Especiais) do SUS, referentes ao Processo Transexualizador, como acompanhamento clínico e cirúrgico, redesignação sexual no sexo masculino, tireoplastia, tratamento hormonal, mastectomia, histerectomia, cirurgias complementares e plástica mamária reconstrutiva estão condicionadas ao CID F64.0 (Transexualismo) e/ou F64.9 (Transtorno de identidade sexual, não especificado).

Em estudo realizado por integrantes do Núcleo PPS/UFJF, a partir de um trabalho empírico de pesquisa-intervenção no grupo de apoio psicossocial a pessoas trans, o VisiTrans, constatou-se que a população travesti e transexual é negligenciada ao acessar os serviços públicos de saúde, o que causa muitos danos e, em alguns casos, consequências irrecuperáveis para a saúde dessas pessoas. Por isso, o modelo de assistência no sistema público de saúde brasileiro, em relação a esta população, é reducionista e precário, uma vez que se apoia apenas nas questões do ponto de vista biológico e desconsidera a complexidade desse fenômeno. A política do SUS não se atém às perdas psíquicas que pessoas trans trazem atreladas aos seus corpos, o que contradiz o amplo conceito de saúde definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (Perucchi, Brandão, Berto, Rodrigues & Silva, 2014).

Perspectivas de assistência como essa culminam por patologizar todas as vivências próprias da transexualidade e da travestilidade, e acentuam, ainda mais, o desamparo desta população. Isso porque essas pessoas quando chegam aos serviços de saúde, muitas vezes, encontram-se numa situação de extrema vulnerabilidade, de várias ordens – psíquica, física, social –, sendo que a “saúde” deverá não apenas proporcionar o tratamento necessário, mas também colaborar para a construção de uma rede de reconhecimento e de inclusão social (Arán & Murta, 2009).

Assim, a formulação do objeto e dos objetivos desta pesquisa foram atravessadas por leituras e falas que anunciavam o quão caótico se encontra a operacionalização do Processo Transexualizador no país; não, necessariamente, em termos do funcionamento dos serviços, mas no que se refere à própria política de acesso, à regulação dos encaminhamentos, ao acompanhamento clínico dos/as usuários/as e ao tempo de espera para a realização dos procedimentos. Além disso, a falta de informação e, ainda, o desconhecimento sobre o Processo foram frequentes. Na ocasião em que acompanhava uma amiga que cumpria com o protocolo de consultas com a Psiquiatria, em um dos hospitais habilitados como Unidade de Atenção Especializada para realizar o Processo Transexualizador, pude escutar de outro usuário, na sala de espera do serviço: *“se a gente não se unir aqui, não trocar informações, não se ajudar, a gente não tem nada”*; uma outra pessoa, que faz parte da equipe clínica do mesmo serviço, disse que *“é no boca a boca que as pessoas se informam sobre um serviço que é público”*, lamentou.

Como, então, pensar o funcionamento de uma Rede de Atenção à Saúde que, apesar de ser pública, opera através de caminhos invisíveis, trilhado por pessoas indizíveis, que se não possuem “corpos que pesam” (Butler, 2010) numa sociedade, que dirá para um sistema de saúde? Como garantir a integralidade nas práticas de cuidado para pessoas que tem suas

experiências com o próprio corpo patologizadas e anunciadas como condição de acesso à saúde? O que se pode esperar de uma RAS, estruturada a partir de uma política que centraliza suas ações apenas em intervenções médicas, desconsiderando boa parte do entorno que poderia dar outros significados à assistência à saúde destas pessoas? Se “[...] perguntar parece ser onde tudo começa, turvando certezas claras e razoáveis, problematizando o que parece óbvio na paisagem das políticas públicas, nas montagens corporais e nas feitura de gênero aí produzidas” (Vasconcelos & Seffner, 2015, p. 263) foi a partir de inúmeros questionamentos acerca das significativas lacunas que persistem entre o discurso governamental e sua (in)viabilidade nas práticas de saúde integral que surgiu o problema da tese aqui defendida.

Esta pesquisa impulsionou conhecer como funciona a RAS, na linha de cuidado a pessoas transexuais e travestis, do município de Juiz de Fora, dada a importância dessa forma de organização do sistema de saúde que, quando bem estruturada, pode oferecer condições reais para viabilizar processos de cuidado integral. Por observar uma escassez de estudos que debruçam sobre esta temática, primordialmente, no universo da atenção básica e especializada de média complexidade do Processo Transexualizador, justificou-se esta linha de pesquisa, pois, a partir das mudanças políticas, percebe-se a importância de se pensar que a alta complexidade do Processo só terá êxito na perspectiva do cuidado integral se a RAS estiver funcionando desde a porta de entrada no sistema de saúde. Por sua vez, para que a atenção básica e a atenção especializada de média e alta complexidade estejam bem engrenadas é preciso conhecer, em profundidade, o seu funcionamento, superar seus entraves, fortalecer e qualificar seus atores locais, aqueles/as que de fato fazem operar o sistema.

Portanto, esta pesquisa apresentou como objetivo geral uma análise do funcionamento da Rede de Atenção à Saúde no município de Juiz de Fora/MG, nos níveis de atenção básica e atenção especializada de média complexidade, no que se refere às ações previstas para o Processo Transexualizador no SUS, conhecendo o modo de execução (ou não execução) das diretrizes de assistência à saúde da política nacional. Em relação ao funcionamento da RAS, mais especificamente, pretendeu-se analisar sua estrutura e o fluxo das pessoas que buscam as ações e os serviços em atendimento ao Processo Transexualizador, conhecendo a disponibilidade local dos cuidados de saúde para esta população.

Considerando a complexidade do tema e do problema proposto para esta pesquisa, realizou-se, no segundo capítulo, um ensaio teórico que se encontra desenvolvido da seguinte forma: num primeiro momento, foram apresentadas algumas considerações sobre a construção de verdades sobre a transexualidade e a travestilidade e a conformação de corpos trans na contemporaneidade – a articulação entre saber-poder, corpo, sexo e performances de gênero

no universo das transdiversidades; o processo de abjeção e de patologização dos corpos trans; a construção do dispositivo da transexualidade; as limitadas estratégias biomédicas de intervenção em corpos trans; e os desafios do movimento mundial pela despatologização das identidades trans.

No terceiro capítulo, encontra-se estruturado o trabalho de campo documental realizado no âmbito das políticas públicas de saúde relativas ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde no Brasil. Foram apresentados os critérios para a delimitação do campo documental da pesquisa, que permitiu a identificação e o arquivo dos documentos estudados, bem como os alicerces metodológicos que sustentaram a análise proposta. Tal análise dos documentos resultou numa discussão sobre os avanços e os impasses na construção de políticas públicas de saúde para pessoas trans no Brasil e as críticas concentraram-se nos seguintes eixos: a normalização da cirurgia de transgenitalismo pelo Conselho Federal de Medicina (CFM); o Processo Transexualizador no SUS; as diretrizes de assistência à saúde do Processo Transexualizador; e a produção, a “conta-gotas”, de cidadania (Bento, 2014b) para a população trans no país.

O quarto capítulo trata da metodologia do trabalho investigativo da tese realizado com interlocutores/as transexuais e travestis, usuários/as parciais ou exclusivos da RAS de Juiz de Fora, e com profissionais de saúde que atuam na rede de assistência encontrada no município. A estratégia metodológica empregada foi a perspectiva arqueogenealógica, inspirada na proposta teórico-filosófica de Michel Foucault, concebendo-a enquanto eficiente ferramenta de pesquisa em psicologia social e, mais especificamente, no campo de estudos da saúde pública. Também foram apresentados neste capítulo: os campos e os/as participantes da pesquisa, os procedimentos utilizados para a produção de informações e os cuidados éticos garantidos pelo estudo.

No quinto capítulo, a discussão apresentada teve por intenção refletir acerca de possíveis deslocamentos da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Brasil, 2011a) para o atendimento de demandas localizadas referentes ao Processo Transexualizador (Brasil, 2013) no SUS. Compreendendo a organização do sistema de atenção à saúde em redes como potencialmente facilitadora do acesso aos cuidados previstos para esta população, este capítulo inclui uma revisão da literatura sobre as Redes de Atenção à Saúde (RAS), uma apresentação sobre importantes aspectos da RAS de Juiz de Fora, além de dados sobre a imersão nos importantes campos da pesquisa: o grupo VisiTrans, a unidade de saúde coparticipante da pesquisa e o Ambulatório Trans.

No sexto capítulo, foram apresentadas as trajetórias de pessoas trans do município de Juiz de Fora e região nos contextos de (des)assistência à saúde. Inicialmente, foi discutido o uso de itinerários terapêuticos enquanto importante ferramenta para o conhecimento das trajetórias em busca de cuidado; foram caracterizados os/as participantes da pesquisa e apresentados os recortes narrativos destes/as a partir das entrevistas. Considerando suas diferentes versões sobre o cuidado em saúde, foi possível, ao final deste capítulo, compreender a dimensão dos (des)caminhos em busca de assistência e os primeiros contornos da rede estudada.

No sétimo capítulo, foram desenvolvidas as considerações analíticas acerca do funcionamento da rede (in)formal de assistência pública à saúde para pessoas trans em Juiz de Fora. Nele, estão apresentados importantes achados sobre a rede propriamente encontrada, discutidos à luz de importantes construtos teóricos como: a vulnerabilidade em sua dimensão programática na rede de assistência pública para pessoas trans em Juiz de Fora; marcadores sociais da diferença e o acesso local à saúde; a integralidade e as práticas referentes ao Processo Transexualizador na rede estudada e em suas interfaces; e, por último, a construção da autonomia na/pela rede de assistência à saúde pesquisada a partir da superação do discurso psicopatológico.

Por fim, no capítulo oito, foram apresentadas algumas contribuições da pesquisa e as considerações finais, pensando em rupturas locais que poderiam servir como saída para práticas assistenciais em saúde realmente pautadas pelo princípio da integralidade do cuidado.

## 2 CONSIDERAÇÕES SOBRE A CONFORMAÇÃO DE CORPOS TRANS NA CONTEMPORANEIDADE

Pensar as experiências da transexualidade e da travestilidade, particularmente, e sua relação com as transformações do corpo requer um mergulho bastante atento na literatura que trata sobre o tema, mas, principalmente, nas obras que enlaçam, em meio às construções teóricas, relatos preci(o)sos de pessoas que anseiam e/ou passaram por mudanças em seus próprios corpos. Isso porque são elas que podem realmente dizer do desafio que é transitar em território que, conforme Louro (2014, p. 15), “se pretende estável, definido e decisivo” e culmina por, sistematicamente, apagar toda a riqueza e diversidade das vivências e demandas trans. Neste sentido, vale iniciar as reflexões aqui propostas partindo de questionamentos que não necessariamente se almeja responder, mas que, certamente, inspiraram desde a escolha do tema para esta pesquisa até o seu desfecho: quem são estas pessoas? O que as diferenciam de outras pessoas? O que elas verdadeiramente desejam? E o que parece interdita-las em seu desejo?

Para uma aproximação da pessoa trans e das particularidades de suas experiências, o movimento mais interessante, talvez, se dá a partir da desconstrução de sua verdade, ou seja, aquela que não origina, mas é legitimada pelo saber médico, cuja performatividade desejada é atualizada com o advento das cirurgias de redesignação sexual e da clínica médica para estas pessoas. Por isso, a (re)invenção do/a transexual e de seu corpo (Bento, 2014a) pela Medicina, com o estabelecimento de critérios que autorizam ou não o acesso às intervenções de saúde, merece cuidadosa análise.

### 2.1 PODER, CORPO, SEXO E PERFORMANCES DE GÊNERO

Segundo Butler (2010, p. 154), “[...] o que constitui a fixidez do corpo, seus contornos, seus movimentos, será plenamente material, mas a materialidade será repensada como o efeito do poder, como o efeito mais produtivo do poder [...]”. E, neste sentido, ainda segundo a autora, “[...] a matéria dos corpos será indissociável das normas regulatórias que governam sua materialização e a significação daqueles efeitos materiais [...]” (p. 155). Assim, torna-se necessário repensar, com Butler (2010), a construção do sexo como uma norma cultural que governa a materialização dos corpos e não mais como um dado corporal sobre o qual o gênero é artificialmente imposto. Por isso,

[...] o “sexo” é, pois, não simplesmente aquilo que alguém tem ou uma descrição estática daquilo que alguém é: ele é uma das normas pelas quais o “alguém” simplesmente se torna viável, é aquilo que qualifica um corpo para a vida no interior do domínio da inteligibilidade cultural (Butler, 2010, p.154-155).

Foucault (2008) reconhece por biopoder o conjunto dos mecanismos pelos quais as características biológicas humanas entram na lógica de uma estratégia política, em uma estratégia geral de poder. A partir disso, tem-se um biopoder para o exercício de controle dos corpos e uma biopolítica para o gerenciamento das populações. Foucault (2006) aponta que o essencial em toda relação de poder é que o seu ponto de aplicação, é sempre, em última instância, o corpo, certo de que todo poder é físico e há uma ligação direta entre o corpo e o poder político.

Se, para que o processo de *generização* aconteça, é necessária a existência de um corpo, de uma materialidade, então importa é pensar através de que normas reguladoras o sexo é materializado e o gênero construído (Arán, 2012). Nesta mesma perspectiva, Bento (2014a) acrescenta que não existem corpos livres, anteriores aos investimentos discursivos, sobretudo políticos, uma vez que a história do corpo, qualquer que seja este corpo, não pode ser dissociada dos dispositivos de construção de um biopoder. Uma primeira nomeação do corpo, que evoca determinada performatividade para este, acontece através da seguinte afirmação: “é um/a menino/a!” Daí pensar a ecografia<sup>11</sup> como uma tecnologia prescritiva e não descritiva, pois a partir desta revelação o corpo é inscrito em um determinado campo discursivo e não em outro. A materialização das expectativas dos pais e das mães, antes mesmo do nascimento, se dará através da escolha de cores e modelos para as primeiras roupas, de acessórios, de brinquedos e de outros artifícios que irão colaborar para a significação do corpo do/a bebê. Após o nascimento, o jogo de afirmações e proibições, no qual se apoia o mundo infantil, irá preparar o sujeito para a vida referenciada no modelo heterossexual e cisgênero, construído a partir da ideologia de complementaridade do sexual, e nada escapará a essa “panóptica de gêneros” (Bento, 2014a, p. 107).

O sexo funcionará, então, segundo Butler (2010, p. 153-154), não apenas “[...] como uma norma, mas é parte de uma prática regulatória que produz os corpos que governa [...]”, construindo, demarcando e diferenciando os corpos que controla. É um construto ideal, cuja materialização é forçosamente imposta, ocorrendo (ou não) através de práticas altamente

---

<sup>11</sup> Ecografia ou ultrassom refere-se a exame diagnóstico de imagem, realizado protocolarmente durante a gravidez para acompanhamento do desenvolvimento de bebês no período pré-natal.

reguladas no corpo, onde as normas são reiteradas. Assim, a materialização do corpo, como efeito mais produtivo do poder, não pode ser pensada separadamente da materialização da norma regulatória. Contudo, essa materialização nunca é totalmente finalizada, uma vez que os corpos nunca se conformam completamente às normas, sendo essas instabilidades que possibilitam sua constante rematerialização.

Desse modo, como ainda afirma Butler (2010, p.154), “não se pode, de forma alguma, conceber o gênero como um construto cultural que é simplesmente imposto sobre a superfície da matéria – quer se entenda essa como o “corpo”, quer como um suposto sexo” (p. 154). A performatividade (de gênero) deve ser compreendida como prática reiterativa pela qual o discurso produz os efeitos que ele nomeia. Nesta medida, as normas regulatórias do sexo operam de modo performativo para construir a materialidade dos corpos e, principalmente, materializar o sexo do corpo e a diferença sexual, a serviço da consolidação do imperativo heterossexual e cisgênero<sup>12</sup>. Bento (2014a, p. 105) contribui ao afirmar que “através das reiterações contínuas, realizadas mediante interpretações em atos das normas de gênero, os corpos adquirem sua aparência de gênero, assumindo-o em uma série de atos que são renovados, revisados e consolidados no tempo. É isso que Butler chamará de performatividade de gênero”.

Bento (2014a) também sinaliza que “assumir um gênero é um processo de longa e ininterrupta duração” para todas as pessoas, não apenas para as trans. Conforme Arán (2005, p. 1-2), “os deslizamentos possíveis das categorias de sexo e gênero, ou melhor, a incoerência entre elas, provoca um estremeamento nas formas tradicionais de compreensão e de percepção do problema”, que serão discutidas nos subtópicos seguintes.

## 2.2 O PROCESSO DE ABJEÇÃO E PATOLOGIZAÇÃO DOS CORPOS TRANS

Há uma amarração, assegurada pelas normas, na qual o corpo deve refletir o sexo, de forma que o gênero só pode ser entendido quando reportado a essa relação. Algumas performatividades de gênero, entretanto, são postas às margens, pois se articulam fora dessa amarração, sendo classificadas como identidades transtornadas à luz do saber/poder da

---

<sup>12</sup> Cisgênero ou o termo “cis” refere-se a pessoas que se identificam com o gênero que lhes foi atribuído ao nascimento (Jesus, 2012), mantendo, assim, um alinhamento entre o sexo designado no nascimento e o gênero a ele referenciado. É importante destacar que “tal alinhamento garante determinados privilégios das pessoas cis em relação às pessoas trans, já que essas últimas, ao não manterem o alinhamento corpo-gênero, ocupam lugares de menor valor na esfera social” (Guaranha & Nardi, 2015, p. 273). Neste sentido, os autores ainda evidenciam as desigualdades às quais pessoas trans estão submetidas em uma sociedade cisnormativa.

Medicina (Bento, 2014a). Desse modo, gêneros inteligíveis, segundo Butler (2015), são aqueles que mantêm continuidade entre sexo, gênero, prática sexual e desejo, condição em que a identidade é reconhecida. Os espectros de descontinuidade e de incoerência, que fogem da norma, são constantemente proibidos, patologizados “[...] e produzidos pelas próprias leis que buscam estabelecer linhas causais ou expressivas de ligação entre o sexo biológico, o gênero culturalmente constituído e a ‘expressão’ ou ‘efeito’ de ambos na manifestação do desejo sexual por meio da prática sexual” (p.43-44). A autora (2010) ainda assinala que o imperativo heterossexual possibilita certas identificações sexuadas e impede ou nega outras, de certo que a

[...] matriz excludente pela qual os sujeitos são formados exige, pois, a produção simultânea de um domínio de seres abjetos, aqueles que ainda não são “sujeitos”, mas que formam o exterior constitutivo relativamente ao domínio do sujeito. O abjeto designa aqui precisamente aquelas zonas “inóspitas” e “inabitáveis” da vida social, que são, não obstante, densamente povoadas por aqueles que não gozam do status de sujeito, mas cujo habitar sob o signo do “inabitável” é necessário para que o domínio do sujeito seja circunscrito [...] (Butler, 2010, p. 155).

Bento (2014a) afirma, portanto, que “os corpos já nascem operados [...] todos estamos já mais ou menos operados/as por tecnologias sociais precisas. Todos somos pós-operados. Não existe corpo livre de investimentos discursivos, *in natura*. O corpo já nasce maculado pela cultura” (p. 107). A autora ainda acrescenta que a diferença entre os corpos trans e cisgêneros consiste no fato de que

A experiência transexual nos diz que a primeira cirurgia não foi bem sucedida, que o corpo-sexuado que lhe foi atribuído não serve para lhe conferir sentido. No entanto, este processo de reconstrução do corpo é marcado por conflitos que põem às claras as ideologias de gênero e os/as colocam em posição de permanentemente negociadores com as normas de gênero. Essas negociações podem reproduzir as normas de gênero, assim como desestabilizá-las ao longo dos processos de reiterações (Bento, 2014a, p. 107).

Apoiada na perspectiva teórica dos estudos *queer*<sup>13</sup>, que investigam discursos de saber que instituem determinadas existências como menos legítimas do que outras,

---

<sup>13</sup> *Queer* tanto em termos políticos quanto teóricos refere-se à crítica em relação à ordem sexual contemporânea. Mais especificamente, consiste na “recusa dos valores morais violentos que instituem e fazem valer a linha da abjeção, essa fronteira rígida entre os que são socialmente aceitos e os que são relegados à humilhação e ao desprezo coletivo” (Miskolci, 2012, p. 25). Assim, busca-se tornar visíveis processos de injustiça e de violência relacionados às normas e convenções culturais que fabricam e reproduzem a ideia de normalidade e o seu oposto, a anormalidade. Apesar de sua origem ter sido dispersa e ainda pouco resgatada, a política e a Teoria Queer se cristalizou nos Estados Unidos, na segunda metade da década de 1980, coincidindo com o surgimento da AIDS e a construção social da epidemia (Miskolci, 2012).

patologizando-as, Bento (2014a) ao tratar da experiência transexual em sua relação com o poder/saber médico considera que

[...] a dicotomia natureza (corpo) *versus* cultura (gênero) não tem sentido, pois não existe um corpo anterior à cultura, ao contrário, ele é fabricado por tecnologias precisas. O corpo-sexuado (o corpo-homem e o corpo-mulher) que dá inteligibilidade aos gêneros, encontra na experiência transexual os seus próprios limites discursivos, uma vez que aqui o gênero significará o corpo, revertendo assim um dos pilares de sustentação das normas de gênero (p. 21-22).

Assim, não é o sexo, a partir de sua naturalização pela cultura, que significará os corpos, mas sim o gênero construirá o corpo. A autora (2014a) ainda acrescenta, a partir desta inversão, que “[...] o corpo tem sido desde sempre gênero e que, portanto, não existe uma essência interior e anterior aos gêneros” (p. 22). A experiência da transexualidade, portanto, coloca em destaque elementos que revelam o funcionamento das normas de gênero, criando um campo contraditório de deslocamentos e de fixações dessas mesmas normas. Barboza (2010) ressalta que

transexual não é apenas o indivíduo que deseja alterar (ou altera) cirurgicamente o sexo morfológico, nem o que desempenha papel de gênero não correspondente ao seu sexo biológico, mas a pessoa que corporifica permanentemente a incompatibilidade entre o sexo biológico (genético-morfológico) e o papel de gênero que desempenha continuamente [...] o transexual não rompe o conceito de sexo ou de gênero, mas o vínculo de correspondência necessária que entre eles se estabeleceu [...] consubstancia uma permanente contradição, que o coloca supostamente no campo da ininteligibilidade (p. 87).

Por isso, “[...] as explicações para a emergência da experiência transexual devem ser buscadas nas articulações históricas e sociais que produzem os corpos-sexuados e que têm na heterossexualidade a matriz que confere inteligibilidade aos gêneros” (Bento, 2014a, p. 20). O peso dos discursos que instituem determinadas existências como anormais e abjetas, e que também constrói modelos de suposta sintonia entre sexo biológico e gênero cultural, como marcadores de normalidade e de sanidade, encontram reforços em determinados saberes que atuam na consolidação de verdades sobre corpos, gêneros e desejos, em coerência com a norma heterossexual (Bento & Pelúcio, 2012) e cisgênera. Têm-se, então, algumas pistas que podem auxiliar na compreensão do processo de construção do “dispositivo da transexualidade” (Bento, 2014a, p. 44), que se apoia na patologização das experiências trans e na legitimação e diferenciação de “sintomas” relacionados, que irão auxiliar na produção de um diagnóstico médico para gêneros supostamente desviantes.

### 2.3 A CONSTRUÇÃO DO DISPOSITIVO DA TRANSEXUALIDADE

Dispositivo, segundo Deleuze (1990), pode ser definido como um conjunto multilinear de forças, não homogêneo, não delimitado, que segue diferentes direções e que sempre forma processos em desequilíbrio. Seus objetos visíveis - as enunciações formuláveis, as forças em exercício, os sujeitos numa determinada posição - são como vetores ou tensores do dispositivo. O autor afirma que dispositivos são como “máquinas de fazer ver e de fazer falar”, contudo, sua visibilidade não se refere à luz em geral que ilumina objetos pré-existentes: cada um tem seu regime de luz - a maneira em que esta cai, se esvai, se difunde ao distribuir o visível e o invisível, ao fazer nascer ou desaparecer o objeto que sem ela não existe.

Por isso, segundo Arán (2012), para entender como opera a gestão técnica e política das modificações corporais do sexo, principalmente no tocante ao seu acesso, é fundamental retomar uma breve genealogia sobre a construção do que foi denominado de dispositivo da transexualidade. Bento (2014a) sinaliza que as divergências teóricas que fundamentam os saberes neste campo não são impedimentos para considerá-los partes estruturantes do dispositivo, certa de que “[...] o dispositivo não é algo homogêneo, seus saberes internos formam um conjunto heterogêneo, que busca sua eficácia por vários caminhos” (p. 168). Vale ressaltar que não se pretendeu aqui apresentar sistematicamente a origem do conceito, mas trazer algumas passagens que permitam aproximações históricas que favoreçam reflexões acerca da construção deste dispositivo.

No artigo *Algumas reflexões para estabelecer a cronologia do “fenômeno transexual” (1910-1995)*, Castel (2001) estrutura uma rica sequência cronológica e bibliográfica do “transexualismo” e das “patologias conexas da identidade sexual” na França, na Europa e nos Estados Unidos, em psiquiatria, psicanálise, sexologia, endocrinologia e cirurgia. O autor periodiza a história científica e cultural da estruturação discursiva do “transexualismo” em quatro fases: a primeira remonta às origens da sexologia, com Magnus Hirschfeld, médico e sexólogo alemão; origens indissociavelmente científicas e militantes, pois a despenalização da homossexualidade era o alvo. A segunda fase transcorre com o desenvolvimento da endocrinologia entre as duas guerras, que preparou a aceitação da maioria das teses sociológicas sobre a identidade sexual, após 1945, que sustentarão o “fenômeno transexual”. A terceira fase, que compreende o período de 1945 a 1975, teve a exploração

conjunta, pela tradição americana de sociologia empírica, da socialização dos hermafroditas<sup>14</sup>, dos indivíduos geneticamente anormais, dos meninos com órgãos genitais acidentalmente mutilados e dos transexuais. A quarta fase se dá em meados dos anos 70, marcada pela reivindicação da despatologização radical do transexualismo e pela ideia de que a identidade sexual é em si um preconceito e limita a liberdade individual.

Foi num cenário de significativos avanços tecnológicos da biomedicina, fortalecido por uma maior liberdade sexual, que se reconhece a possibilidade de mudança de sexo (Arán & Murta, 2009). O primeiro uso do termo transexual - “transexualpsíquico” - foi em 1910, por Magnus Hirschfeld, no livro *Die Tranvestiten*. Esta publicação teve por objetivo separar as formas de homossexualidade e estabelecer que o transvestismo não era uma prática especificamente homossexual; portanto, não se tratava de separar o “transexualismo” das perversões, mas desfazer a homogeneidade com a homossexualidade, separando-a da categoria de “atos contra a natureza”, que eram cruelmente reprimidos pelo Código Imperial de 1870 (Castel, 2001).

Nas décadas de 20 e 30, segundo Castel (2001), com a descoberta dos hormônios, inicia-se a era científica do dimorfismo sexual, consolidando “[...] os preconceitos politicamente interessados na diferença do homem/mulher [...]”, e tornando “[...] a anormalidade das condutas e dos sentimentos [...] uma questão de dosagem sanguínea [...]” (p. 84). Segundo essa lógica:

[...] se o estatuto hormonal rege absolutamente a vivência mental [...], não é mais necessário interrogar a demanda enquanto tal, a prova está na convicção subjetiva do doente e sua insistência em se fazer operar. O argumento compassional é tão forte que jamais se interrogam os psiquiatras (de fato, nos anos 60, e não antes, eles se escandalizarão com as decisões tomadas sem que fossem consultados). Os doentes não são loucos, mas homossexuais infelizes (essa infelicidade explicaria sua tristeza psíquica); dispensava-se a perícia extramédica além do bom senso [...] (Castel, 2001, p. 85-86).

O pensamento hegemônico, no caso médico, apropria-se de fenômenos observáveis nas relações entre os gêneros para dar credibilidade e, portanto, uma suposta cientificidade aos achados clínicos que distinguem os corpos sexuados, reiterando a naturalidade da diferença sexual (Bento & Pelúcio, 2012). A classificação, como um recurso do pensamento que tem sua origem na Biologia, foi cada vez mais utilizada, sendo empregada em Medicina com a intenção de possibilitar a estruturação de diagnósticos que, por sua vez, permitem o

---

<sup>14</sup> Hermafrodita era o nome dado a pessoas que apresentam genitálias ditas ambíguas. Atualmente o termo utilizado é intersexual (Machado, 2008).

estabelecimento de narrativas, códigos, prognósticos e protocolos para o tratamento das doenças. Com a transexualidade não foi diferente, podendo perceber que será através de narrativas médicas que suas experiências se transformariam em patologia e descreveriam sinais e sintomas para pensá-la, a partir desse momento, não como uma primeira possibilidade de inscrição desses corpos num registro de inteligibilidade, mas a partir de seu reconhecimento como doença.

[...] a ideia de que somos aquilo que nossos hormônios determinam produz certa segurança ontológica, principalmente para aqueles/as que lutam para conseguir um diagnóstico de transtorno da identidade de gênero. Dessa forma, ter uma doença, ou ser um transtornado/a de gênero, pode apresentar-se com uma força quase libertadora para algumas pessoas, justamente por situar a experiência trans fora da agência e da capacidade do sujeito em produzir significados múltiplos para o gênero, a sexualidade e o corpo (Bento & Pelúcio, 2012, p. 575).

Assim, segundo Castel (2001), o “transexualismo” encontra-se cada vez mais descrito como neuroendocrinológico, por oposição a toda forma de psicogênese, especialmente psicanalítica, fortemente rejeitada nesta ocasião. Isso cristalizou as aspirações militantes, assim como as teorias culturais de gênero, prevalecendo as versões biologizantes dos “distúrbios da identidade de gênero”, numa espécie de retorno às origens sexológicas alemãs da problemática transexual. Neste momento, segundo o autor, o drama da trajetória de vida destas pessoas dilui-se na redenção militante e na aposta “[...] numa ciência que transporta no cérebro, portanto na natureza, o peso da culpa com que a sociedade oprime injustamente os anormais [...]” ( Castel, 2001, p. 81).

Em 1949, David O. Cauldwell anunciou um estudo de caso sobre “um transexual feminino” no artigo “*Psychopatia Transexuallis*”. Desde então, iniciaram os esboços das particularidades da transexualidade, sendo delineadas novas teorizações médicas e sociológicas (Arán & Murta, 2009). Conforme sinalizam Arán, Zaidhaft e Murta (2008, p. 71), “o acontecimento que marca o nascimento do fenômeno da transexualidade na nossa era é a intervenção praticada por Christian Hamburger, na Dinamarca, em 1952, num jovem de 28 anos chamado George Jorgensen, ex-soldado do exército norte-americano”.

Considerada uma “síndrome complexa”, o “transexualismo” foi individualizado em sua forma moderna por Harry Benjamin, médico alemão emigrado nos Estados Unidos, que segundo Bento e Pelúcio (2012), se dedicou a estabelecer ocorrências para justificar as diferenças de pessoas transexuais em relação às homossexuais. Benjamin, que defendia a cirurgia de transgenitalização como a única alternativa terapêutica para transexuais, acabou

por estabelecer critérios de acesso, tidos por ele como científicos, dentre estes a fundamental relação de abjeção de longa duração com a própria genitália, para fins de diagnosticar o “verdadeiro transexual” e autorizar o procedimento. Assim, Castel (2001) aponta que, gradativamente, esse achado foi sendo admitido nas nosografias psiquiátricas de diferentes formas. Além dos estudos de Harry Benjamin (1966) - dentre os de maior repercussão pode-se citar seu livro *The Transsexual Phenomenon* -, também se destacam os trabalhos do psicólogo e sexologista John Money (1969) e do psicanalista Robert Stoller (1973, 1982).

Assim, Castel (2001) confirma que a história viva do “transexualismo” recomeça nos Estados Unidos e coincide com o desenvolvimento de uma sociologia minuciosa com uma abordagem despatologizante, distinguindo o sexo biológico do gênero psicossocial: “[...] Cada um é o que “passa” em sua interação social [...]” (p. 87). John Money, próximo a Harry Benjamin, legitimou o procedimento de redefinição sexual e recomendava a cirurgia nos casos de mutilação e de hermafroditismo. Os psicanalistas da época, entretanto, se colocaram vigorosamente contra a banalização das cirurgias, não em razão de convicções psicanalíticas, mas questionando a fragilidade dos protocolos de avaliação das possíveis consequências (Ostow, 1953; Kubie & Mackie, 1968; Stoller, 1969 *apud* Castel, 2001). Os critérios de avaliação utilizados eram os mais objetivos possíveis, como a adaptação social medida pelo emprego e estabilidade, por exemplo; não se considerava “[...] o fato de que o cuidado psicoterapêutico é um sucesso quando previne ou retém o transexual de se fazer operar [...]” (Castel, 2001, p. 88). Contudo, a impossibilidade de objetivar a clínica psicanalítica não pode inquietar o paradigma dominante da “satisfação” das pessoas operadas.

Essa posição contrapunha-se à dos profissionais da psicologia, psiquiatria e psicanálise, sempre reticentes às intervenções corporais como alternativas terapêuticas. Muitos psicanalistas consideraram esse procedimento como mutilações. Benjamin, ao contrário, afirmava que para “o transexual de verdade” psicoterapias eram inúteis [...] (Bento & Pelúcio, 2012, p. 571).

Para Castel (2001), com o advento da cirurgia, uma condição individual que antes era absolutamente marginal, torna-se uma questão reconhecidamente médica-legal, manifestando-se através de um crescimento exponencial de demandas de mudança de sexo, conforme atestam estatísticas de países desenvolvidos. Dessa forma:

[...] a possibilidade técnica de satisfazer as demandas de “adequação” vindas dos transexuais, graças aos hormônios e aos progressos da cirurgia plástica, contribuiu para dar ao transexualismo, a partir dos anos 50, uma coloração distinta das descrições mais antigas [...] Desde então, a liberdade de escolha do sexo vem em

primeiro plano, como possibilidade de “construção de identidade” sexual e de obter-se para ela a sanção social com os direitos referentes (casamento, inseminação artificial ou de parceria, adoção), acompanhada de uma denúncia dos obstáculos a essa escolha [...] (Castel, 2001, p. 78).

O autor (2001), pautado por Bernice Hausman, ainda aponta que:

[...] a reivindicação transexual desenvolveu-se numa dialética sutil entre a oferta tecnológica (a dos endocrinologistas e cirurgiões movidos pela compaixão, mas também preocupados em testar hipóteses sobre a natureza humana e suas determinações biológicas) e uma demanda de cuidado mais e mais estruturada por um discurso padronizado, oferecendo aos médicos a imagem exata do que eles esperavam de seus doentes, e repetindo estereótipos transmitidos numa subcultura transexual, validando e estabilizando esta situação como digna do interesse dos médicos [...] (p. 78).

Instalou-se, então, a necessidade de inserir esta modalidade cirúrgica - as redesignações sexuais - em processos terapêuticos formais, tendo sido seus procedimentos normatizados; assim como foi inevitável a criação de centros de transgenitalização, com o estabelecimento de protocolos de atendimento, baseados nas definições de Harry Benjamin. Em 1973, com esta intenção, Norman Fisk estabelece uma nosografia psiquiátrica para o transexualismo, apoiada fundamentalmente no autodiagnóstico. Em 1977, essa condição é incorporada à categoria psiquiátrica de “Disforia de Gênero”, incluindo outras “enfermidades” ligadas à identidade de gênero. Esta classificação, que aponta para a insatisfação em razão da discordância entre o sexo biológico e a identidade sexual, coloca como única possibilidade de tratamento a cirurgia de “conversão” sexual e a utilização de hormônios (Murta, 2007; Arán & Murta, 2009; Arán, 2012).

Essas classificações representaram uma completa alteração na nosologia e na nosografia psicopatológicas, com a descrição e a sistematização metodológica dos considerados transtornos mentais. Isso porque os manuais designaram uma listagem de diferentes categorias de desordens mentais e os critérios para chegar até estes diagnósticos. Os manuais, que na década de 80 podem ser considerados marcos nas transformações da clínica psiquiátrica, como a Classificação Internacional de Doenças (CID) em seu Capítulo V: Transtornos Mentais e de Comportamento, coordenada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e como o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), coordenado pela Associação Americana de Psiquiatria (*American Psychiatric Association/APA*), internacionalizaram a classificação dos transtornos mentais. Em 1980, a condição transexual foi incluída no DSM-III e, em 1994, o termo “transexualismo” foi

substituído por “Transtorno da Identidade de Gênero” no DSM-IV (Murta, 2007; Arán & Murta, 2009; Arán, 2012). A partir disso, pode-se refletir que:

[...] embora as descrições do século XIX sobre a transexualidade tenham sido muito importantes para a construção genealógica do *Transtorno de Identidade de Gênero*, o efetivo reconhecimento da experiência transexual como condição médica se fez em um contexto específico de progresso científico e expressivas transformações sociais. Nesse sentido, alguns autores, como Bernice Hausman, argumentam que só é possível compreender o fenômeno da transexualidade a partir do desenvolvimento da tecnologia médica e do pacto realizado entre médicos e transexuais para possibilitar a mudança de sexo [...] (Arán & Murta, 2009, p. 26).

Bento e Pelúcio (2012) acrescentam que a intenção de produzir um diagnóstico diferenciado para transexuais, anunciado desde a década de 60, toma forma na década de 80, com a inclusão da transexualidade como doença na CID. Essa produção trata-se de uma convenção médica que estabelece as características das doenças, codificando-as, servindo como referência internacional para médicos/as e demais operadores/as da saúde. O DSM em sua quarta versão, segundo as autoras, defende radicalmente o dimorfismo, de modo que

[...] as performances de gênero, a sexualidade e a subjetividade são níveis constitutivos da identidade do sujeito que se apresentam colados uns aos outros. O masculino e o feminino só se encontram por intermédio da complementaridade da heterossexualidade. Quando há qualquer nível de descolamento, deve haver uma intervenção especializada, principalmente de algum especialista nas ciências psi, para restabelecer a ordem e a “coerência” entre corpo, gênero e sexualidade. É esse mapa que fornecerá as bases fundamentais para a construção do diagnóstico de gênero (Bento & Pelúcio, 2012, p. 571).

Assim, a apropriação da transexualidade e sua construção como fenômeno psiquiátrico, que na última publicação da *American Psychiatric Association* (APA) – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM-5 (2014) -, pode ser consultada, não mais sob o título de “Transtorno da Identidade de Gênero”, mas sob a inscrição “Disforia de Gênero”, requer uma cuidadosa análise. Tal diagnóstico relaciona-se:

[...] ao sofrimento que pode acompanhar a incongruência entre o gênero experimentado ou expresso e o gênero designado de uma pessoa. Embora essa incongruência não cause desconforto em todos os indivíduos, muitos acabam sofrendo se as intervenções físicas desejadas por meio de hormônios e/ou de cirurgia não estão disponíveis [...] (APA, 2014, p. 451-452).

Embasada por esta mesma lógica, a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 (OMS, 1993), entende por transexualismo:

um desejo de viver e ser aceito como um membro do sexo oposto, usualmente acompanhado por uma sensação de desconforto ou impropriedade de seu próprio sexo anatômico e um desejo de se submeter a tratamento hormonal e cirurgia para tornar seu corpo tão congruente quanto possível com o sexo preferido (OMS, 1993, p. 210)

A partir das classificações das doenças mentais, que passaram a ser mundialmente reconhecidas e empregadas nos tratamentos, foi possível exercer mecanismos de controle a certos grupos populacionais. Isso porque a lógica propagada por estes manuais transforma comportamentos humanos em correspondentes patológicos, que necessitam de tratamento químico/medicamentoso e, no caso da transexualidade, cirúrgico. Os medicamentos atingiriam as chamadas causas cerebrais, dentro de uma perspectiva que exclui toda e qualquer subjetividade, tratando alterações ou, ao menos, melhorando o “desempenho insatisfatório”, a performance de certas funções psíquicas.

No tocante à transexualidade, segundo Arán e Murta (2009) e Arán (2012), a classificação é proveniente de uma racionalidade que pressupõe que o sexo, masculino e feminino, é um dado natural, definido pela natureza, fundamentado no corpo orgânico, biológico e genético, e que o gênero é uma construção histórica e social, forjado especialmente pela educação. Arán (2012) chama atenção para o fato de que esta tese reduz a possibilidade de compreensão das subjetividades, das sexualidades e da complexidade da relação entre corpo e gênero.

Nesta medida, um dispositivo de saber-poder (Foucault, 2006), como o diagnóstico médico de Disforia de Gênero, que define e legitima o sujeito transexual, seria o produtor de certo número de enunciados, de discursos e, conseqüentemente, de todas as formas de inscrição social do sujeito trans que podem daí decorrer, fazendo funcionar uma série de afirmações, negações, teorias, em suma, todo um jogo de verdades que emergem da “vontade de saber” (Foucault, 2009a) sobre a autenticidade destas identidades. Na perspectiva médica, uma vez estabelecido que o gênero é uma categoria diagnóstica, passível de medicalização, o passo seguinte foi estabelecer mecanismos para curar suas “disfunções”, dentre os quais o processo cirúrgico, reconhecido pela Medicina como o principal “tratamento” dos “casos”. (Bento & Pelúcio, 2012).

Será, então, através de dispositivos diagnósticos, legitimados em manuais e materializados em laudos, pareceres, prescrições, entre outras formulações discursivas, que a Medicina irá orientar acerca dos processos de “reparação”, “adequação” e “tratamento” de corpos trans. Assim, como aponta Bento e Pelúcio (2012), o protocolo que orienta as políticas

públicas para o atendimento à saúde da população travesti e transexual segue inteiramente os cânones da APA e da CID.

Estudos contemporâneos, como o de Athayde (2001), têm levado a sério estes dispositivos ao afirmar que

em muitos países pessoas transexuais são tratadas de acordo com os Padrões de Cuidados (Standards of Care) da Associação Internacional de Disforia de Gênero Harry Benjamin. O principal objetivo destes padrões é divulgar o consenso desta organização sobre o tratamento psiquiátrico, psicológico, clínico e cirúrgico das desordens de identidade do gênero. Existe ainda a Escala de Orientação Sexual, também de Harry Benjamin, que ilustra seis categorias diferentes da Síndrome Travestismo-Transexualismo, ajudando profissionais e pacientes a pensar sobre seu verdadeiro diagnóstico (p. 408).

Entretanto, problematiza-se aqui causas ainda mais urgentes, uma vez que, segundo Arán (2012), a classificação psicopatológica das identidades trans tem sido mais utilizada na regulamentação do acesso à assistência à saúde do que propriamente para o diagnóstico e tratamento de um suposto quadro psicopatológico psiquiátrico. E é nessa lógica que se instaura o que a autora define como “[...] a gestão de um dos mais violentos dispositivos do tecnobiopoder contemporâneo: a construção biotecnológica dos corpos sexuados [...]” (Arán, 2012, p.114), que não estará disponível para todos/as, mas apenas para aqueles e aquelas que forem enquadrados/as por especialistas em categorias diagnósticas psicopatológicas. Nessa leitura, a transexualidade, a partir de seu diagnóstico, também pode ser considerada um dispositivo, pois permite enunciar o sujeito, oferece-lhe inteligibilidade, posicionando-o numa determinada condição de existência, mesmo que patológica. Ser transexual possibilita operar uma série de verdades sobre a relação do sujeito com o próprio corpo, sendo-lhe ofertada a possibilidade de conformá-lo, com a prerrogativa de libertá-lo de um sofrimento.

#### 2.4 AS LIMITADAS ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO EM CORPOS TRANS

A partir do exposto acerca da construção do dispositivo da transexualidade, percebe-se que a busca pela produção de um corpo, cirurgicamente ou não, se relaciona mais com a tentativa de construção de um sujeito autêntico, inteligível para o que foi estabelecido para a categoria humanidade (Teixeira, 2013), numa concepção puramente curativa, do que propriamente qualificar qualquer possibilidade de deslocamento de gênero. Neste sentido, segundo Bento (2014a), a fixação de indicadores que permitissem caracterizar a identidade

transexual, favoreceu a universalização da transexualidade e “[...] cumpriu o papel de estabelecer como verdadeira uma única possibilidade de resolução para os conflitos entre corpo, subjetividade e sexualidade, ao mesmo tempo em que a diferenciou de outros ‘transtornos’, como a homossexualidade e o travestismo [...]” (p. 188).

Toneli (2008) destaca que os jogos de força objetivados nos códigos internacionais de doenças, como as classificações propostas pela APA, no DSM-IV, ao apresentar indícios do Transtorno da Identidade de Gênero, por exemplo, “[...] atestam a presença das normatividades reguladoras fundadas na lógica binária do sexo” (p. 65), tendo em vista que ao mesmo passo em que classifica e patologiza o que seria desvio, reitera demarcações tidas como normais para meninos e para meninas, descrevendo-as como comportamentos típicos e esperados. Para Bento (2014a), essa cristalização do/a verdadeiro/a transexual, que se baseia numa concepção biologicista benjaminiana, está apoiada em nada mais do que nas definições sobre o que é ser homem e ser mulher de verdade. E como a sociedade estabelece que ser homem e ser mulher de verdade implica ser heterossexual, pode-se deduzir que ser um/a transexual de verdade também deverá sê-lo. Assim, os padrões de feminilidades e de masculinidades, numa concepção heteronormativa naturalizada que determina a coerência e a existência dos corpos sexuados, é que comumente irão orientar os profissionais de saúde em sua relação de assistência a transexuais. Nesta perspectiva, a intervenção cirúrgica terá primordialmente o propósito de possibilitar o desfrute do *status* social do gênero com o qual a pessoa se identifica, bem como permitir o exercício da sexualidade dita apropriada, com o órgão sexual correspondente. As cirurgias, assim, possibilitariam estas pessoas a exercerem a heterossexualidade.

Assim, Lionço (2008a), ao tratar sobre o desafio para superar as práticas correcionais para pessoas trans, afirma que a normatização da aplicabilidade da cirurgia no Brasil se restringe aos “casos de transexualismo”, porque se compreende que mediante a reparação cirúrgica pode-se alcançar certa ‘normalidade’ entre sexo e gênero. Percebe-se, com isso, que a lógica de patologização e de inferiorização das práticas e vivências relativas à sexualidade trans comprometem tanto o acesso quanto a qualidade da atenção “[...] a pessoas que não se enquadram na lógica relacional heterossexual, ou que expressam sua subjetividade em apresentações sociais da masculinidade e/ou feminilidade em discordância com o sexo biológico de nascimento”. (p. 2). As travestis, por exemplo, não costumam demandar essa adequação em sua totalidade e, por isso, reiteram “a insuficiência da lógica binária em dar conta das experiências subjetivas de posicionamento diante da diferença sexual para esse grupo social” (Lionço, 2008a, p. 4), tendo sido excluídas, por muitos anos, do direito ao

acesso a esta modalidade de atenção pública à saúde. Assim, “[...] travestis e transexuais encontram no diagnóstico diferencial um grande divisor de águas” (p. 4), ficando as primeiras relegadas à automedicação e/ou à ação das bombadeiras<sup>15</sup>.

Pode-se afirmar que transexuais e travestis são sujeitos que se constituem identitariamente como indivíduos pertencentes a um gênero que não corresponde linearmente ao sexo de nascimento, sendo a diferença fundamental o fato de as travestis sustentarem uma ambiguidade ou duplicidade sexual na própria constituição identitária (Lionço, 2008a, p. 3).

Pelúcio (2011), a partir de apontamentos etnográficos advindos de pesquisa antropológica, discute sobre algumas categorias classificatórias, acionadas por travestis que se prostituem, que demarcam diferenças pouco consideradas, segundo a autora, por formuladores de políticas de saúde no universo de enfrentamento à aids, mas que poderiam auxiliar também na compreensão de outros processos de cuidados à saúde desta população. Tais diferenças relacionam-se a modos singulares de experiências destas pessoas, que podem ser analisados quando se considera marcadores sociais como gênero, geração, classe e raça, compondo processos específicos de saúde-adoecimento. A autora aponta que:

[...] as experiências que conformam as travestilidades no Brasil estão marcadas por uma recusa social dessa expressão de gênero, o que leva a situações de violência invisibilizadas, quando não toleradas, que marcam de forma dramática muitas vidas. A dificuldade dos discursos hegemônicos em alocar as travestis em algum lugar seguro dentro do binarismo de gênero tem feito com que estas não sejam consideradas vidas legítimas, uma vez que seus gêneros não são inteligíveis (Pelúcio, 2011, p. 78-79).

Desse modo, nota-se que a lógica das intervenções biomédicas em corpos trans não evoluiu do ponto de vista da autonomia dessas pessoas sobre o próprio corpo. Seguem correspondentes binários na tentativa de reparar impossibilidades heteronormativas, que tornam limitados os deslocamentos de gênero e, por vezes, incompreensíveis os desejos de mudança que pretendem estas pessoas. Daí a urgente necessidade de repensar a oferta de assistência à saúde que não comporta as demandas dessa população e, em alguns casos, ainda desqualifica e silencia suas escolhas, como se não pudessem ser saudáveis e legítimas.

No que se refere propriamente à demanda pela cirurgia de transgenitalização, Arán (2005) sinaliza, a partir da escuta de mulheres transexuais, que o que está em pauta não é o

---

<sup>15</sup> Bombadeiras são pessoas que fazem a injeção de “[...] silicone líquido no corpo daquelas que desejam ter formas mais arredondadas e, assim, silhuetas tidas como mais femininas” (Pelúcio, 2011, p. 77).

desejo de poder ter relações sexuais consideradas “normais”, mas sim o reconhecimento corporal de uma “identidade feminina”. Neste sentido, a autora já apontava, na ocasião de sua publicação, a necessidade de “[...] criação de um dispositivo de tratamento e de cuidado que exigem uma abertura e uma subversão nas formas tradicionais de compreensão das questões relativas a identidade, sexualidade e gênero” (p.1). Mesmo porque

[...] o direito à saúde, nos casos de transexuais, passa pelo direito à autonomia na tomada de decisão sobre os procedimentos necessários para uma melhor qualidade de vida, pelo direito ao livre desenvolvimento da personalidade, à não discriminação, bem como à liberdade e à singularidade (Arán & Lionço, 2008, p. 2).

Mas é interessante pensar, nessa instância do direito à saúde, segundo Barboza (2010), que não se trata de negar ou de excluir expressões da sexualidade, mas, a partir dela, organizar “[...] todo um dispositivo complexo de poder, que trata da maneira pela qual os indivíduos se comportam e tomam consciência de si mesmos [...]” (p. 152). Nada escapa ao controle do sistema sexo-gênero e será via sexualidade que o poder irá controlar a construção das identidades. Como afirmam Vasconcelos e Seffner (2015) “[...] ou se existe como um corpo-homem ou como um corpo-mulher [...]” (p. 276), pois é no corpo que se constrói o dimorfismo sexual, através de estratégias de poder articuladas que enunciam que a verdade dos sujeitos humanos, encontra-se no sexo de seus corpos. Por isso, Barboza (2010) acrescenta que o dimorfismo sexual não se relaciona apenas com a formação biológica, dita natural, sendo determinado em sua totalidade pelas características físicas do corpo, uma vez que necessita ser estabilizado pelo gênero. Neste sentido,

O corpo aparece, assim, como construto político-cultural, e o fazer em saúde como instância pedagógica por meio da qual se imprimem marcas nos corpos, incluindo-se marcas de gênero, sujeitando-os, organizando-os, normalizando-os, fazendo-os governáveis (Vasconcelos & Seffner, 2015, p. 275).

Assim, seguindo essa lógica de poder, por mais que se considere o êxito nas transformações físicas, no universo da Medicina, que supostamente seriam capazes de criar condições corporais satisfatórias para pessoas trans (Barboza, 2010), livrando-as da necessidade de buscar por procedimentos clandestinos que colocam sua saúde em risco, podendo até mesmo tirar suas vidas, neste caso, a tecnologia parece não operar em favor dessas pessoas. Pelo contrário, enquanto forem tidas como anormais pela mesma ciência que lhes oferta a oportunidade de uma provável expressão de autonomia sobre o próprio corpo, e

sempre que as intervenções se valerem de uma ótica limitada de “adequação” ao sistema sexo-gênero, pessoas trans apenas farão funcionar um discurso normativo de regulação da vida e de conformação de seus corpos, que apenas parece atenuar sua condição marginal e de vulnerabilidade.

## 2.5 DESAFIOS DO MOVIMENTO MUNDIAL PELA DESPATOLOGIZAÇÃO DAS IDENTIDADES TRANS

Mesmo considerando os deslocamentos das transexualidades e das travestilidades, a partir de mudanças políticas e sociais, estas experiências ainda configuram transtornos mentais para a Associação de Psiquiatria Norte-Americana (APA) e para a Organização Mundial da Saúde (OMS). Por isso, desde 2007, mundialmente, vem ocorrendo manifestações em prol da despatologização das identidades trans, tendo sido as primeiras em Madri, Barcelona e Paris. Nos anos que se seguiram, outras cidades e países vêm aderindo às mobilizações (Bento & Pelúcio, 2012), sendo esta uma pauta em discussão na OMS, considerando os recentes processos de revisão dos manuais classificatórios, que supostamente resultariam no deslocamento da transexualidade de uma perspectiva patologizante, que deve ser tratada, para uma leitura que privilegia o cuidado à saúde destas pessoas.

Enquanto isso não acontece, a Campanha *Stop Trans Pathologization*, lançada em 2012, internacionalizou e traz como principais objetivos: a retirada da classificação dos processos de transição entre gêneros como transtorno mental - “Disforia de Gênero” e “Transtorno da Identidade de Gênero” (TIG) - dos manuais diagnósticos DSM da APA e CID da OMS, respectivamente; a luta pela garantia do direito sanitário de pessoas trans, com acesso a uma atenção trans-específica pública e gratuita; a mudança do modelo de avaliação psicopatológica para um enfoque baseado em consentimento informado, com o reconhecimento legal de gênero sem requisitos médicos; a despatologização da diversidade de gênero na infância; além do combate à transfobia. A Campanha conta com a adesão de 410 grupos e redes de ativistas, instituições públicas e organizações políticas da África, América Latina, América do Norte, Ásia, Europa e Oceania. Desde 2009, sempre no mês de outubro, é promovido o Dia Internacional de Ação pela Despatologização Trans. Em outubro de 2016, ocorreram mais de 120 ações em 47 cidades em todo o mundo<sup>16</sup>.

---

<sup>16</sup> Para outras informações sobre a Campanha consultar: <http://www.stp2012.info/old/pt>.

Tais movimentos revelam não apenas a potencialidade de resistência de múltiplas vozes unidas contra a hegemonia da APA, mas também o alcance e o poder desta instituição. Além da crítica à patologização da transexualidade nos manuais, luta-se também pela retirada da menção sobre o sexo nos documentos oficiais, pela abolição dos tratamentos de normalização binária para pessoas intersexo, pelo fim da tutela psiquiátrica da assistência - defendendo o livre acesso aos procedimentos hormonais e cirúrgicos - e, por fim, luta-se contra a transfobia, no sentido de favorecer inserções sociais e laborais dignas para as pessoas trans (Bento & Pelúcio, 2012). Ainda no que se refere aos manuais, almeja-se a exclusão da transexualidade do capítulo V, letra F, do CID, e um possível deslocamento para a seção “Cuidados a saúde das pessoas trans” (Bento, 2013).

A Campanha, como apontam Almeida e Murta (2013), que é influenciada por importantes teóricos e ativistas *queer*, compreende gênero “como construções instáveis, contingentes e plurais” (p. 399) e, assim, defende “o direito de todos/as se expressarem a partir dos atributos convencionados como femininos e masculinos que julgarem convenientes, sem que recebam por isso classificações e/ou sanções sociais” (p. 399), bem como a liberdade para as pessoas modificarem seus corpos, de acordo com suas necessidades.

No Brasil, especificamente, a Campanha vem se intensificando desde 2010. Entre as primeiras manifestações destaca-se a publicação de um manifesto pelo Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (Bento & Pelúcio, 2012). Em setembro de 2013, o Conselho Federal de Psicologia (CFP), através da “Nota técnica sobre processo transexualizador e demais formas de assistência às pessoas trans” defende que “a transexualidade e a travestilidade não constituem condição psicopatológica, ainda que não reproduzam a concepção normativa de que deve haver uma coerência entre sexo biológico/gênero/desejo sexual” (p. 2). Contudo, na ocasião, ressaltava a “importância da Psicologia no processo transexualizador” (p. 1), como estabelecido pelo CFM, bem como reforçava a necessidade de “[...] elaboração de Resolução que normatize a atuação das(os) psicólogas(os) no atendimento a transexuais e transgêneros, especialmente no que se refere à avaliação do processo psicológico transexualizador no SUS” (p. 1), afirmando que “[...] a psicoterapia deve ser fundamental para a tomada de decisão na realização do processo trans” (p. 2).

Considera-se, entretanto, problemática a compulsoriedade do processo psicoterápico, estabelecida pelo CFM e apoiada pelo CFP, uma vez que esta imposição vai de encontro à autonomia e integridade da pessoa trans, igualmente defendidas por este último. Essa

---

obrigatoriedade se apresenta, conforme Bento e Pelúcio (2012), como uma contradição, sobretudo quando se considera os significados de uma aliança terapêutica. As autoras acrescentam que, por isso, muitos profissionais dentro da própria categoria, no caso a Psicologia, passaram a estabelecer importantes discussões e disputas internas, somando-se ao movimento de luta pela despatologização das identidades trans, uma vez que “[...] concordar que o gênero continue sendo diagnosticado, em vez de questionado, é permitir que os seres construídos como abjetos devam continuar habitando as margens do Estado” (p. 577).

Em dezembro de 2014, o CFP avançou nestas discussões, promovendo um debate sobre a Despatologização das Identidades Trans e Travestis, em Brasília, com transmissão e disponibilização *on-line* da discussão, que culminou por publicizar e fortalecer posicionamentos menos discretos e mais atuantes da Psicologia na luta pela despatologização destas identidades e, principalmente, questionar sua colaboração no processo diagnóstico. No ano seguinte, em meados de 2015, o CFP fortaleceu a campanha “Despatologização das Identidades Trans e Travestis” que a partir de então conta com um site, no qual foram condensados materiais, como debates, vídeos e documentos relacionados à temática, de autoria do próprio CFP e de outras instituições que defendem esta causa.

Ao que perpassa à essência do trabalho interdisciplinar em saúde, Lionço (2015) afirma que o desafio para psicólogos/as que atuam neste contexto de atenção é se pautarem em preceitos do próprio campo de conhecimento da Psicologia, quando, na verdade, grande parte se pauta em terminologias médicas-psiquiátricas para a condução de seus trabalhos. A autora completa que se “a Medicina nos disse como atuar com transexuais”, já que a normativa do CFM menciona a Psicologia na produção de laudos que irão permitir ou não o acesso à cirurgia, a partir do diagnóstico de transexualismo, é imprescindível lembrar que este diagnóstico se localiza numa matriz discursiva médica. Assim, a Psicologia é chamada a se posicionar a partir de uma matriz discursiva de outra categoria profissional, sendo que psicólogos/as não precisam pautar seus trabalhos em manuais médicos, como DSM e CID.

Já faz mais de uma década que Arán (2005) se posicionou neste sentido, fazendo referência ao desconforto gerado pelo lugar atribuído à Psicologia no processo diagnóstico. Para a autora, “[...] se o gênero não é uma essência, mas um devir, os seus destinos dependem dos atores políticos e clínicos implicados [...]” (p. 4). Algumas experiências neste contexto apontam para um espaço de construção, em que a psicoterapia possa ocorrer de forma produtiva, não ficando capturada por exigências institucionais referentes ao diagnóstico, seguido de indicação ou não da cirurgia. Nesta perspectiva, é possível contribuir para que trajetórias singulares de subjetivação ultrapassem essas questões, podendo também contribuir

para a construção subjetiva do significado da cirurgia ou qualquer outra coisa, pois “[...] as pessoas seguem trajetórias singulares de subjetivação que ultrapassam em muito esta questão” (p. 4). Por isso, Arán (2012) reitera a necessidade das concepções teóricas que fundamentam os saberes psi estabelecerem

[...] uma relação mais produtiva com as novas formas de construção de gêneros na cultura contemporânea, em que as diferenças, singularidades e alteridades não necessariamente sigam os preceitos do modelo normativo da diferença sexual. Sendo assim, importa pensar como cada indivíduo, na sua singularidade, vive a diferença para além das definições prescritivas da heteronormatividade (p. 148)

Por isso, Bento e Pelúcio (2012) questionam a qualificação de certos saberes científicos como os únicos capazes de oferecer respostas acertadas para vivências que desafiam as normas de gênero, tutelando corpos e subjetividades de pessoas trans, considerando que:

O saber médico não pode justificar os “transtornos” por nenhuma disfunção biológica. Em última instância, são as normas de gênero que contribuirão para a formação de um parecer médico sobre os níveis de feminilidade e masculinidade presentes nos demandantes. Serão elas que estarão sendo citadas, em séries de efeitos discursivos que se vinculam às normas, quando, por exemplo, se julga ao final de um processo se uma pessoa é um(a) “ transexual de verdade”. Não existem testes clinicamente apropriados e repetíveis ou testes simples e sem ambiguidades. O que assusta é perceber que tão pouco conhecimento, credenciado como científico, tenha gerado tanto poder (Bento & Pelúcio, 2012, p. 573).

Nota-se, portanto a fragilidade e as lacunas dos argumentos que defendem a patologização do gênero, que parte não apenas da psiquiatria, mas de um conjunto de saberes polimorfos articulados na produção e circulação das normas de gênero. Por isso, “[...] embora o DSM seja um documento de caráter psiquiátrico, ele consegue se materializar em políticas do corpo nos programas de identidade de gênero e em políticas de Estado, uma vez que compartilha com os outros saberes as mesmas bases fundacionais definidoras do gênero” (Bento & Pelúcio, 2012, p. 575). No caso da população travesti isto se agrava ainda mais, uma vez que, além da patologização da identidade, a atenção à saúde está voltada para ações preventivas e paliativas relacionadas ao HIV/aids, DSTs, drogadição, prostituição e criminalidade, o que distancia ainda mais essas pessoas da prevenção e do cuidado à saúde de maneira ampliada (Amaral, Cruz, Silva & Toneli, 2014). Portanto,

Defende-se que a despatologização da transexualidade possibilitaria um reaprendizado de como cuidar da saúde de pessoas transexuais ao valorizar suas múltiplas e contingentes formas de autodeterminação de gênero, desbancando, assim, a necessidade de um diagnóstico psiquiátrico. Isso permitiria a construção de interações menos assimétricas baseadas em confiança mútua nas quais se poderia gestar uma atenção à saúde trans-específica que contemple a integralidade e a humanização do cuidado (Borba, 2014a, p. 7).

Segundo Almeida e Murta (2013), a forte incidência política do movimento, somada aos crescentes tensionamentos na construção dos próprios manuais diagnósticos, impulsiona a revisão da lógica que impera na assistência de pessoas trans no Brasil, que ainda está baseada na “ideia da vivência transexual como entidade nosológica” (p. 399). Por isso, é urgente pensar em modelos assistenciais capazes de ofertar suportes técnico e ético, indispensáveis “a quem desejar enfrentar os inúmeros desafios físicos, familiares, relacionais, profissionais que são comuns àquele/àquela que afirma uma identidade de transexual” (p. 401) e travesti, tendo em vista os efeitos trágicos da transfobia nas vidas dessas pessoas.

### **3 O PROCESSO TRANSEXUALIZADOR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NO BRASIL**

Proporcionalmente aos avanços do conhecimento médico e tecnológico que viabilizaram mudanças clínicas e cirúrgicas em corpos trans, surgiu também um novo problema médico-legal, que resultou na necessidade de institucionalização destas práticas, com sua inserção em processos terapêuticos formais, e na regulação dos procedimentos previstos para as transições de gênero. Com isso, acabou-se também por centralizar toda e qualquer intervenção neste âmbito como ato e diagnóstico médico, uma vez que todo o aparato de intervenções em pessoas trans esteve, originalmente, apoiado em uma matriz discursiva médica que ainda patologiza as vivências trans, conformando-as como condição de acesso, assim como os corpos segundo padrões cisnormativos e heteronormativos de inteligibilidade. Assim, a institucionalização da pessoa trans é antecedida por mecanismos outros de poder-saber, que operam de modo a apropriar-se não apenas das experiências destas pessoas, mas fundamentalmente das decisões sobre as mudanças em seus corpos.

Neste sentido, Lionço (2008a) chama a atenção para a necessidade de pensar mecanismos de poder e de normatização que atravessam a assistência à saúde de pessoas trans desde a sua origem. Segundo a autora, a consideração da sexualidade como uma dimensão humana imersa em padrões morais rígidos é imprescindível para a garantia de direitos sociais a grupos que foram situados fora do padrão binário e heterossexual, visto que a psiquiatrização da sexualidade vem se apresentando como o discurso que prevalece no estabelecimento de regulamentações nesse contexto de atenção à saúde. Almeida e Murta (2013, p. 383) chamam a atenção para o fato de que “a compreensão de que a discordância entre sexo e gênero é uma condição anormal e constitui um transtorno psiquiátrico não apenas se sustenta, como orienta as políticas destinadas a este segmento”. Por isso, segundo Vasconcelos e Seffner (2015), é fundamental refletir sobre “políticas corporais de subjetivação e de gênero inscritas no empreendimento da governamentalidade” (p. 261), no sentido de averiguar as reais finalidades destas ações destinadas a populações historicamente marginalizadas.

A política pública de assistência à saúde para pessoas trans no Brasil – a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, instituída pela Portaria n. 2.836, de 1º de dezembro de 2011 (Brasil, 2011a) – tem como instrumento o Processo Transsexualizador, que compreende um conjunto de ações e procedimentos

relacionados à transformação dos caracteres sexuais dessas pessoas. Tal instrumento da política pública se consolidou no SUS após densas negociações entre o Ministério da Saúde e o judiciário (Arán & Lionço, 2008) e sua inclusão na agenda governamental, em muitos aspectos, vem sendo problematizada na intenção de aprimorar estratégias governamentais que, de fato, possam garantir a saúde para esta população e preservá-la em seus direitos humanos.

Assim, o ponto de partida pelo qual, inevitavelmente, se pretendeu conhecer o Processo Transexualizador no SUS foi através dos documentos que inauguraram e sustentam sua existência, como resoluções, pareceres, portarias, relatórios e notas técnicas, tratados neste estudo como documentos oficiais, passíveis de análise. Nesta medida, a pesquisa a partir do campo documental consistiu na identificação, organização, tratamento e análise de vários tipos de documentos, sendo estes quaisquer registros oficiais escritos que possam ser usados como fontes de informação (Alves-Mazzotti & Gewandsznajder, 1998) sobre o Processo Transexualizador. Vale destacar que o uso de políticas públicas de saúde relativas ao Processo Transexualizador, sobretudo documentos governamentais, é legítimo e relevante, uma vez que são produtos fabricados por jogos de força política, tensionamentos e relações de poder, constituídos por diferentes discursos que não apenas o da saúde.

Somado a isto, uma pesquisa que apresentou como objetivo principal a análise do funcionamento da Rede de Atenção à Saúde de um município do interior de um estado brasileiro, não poderia desconsiderar uma compreensão ampliada acerca do que é enunciado no discurso governamental nacional e do que realmente está (ou não está) posto no contexto local de uma RAS municipal, nem mesmo deixar de analisá-la em seus três elementos constitutivos (Mendes, 2010): sua população, sua estrutura operacional e, principalmente, a lógica do modelo de atenção à saúde no qual está inserida.

### 3.1 INCURSÕES NO ÂMBITO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE RELATIVAS AO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR: O CAMPO DOCUMENTAL

#### 3.1.1 Identificação e arquivo dos documentos

A oferta de cuidados de saúde específicos para pessoas transexuais foi iniciada a partir da Resolução n. 1.482, de 1997, do Conselho Federal de Medicina (CFM), que autorizou “[...] a título experimental, a realização de cirurgia de transgenitalização [...] e ou procedimentos complementares [...] como tratamento dos casos de transexualismo” no país,

que primeiramente somente poderiam ser praticados em hospitais universitários ou públicos adequados à pesquisa. No Brasil, este é o documento que deu legitimidade às intervenções médicas experimentais, clínicas e cirúrgicas, aplicadas aos casos do que foi denominado “transexualismo”, certificando, neste sentido, uma nova frente de estudos, pesquisas e intervenção da ciência médica. Ainda nesta Resolução, o CFM também definiu que o acesso aos procedimentos médicos ficaria condicionado a um processo de seleção, obedecendo a determinados critérios pré-estabelecidos, que serão avaliados por uma equipe multidisciplinar composta por médico-psiquiatra, cirurgião, psicólogo e assistente social. Na Resolução do CFM de n. 1.652, de 2002, foi acrescentado médico endocrinologista à equipe.

Já os documentos governamentais que organizam o Processo Transexualizador no SUS, como a Portaria n. 1.707, de 18 de agosto de 2008 (Brasil, 2008a), a Portaria n. 457, de 19 de agosto de 2008 (Brasil, 2008b) e a Portaria n. 2.803, de 19 de novembro de 2013 (Brasil, 2013a), atualmente em vigor, todas produzidas pelo Ministério da Saúde, reportam aos critérios de seleção estabelecidos pelas resoluções médicas, reiterando a mesma dinâmica de acesso à saúde; acrescentam na equipe assistencial mínima outras especialidades médicas, como também profissionais de Enfermagem.

Mesmo considerando que os procedimentos cirúrgicos de transgenitalização e os procedimentos complementares para pessoas trans são atos médicos em sua essência, pois toda a sua operacionalização e execução se dão no âmbito da Medicina especializada, de média e alta complexidade, o CFM estabelece que o acesso a estes cuidados deve ser viabilizado (ou não) a partir da avaliação de uma equipe multidisciplinar. E, neste sentido, chamou a atenção o fato de nenhum outro conselho federal das profissões convocadas pelo CFM ser citado nos documentos governamentais, prevalecendo oficialmente apenas o que a Medicina delibera sobre a questão.

O campo documental, portanto, foi delimitado de modo a identificar os documentos que diretamente se relacionam ao Processo Transexualizador no SUS ou a posicionamentos das categorias profissionais que foram envolvidas no Processo no tocante à identidade de gênero e saúde, mesmo não tendo sido consideradas no discurso governamental que define as ações neste contexto de assistência. Desse modo, o campo para este estudo foi composto pelos endereços eletrônicos do Conselho Federal de Medicina (CFM)<sup>17</sup> e do Ministério da Saúde<sup>18</sup>, nesta ordem, por tratarem de organizações que formalizaram, originalmente, todas as ações relativas ao Processo Transexualizador no SUS. Na sequência, considerou-se indispensável

---

<sup>17</sup>Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/>

<sup>18</sup>Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/>

analisar o posicionamento dos Conselhos Federais das demais profissões que foram chamadas a participar da avaliação de candidatos/as ao Processo, através da identificação de documentos que pudessem estar disponíveis nos endereços eletrônicos do Conselho Federal de Psicologia (CFP)<sup>19</sup>, do Conselho Federal de Enfermagem (CFE)<sup>20</sup> e do Conselho Federal de Serviço Social (CFSS)<sup>21</sup>, estabelecendo-os também como campo documental.

Dentre os documentos identificados, foram arquivados aqueles relacionados diretamente ou indiretamente ao Processo Transexualizador, numa compreensão ampliada que abrange não apenas as intervenções biomédicas, mas também as que são referentes à inserção social de pessoas trans, de autoria do Ministério da Saúde, do CFM, CFE, CFP e CFSS, de abrangência nacional e datados a partir da Resolução do CFM número 1.482 de 10/09/1997 (publicada no Diário Oficial da União, D.O.U., em 19/09/1997), inclusive, uma vez que este documento inaugura a realização da cirurgia de transgenitalização e/ou procedimentos complementares no país, constituindo-se, assim, os critérios de inclusão para esta pesquisa. Já os documentos que não apresentam nenhuma relação com o Processo Transexualizador, e/ou de abrangência estadual, regional e/ou municipal, e/ou datados antes de 1997 foram descartados para esta etapa do estudo, constituindo-se como critérios de exclusão.

Os documentos de autoria do CFM foram facilmente localizados no site deste Conselho, a partir do ícone “Legislação/Processo” na página inicial, seguindo por: “Outras legislações e decisões” – “resoluções” e “pareceres”. Para identificar as resoluções relacionadas ao tema do estudo escolheu-se dentre as opções de “assunto” o descritor “cirurgia” e para localizar os pareceres escolheu-se dentre as opções de “assunto” o descritor “transexualismo”. Foram identificados e arquivados os seguintes documentos:

Figura 1 – Quadro de documentos de autoria do Conselho Federal de Medicina

<b>DATA</b>	<b>DOCUMENTO</b>	<b>ASSUNTO/EMENTA</b>
10/09/1997 (publicada no D. O. U.* em 19/09/1997)	Resolução N. 1.482	Autoriza, “a título experimental, a realização de cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia, neofaloplastia e ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários como tratamento dos casos de transexualismo”.
06/11/2002	Resolução N. 1.652	“Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e

<sup>19</sup> Disponível em: <http://site.cfp.org.br/>

<sup>20</sup> Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/>

<sup>21</sup> Disponível em: <http://www.cfess.org.br/>

(publicada no D. O. U.* em 02/12/2002)		revoga a Resolução CFM nº 1.482/97”.
05/12/2003 (aprovado em sessão plenária em 07/01/2004)	Parecer N. 8/2004	ASSUNTO: Esclarecimentos referentes à interpretação do artigo 4º da Resolução CFM nº 1.652/2002, que dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo.
		EMENTA: “A falta de um salto biológico que caracterize a idade do ser humano, não justifica que a medicina se oriente pelo Código Civil para procedimentos da complexidade de cirurgias transexuais”.
12/01/2007	Parecer N. 2/2007	ASSUNTO: “Cirurgias em pacientes transexuais: aceitação de laudos psicológicos de acompanhamento por dois anos, vindos do exterior”.
		EMENTA: “As cirurgias para adequação do corpo de uma pessoa à sua identidade psicosssexual de gênero só podem ser indicadas por uma equipe multiprofissional que observe, em conjunto, o candidato, regularmente, por dois anos seguidos”.
12/08/2010	Parecer N. 20/10	ASSUNTO: “Cirurgia de transgenitalização”.
		EMENTA: “A intervenção cirúrgica para os procedimentos de transgenitalização são considerados éticos, desde que atendam as exigências contidas nas Resoluções do Conselho Federal de Medicina”.
12/08/2010 (publicada no D. O. U.* em 03/09/2010)	Resolução N. 1.955	“Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.652/02.”
22/02/2013	Parecer N. 8/13	ASSUNTO: “Terapia hormonal para adolescentes travestis e transexuais”.
		EMENTA: “O adolescente com TIG deve ser assistido em centro especializado, de excelência e multiprofissional. A hormonioterapia, de preferência, iniciada quando dos primeiros sinais de puberdade (bloqueio da puberdade do gênero de nascimento). Aos 16 anos, caso persista o TIG, a hormonioterapia do gênero desejado deve ser iniciada gradativamente”.

Fonte: Da Autora

Não se obteve o mesmo sucesso ao tentar acessar os documentos governamentais através do site do Ministério da Saúde, onde, por meio do instrumento de busca disponível, nenhum documento relacionado foi encontrado. Mas, como os documentos em questão são

amplamente citados na literatura que trata sobre o Processo Transexualizador no SUS e sobre políticas públicas para a população LGBT, estes foram facilmente encontrados em site de busca<sup>22</sup> na *internet*, a partir dos descritores “processo transexualizador no SUS”. De autoria do Ministério da Saúde constam os seguintes documentos:

Figura 2 – Quadro de documentos de autoria do Ministério da Saúde relativos ao Processo Transexualizador

<b>DATA</b>	<b>DOCUMENTO</b>	<b>AUTORIA</b>	<b>ASSUNTO/EMENTA</b>
18/08/2008	Portaria N. 1.707	Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro	“Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão”.
19/08/2008	Portaria N. 457	Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde	Aprova, na forma de seus anexos, a regulamentação do Processo Transexualizador no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
30/07/2013	Portaria N. 859	Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde	“Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde - SUS”.
31/07/2013	Portaria N. 1.579	Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro	“Suspende os efeitos da Portaria nº 859/SAS/MS de 30 de julho de 2013”.
19/11/2013	Portaria N. 2.803	Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro	“Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS)”.
15/05/2014 (publicado no D. O. U.* em 16/05/2014)	Relatório N. 69/ Portaria N. 11	Ministério da Saúde/ Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde da Secretaria de Ciência, Tecnologia e	Torna pública a decisão de incorporar os procedimentos relativos ao processo transexualizador no Sistema Único de Saúde -SUS: mastectomia simples bilateral; histerectomia com anexectomia bilateral e colpectomia; cirurgias complementares de

<sup>22</sup> O site de busca utilizado foi: <https://www.google.com.br/>

		Insumos Estratégicos (DGITS/SCTIE)	redesignação sexual; administração hormonal de testosterona e acompanhamento de usuários no processo transexualizador apenas para tratamento clínico.
--	--	------------------------------------	---

Fonte: Da Autora

No endereço eletrônico do Conselho Federal de Psicologia, documentos relativos ao Processo Transexualizador foram facilmente localizados selecionando o ícone “Legislação”, na página principal, onde foram visualizadas, dentre algumas opções, “Notas Técnicas” e “Resoluções do CFP”. Nestas opções foram encontrados os seguintes documentos:

Figura 3 – Quadro de documentos de autoria do Conselho Federal de Psicologia

<b>DATA</b>	<b>DOCUMENTO</b>	<b>ASSUNTO/EMENTA</b>
20/06/2011	Resolução N. 014	Dispõe sobre a inclusão do nome social no campo “observação” da Carteira de Identidade Profissional do Psicólogo e dá outras providências.
04/09/2013	Nota técnica sobre processo transexualizador e demais formas de assistência às pessoas trans	“Ressalta a importância de psicólogas (os) em equipes multidisciplinares necessárias ao acompanhamento de transexuais que busquem os serviços de referência”.

Fonte: Da Autora

No endereço eletrônico do Conselho Federal de Serviço Social, ao clicar no ícone “Legislação”, foram encontrados os campos “Resoluções e Portarias do CFESS”, onde constava o seguinte documento:

Figura 4 – Quadro de documento de autoria do Conselho Federal de Serviço Social

<b>DATA</b>	<b>DOCUMENTO</b>	<b>ASSUNTO/EMENTA</b>
08/09/2011	Resolução N. 615	Dispõe sobre a inclusão e uso do nome social da assistente social travesti e do(a) assistente social transexual nos documentos de identidade profissional.

Fonte: Da Autora

Já no endereço eletrônico do Conselho Federal de Enfermagem, no ícone “Legislação”, ao realizar buscas utilizando descritores como “paciente transexual”, “paciente cirúrgico”, “nome social”, “transexualidade”, “transexualismo”, “cirurgia”, “processo transexualizador”, nenhum documento relacionado foi encontrado na ocasião da imersão ao campo documental. Mais recentemente, em 2017, teve-se a notícia de que este Conselho dispôs sobre o uso do nome social na carteira profissional, conforme o documento abaixo:

Figura 5 – Quadro de documento de autoria do Conselho Federal de Enfermagem

<b>DATA</b>	<b>DOCUMENTO</b>	<b>ASSUNTO/EMENTA</b>
21/03/2017	Resolução N. 537	Dispõe sobre o uso do nome social pelos profissionais de enfermagem travestis e transexuais e dá outras providências.

Fonte: Da Autora

A imersão no campo documental foi realizada entre os meses agosto e dezembro de 2014. Em abril de 2015, retornei aos documentos para fins de organização de uma oficina de análise do discurso das políticas públicas relacionadas ao Processo Transexualizador com integrantes do Núcleo PPS/UFJF. Posteriormente, em agosto do mesmo ano, realizei nova consulta ao endereço eletrônico do CFP, tendo em vista que o jornal periódico deste Conselho anunciava a campanha “Despatologização das Identidades Trans e Travestis” idealizada pelo eixo “Direitos e enfrentamento às violências de gênero e sexuais” da Comissão de Direitos Humanos (CDH), que pretendia “superar as visões, discursos e práticas patologizadoras das identidades transexuais e travestis e questionar a visão binária de gênero e sexualidade” (CFP, 2015, p. 16). A ação teve como desdobramento a criação de um site<sup>23</sup>, contendo vídeos, debates, documentos relacionados, que abordam o panorama dos embates políticos acerca do movimento em prol da despatologização no Brasil e no mundo. É certamente muito interessante este espaço, pois condensa alguns materiais que já vinham sendo disponibilizados na internet e conta com a participação de psicólogos/as, pesquisadores/as, ativistas, pessoas trans, fortalecendo a causa, principalmente no campo da Psicologia. Por isso, tal endereço eletrônico também serviu como campo para esta pesquisa.

<sup>23</sup> Disponível em: <http://despatologizacao.cfp.org.br>

A partir da identificação dos documentos relacionados ao Processo Transexualizador nos campos acima mencionados, os mesmos foram arquivados em pastas, por instituição de autoria, sendo nomeados conforme sua modalidade documental, número e ano de publicação. Para facilitar a visualização dos achados da pesquisa, foi organizado o “Quadro de Especificação do Arquivo”, contendo a ordenação cronológica dos documentos, data de publicação, modalidade documental, instituição de autoria e assunto e/ou ementa, quando houver. Também foi estruturado o “Quadro de Descrição dos Endereços Eletrônicos das Fontes Consultadas” (Anexo A).

### **3.1.2 Alicerces da análise do campo documental**

Após o trabalho de delimitação do campo, de identificação dos documentos e de composição do arquivo, seguiu-se para a análise de todo o material, tendo como recurso metodológico fundamental a Análise do Discurso e a perspectiva arqueogenealógica, segundo a teoria de Michel Foucault, que se apresentaram como importantes ferramentas de pesquisa. Neste sentido, esta tese e o tratamento nela ofertado aos documentos que compuseram seu campo de pesquisa seguiram os rastros intelectuais e políticos do que se pode identificar nas palavras de Foucault:

Se eu estudei práticas como as do sequestro dos loucos, ou da medicina clínica, ou da organização da das ciências empíricas, ou da punição legal, foi para estudar um jogo entre um código que regula maneiras de fazer (que prescreve como selecionar as pessoas, como educar os indivíduos etc.) e uma produção de discursos verdadeiros que servem de fundamento, de justificação, de razões de ser e princípio de transformações a essas mesmas maneiras de fazer. Para dizer as coisas claramente: meu problema é saber como os homens se governam (eles próprios e os outros) através da produção da verdade (Foucault, 2006b, p. 342-343).

Assim, o principal objetivo desta etapa do estudo a partir dos documentos foi o de destacar e descrever, nas políticas públicas e nos documentos relacionados, os enunciados que operam no chamado Processo Transexualizador no SUS, a partir da compressão do enunciado:

[...] na estreiteza e singularidade de sua situação; de determinar as condições de sua existência, de fixar seus limites da forma mais justa, de estabelecer suas correlações com os outros enunciados a que pode estar ligado, de mostrar que outras formas de enunciação exclui. Não se busca, sob o que está manifesto, a conversa semi-silenciosa de um outro discurso: deve-se mostrar por que não

poderia ser outro, como exclui qualquer outro, como ocupa, no meio dos outros e relacionados a eles, um lugar que nenhum outro poderia ocupar (Foucault, 2009b, p. 31).

Ao considerar o discurso, com Foucault (2009b, p. 122), como um “conjunto de enunciados que se apoia em um mesmo sistema de formação” os fragmentos discursivos destacados da materialidade dos documentos selecionados para a análise traduzem a funcionalidade “que deu a uma série de signos (não sendo esta forçosamente gramatical nem logicamente estruturada) uma existência, e uma existência específica” (p. 123). Para Foucault, pode-se então compreender o sistema de formação como:

um feixe complexo de relações que funcionam como regra: ele prescreve o que deve ser correlacionado em uma prática discursiva, para que esta se refira a tal ou tal objeto, para que empregue tal ou tal enunciação, para que utilize tal ou tal estratégia. Definir em sua individualidade singular um sistema de formação é, assim, caracterizar um discurso ou um grupo de enunciados pela regularidade de uma prática (Foucault, 2009b, p. 82-83)

Para a análise dos sistemas de formação discursiva, foram dispostos na íntegra e em ordem cronológica todos os documentos arquivados, compilando-os em um único quadro nomeado “Quadro de Composição do Arquivo”. Nele, cada documento foi identificado segundo nome, data e autoria. Sendo assim, a exposição foi iniciada pela Resolução n. 1.482/1997 do Conselho Federal de Medicina e finaliza com o Relatório de número 69/ Portaria de número 11/ 2014 do Ministério da Saúde.

Considerando que haja domínios de enunciados que se associam em determinada materialidade discursiva, entende-se que, por meio da descrição cuidadosa e do escrutínio crítico desses domínios, pode-se analisar como se definem, por possibilidades de utilização e de apropriação oferecidas pelos discursos em jogo, posições de sujeito na ordem desses discursos. Assim, na pesquisa realizada, destacaram-se como domínios de enunciados: abrangência do documento; público-alvo; geração; insumos; recursos humanos; motivação ou justificativa para desenvolver a política; objetivo; território; investimentos governamentais; classificação diagnóstica, indicativa de patologização; despatologização; procedimentos médicos; estratégias de inserção social; e gênero. Tais domínios de enunciados foram separados em excertos (partes textuais dos documentos) e identificados enquanto acontecimentos no arquivo produzido. Nesse sentido, repetições e ausências também foram identificadas. Posto que, na ordem dos discursos, que funcionam em determinados tempos e

espaços, que os sujeitos são produzidos enquanto posições vazias, as quais corpos são forçosamente chamados a ocupar. Sobre o sujeito do discurso, Foucault afirma que:

O sujeito do enunciado é uma função determinada, mas não forçosamente a mesma de um enunciado a outro; na medida em que é uma função vazia, podendo ser exercida por indivíduos, até certo ponto, indiferentes, quando chegam a formular o enunciado; e na medida em que um único e mesmo indivíduo pode ocupar, alternadamente, em uma série de enunciados, diferentes posições e assumir o papel de diferentes sujeitos (Foucault, 2009b, p. 105).

Os discursos produzem sujeitos, posicionando-os. Para Foucault (2009b), sujeito são todos aqueles/as que reproduzem e fazem funcionar discursos estabelecidos, sendo, portanto, efeito de práticas discursivas e não discursivas construídas e consolidadas historicamente. Portanto, ao compreender os discursos que orientam as políticas públicas sobre o Processo Transexualizador, elucidando o aparato que sustenta seu modo de funcionamento, pode-se entender melhor como essas políticas operam de modo a designar posições de sujeito para determinadas pessoas; prescrevendo diferentes exercícios de poder sobre elas e designando as categorias profissionais que fazem funcionar a assistência à saúde que subsidia tal processo no SUS.

Vale destacar que os passos metodológicos descritos neste capítulo, que serviram de alicerce da Análise do Discurso do campo documental, da mesma forma orientaram a organização do trabalho de análise realizado a partir da pesquisa de campo com interlocutores, onde foram produzidas entrevistas e notas no diário de campo, advindos de diferentes imersões que serão, posteriormente, melhor detalhadas. Assim, os dados produzidos pelo acesso aos documentos, bem como às demais fontes dessa pesquisa, foram analisados a partir deste mesmo pressuposto metodológico (Foucault, 2009b).

Na sequência, serão apresentados os quatro principais eixos reflexivos sobre os quais se estruturou a discussão analítica a partir dos documentos pesquisados. São eles: a normalização da cirurgia de transgenitalismo pelo CFM; o Processo Transexualizador no SUS; diretrizes de assistência à saúde do Processo Transexualizador; e a produção de cidadania a conta-gotas.

## 3.2 AVANÇOS E IMPASSES NA CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA PESSOAS TRANS: UMA ANÁLISE A PARTIR DAS FONTES DOCUMENTAIS

### 3.2.1 A normalização da cirurgia de transgenitalismo pelo Conselho Federal de Medicina (CFM)

No Brasil, as instituições de saúde, inicialmente apenas hospitais universitários ou públicos adequados à pesquisa, que prestam assistência especializada a pessoas transexuais, começaram a estruturar seus serviços a partir da Resolução n. 1.482, de 1997, do Conselho Federal de Medicina (CFM). Esta Resolução autorizava, “[...] a título experimental, a realização de cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia, neofaloplastia e ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários [...]” (p. 1)<sup>24</sup>. O processo de legalização das intervenções cirúrgicas no país foi conturbado, tendo sido esta Resolução “[...] o resultado de pressões sociais tencionando o campo médico que via seu poder sobre o corpo coletivo e individual desafiado” (Borba, 2014a, p. 50). Assim, em torno de moldes patologizantes da transexualidade, já discutidos, foi organizado todo um protocolo de acesso aos procedimentos médicos disponíveis.

O CFM (1997; 2002; 2010b) considera “o paciente transexual portador de desvio psicológico permanente de identidade sexual, com rejeição do fenótipo e tendência à automutilação e ou autoextermínio” (p. 1). Foi a partir deste pressuposto médico que as cirurgias de redesignação sexual foram autorizadas pelo CFM, considerando que “a transformação da genitália constitui a etapa mais importante no tratamento de transexualismo” (1997, p. 1). A seleção de pacientes, obrigatoriamente maiores de vinte e um anos, é realizada através da avaliação de uma equipe multidisciplinar, composta necessariamente por psiquiatra, cirurgião, psicólogo e assistente social, estando o acesso à cirurgia condicionado pela confirmação diagnóstica médica de “transexualismo”. Para tanto, foi estabelecido que por um período de dois anos, os/as candidatos/as devem ser acompanhados/as compulsoriamente por esta equipe e apresentar: “desconforto com o sexo anatômico natural; desejo expresso de eliminar os genitais, perder as características primárias e secundárias do

---

<sup>24</sup> A cirurgia é denominada neocolpovulvoplastia quando refere-se ao processo de mudança pênis-vagina e neofaloplastia quando refere-se à cirurgia de transgenitalização vagina-pênis; gônadas referem-se aos ovários e testículos; e caracteres sexuais secundários à presença/ausência de pêlos e sua distribuição no rosto e no corpo, presença/ausência do pomo-de-adão, presença/ausência de seios, maior ou menor aparência de tecidos musculares, entre outros.

próprio sexo e ganhar as do sexo oposto; permanência desse distúrbio de forma contínua e consistente por, no mínimo, dois anos; ausência de outros transtornos mentais” (CFM, 1997; 2002; 2010b p. 1).

O CFM (1997) reconhece, portanto, a transexualidade como um transtorno mental, caracterizado pela discordância entre o sexo biológico/anatômico de um indivíduo e a sua identidade de gênero. Neste sentido, este Conselho autoriza as cirurgias de transformação plástico-reconstrutiva da genitália externa, interna e caracteres sexuais secundários, com o propósito terapêutico específico de “adequação” ao sexo psíquico, instituindo em 1997 o início desta modalidade de assistência no país. Contudo, a partir da seguinte condição: o diagnóstico emitido por uma equipe hospitalar multidisciplinar.

Cinco anos mais tarde, em 2002, a Resolução n. 1.652, também do CFM, revogou a Resolução de 1997. Pela obtenção do bom resultado cirúrgico das neocolpovulvoplastias, tanto do ponto de vista estético quanto funcional, ficou estabelecido no artigo sexto desta Resolução (CFM, 2002, p. 3) “que as cirurgias para adequação do fenótipo masculino para feminino poderão ser praticadas em hospitais públicos ou privados, independente da atividade de pesquisa”, mas seguindo todos os critérios de acesso anteriormente estabelecidos. Já em relação às neofaloplastias, “considerando as dificuldades técnicas ainda presentes para a obtenção de bom resultado tanto no aspecto estético como funcional” (p. 2), ficou estabelecido no artigo quinto da Resolução “que as cirurgias para adequação do fenótipo feminino para masculino só poderão ser praticadas em hospitais universitários ou hospitais públicos adequados para a pesquisa” (p. 3). O artigo quarto desta Resolução ainda inclui médico endocrinologista e reitera “que a seleção dos pacientes para cirurgia de transgenitalismo obedecerá a avaliação de equipe multidisciplinar” (p. 2). Contudo, ressalta contraditoriamente “que o diagnóstico, a indicação, as terapêuticas prévias, as cirurgias e o prolongado acompanhamento pós-operatório são atos médicos em sua essência” (p. 2).

Em 2010, a Resolução n. 1.955 do CFM revoga a anterior, considerando o parecer do CFM n. 20/2010, que trata sobre a solicitação ao CFM de revisão da Resolução n. 1.652/2002, por parte de dezessete diferentes representações envolvendo médicos, profissionais de saúde, dirigentes sociais e institucionais. Questionava-se o motivo de ainda serem considerados como de caráter experimental procedimentos cirúrgicos já reconhecidos, como a adenomastectomia, a histerectomia, a ooforectomia e a gonadectomia<sup>25</sup>, o que deixava à

---

<sup>25</sup> A adenomastectomia consiste na extração das glândulas mamárias/seios; a histerectomia refere-se à remoção de parte ou da totalidade do útero; a ooforectomia é o procedimento cirúrgico de remoção dos ovários; e a gonadectomia refere-se à remoção de ovários ou testículos.

margem homens transexuais. Assim, o que avançou nesta Resolução foi a descaracterização, como experimental, das intervenções sobre gônadas e caracteres sexuais secundários em pessoas transexuais. Esta Resolução vigora como o atual documento médico que regulamenta esta modalidade cirúrgica no país. Mas não ainda sem críticas.

A começar pela descrição de transexualismo pelo CFM, como apontou Lionço (2008a), que inclui, como um dos critérios diagnósticos, ou seja, como uma das sintomatologias indicativas da suposta síndrome, o desejo pela própria intervenção médica: “desejo expresso de eliminar os genitais, perder as características primárias e secundárias do próprio sexo e ganhar as do sexo oposto” (CFM, 2010b). A forma como o desejo pela cirurgia é enunciado, como um sintoma, permite afirmar que a própria oferta médica das cirurgias fabrica o modo como deve se dar o sofrimento e como deve ser apresentada a demanda de assistência destas pessoas (Lionço, 2008a). Neste sentido, causa estranheza

o fato da descrição do transexualismo incluir, como critério diagnóstico, o desejo pela intervenção médica oferecida como solução para o dito transtorno, o que permite afirmar que o próprio saber médico é determinante na caracterização do tipo de quadro patológico, ou, dito em outros termos, a própria medicina estaria promovendo um certo ordenamento subjetivo. A oferta médica praticamente cria o modo como o sofrimento e a demanda de ajuda destes indivíduos é enunciada na contemporaneidade e que, curiosamente, passa a determinar a ‘identidade’ do transexual, sendo um critério diagnóstico (Lionço, 2008a, p. 3)

Por isso, Teixeira (2013) problematiza que não basta a certeza da pessoa de se identificar como transexual e de seu desejo expresso pelas intervenções cirúrgicas, sendo obrigatório que lhe seja outorgada a “chancela de TRANSEXUALISMO” (p. 109). Assim, a autora afirma que o protocolo que deve ser cumprido para que se tenha uma suposta garantia de tratar-se de um/a verdadeiro/a transexual “[...] é um jogo espelhado. Enquanto o profissional acredita fazer emergir a verdade da transexualidade, as/os candidatas/os procuram se adequar ao *script* do verdadeiro transexual que os especialistas desejam identificar” (p. 109). O texto das Resoluções imprime a lógica da transexualidade como um engano da natureza, legitimando “[...] a cirurgia como único caminho capaz de estabelecer uma certeza sobre o sujeito [...]” (p. 40). Ainda segundo a autora, “[...] a vida vivida parece importar apenas enquanto fragmentos capazes de preencher critérios diagnósticos [...]” (p. 139), visto que a necessidade destes

[...] congela a vida dos sujeitos e a traduz como um elenco de fatos fragmentados e incapazes de movimento. A prova do tempo deve ser realizada em dupla perspectiva: a garantia de um histórico vivido de acordo com o gênero buscado e

um plano estruturado de permanecer neste gênero. Nenhuma possibilidade de mudança é considerada, assim o diagnóstico estabelece permanência do fenômeno que quer caracterizar, bem como sua universalidade [...] (Teixeira, 2013, p. 116).

Borba (2014a), em sua pesquisa de tese realizada num dos Centros de Referência no Processo Transexualizador no SUS, a partir de uma perspectiva foucaultiana, revela como determinados indivíduos se tornam tipos institucionalmente reconhecíveis de sujeitos, no sentido de produzirem narrativas que possam satisfazer as imposições do CFM e as expectativas dos profissionais desses programas, dentro do que se espera para um “transexual verdadeiro”. O autor também defende a urgente necessidade de revisão dos protocolos a partir da despatologização dessas pessoas, na medida em que “[...] a cirurgia de transgenitalização e as mudanças corporais elaboradas no Processo Transexualizador nos fazem ver concretamente que a biologia/anatomia deixou de ser destino e que corpos não podem mais ser considerados invólucros estáticos para identidades estanques” (Borba, 2014a, p. 13).

Pelo exposto, tem-se na patologização certificada pela Medicina e pelos especialistas designados como colaboradores, uma total desqualificação de qualquer possibilidade de deslocamento de gênero, a negação dos direitos humanos e o silenciamento destas pessoas que, se almejam tais procedimentos, devem adequar-se ao duro e descabido protocolo. Prado (2015) define de maneira muito sensível o sofrimento das pessoas trans que, na tentativa de conferirem verdades sobre si mesmas, precisam pagar com pedaços de seus corpos para a Medicina, com pedaços de sua história para a Psicologia, para tentarem provar que ali existe uma verdade sobre a sua transição. Contudo, é certo que não existem verdades sobre as posições de gênero, pois todos/as estão mais ou menos posicionados/as, em movimento, sem nenhuma verdade completa. A autenticidade exigida para o acesso às tecnologias biomédicas se impõe, segundo o autor, como se nos corpos trans não houvesse uma verdade, como se neles contivesse certo engano. Teixeira (2013) reforça que “[...] a lógica da transexualidade como um engano da natureza opera para legitimar a cirurgia como único caminho capaz de estabelecer uma certeza sobre o sujeito” (p. 40).

Portanto, ao buscar por instâncias que deveriam colaborar para a saúde dessas pessoas, o que se encontra é um processo que, discursivamente, desestabiliza a possibilidade de afirmação da autonomia, que patologiza as identidades trans e, por isso, acentua a vulnerabilidade, traumatizando e verdadeiramente adoecendo usuários/as que se veem obrigados/as a constantemente negociar o que deveria ser um direito. Desde a sua criação, exceto pelo refinamento técnico dos procedimentos médicos, essa modalidade de assistência

no Brasil em nada avançou em termos acesso e promoção de saúde, tornando as marcas subjetivas do processo mais irreversíveis e doloridas do que as efetuadas no próprio corpo.

### **3.2.2 O Processo Transexualizador no SUS**

Uma discussão analítica sobre o Processo Transexualizador no SUS, com base nos documentos que normalizam esta assistência no Brasil, não pode desconsiderar seu pano de fundo mais abrangente constituído pelas políticas públicas para a população LGBT no país. Contudo, por não ser este o foco desta pesquisa, nesta discussão cabe apenas contextualizar que, de acordo com Mello, Avelar e Maroja (2012), mesmo diante da quantidade de documentos e eventos produzidos e realizados pelo governo federal, em interlocução com a sociedade civil, “[...] o grande desafio é transformar as incipientes políticas públicas, gestadas ao longo dos últimos anos, especialmente a partir de 2004, em efetivas políticas de Estado, que não estejam à mercê da boa vontade de governantes e das incertezas decorrentes da inexistência de marco legal de combate à homofobia e de promoção da cidadania LGBT” (p. 289).

Em novembro de 2004, foi lançado o documento “Brasil sem homofobia: programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e de promoção da cidadania homossexual” (BSH), pela Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH), que inaugura a produção de políticas públicas para as pessoas lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) no país. O programa tem por objetivo promover a cidadania “a partir da equiparação de direitos e do combate à violência e à discriminação homofóbicas, respeitando a especificidade de cada um desses grupos populacionais” (Brasil, 2004). Trata-se de um amplo plano de políticas públicas, que incorpora diversos eixos de intervenção como a saúde, a educação, a segurança pública, a cultura, o trabalho. O eixo que trata, particularmente, da saúde, faz menção apenas à “discussão com vista na atualização dos protocolos relacionados às cirurgias de adequação sexual”, ao que se relaciona à população transexual.

Com a intenção de contribuir para a elaboração de um protocolo de assistência especificamente para pessoas trans no Brasil, muitos foram os movimentos realizados, ao longo da última década, por profissionais da área de saúde, operadores do Direito, gestores, pesquisadores/as, professores/as, representantes de movimentos sociais, ativistas trans e usuários/as do SUS. Pode-se citar aqui alguns que foram importantes para essa construção política:

- *I Jornada Nacional sobre Transexualidade e Saúde: a assistência pública no Brasil*, promovida pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) e pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, realizada nos dias 9 e 10 de setembro de 2005, na UERJ. Esse evento teve como resultado a produção de algumas recomendações formalizadas em um documento, dentre as quais: a convocação imediata do grupo de trabalho previsto pela Portaria n. 880, de 13 de maio de 2004, do Ministério da Saúde, para a formulação de propostas de Política Nacional de Saúde para a população LGBT; a organização e sistematização de serviços interdisciplinares para o atendimento de pessoas transexuais na rede pública; a realização de um levantamento nacional dos serviços que atendem este público para a criação e um protocolo de atendimento e o estabelecimento de diretrizes; a incorporação dos procedimentos cirúrgicos de redesignação sexual na tabela do SUS; a solicitação de redução para 18 anos a idade mínima para o início do processo;

- *I Encontro Nacional de Transexuais*, realizado em Brasília, em 2005;

- *Discussões técnicas* no Ministério da Saúde, realizadas em 2006;

- Reunião sobre “*O processo transexualizador no SUS*”, realizada em fevereiro de 2006, que tratou sobre “a importância da gestão de políticas públicas para transexuais no Brasil e a necessidade da inclusão da cirurgia de redesignação sexual no SUS” (Arán, Zaidhaft & Murta, 2008, p. 71);

- *Seminário Nacional Saúde da População GLBTT*, promovido pelo Ministério da Saúde, em Brasília, em 2007;

- A Pesquisa “*Transexualidade e saúde: condições de acesso e cuidado integral*” do IMS da UERJ/ DECIT MS, que deu visibilidade ao funcionamento dos serviços que já operavam parcialmente algumas ações de assistência a pessoas transexuais no país, dentre as quais redução de danos orgânicos por uso continuado de hormônios para alteração de caracteres sexuais secundários; psicoterapia, que não necessariamente estava restrita à tomada de decisão para a cirurgia; assistência social, como o apoio para a superação de processos discriminatórios e excludentes em variados contextos de vida destas pessoas (Arán & Lionço, 2008), entre outros trabalhos que deram visibilidade às urgentes questões referentes à saúde para pessoas trans.

A assistência à saúde de pessoas transexuais no âmbito do SUS foi então instituída pela Portaria n. 1.707, de 18 de agosto de 2008, do Ministério da Saúde, que definiu as diretrizes nacionais e estabeleceu a organização e a implantação das ações para o Processo Transexualizador, de forma articulada com as Secretarias de Saúde dos Estados e dos

Municípios, sendo inicialmente empreendidas em serviços de referência devidamente habilitados à atenção integral a saúde. Tal documento reiterou os critérios estabelecidos pela Resolução n. 1.652, de 2002, do CFM, contudo não restringiu ou centralizou a meta terapêutica nos procedimentos cirúrgicos de transgenitalização e demais intervenções somáticas (Brasil, 2008a).

A Portaria n. 457, de 19 de agosto de 2008, da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, aprovou a regulamentação do Processo Transexualizador no SUS: seu texto define normas de credenciamento/habilitação de Unidades de Atenção Especializada, que servem como referências macrorregionais de assistência, sendo estas unidades necessariamente hospitais de ensino, contratualizados com o SUS, que ofereçam assistência diagnóstica e terapêutica especializada; também estabelece diretrizes de atenção especializada; e, ainda, relaciona os serviços<sup>26</sup> com *expertise* para a realização do Processo Transexualizador (Brasil, 2008b), no caso hospitais universitários que, segundo Lionço (2009), já vinham prestando serviços de atenção à população transexual. O documento faz referência a outros níveis de atenção da rede, mas o foco na ocasião desta publicação era no Processo Transexualizador realizado a nível hospitalar, utilizando-se de média e alta complexidade. A política federal considera, dentre outros aspectos, que:

[...] a orientação sexual e a identidade de gênero são fatores reconhecidos pelo Ministério da Saúde como determinantes e condicionantes da situação de saúde, não apenas por implicarem práticas sexuais e sociais específicas, mas também por expor a população GLBTT (Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais) a agravos decorrentes do estigma, dos processos discriminatórios e de exclusão que violam seus direitos humanos, dentre os quais os direitos à saúde, à dignidade, à não discriminação, à autonomia e ao livre desenvolvimento da personalidade. (Brasil, 2008a).

Assim, as deliberações governamentais pautam-se no direito ao atendimento humanizado, livre de discriminação por orientação sexual e identidade de gênero, que se dará

---

<sup>26</sup> Os seguintes hospitais estão habilitados como Unidades de Atenção Especializada para realizar o Processo Transexualizador no SUS desde sua inauguração em 2008: Hospital de Clínicas de Porto Alegre da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre/RS; Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro/RJ; - Fundação Faculdade de Medicina HCFMUSP - Instituto de Psiquiatria da Fundação Faculdade de Medicina MECMPAS – São Paulo/SP; e Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás – Goiânia/GO (Brasil, 2008b). Em 05 de dezembro de 2013, através da Resolução n. 2471 da Comissão Intergestores Bipartite da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, foi habilitado o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), em Recife. Este documento encontra-se disponível em:

[http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/resol\\_2471\\_redefine\\_habilitacao\\_processo\\_transexualizador\\_do\\_hospital\\_das\\_clinicas.pdf](http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/resol_2471_redefine_habilitacao_processo_transexualizador_do_hospital_das_clinicas.pdf)

“[...] através da sensibilização dos trabalhadores e demais usuários da unidade de saúde para o respeito às diferenças e à dignidade humana”, bem como se apoiará na integralidade da atenção e na constituição de equipe interdisciplinar (Brasil, 2008b).

Entretanto, Lionço (2009), em seu artigo *Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios*, aponta que as deliberações políticas para o Processo, até então, não tratavam “[...] do estabelecimento de diretrizes para a atenção integral no sentido estrito, mas daquelas ações necessárias à garantia do direito à saúde circunscritas à passagem para a vivência social no gênero em desacordo com o sexo de nascimento” (p. 44). A autora discute a complexidade do avanço dos direitos sexuais no âmbito da Saúde Coletiva: ao mesmo tempo em que a normatização do Processo Transexualizador representa um ganho ao afirmar o direito à saúde para transexuais, não resolve a precariedade do acesso ao sistema de saúde. Isso porque, num primeiro momento, foram habilitados apenas serviços no âmbito da atenção especializada, quando se considera que a porta de entrada deveria ser prioritariamente a atenção básica, em atendimento ao princípio de universalidade do SUS, que garante a atenção a todo e qualquer cidadão e cidadã. Ao invés disso, a própria política acabou por estabelecer nichos diferenciados de atenção a um determinado grupo social, discriminando outros, como é o caso especificamente das travestis, que desde o início poderiam ter sido beneficiárias das mesmas ações previstas para transexuais.

Sabe-se que, para garantir acesso igualitário e assegurar a qualidade da assistência em saúde, não bastam apenas a previsão de habilitação de Unidades de Saúde, a adequação da estrutura física, dos equipamentos, de recursos humanos especializados, fiscalização e avaliação, mas, principalmente, é fundamental observar qual é a lógica que faz funcionar o sistema de saúde e como o discurso das políticas públicas o atravessa em sua composição. Por isso, há tempos Arán (2005) já assinalava os desafios das instituições na trajetória desta modalidade de assistência, que inclui desde o acolhimento da diferença nas dependências físicas dos hospitais até as infundáveis discussões sobre a legitimidade da cirurgia. Preocupações muito atuais até os dias de hoje, uma vez que a literatura mais recente não encerrou a discussão destes mesmos impasses. Muitos foram (e são) os embates neste campo de construção política, sendo fundamental destacar, como afirmam Arán e Lionço (2008), que

No Brasil, os avanços na implementação de políticas de saúde para transexuais vêm sendo construídos em uma estreita negociação entre o Ministério da Saúde e o judiciário. A judicialização da discussão sobre direito à saúde no caso da transexualidade reflete a condição de vulnerabilidade e de violação de direitos a

que estão sujeitos transexuais, evidenciando a necessidade de resgatar a universalidade do acesso e a integralidade da atenção, com equidade para distintos grupos sociais, como princípios éticos do SUS e como direitos constitucionais a serem preservados (p. 1).

As autoras (2008) ressaltam que os procedimentos de transgenitalização, antes da instituição do Processo Transexualizador, já eram contemplados na tabela de procedimentos do SUS, sobretudo aqueles direcionados à reparação de lesões graves na genitália ou para a alteração plástica de genitálias ambíguas no caso de pessoas intersexo. Além disso, alguns serviços especializados da rede pública já prestavam serviços a pessoas transexuais e seria fundamental a garantia de alocação de recursos, através de políticas públicas de saúde, que pudessem custear procedimentos médico-cirúrgicos para o adequado funcionamento da assistência, uma vez que não justificava a exclusão de pessoas transexuais como usuárias do SUS. Contudo, segundo Arán, Zaidhaft e Murta (2008), “[...] a implantação dos programas foi bastante lenta e sofreu muitas resistências institucionais” (p. 71). Cabe ressaltar que é recorrente, nos serviços já existentes, o enfrentamento de processos discriminatórios contra usuários/as trans e profissionais envolvidos em seu cuidado, o que evidencia uma dinâmica originalmente excludente no interior do próprio sistema de saúde (Arán, Zaidhaft & Murta, 2008).

A mais recente e atual Portaria n. 2.803, de 19 de novembro de 2013, do Ministério da Saúde, redefine e amplia o Processo Transexualizador no SUS, estabelecendo importantes mudanças para este cenário de atenção à saúde e reiterando a necessidade da integralidade, tendo agora como público-alvo não apenas transexuais, mas também as travestis. O documento ainda reforça a necessidade do trabalho em equipe interdisciplinar e multiprofissional e também traz como diretriz fundamental a integração com as ações e serviços em atendimento ao Processo Transexualizador, situando a atenção básica como “[...] o componente da RAS responsável pela coordenação do cuidado e por realizar a atenção contínua da população que está sob sua responsabilidade, adstrita, além de ser a porta de entrada prioritária do usuário na rede” (Brasil, 2013, p. 2). O outro componente desta linha de cuidado é a atenção especializada, que apoia e complementa os serviços da atenção básica.

É possível perceber no discurso governamental (Brasil, 2013, p. 2) significativa preocupação com a “integralidade do cuidado aos usuários e usuárias com demanda para a realização das ações no Processo Transexualizador”, pautando-se tais ações pelo adequado acolhimento, humanização e respeito ao uso do nome social, além de encaminhamentos regulados, acompanhamento clínico e cirúrgico, condições técnicas, instalações físicas e

recursos humanos condizentes com a atenção que requer tal Processo. Além disso, acrescenta os procedimentos histerectomia e mastectomia, antes considerados experimentais pelo CFM (CFM, 1997; 2002), baseando-se na Resolução nº 1.955, de 3 de setembro de 2010 deste Conselho.

Mesmo diante da previsão desses avanços nesse instrumento da política pública de saúde integral LGBT, o acesso ao Processo Transexualizador continua condicionado às classificações diagnósticas F64.0 (Transexualismo) e/ou F64.9 (Transtorno de identidade sexual, não especificado). Além disso, mantém a hormonioterapia apenas a partir de 18 anos de idade, o que vai de encontro ao Parecer do CFM de n. 8, de 22 de fevereiro de 2013, que propõe o início deste procedimento “aos 16 anos, persistindo o transtorno de identidade de gênero, gradativamente deverá ser induzida a puberdade do gênero oposto” (p. 10). A política governamental (Brasil, 2013) exclui, dessa forma, adolescentes e crianças trans da assistência. O documento médico (CFM, 2013) ainda coloca que “essa assistência deve ocorrer o mais precocemente possível, iniciando com intervenção hormonal quando dos primeiros sinais puberais, promovendo o bloqueio da puberdade do gênero de nascimento (não desejado)” (p. 10). A Portaria governamental (Brasil, 2013) também entra em conflito com o posicionamento do CFM (2010) no que se refere à obrigatoriedade da participação do médico psiquiatra no Processo, tanto na modalidade ambulatorial quanto hospitalar, podendo ser substituído por psicólogo, enquanto que o CFM estabelece, necessariamente, as duas categorias profissionais na composição da equipe mínima.

Diante disso, pode-se dizer que em termos de acesso às ações e serviços em atendimento ao Processo Transexualizador nada mudou, pois as pessoas trans continuam tendo que negociar visibilidade, respeito e autonomia para acessarem tecnologias de cuidado para a construção de si. As políticas públicas do governo federal serão insuficientes enquanto restringirem a comunidade trans ao binômio doença-tratamento e, nesse sentido, a própria política interdita a viabilidade da integralidade na prática da assistência, uma vez que estabelece um prazo de acompanhamento compulsório para fins diagnósticos por dois anos, quando então, se confirmada a suposta patologia, o/a usuário/a poderá se beneficiar das ações previstas.

Por isso, no que se refere ao acesso, pode-se afirmar que o protocolo que orienta as políticas públicas para o atendimento à saúde da população travesti e transexual (Brasil, 2008a; 2008b; 2013) segue inteiramente os cânones da APA (DSM) e da OMS (CID) (Bento & Pelúcio, 2012), uma vez que está apoiado nas resoluções médicas (CFM, 2002; 2010), sendo igualmente excludente, de modo que patologiza essas identidades. Portanto, não há

como não considerar que as definições acerca da transexualidade, no contexto das políticas públicas de saúde, estejam moldadas a partir de uma exigência médica que prescreve a necessidade de um diagnóstico de transtorno mental como condição de acesso à saúde (Arán & Murta, 2009). Assim, o diagnóstico médico, certificado através de um laudo emitido por um/a psiquiatra, pode ser compreendido enquanto um dispositivo de poder-saber, que faz ver e faz falar (Foucault, 2009a) sobre a pessoa trans, que a define e a legitima para o sistema de saúde brasileiro.

Além disso, críticas se voltaram também sobre o modo como foi conduzido o “*Seminário: Processo Transexualizador no SUS*”, organizado pelo Ministério da Saúde, que teve supostamente por objetivo compartilhar experiências e discutir a reformulação da Portaria n. 457, de 19 de agosto de 2008. Tal reunião ocorreu em Brasília, nos dias 4 e 5 de junho de 2013, sendo o primeiro dia restrito aos representantes dos hospitais credenciados para a realização das cirurgias de transgenitalização e ambulatorios que realizam atendimentos a pessoas trans. Foi negada, portanto, a participação de pesquisadores/as e ativistas neste dia, quando se entende que os/as usuários/as deveriam ser os/as protagonistas em reuniões para a avaliação da qualidade dos serviços que eles/as próprios/as utilizam. Para agravar, a reunião do dia 5, contando com a participação de dezenas de pesquisadores/as e ativistas, não proporcionou uma dinâmica de debate, que pudesse garantir a participação de todos/as ali presentes, mas sim uma plenária, na qual não foi cedido espaço para uma discussão aprofundada sobre o conteúdo da Portaria. Além disso, observou-se que parte dos/as profissionais envolvidos com o serviço de atendimento a pessoas trans se retirou quando o assunto era o caráter patologizante da Portaria. Tratou-se, portanto, de “um suposto processo democrático de consulta sobre a reformulação da Portaria” (Bento, 2013). Dessa forma, pode-se pensar também com Borba (2014a) que

Em sua construção (aparentemente) participativa, é o poder biomédico que ganha destaque e, dessa forma, o Processo [...] serve de lócus de reatualização dos embates entre saberes/poderes que forjaram o dispositivo da transexualidade e confeccionaram o modelo de “transexual verdadeiro” como horizonte diagnóstico. (p. 60-61).

Além disso, segundo Barboza (2010), mesmo considerando que o Processo Transexualizador produza bons resultados do ponto de vista médico, os efeitos sociais das mudanças nos corpos trans podem ser perversos para estas pessoas. Isso porque nem sempre a pessoa trans obtém sua requalificação civil junto ao poder judiciário, o que acentua os processos de vulnerabilização desta população. A autora sustenta que o Processo será

bioeticamente inadequado enquanto não se respeitar a autonomia do/a usuário/a no que se refere à realização (ou não) da cirurgia de transgenitalização, à medida que forem cerceados direitos das pessoas pelo fato de serem transexuais e, também, não for assegurada, em um mesmo processo, a requalificação civil dessas pessoas. Por isso, Teixeira (2013) argumenta que o próprio processo de reconhecimento de pessoas trans “orquestrado pelas instituições médico-jurídicas” tem colocado em risco a sobrevivência dessas pessoas, uma vez que elas têm silenciada a possibilidade de construção subjetiva de suas experiências, sendo encobertas pela primazia do diagnóstico.

O conceito de vulnerabilidade, originário do campo de respostas à epidemia de HIV/Aids na década de 90, é uma importante contribuição para a renovação das práticas de saúde, particularmente para a prevenção e para a promoção de saúde. Compreende três componentes interligados: o individual, que refere-se ao grau e à quantidade de informação que o indivíduo dispõe sobre a questão de saúde, sua capacidade de elaborá-las e incorporá-las aos seus repertórios cotidianos, assim como as possibilidades efetivas de transformar suas preocupações em práticas de saúde; o componente social, que relaciona-se ao acesso à comunicação, à escolarização, à disponibilidade de recursos materiais, ao poder de influenciar decisões políticas, estar livre de coerções violentas ou poder defender-se delas, dentre outros; por fim, o componente programático, que trata dos esforços governamentais para que os recursos individuais e sociais de proteção sejam disponibilizados de modo democrático e efetivo para a população (Ayres, Júnior, Calazans & Filho, 2009).

Este caro conceito aqui serve para uma análise interseccional, que considere a articulação de marcadores sociais da diferença, como raça, território, classe, geração, entre outros, que ajudam a pensar o sujeito trans em sua complexidade, atravessado por múltiplas negligências, que o posicionam de maneira mais ou menos vulnerável, considerando os três eixos mencionados (individual, social e programático). Neste sentido, ao analisar políticas públicas de saúde para a população trans, problematiza-se, sobretudo, os impactos dos processos de vulnerabilização que esta sofre, inclusive promovido, programaticamente, pelo próprio Estado, que não garante os seus direitos e reitera mecanismos de patologização destas identidades, sendo tomadas como objetos de saber/poder, o que impacta diretamente em qualquer direcionamento político que almeja uma assistência à saúde universal, igualitária e integral.

### 3.2.3 Diretrizes de assistência à saúde do Processo Transexualizador

Ainda numa perspectiva analítica do campo documental estudado, discute-se aqui, particularmente, as diretrizes que pautam o instrumento da política pública de assistência à saúde para pessoas trans no país (Brasil, 2013). De modo geral, as ações e os serviços de assistência do SUS são orientados por um conjunto de princípios e diretrizes norteadores de seu funcionamento, que partem “[...] de uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito, incorporando, em sua estrutura político-institucional, espaços e instrumentos para democratização e compartilhamento do processo decisório e da gestão do sistema de saúde” (Noronha, Lima & Machado, 2012, p. 365).

Os princípios que conferem ampla legitimidade ao SUS são: a universalidade, que assegura o direito à saúde e o acesso sem discriminação a toda população; a integralidade, que considera de forma ampliada o processo saúde-doença, em suas várias dimensões, compreendendo a promoção, a proteção, tratamento e reabilitação; a equidade, que defende a igualdade na assistência, sem preconceitos e/ou privilégios, atenta ao atual debate que defende a “[...] prioridade na oferta de ações e serviços aos segmentos populacionais que enfrentam maiores riscos de adoecer e morrer em decorrência da desigualdade na distribuição de renda, bens e serviços e nos condicionamentos culturais e subjetivos de ordem familiar e pessoal.” (Vasconcelos & Pasche, 2012, p. 566). Assim, ainda segundo os autores, inclui-se à lógica do SUS o princípio da discriminação positiva como aquele que elege grupos sociais mais vulneráveis em razão da exclusão social e das precárias condições de vida, assegurando-lhes prioridade no acesso (Vasconcelos & Pasche, 2012).

Tem-se como diretrizes que organizam e orientam o SUS, com o propósito “imprimir racionalidade e efetividade ao seu funcionamento” (Vasconcelos & Pasche, 2012, p. 566), a descentralização, com ênfase na municipalização da gestão das ações e serviços de saúde; a regionalização, voltada para a distribuição racionalizada e equânime dos recursos assistenciais, no sentido de promover a integração das ações e das redes assistenciais, oferecendo acesso oportuno, continuidade do cuidado e economia; a hierarquização dos serviços, ordenando o sistema de saúde por níveis de complexidade; a participação comunitária que garante à população influenciar de maneira decisiva na definição e execução das políticas públicas de saúde; bem como a articulação das ações e dos serviços em redes assistenciais integradas (Vasconcelos & Pasche, 2012).

Em consonância com esses direcionamentos políticos, a Portaria Ministerial que trata sobre a redefinição e a ampliação do Processo Transexualizador no SUS (Brasil, 2013) propõe, em seu Art. 2º, três importantes pilares, tomando-os como diretrizes de assistência:

- I - integralidade da atenção a transexuais e travestis, não restringindo ou centralizando a meta terapêutica às cirurgias de transgenitalização e demais intervenções somáticas;
- II - trabalho em equipe interdisciplinar e multiprofissional;
- III - integração com as ações e serviços em atendimento ao Processo Transexualizador, tendo como porta de entrada a Atenção Básica em saúde, incluindo-se acolhimento e humanização do atendimento livre de discriminação, por meio da sensibilização dos trabalhadores e demais usuários e usuárias da unidade de saúde para o respeito às diferenças e à dignidade humana, em todos os níveis de atenção (p. 2).

O termo integralidade, como afirma Mattos (2004), tem sido usado para designar não apenas um dos princípios do SUS, como também expressa uma das mais importantes bandeiras de luta do movimento sanitário. Para o autor (2006), a integralidade tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, uma vez que se relacionam com os ideais de uma sociedade mais justa e solidária. Na tentativa de uma aproximação conceitual, pode-se pensar a integralidade como uma imagem objetivo, um enunciado de certas características consideradas desejáveis para o sistema de saúde, suas instituições e práticas.

Mattos (2004) destaca três importantes conjuntos de sentidos para o termo integralidade: a integralidade no sentido de características de políticas de saúde ou de respostas governamentais a certos problemas de saúde, no que tange à abrangência dessas respostas - a articulação de ações de alcance preventivo com as assistenciais; a integralidade no que se refere à organização dos serviços de saúde; e um último conjunto de sentidos voltado para atributos das práticas em saúde. Ao considerar que uma imagem objetivo não diz de uma vez por todas como a realidade deve ser, o conceito de integralidade talvez não deva ter uma resposta unívoca, pois corre-se o risco de abortar e/ou silenciar alguns dos seus sentidos. Assim, Barboza e Schramm (2012) acrescentam que o aparecimento das várias noções de integralidade não é aleatório, pois justamente se verifica nas lacunas deixadas pela medicalização avassaladora que direciona as práticas em saúde e reduz a experiência do sofrimento - que no caso de pessoas trans pode ser intensa - ao domínio puramente biológico, com cada vez menos consideração às necessidades individuais das pessoas e de seus cuidadores. Pode-se somar isto, conforme aponta Costa (2004), ao acentuado processo de

especialização e de fragmentação do saber médico, que resulta no esforço interdisciplinar interessado na apreensão da totalidade da saúde.

Chama atenção, especificamente no caso das diretrizes de assistência do Processo Transexualizador, o fato de que a integralidade, conceitualmente, não se restringe apenas a uma diretriz, mas incorpora as demais, reiterando-as e fortalecendo-as. A integralidade, assim, reflete Mattos (2006), tomada como um “[...] valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram” (p. 48) implica numa postura profissional que vai além da demanda explícita dos/as usuários/as, mas que se preocupa com a “[...] experiência do sujeito que se relaciona com o serviço de saúde” (p. 49). Tal postura é fundamental, visto que “[...] a integralidade só se realizará com incorporações ou redefinições mais radicais da equipe de saúde e de seus processos de trabalho” (p. 51). Dessa maneira, a noção de integralidade pretende colaborar para a construção de sistemas, políticas e práticas de saúde mais justas e em sintonia com a realidade da atenção que se propõe. Por isso,

Quer tomemos a integralidade como princípio orientador das práticas, quer como princípio orientador da organização do trabalho, quer da organização das políticas, integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo (Mattos, 2006, p. 61).

Neste sentido, apesar do Processo Transexualizador no SUS estar organizado predominantemente a partir de uma matriz discursiva médica, que opera conforme a lógica de medicalização da vida social de pessoas trans, na medida em que universaliza o sofrimento, não se pode perder de vista que a oportunidade do encontro não é apenas com o/a profissional de Medicina, quer este/a esteja ou não limitado/a ao discurso patologizante das identidades trans; o encontro se dá com toda uma equipe multiprofissional, nomeada pelo CFM, que oficialmente desconsiderou(a) posicionamentos divergentes. Debates mais recentes com a participação de categorias profissionais não médicas, como os promovidos pelo Conselho Federal de Psicologia, entretanto, discutem quais seriam suas participações no campo das transexualidades, para além do processo de avaliação diagnóstica definido pelo CFM. Portanto, é urgente a necessidade das categorias profissionais que fazem funcionar o Processo Transexualizador se posicionarem quanto à compulsoriedade na composição da equipe mínima, obedecendo à hegemonia do saber/poder médico, que defende um protocolo rígido para o acesso, que patologiza as identidades e experiências trans, mas que também pulveriza a responsabilidade da forma como se organiza o Processo para toda uma equipe multiprofissional.

Em uma perspectiva preocupada com a prática de bons encontros em saúde, que se aproxima do cuidado que se crê verdadeiramente integral, pode-se pensar o/a profissional envolvido/a de alguma maneira com o Processo Transexualizador, em qualquer nível de atenção, como um/a agente de mudança, um “viajante” (Louro, 2008) que

[...] interrompe a comodidade, abala a segurança, sugere o desconhecido, aponta para o estranho, o estrangeiro. Seus modos talvez sejam irreconhecíveis, transgressivos, distintos do padrão que se conhece. Seu lugar transitório nem sempre é confortável. Mas esse pode ser também, em alguma medida, um lugar privilegiado que lhe permite ver (e incita os outros a ver), de modo inédito, arranjos, práticas e destinos sociais aparentemente universais, estáveis e indiscutíveis. Não se trata, pois, de tomar sua figura como exemplo ou modelo, mas de entendê-la como desestabilizadora de certezas e provocadora de novas percepções (Louro, 2008, p. 24)

Será, talvez, através desse ideal de postura (Mattos, 2006) e dos deslocamentos que certamente irão surgir, que se poderá pensar na redefinição e ampliação de um Processo Transexualizador mais coerente com a realidade das demandas da população trans do país. O recente percurso traçado pelas políticas públicas referentes ao Processo Transexualizador, mesmo quando se considera os avanços estabelecidos pela Portaria em vigor (Brasil, 2013), já fornece indicativos de que a integralidade do cuidado para estas pessoas opera com dificuldades e limitações, uma vez que o acesso ainda está condicionado ao diagnóstico médico de transtorno mental. Faz-se imprescindível, então, repensar o lugar de sujeito ao qual pessoas trans são lançadas no próprio sistema público de saúde, a partir de um discurso exclusivamente médico, respaldado e fortalecido pelas tecnologias e políticas de atenção à saúde, que propõe um modelo de assistência que culmina por patologizar a transexualidade e acentuar ainda mais a vulnerabilidade desta população.

Enquanto a concepção de gênero que orienta as políticas públicas de saúde para esta população não se libertar dos pressupostos biologizantes, não será possível incluir as pessoas que estão fora dos marcos que foram estabelecidos, bem como ampliar a rede de cuidados para que seja, de fato, eficaz no atendimento a demandas específicas desta população (Bento, 2012). Neste sentido, Arán (2012) acrescenta que

A partir da noção de integralidade, um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, pode-se reconhecer o sofrimento psíquico e corporal como critério de acesso, sem que necessariamente este sofrimento seja patologizado. Para isto torna-se necessário a realização do deslocamento de um modelo que parte da noção de “transexual verdadeiro” para a concepção da diversidade *trans* que exige a individualização do cuidado (p. 148).

Como afirmam Arán e Lionço (2008, p. 2), “[...] há muito trabalho a fazer para a garantia da integralidade da atenção e para que o setor saúde não reproduza, na desatenção, processos excludentes e discriminatórios que nos envergonham diante do projeto democrático que é nosso país”, o que também “requer permanentemente a interpelação da gestão federal do setor saúde para a efetivação do acesso e do cuidado a esta população no SUS”.

Pautando pelas diretrizes de assistência do Processo Transexualizador (Brasil, 2013), mas sem desconsiderar o poder que exerce a Medicina, a Psicologia, o Serviço Social e a Enfermagem no estabelecimento de verdades que operam sobre a vida das pessoas que passam pelo Processo, é necessário ter atenção para compreender pessoas trans na complexidade (Almeida Filho, 2005) de suas demandas em saúde; demandas estas que extravasam os discursos *psi* e os recortes disciplinares dos campos teórico-técnicos envolvidos. Por isso, tem-se como um dos principais desafios para a construção cotidiana de uma rede de cuidados em saúde, a adequada capacitação profissional das equipes de saúde, bem como medidas de humanização que primem por um atendimento de qualidade e livre de discriminação (Arán & Murta, 2009); e que a rede, nesse sentido, seja capaz de abranger a totalidade das experiências trans, não apenas as questões que permeiam ou são permeadas por gênero e sexualidade.

Quando somadas aos princípios e diretrizes do SUS, as diretrizes de assistência do Processo Transexualizador, se concretizadas na prática, teriam a potencialidade de promover muitos deslocamentos, principalmente no que se refere à superação do ritual diagnóstico. A passagem de uma matriz discursiva que patologiza as identidades e experiências trans para uma concepção que absorva diferentes formas de construção de gênero poderia alavancar uma série de desdobramentos que, certamente, retornariam numa forma mais humanizada e, portanto, acolhedora e integral de cuidados à saúde para esta população.

[...] se de início a instrumentalização da assistência a transexuais no Brasil esteve associada ao modelo estritamente biomédico, hoje a noção de saúde integral há que promover uma abertura para as redescrições da experiência transexual numa articulação permanente entre os saberes biopolíticos dominantes e uma multiplicidade de saberes locais e minoritários (Arán & Murta, 2009, p. 16).

Torna-se, portanto, um desafio integrar ao rol de ações integrais do sistema, uma temática historicamente não compreendida como questão de saúde, tampouco pública, mas sim de ordem privada e/ou de desvio moral; antes, vista como um traço de anormalidade que a sociedade não teria o que fazer, e que, portanto, não caberia a conformação de ações e de

políticas públicas de saúde, afinadas com a dimensão dos direitos humanos, em que pese os pressupostos éticos e de emancipação humana.

### **3.2.4 A produção de cidadania a conta-gotas**

Como muito bem traduz Berenice Bento (2014b), o processo público de formulação política para a produção de cidadania para a população trans no Brasil é tão precário que pode ser comparado a um conta-gotas que, no final das contas, não oferece cidadania alguma para estas pessoas. Ao pensar, com a autora, que as disputas trans são um projeto de humanidade, já que as cirurgias representam acima de qualquer circunstância, o desejo de reconhecimento social, pode-se aqui afirmar que se tem um enorme desafio para todos/as aqueles/as que atuam na execução deste instrumento da política pública no SUS, incluindo gestores de saúde e áreas afins, coordenadores/as, profissionais clínicos e funcionários/as de serviços de saúde, no sentido de que consigam transcender, em suas práticas, à lógica patológica e cisgênera, bem como a universalização destes sujeitos e de suas demandas. É urgente pensar que “[...] a individualização do cuidado é parte constitutiva de qualquer projeto baseado na integralidade da assistência” (Arán & Murta, 2009, p. 21), mas enquanto imperar uma lógica reducionista que condiciona o acesso à saúde ao diagnóstico psicopatológico se terá um longo e custoso caminho até a integralidade.

A partir da análise dos documentos relacionados ao Processo Transexualizador no SUS, fica evidente que o enunciado que organiza todo o Processo é a patologização das identidades e das experiências de pessoas trans, utilizando-se do diagnóstico psicopatológico como principal tecnologia que permite a verificação do suposto transtorno mental. O laudo psicopatológico, por sua vez, funciona como um dispositivo de inteligibilidade, validado através de códigos emitidos por uma equipe de saúde que acredita encontrar ali, naquele corpo, naquela história, uma verdade sobre a transexualidade. Por isso, a patologização certificada através da emissão do laudo diagnóstico, mas considerando também que este não é uma garantia, é o cerne dos entraves da assistência à saúde dessa população no país, pois são postos como condição primordial de acesso às ações e aos procedimentos previstos; isso desde a autorização das intervenções pelo CFM (CFM, 1997) e antes mesmo da oferta no SUS (Brasil, 2008a; 2008b).

Portanto, a crença no diagnóstico de uma patologia como baluarte de acesso a todo o Processo Transexualizador pelo SUS e as biotecnologias de identificação, enunciação, enfim, de fabricação de sujeitos com Disforia de Gênero, merece ser problematizada. As reflexões de

Georges Canguilhem (2014) ajudam, ao lembrar que “o doente não é anormal por ausência de norma, e sim por incapacidade de ser normativo” (p. 148). Vale pensar como aspectos normativos de gênero, classe social, raça, entre outros determinantes sociais, condicionam a produção de sujeitos no discurso da Disforia de Gênero, de modo a atravessar os corpos de quem ocupa tais posições com uma série de biotecnologias para o tratamento de algo enunciado como psicopatológico e cujo trabalho redentor da Psicologia, da Medicina - e das demais profissões chamadas a ocupar posições poderosas neste processo – torna-se condição *sine qua non* para que este sujeito, paciente, tenha capacidade de ser normativo. Nesta lógica, a “sustentação” diagnóstica nada mais é do que efeito do biopoder, que opera produzindo experiências ditas transexuais e estratégias de controle para que corpos trans possam atingir certa normalidade; ao mesmo tempo, exclui quem não se encaixa num modelo de corpo binário, generificado, ou seja, qualquer outra enunciação que possibilitaria a existência fora das normativas estabelecidas.

É importante marcar que a nomeação diagnóstica, que atravessa os principais documentos referentes ao Processo Transexualizador, se apresenta por meio de diferentes roupagens, que vão desde “transexualismo”, passando pelo “Transtorno da Identidade de Gênero”, “Disforia de Gênero”, até sua inscrição apenas através dos códigos “F64.0” (Transexualismo) e variações como “F64.9” (Transtorno de identidade sexual, não especificado), que podem ser observados na atual Portaria Ministerial (Brasil, 2013). Constatou-se que, textualmente, além do documento governamental em vigor apresentar em menor quantidade léxicos patologizantes como “diagnóstico”, “indicação” e “tratamento”, quando comparado à Portaria anterior (Brasil, 2008b), palavras como “transexualismo” e “psicodiagnóstico” não aparecem em nenhuma parte do texto, a não ser disfarçadas por códigos classificatórios que as representam e qualificam uma mesma estratégia de saber/poder, funcionando da mesma forma como um dispositivo de sujeição da pessoa trans no sistema público de saúde.

Como pensar, então, na viabilidade de um instrumento da política política governamental que em seu texto apresenta significativa preocupação com o acolhimento na esfera de cuidados que integram o Processo Transexualizador, se todos os documentos estão atravessados, de modo evidente ou mascarado, por inúmeros léxicos como diagnóstico, indicação, tratamento, transexualismo, em contraponto com alguns poucos que os antagonizam como integralidade, atenção integral e humanização? É contraditório pensar em acolhimento se as pessoas trans que procuram por serviços de saúde, supostamente habilitados para acolhê-las, de início já serão avaliadas para a verificação do que foi designado como

distúrbio: “desconforto com o sexo anatômico natural”; “desejo expresso de eliminar os genitais, perder as características primárias e secundárias do próprio sexo e ganhar as do sexo oposto”; sendo averiguados em sua continuidade e consistência por, no mínimo, dois anos; e “ausência de outros transtornos mentais” (CFM, 2010). Com Almeida (2010) e embasada por inúmeros relatos de pessoas trans que contribuíram com esta pesquisa, há de se reconhecer urgentemente que

[...] nem todas as pessoas que se identificam como transexuais (ou que contradigam de alguma maneira a forma do gênero como foram assignadas ao nascerem) desejam efetivar mudanças corporais e nem todas as que desejam mudanças corporais querem realizar todos os procedimentos disponíveis no sistema público de saúde brasileiro atual e no mesmo período de tempo. Os pontos de vista dos que não desejam cirurgias e/ou outras mudanças corporais também devem ser respeitados e suas necessidades contempladas o mais amplamente possível pelas políticas públicas brasileiras (p. 118-119).

Por isso, sob a ótica patologizante das políticas públicas de saúde, a autonomia da pessoa trans é ferida pelo menos duas vezes: quando se impõem o diagnóstico como condição de acesso ao que, equivocadamente, se nomeia tratamento; e quando se define o desejo pelas cirurgias como um sintoma para conferir tal diagnóstico, subtraindo qualquer poder de decisão da pessoa trans sobre o próprio corpo. Reconhecendo com Bento (2014a, p. 26) que “a relação que esses sujeitos passam a estabelecer com as genitálias pode variar da abjeção até o reconhecimento de que fazem parte do seu corpo não constituindo-se como um problema”, mas que tal variação é completamente ignorada pela política de saúde, tem-se na prática da assistência uma enorme contradição. Isso porque o espaço que deveria ser destinado à promoção de relações de cuidado integral à saúde entre profissionais e usuários/as, acaba sendo regido por enunciados oficializados por normas psiquiátricas absolutas, catalogadas em manuais que fabricam a realidade da assistência para uma população, historicamente, localizada às margens da sociedade. Tendo em vista que

[...] dada sua centralidade no gerenciamento clínico de pessoas transexuais, instauram os campos de visibilidade (o que pode ser mostrado e como deve ser visto) e de enunciação (o que pode ser dito, como deve ser dito e como se deve escutá-lo) sobre os quais as relações entre profissionais de saúde e pessoas transexuais se dão. Embora não sejam os únicos (ou os mais importantes) vetores de funcionamento do dispositivo da transexualidade, nos programas de atenção à saúde trans brasileiros, [...] tais manuais são importantes no estabelecimento de relações entre os programas, como instituições, e seus/suas usuários/as transexuais, como determinados tipos de sujeitos (Borba, 2014a, p. 37)

Além disso, a política ministerial ainda situa a formulação diagnóstica no nível da atenção especializada de alta complexidade, sob a responsabilidade das equipes credenciadas pelo Ministério da Saúde, o que por si só já seria ineficiente, pois apenas cinco hospitais estão habilitados no Brasil. Ou seja, por mais que a porta de entrada no Processo Transexualizador tenha sido textualmente e corretamente reposicionada na atenção básica, na prática é inevitável que o ingresso ocorra fora das dependências hospitalares, uma vez que a vinculação do/a usuário/a com uma das cinco Unidades de Atenção Especializada é compulsória e por, no mínimo, dois anos; o que ainda onera os gastos públicos com o Tratamento Fora de Domicílio (TFD). Assim, a porta de entrada, em termos práticos, continua a ser pela alta complexidade do sistema, tendo em vista que as pessoas trans para lá se direcionam quando desejam se inscrever e dar início ao processo diagnóstico. Por isso, é fato que, desde a sua origem, o Processo se encontra fracionado em sua composição, estando concentrado quase que exclusivamente na alta complexidade, fazendo operar uma lógica curativa que tem por intenção a “adequação” de anormalidades nos corpos trans. Desse modo, tem como beneficiários/as, num primeiro momento, apenas transexuais, em detrimento das travestis, que poderiam desde sempre ter usufruído das mesmas ações.

Tudo isto atesta, como aponta Teixeira (2013), que “embora as Portarias mencionem que o Processo Transexualizador não estaria centrado na cirurgia de transgenitalização, o fluxo de encaminhamento paradoxalmente estabelece que a não indicação da cirurgia cessaria o vínculo com a Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador” (p. 260), ou seja, o Processo nunca deixou a média e alta complexidade para também integrar a atenção básica e, conseqüentemente, as cirurgias ofertadas continuam sua principal finalidade. Assim, discursivamente, esta modalidade de assistência à saúde ainda permanece prioritariamente vinculada à alta complexidade, em detrimento da atenção básica e de média complexidade.

Vale destacar o fato de que os hospitais são marcadamente instituições onde prevalece a procura por cuidados médicos, considerando a gravidade dos casos atendidos, como também um território onde a Medicina ainda atua de maneira hegemônica, se comparado à atenção básica e de média complexidade. Nestas últimas, pela essência do cuidado ofertado, o perfil da atenção tende a ser multiprofissional. Por isso, o enfoque do Processo Transexualizador prioritariamente em hospitais contribui para reforçar o poderio médico para conceder ou não o acesso, bem como a consideração da cirurgia como o principal tratamento, visto que esse é o posicionamento último do CFM (CFM, 2010).

Assim, a patologização das experiências trans e a permanência da realização da avaliação diagnóstica nos hospitais obedecem e se sustentam a partir de um único discurso,

vindo de uma única categoria profissional, sendo reproduzido pelas demais que foram convocadas pelo CFM a compor a equipe mínima, ainda que não encontre coro e/ou seja, inclusive, contestado pelos Conselhos Federais das demais categorias profissionais envolvidas. Tudo isto não apenas fere os direitos humanos e de salubridade de pessoas trans de circularem pelo sistema de saúde, em seus diferentes níveis de atenção, como também não as direciona para outros cuidados quando não há indicação diagnóstica e desejo pela cirurgia, o que é extremamente contraditório para uma política que se pauta pela integralidade da atenção.

Resultados de recente estudo (Perucchi *et al.*, 2014), desenvolvido com base em narrativas de pessoas trans, aponta que o governo federal tem sido negligente ao desconsiderar a importância de práticas de informação e de prevenção em saúde para pessoas transexuais e travestis, visto que não se preocupa com a qualidade de vida e o bem-estar desse segmento populacional. Neste sentido, viola os seus direitos constitucionais referentes ao acesso à saúde e, ainda, coloca esse público numa situação de vulnerabilidade programática devido à ineficiência do próprio instrumento da política pública. Chama atenção o fato de uma das queixas mais significativas desses/as participantes, também usuários/as do sistema público de saúde, estar relacionada com a precariedade do tratamento por parte das equipes multiprofissionais de saúde, tendo em vista o desrespeito ao uso do social, mesmo considerando a Portaria Federal n. 1.820, de 13 de agosto de 2009, que “dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde” e assegura o direito ao uso do nome social no SUS (Brasil, 2009).

Ainda segundo os/as autores/as (Perucchi *et al.*, 2014), são recorrentes as situações de discriminação e de falta de humanização no acolhimento aos/as usuários/as, falta de profissionais especializados, como endocrinologistas, psiquiatras, urologistas, ginecologistas e psicólogos/as nas equipes de alta complexidade credenciadas pelo Ministério da Saúde, assim como a falta de integração dos tratamentos, mesmo nos centros especializados. Todos estes fatores, somados aos históricos processos de discriminação social, colaboram para o aumento da vulnerabilidade, da automedicação e uso inadequado e sem acompanhamento especializado de hormônios, além do uso clandestino de silicone industrial, que podem causar danos irreversíveis a saúde e levar até a morte.

Tem-se como desdobramentos dessa (des)organização política, já considerando os resultados advindos da análise do funcionamento da RAS local proposta pela presente pesquisa, uma atenção especializada sobrecarregada, que está fadada a não conseguir absorver toda a demanda - considerando que os hospitais habilitados recebem usuários/as de todo o

território nacional. Tal panorama torna a assistência ineficiente e ineficaz, por mais que se tenham equipes capacitadas para a promoção do acolhimento e do cuidado humanizado. Somado a isto, diante de um protocolo tão limitado, Almeida e Murta (2013) ainda elencam outras questões que acabam por agravar a fluidez do Processo: não são claras as atribuições e competências de estados e municípios; os recursos financeiros e de pessoal das unidades são limitados e a demanda é crescente; o tempo médio de realização dos procedimentos e cirurgias chega a ser até quatro vezes maior do que o previsto; há pouquíssimo controle social das unidades de saúde prestadoras destes serviços.

Os autores (Almeida & Murta, 2013) ainda apontam que quase não se observa o envolvimento de outros setores das próprias unidades de saúde com o tema, como também de outros campos da política de saúde e demais políticas sociais. Isso ocorre não apenas por falhas da gestão, em alguns casos da própria unidade de saúde, mas em razão da discriminação que os serviços sofrem, advinda de gestores de outros serviços, de profissionais de variadas áreas e níveis de formação e até mesmo de usuários/as. Mas é interessante pensar o quanto esses impasses que “por um lado, constroem vítimas mais ou menos constantes, por outro, obrigam os mesmos indivíduos à construção de estratégias criativas através das quais é *reelaborada* a própria existência” (Almeida & Murta, 2013, p. 396).

Não é aleatório o fato da política governamental prever a composição de equipe interdisciplinar e multiprofissional, inclusive estabelecendo essa condição como uma das diretrizes de assistência à saúde do Processo Transexualizador, tamanha complexidade desta modalidade de cuidado, não apenas em termos da abrangência, insumos, recursos humanos, gastos governamentais, mas da profundidade dos impactos do Processo na vida dos sujeitos que por ele passam. Mas, trata-se, necessariamente, de desenvolver olhares interdisciplinares treinados, que possam perceber que a pessoa trans “[...] que aparece nos documentos oficiais como um “transtornado” é uma ficção e desconstruí-la significa dar voz aos sujeitos que vivem essa experiência e que, em última instância, foram os grandes silenciados” (Bento, 2014a, p. 28). Ao longo da realização desta pesquisa, teve-se a notícia de que alguns serviços especializados de média e alta complexidade ou, pelo menos, alguns/algumas profissionais atuam promovendo verdadeiramente o cuidado integral, humanizado e, portanto, despatologizado, trazendo dignidade para a cena dos atendimentos em saúde para pessoas trans. Mas essa ainda não é a realidade que prevalece acerca do Processo Transexualizador no SUS.

Portanto, ao reconhecer os pilares da construção política do Processo Transexualizador como o principal entrave para o acesso ao cuidado integral ofertado pelo

sistema público de saúde às pessoas trans, depreende-se que o estado brasileiro tem como principal desafio para a gestão deste instrumento da política pública fazer valer um dos princípios fundamentais do SUS, a integralidade, que atravessa todas as definições dos documentos governamentais, mas que ainda está longe de se concretizar plenamente. No atual quadro, parece imprescindível que se reflita acerca do lugar de abjeção destinado ao sujeito trans, evidente nos discursos médico e governamental, respaldado por biotecnologias, que tem efeito de poder nas políticas de atenção à saúde, uma vez que impõe um modelo de cuidado que só faz acentuar os processos de vulnerabilização desta população.

Muito embora exista um forte movimento mundial em prol da despatologização das identidades trans, é importante ressaltar com Almeida e Murta (2013) que “despatologizar tão somente, sem ter as condições de manutenção/ampliação do acesso ao SUS em perspectiva é avançar em direção ao passado, reiterando a histórica exclusão deste público dos modelos de atenção em saúde disponíveis” (p. 404). Se todo o acesso está condicionado à emissão do laudo que ateste quadro psicopatológico, e opera majoritariamente num modelo de “adequação”, “correção” de corpos, conformando-os aos padrões que foram definidos como normais, é urgente pensar, junto com a despatologização, a construção de lugares outros na RAS que permitam explorar a pluralidade e a diversidade como parte do direito à saúde e garantia de acesso integral.

A análise do campo documental pretendeu, portanto, contribuir para a compreensão acerca de como é enunciado, no discurso das políticas públicas, o modo de funcionamento do Processo Transexualizador no SUS. Estes resultados foram contrapostos aos dados produzidos através da imersão nos demais campos da pesquisa, que serão apresentados a seguir, onde foram realizadas observações e entrevistas junto aos/as informantes que, na prática, dão corpo à rede de assistência à saúde para pessoas trans na localidade estudada.

## 4 SEGUINDO PELO CAMINHO INVESTIGATIVO

### 4.1 A ARQUEOGENEALOGIA COMO ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

Em *A Hermenêutica do Sujeito*, Michel Foucault (2010) discorre sobre como o sujeito é constituído por discursos exteriores a ele e como sua construção decorre do funcionamento de práticas discursivas de ordem social, econômica e cultural. Nesse sentido, interessa-nos – enquanto caminho metodológico desta tese – investigar aspectos dessa ordem, no que concerne, especificamente, ao problema de pesquisa aqui proposto; no sentido de, ao investigar o funcionamento da rede de assistência pública à saúde para pessoas transexuais e travestis em Juiz de Fora, analisar como tal funcionamento produz subjetividades. Uma empreitada metodológica que coloca esta pesquisa no leque de investigações inspiradas na arqueogenealogia foucaultiana.

Assim, a proposta deste primeiro subtópico do capítulo sobre o método é apresentar os principais elementos da perspectiva arqueogenealógica, inspirada na proposta teórico-filosófica de Michel Foucault, na qual o sujeito ocupa lugar de destaque nos processos históricos da constituição das relações de saber e de poder. Esta perspectiva orientou o desenvolvimento deste trabalho, concebendo a arqueogenealogia como uma importante e eficiente ferramenta de pesquisa em psicologia social e, mais especificamente, no campo de estudos da saúde pública. Lembrando que “falar de metodologia é considerar todo o conjunto de procedimentos que funcionam como opções teóricas e éticas no encaminhamento do processo de construção do conhecimento” (Aragão, 2005, p. 21).

De modo geral, estudos envolvendo redes de assistência pública à saúde para a população transexual e travesti, no Brasil, foram ainda pouco explorados pela literatura nacional. Como aspectos formais e dinâmicos que compõem a linha de cuidado em saúde na RAS do município pesquisado, para a população transexual e travesti, eram desconhecidos, esta metodologia mostrou-se eficiente para compreender relações de saber/poder que produzem a política pública local, em saúde, que institui o Processo Transexualizador no âmbito do SUS. Sobretudo, no que concerne às condições de implementação e operacionalização deste processo no contexto da RAS no município pesquisado.

A discussão analítica com base nas fontes documentais tratou, principalmente, sobre como os discursos médico e político – que perpassam toda a dinâmica de funcionamento do Processo Transexualizador e das redes de assistência – produzem as posições a serem

devidamente ocupadas por sujeitos transexuais e travestis que demandam cuidados em saúde. Posições estas que a presente pesquisa constatou serem, em diferentes circunstâncias, estrategicamente invisibilizadas. Assim, partindo da perspectiva de que esses discursos produzem sistematicamente posições de sujeito vulneráveis, verificou-se como os discursos políticos oficiais, do Ministério da Saúde, por exemplo, reiteram, no campo da saúde pública, tais posições.

Assim, a estratégia metodológica escolhida para compreender o que é, como se constitui e como funciona a rede de atenção à saúde para a população transexual e travesti em Juiz de Fora, foi investigá-la tendo como ponto de partida a esfera do acolhimento às demandas dessa população. Analisando espaços e formas como este acolhimento é realizado. Foi, então, por meio desta estratégia inicial que se deu a busca pelas questões que concernem às relações dos discursos científicos com as estruturas políticas e econômicas do contexto estudado. Portanto, a arqueogenealogia, que inspirou o método, permitiu-nos contemplar elementos históricos e institucionais da produção de saber e das relações de poder que atravessam essas políticas públicas em saúde no âmbito local. E, neste sentido, pode-se afirmar que:

essa preocupação de Foucault com a historicidade do sujeito possibilitou – e possibilita – colocar em xeque práticas históricas e hegemônicas de exclusão e categorização do sujeito e seus processos subjetivos. Os trabalhos sobre a loucura, a prisão, a prática médica e a sexualidade deram visibilidade a temas marcados pela exclusão social e pela obscuridade do discurso científico, proporcionando que interrogações se espalhassem em todos os níveis sociais (Cunha *et al.*, 2014, p. 189).

E quem é o sujeito nesta perspectiva? O sujeito não é uma entidade, uma origem, mas sim, é destacado pelo filósofo como um efeito, um desdobramento de práticas discursivas e não discursivas, construídas e consolidadas historicamente. O sujeito não é constituinte, e sim constituído por atravessamentos discursivos, epistemológicos, econômicos, políticos e culturais. As formas pelas quais se realizam as experiências de si, nas palavras de Michel Foucault (2010), os modos de subjetivação, são, portanto, assim organizados, condicionados à produção e à articulação desses domínios, também eles, historicamente datados.

No que concerne aos processos de subjetivação em seus atravessamentos históricos, o filósofo organizou seus trabalhos em torno de três eixos problematizadores: os modos de investigação, as práticas divisoras e o modo pelo qual o sujeito realiza a produção de si. Sem adentrar em nenhum destes eixos especificamente, é preciso, contudo, destacar o que implica,

pontualmente, cada um deles, no que se refere ao caminho metodológico aqui percorrido. Por isso é importante entendermos que esses eixos organizam-se em perspectivas de análise complementares e interdependentes, comumente conhecidas como: arqueologia do saber; genealogia do poder e estética da existência. Enfatizando, assim, as diferentes problemáticas e os elementos específicos que compõem os processos de subjetivação na perspectiva foucauldiana: o saber, o poder, a subjetividade. Todos os três, completamente imbricados e complexamente articulados no que convencionamos chamar de sujeito.

De modo geral e, obviamente, deixando de lado aspectos importantes que merecem posterior reflexão para além desta tese, pode-se resumir assim a articulação entre os eixos que envolvem a arqueogenealogia: enquanto a arqueologia interroga como foi possível a emergência de alguma verdade em algum campo de produção de saberes, a genealogia questiona os porquês, as condições de possibilidade para que uma prática discursiva seja especificamente produzida em determinado tempo histórico. Garantindo então as especificidades e acentuando as complementaridades destes dois eixos, a articulação deles leva-nos ao terceiro eixo: as formas por meio das quais esses processos levam à produção de subjetividades. Ou, dito de outro modo, como tais relações de poder e de saber fabricam sujeitos, condicionam vidas, modelam condutas e corpos.

Sendo assim, lançando mão das palavras de algumas autoras estudadas: “cabe aqui destacar que não apresentamos a arqueogenealogia como um conceito – mesmo porque isso seria um paradoxo ante à problematização a respeito da sistematização do trabalho de Foucault -, mas sim como uma perspectiva de trabalho que nos permite articular as produções, formações e práticas discursivas e não discursivas que envolvem o campo de trabalho” (Cunha *et al.*, 2014, p.191); apresentamo-la, pois, como estratégia. Portanto, o caminho metodológico percorrido nesta tese seguiu no sentido de problematizar as práticas discursivas, e não discursivas, que envolvem os saberes/poderes engendrados no campo da saúde pública local, sem pretensão de dizer “a verdade” sobre esse campo. Mas como estratégia de análise do contexto estudado.

Em suma, se a arqueologia mostra como e a genealogia revela porquê, e não sendo estas duas, nunca, inteiramente inseparáveis, então, sua articulação pode permitir analisar o surgimento da subjetividade como temática de problematização das ciências e como alvo de investimento das políticas. Ponto de intersecção da problemática de pesquisa aqui contemplada.

## 4.2 CAMPOS E PARTICIPANTES DA PESQUISA

Num primeiro momento da delimitação dos campos da pesquisa com informantes, o espaço pensado como ponto de partida para o encontro de pessoas transexuais e travestis, possíveis usuárias da rede de assistência pública à saúde em Juiz de Fora, que pudessem colaborar com o estudo, foi o grupo VisiTrans. Pelo fato deste grupo de apoio e de militância ser um trabalho de extensão universitária do Núcleo PPS, cujo andamento já vinha sendo indiretamente acompanhado desde a sua fundação ocorrida em janeiro de 2014 (que coincide com o início do doutorado), e também fazer parte de projetos de pesquisas mais amplos já citados, justificava-se a relevância social e científica de sua escolha para acessar a rede no município.

Além deste grupo, outra frente de imersão para a compreensão da rede foi uma unidade de saúde da RAS de Juiz de Fora, de média complexidade, que configurou como instituição coparticipante da pesquisa, nomeada aqui como unidade de saúde coparticipante da pesquisa. O estabelecimento deste campo foi possível a partir de contato prévio<sup>27</sup> com a Psicologia da instituição (Psicologia JFCP), ainda na fase de planejamento do campo da pesquisa. Em conversa com a mesma, obtive a informação de que existia significativo número de usuárias neste serviço, algumas sob seu atendimento, com perfil para a pesquisa e que seria interessante uma abordagem com as mesmas na própria unidade de saúde, tendo em vista que já haviam declarado não serem frequentadoras do grupo VisiTrans.

A Psicologia JFCP destacou que essas usuárias, em sua maioria, se apresentam como travestis e que uma delas, certa vez, lhe externou que *“lá é o grupo das bonitas”*, se referindo ao VisiTrans. Nas palavras da Psicologia JFCP, essa usuária explicou que: *“existe uma divisão, entendeu? Existem as bonitas e existem as feias. Existem, assim, vários grupos, sabe? Porque a gente não gosta dessa coisa muito intelectual não. A gente se prostitui, a gente usa droga, é diferente... como a gente vai falar dessas coisas pras outras?”*. Foi assim que essa usuária justificou a opção de não participar do grupo VisiTrans, mediante o convite da Psicologia JFCP.

Este dado sinaliza o quanto “marcadores sociais da diferença” (Benedetti, 2005; Pelúcio, 2011; Barbosa, 2013; Carvalho & Carrara, 2013), mais especificamente da diferença de classe, devem ser considerados, uma vez que delimitam espaços de circulação nas redes e, possivelmente, também denotam experiências específicas de cuidados com a saúde,

---

<sup>27</sup> Entrevista pessoal, diário de campo, setembro de 2015.

fundamentais para esta pesquisa (Minayo, 2017). Sendo assim, a coordenação da unidade de saúde citada, por intermédio da Psicologia JFCP, autorizou a realização da pesquisa em suas dependências, constituindo-se também como um importante campo para este estudo.

Por fim, um terceiro campo para imersão foi o Ambulatório Trans, inaugurado em maio de 2016 - poucos meses antes do início da pesquisa de campo com informantes -, cuja consolidação envolveu membros do Núcleo PPS em articulação com profissionais e gestores da Prefeitura de Juiz de Fora. O Ambulatório Trans é desenvolvido em uma unidade de saúde da RAS do município, sendo também os trabalhos e intervenções já acompanhados, lateralmente, pela pesquisadora.

Assim, os/as informantes foram localizados/as e convidados/as a contribuir com a pesquisa a partir dessas três frentes de imersão: o VisiTrans, a unidade de saúde coparticipante da pesquisa e o Ambulatório Trans. Nestes campos, foram consideradas informantes pessoas que se apresentaram como transexuais, travestis, transgêneras, trans, com identidade de gênero não binária, intersexuais e também aquelas que foram receptivas à explicação da proposta do estudo e se identificaram como parte do público-alvo descrito, sem, necessariamente, se apresentarem a partir de alguma categoria identitária fixa. Mesmo considerando que no documento governamental (Brasil, 2013) apenas pessoas transexuais e travestis são citadas como beneficiárias das ações do Processo Transsexualizador, compreende-se que o “universo *trans*”, como nomeado por Benedetti (2005) não se encerra nestas duas categorias, mas considera todos os corpos não cisnormativos, ou seja, todos os corpos que fogem do alinhamento socialmente imposto entre as categorias sexo e gênero. Por isso, principalmente após a imersão nos campos, os passos desta pesquisa pautaram-se mais pela amplitude que esta categoria remete, certa de que é muito mais condizente com “o leque de definições possíveis no que se refere às possibilidades de ‘transformações do gênero’” (Benedetti, 2005, p. 17) e com as formas como estas pessoas se apresentam na vida.

Foram também considerados os seguintes critérios de inclusão: pessoas maiores de 18 anos, tendo em vista ser esta a idade mínima autorizada pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2013) para o início do atendimento clínico e da hormonioterapia no SUS; pessoas que utilizam, preferencialmente, parcial ou exclusivamente, a RAS pública de Juiz de Fora/MG ou tentam acessá-la, residentes ou não neste município. Assim, mesmo aquelas pessoas que mencionaram utilizar exclusivamente serviços de saúde conveniados e/ou particulares foram consideradas informantes, tendo em vista que foi importante compreender porque estas pessoas não utilizam os serviços do SUS; seja por desconhecimento, escolha, porque não

tiveram acesso e/ou sofreram algum tipo de discriminação, mas que, de qualquer modo, apresentaram um itinerário terapêutico para cuidados específicos.

Da mesma forma, participaram do estudo pessoas que apresentaram os mesmos critérios de inclusão assinalados, indicadas por participantes da pesquisa, utilizando-se de amostragem por bola-de-neve, *snowball sampling* (Biernacki & Waldorf, 1981; Browne, 2005; Albuquerque, 2009), segundo a qual informantes são previamente identificados/as e, após serem entrevistados/as, solicita-se que indiquem outros/as possíveis informantes para a pesquisa (Bernard, 1995). Esse método é frequentemente utilizado em pesquisas que lidam com grupos sociais dos quais não se tem um levantamento estatístico ou envolvem alguma situação mais delicada, como é o caso de pessoas em diferentes contextos de vulnerabilidade. Estabelecer o contato com informantes-chave, ou seja, pessoas que possuam um conhecimento especial da população em estudo (WHO, 1994) foi uma importante estratégia para acessar os/as informantes desta pesquisa.

Após o convite e o aceite dos/as participantes, as entrevistas foram devidamente agendadas e ocorreram tanto nas dependências do Centro de Psicologia Aplicada (CPA)/UFJF, para informantes acessados/as no contexto do VisiTrans, quanto nas dependências de serviços da RAS de Juiz de Fora, no caso de informantes acessados/as na unidade de saúde coparticipante da pesquisa e no Ambulatório Trans. O trabalho de campo foi concluído quando se observou, nas narrativas dos/as informantes trans, a saturação de dados (Minayo, 2017) referentes às ações e serviços de saúde para a população estudada em Juiz de Fora.

Além de informantes trans, cujas participações foram primordiais para o conhecimento da rede pesquisada, profissionais de saúde – nominalmente citados/as por informantes trans durante suas entrevistas –, também contribuíram com o estudo. Para a inclusão destes/as profissionais na pesquisa ficaram estabelecidos os seguintes critérios: atuar na rede de assistência pública à saúde de Juiz de Fora e/ou prestar serviços de assistência pública no município; estar diretamente envolvido/a com o cuidado específico para pessoas trans, sendo responsável pelo acolhimento, acompanhamento, encaminhamento, emissão de laudos clínicos, entre outras ações; ter sido mencionado/a por duas ou mais pessoas trans, informantes da pesquisa.

Os/as profissionais que atenderam a estes critérios foram contatados/as e convidados/as a colaborar com o estudo, sendo solicitada autorização prévia das chefias das instituições às quais estão vinculados/as, ainda que a realização da pesquisa já estivesse autorizada pela Secretaria de Saúde de Juiz de Fora. As entrevistas foram devidamente

agendadas e realizadas em seus próprios locais de trabalho, tendo ocorrido em momentos distintos da imersão nos campos, de acordo com as aproximações possíveis de serem feitas em cada ocasião. Destaca-se que todos/as os profissionais de saúde identificados/as como potenciais participantes aceitaram colaborar com a pesquisa.

#### 4.3 PROCEDIMENTOS PARA A PRODUÇÃO DE INFORMAÇÕES

Os procedimentos para a produção de informações, utilizando-se de fontes humanas, foram cuidadosamente pensados de forma a elaborar instrumentos que pudessem aproximar ao máximo da realidade estudada, tendo como base experiências reais de usuários/as trans que acessam (ou tentam acessar) a RAS de Juiz de Fora, no que se relaciona à busca por ações e serviços em atendimento ao Processo Transexualizador no SUS. Foi através de entrevistas para o conhecimento de itinerários terapêuticos (ITs) que, inicialmente, se procurou alcançar pistas sobre a rede e seu modo de funcionamento. Embora a discussão acerca dos estudos sobre itinerários terapêuticos estar desenvolvida no capítulo 6/subtópico 6.1, vale aqui destacar que itinerário terapêutico é o percurso traçado por pessoas em busca de cuidados em saúde, que não necessariamente coincidem com fluxos pré-estabelecidos neste contexto. O seu conhecimento pode contribuir para a compreensão sobre o comportamento em relação ao cuidado e a utilização de serviços de saúde, sendo uma importante ferramenta para a qualificação da assistência (Cabral, Martinez-Hemáez, Andrade & Cherchiglia, 2011).

Considerando que, no cenário nacional, significativa parcela dos avanços políticos e das conquistas no campo do direito à saúde para a população trans se deve aos movimentos sociais (Carvalho & Carrara, 2013) e que, no início da pesquisa, era desconhecida qualquer formalização acerca da assistência pública à saúde para pessoas trans em Juiz de Fora, acreditou-se que o estudo sobre os itinerários terapêuticos destas forneceria pistas que dariam visibilidade à rede neste município. Partiu-se, então, da perspectiva de que as narrativas das pessoas trans sobre seus itinerários terapêuticos são efeitos da forma de funcionamento da rede e, por isso, seriam fundamentais para a produção do conhecimento sobre o modo como se dá (ou não) o acesso aos cuidados em saúde na localidade pesquisada. Buscou-se, portanto, através da composição dos itinerários terapêuticos, fazer pesar esses corpos trans (Butler, 2010) em suas trajetórias na rede e dar contorno aos caminhos percorridos, verificando especialmente suas convergências.

A partir de roteiros específicos para entrevistas semi-estruturadas (Anexos B e C), seguindo as orientações de Minayo (2010), foi possível introduzir a temática sobre cuidados

de saúde que pudessem estar relacionados ao Processo Transexualizador e, conseqüentemente, compreender a rede em sua estrutura e seu modo de funcionamento, na interface entre a atenção básica e de média complexidade do município. O emaranhado de informações que teceram a trama da rede, entrelaçou usuários/as, profissionais, instituições, (in)formalidades, (in)acessibilidades e (des)assistências. Destaca-se que as informações foram produzidas através de diversas observações e entrevistas, que não se desenvolveram linearmente, seguindo alguma sequência determinada, mas sim aconteceram em momentos que se sobrepuseram; cada nova entrevista fazia emergir o campo em sua riqueza e complexidade e ofertava a certeza de que a diversidade dos (des)caminhos era inerente à busca.

#### 4.4 CUIDADOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFJF, mediante o parecer número 1.626.833, de 07 de julho de 2016 (Anexo E). Tanto a coordenação do CPA/UFJF, quanto o departamento responsável da Secretaria de Saúde da Prefeitura de Juiz de Fora autorizaram a realização da pesquisa. Todos/as os/as informantes foram convidados/as a participar de maneira voluntária, sendo esclarecidos/as sobre os objetivos e as condições do estudo, assim como tiveram suas entrevistas gravadas em áudio; ressalta-se que suas participações ocorreram em conformidade com todos os critérios estabelecidos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (CNS, 2012), (Anexo D), que foi lido e assinado.

Como se trata de um estudo em que o objeto pesquisado, a RAS de Juiz de Fora, não se encontrava anônimo, como já tem acontecido em outros trabalhos nacionais sobre cuidados de saúde para a população trans, envolvendo outras localidades e/ou instituições (Teixeira, 2009; Franco, 2010; Tagliamento, 2012; Silva, 2012; Borba, 2014a; Bonassi, Amaral, Toneli & Queiroz, 2015), esta pesquisa cumpriu regras para o anonimato dos/as participantes, com o devido sigilo das informações produzidas. Isto foi garantido pelo próprio delineamento da pesquisa, sendo utilizada a perspectiva ético-política da pesquisa feminista (Fine, 2006; Gamson, 2006; Olesen, 2006), na qual o problema investigado é analisado sem, contudo, expor as pessoas que contribuíram com suas narrativas, pois nenhum nome e/ou qualquer referência às informações que permitiriam identificá-las constaram nos excertos de entrevistas que compuseram a análise dos dados. Neste sentido, o TCLE também garante que tais critérios éticos da pesquisa sejam cumpridos, pois, como afirma Brinton Lykes (1989) citada

por Fine, Weis, Weseen e Wong (2006), refletir sobre o uso do formulário de consentimento informado de pesquisa serve para revelar a complexidade do papel do/a pesquisador/a e de suas restrições no âmbito do desenvolvimento da colaboração entre sujeitos em um contexto de efetivo desequilíbrio de poder, como é o caso de usuários/as, profissionais e instituições da rede de saúde pública.

Para os/as colaboradores/as trans foram adotados nomes fictícios, como também houve um cuidado especial com os dados que talvez pudessem identificá-los/as, como grau de escolaridade, atividades laborativas, o campo exato onde foram acessados/as (através do VisiTrans, da unidade de saúde coparticipante da pesquisa, do Ambulatório Trans e/ou por indicação), entre outros. Assim, optou-se por compilar informações importantes como estas e utilizá-las apenas para uma apresentação coletiva do conjunto pesquisado, que pode ser conferida em “Caracterização dos/as participantes trans”, no capítulo 6/subtópico 6.2.

Em relação aos/as profissionais de saúde colaboradores/as, optou-se por apresentá-los/as através de suas próprias áreas de atuação, acompanhadas por letras e números, em alguns casos, para diferenciá-los/las entre si. As instituições e os serviços mencionados nas descrições dos itinerários terapêuticos também receberam nomes fictícios, seguidos por letras e números, em alguns casos. A unidade de saúde da RAS de Juiz de Fora, que solicitamente atuou como instituição coparticipante da pesquisa, assim como os diversos serviços citados, teve apenas o nível de complexidade da atenção a saúde revelado, tendo em vista que essa informação é central para a análise proposta.

## **5 O PROCESSO TRANSEXUALIZADOR E A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS) DE JUIZ DE FORA: DESLOCAMENTOS DA POLÍTICA NACIONAL À DEMANDAS LOCALIZADAS**

Neste capítulo foram desenvolvidas algumas reflexões teóricas e políticas mais amplas acerca das Redes de Atenção à Saúde no Brasil, bem como um breve ensaio sobre a Rede de Atenção à Saúde da localidade estudada, numa tentativa de pensar o Processo Transexualizador à luz de demandas regionais e viáveis. Além disso, o capítulo trata sobre a imersão nos importantes campos da pesquisa para o acesso a interlocutores/as trans e profissionais de saúde, assim como de importantes achados que permitiram dimensionar a rede investigada.

### **5.1 AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)**

Considerando os sistemas de atenção à saúde como respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde de uma determinada população (Mendes, 2010), pode-se conjecturar acerca de como a crise dos sistemas de saúde contemporâneos que ocorre, em menor ou maior grau, em todos os países do mundo, tem na incoerência entre uma situação de saúde e a resposta social uma das principais causas. Isso evidencia como essa relação entre estado e sociedade tem se dado por meio de sistemas fragmentados e fragilizados, “que se organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicados uns dos outros e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população” (Mendes, 2010, p. 2299). Nesse sentido, “essa crise decorre da incongruência entre uma situação de saúde do século XXI, convivendo com um sistema de atenção à saúde do século XX” (p. 2299), que ainda está voltado prioritariamente para a resolução de condições agudas e/ou da agudização das condições crônicas, enquanto se predomina condições crônicas na situação de saúde.

Somado a isto, especificamente na realidade do SUS no Brasil, observa-se que “obstáculos estruturais se expressam nas profundas desigualdades socioeconômicas e culturais – inter-regionais, interestaduais, intermunicipais –, nas características do próprio federalismo brasileiro, na proteção social fragmentada e no modelo médico-assistencial privatista sobre o qual o sistema foi construído” (Noronha, Lima & Machado, 2012, p. 387). Para os autores, um significativo desafio que se impõe para a superação destes obstáculos é a articulação

intersetorial para o desenvolvimento de políticas mais abrangentes, destinadas à garantia da saúde como direito social de cidadania, condizente com uma concepção ampliada sobre política de saúde, em sua dimensão social, econômica e de poder.

O modelo de atenção à saúde ainda se encontra muito fundamentado em ações curativas, centrado no cuidado médico, mostrando-se insuficiente para contemplar o atual cenário de demandas de saúde do país. A organização da atenção e da gestão do SUS, conseqüentemente, expressa uma situação crítica, caracterizada por intensa fragmentação de serviços, programas, ações e práticas clínicas, que transparece através de: importantes déficits assistenciais; insuficiente financiamento público, com baixa eficiência no emprego dos recursos, o que interfere na capacidade do sistema prover a integralidade da atenção; incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção; fragilidade na gestão do trabalho com grave problema de precarização e carência de profissionais em número suficiente e alinhamento com a política pública; pulverização dos serviços nos municípios; pouca inserção da Vigilância e Promoção em Saúde no cotidiano dos serviços de atenção, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS) (Brasil, 2010).

Compreender a saúde em seu sentido amplo também parece constituir um importante desafio, pois o funcionamento do atual sistema já não mais comporta a prevenção individual e a cura de doenças; há de se reconhecer as relações de saúde com as condições sociais e atuar nas “causas das causas”: “as formas de organização social, as condições de vida e de trabalho em uma dada sociedade são determinantes para a saúde. E quanto mais desiguais forem essas condições, mais desiguais e piores serão os resultados em saúde” (Lobato & Giovanella, 2012, p. 117).

Na tentativa de superar estas lacunas, muitas delas diretamente relacionadas aos entraves do Processo Transsexualizador na realidade dos serviços, surgem as Redes de Atenção à Saúde (RAS) que, de modo geral na política do SUS, aparecem como uma resposta social estruturada em sistemas integrados de saúde, que podem contribuir para a melhora da qualidade dos serviços, dos resultados sanitários, da satisfação dos usuários e para a redução dos custos do sistema de atenção (Mendes, 2010). Consideram-se as RAS como:

[...] organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada -, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população (Mendes, 2010, p. 2300).

Noronha, Lima e Machado (2012) acrescentam que os serviços organizados em rede apresentam diferentes funções e perfis de atendimento, e atuam de forma ordenada e articulada em um dado território, atendendo as necessidades de saúde de uma população, sendo que:

os diversos equipamentos e serviços que compõem uma rede de saúde, na prática, funcionam como pontos de atenção onde o cuidado à saúde é oferecido. Diferentes redes de atenção à saúde podem ser encontradas em decorrência das ações desenvolvidas, dos tipos de casos atendidos e das formas como estão articulados e são prestados os atendimentos (Noronha, Lima & Machado, 2012, p. 369).

A organização dos serviços de saúde em redes regionalizadas compôs o planejamento em saúde por décadas, tendo sido a premissa dos debates sobre a reforma do sistema brasileiro. Ao longo da década de 90, entretanto, as redes deixaram de ser o eixo central para a organização dos serviços, voltando a ser consideradas em 2000, a partir da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) e, em 2006, com o Pacto pela Saúde. Desde então, a organização em redes tem sido utilizada de distintas formas, assumindo diferentes significados (Kuschnir & Chorny, 2010). No sistema nacional, tal organização opera no sentido de garantir o direito, constituindo-se como um “instrumento para ampliação do acesso e diminuição de desigualdades” (Kuschnir & Chorny, 2010, p. 2308). Neste sentido, historicamente, pode-se constatar que:

[...] a organização em redes foi concebida como uma resposta à questão de como garantir acesso com equidade a toda uma população. Por questões de eficiência/escala e qualidade, seria necessário concentrar serviços e adotar mecanismos de referência. Para garantia de acesso ao cuidado integral, a regionalização deveria ser baseada em territórios de grande porte populacional, com autossuficiência em recursos de saúde em todos os níveis de atenção, subdivididos em distritos, sub-regiões ou microrregiões. O conjunto estaria sob um único comando e deveria operar de forma coordenada através de mecanismos de referência entre níveis (e/ou territórios), alimentados por sistemas de informação e de transportes (Kuschnir & Chorny, 2010, p. 2309).

Kuschnir e Chorny (2010) ainda destacam que foi em 1920, no Relatório Dawson, produzido no Reino Unido por solicitação do governo inglês, que se descreve pela primeira vez o que seria uma rede regionalizada, com a missão de encontrar formas de organizar a oferta de serviços de saúde: “chama a atenção na leitura do relatório que tantas dimensões centrais à organização de sistemas, em discussão até hoje, já tenham sido abordadas em 1920” (p. 2309). Os autores assinalam que o referencial teórico das redes regionalizadas, a serem

construídas no SUS, remete a Dawson, atualizando na proposta da Organização Pan-Americana da Saúde, não sem os desafios para a construção nestes moldes, considerando dimensões técnicas e políticas indissociáveis. O enfrentamento destes desafios, certamente, partirá da definição de marcos referenciais para a constituição das redes, englobando diretrizes gerais, mas atento à sua tradução para condições regionais específicas. Assim, os sistemas nacionais de saúde organizam redes regionalizadas com populações definidas geograficamente, devendo esta organização ser compreendida em sua dimensão técnica e política, pois envolve disputas de poder e decisões de política pública. Vale ressaltar que cada região é institucionalizada e tem comando único, como medida de garantia do direito e de cobrança de responsabilidade sanitária.

No Brasil, até 2010, a porta de entrada obrigatória no SUS ainda não havia sido definida, contudo pretendia-se que fosse, preferencialmente, através dos serviços de atenção básica. A Atenção Primária à Saúde (APS), que durante o processo de implementação do SUS passou a ser denominada Atenção Básica, consiste no conjunto de práticas integrais de saúde, voltadas para as necessidades individuais e coletivas, sendo o primeiro nível de atenção da hierarquia de uma rede estruturada em complexidade crescente (Giovanella & Mendonça, 2012). Por isso, é “[...] considerada internacionalmente a base para um novo modelo assistencial de sistemas de saúde que tenham em seu centro o usuário-cidadão” (Giovanella & Mendonça, 2012, p. 493).

Apenas em 2011, com o decreto presidencial n. 7.508, de 28 de junho, ficaram estabelecidos como portas de entrada na rede os serviços de atenção primária, de atenção de urgência e emergência, de atenção psicossocial e os serviços especiais de acesso aberto. Desde então, está oficialmente assegurado ao usuário do sistema a continuidade do cuidado, em todas as suas modalidades, em outras unidades que integram a RAS da respectiva região de cobertura, como serviços especializados e hospitais (Brasil, 2011b). Nesse sentido vale ressaltar que “[...] a partir desse decreto, o acesso à atenção especializada deve ser referenciado pelos serviços estabelecidos como portas de entrada” (Giovanella & Mendonça, 2012, p. 530). Por isso, ainda segundo as autoras, para atender a este propósito, os serviços de atenção básica devem estar integrados a uma rede assistencial, com fluxos de usuários organizados pelos governos municipais na intenção de garantir o acesso a serviços especializados, conforme as necessidades de saúde.

A Portaria n. 4.279 do Ministério da Saúde (Brasil, 2010), estabelece diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, definindo-as 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). Tendo por objetivo “promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada” (p. 2) as RAS surgem com o potencial de superar desafios da assistência e qualificar a atenção à saúde no Brasil. Neste sentido, as RAS poderiam colaborar, para a redução da fragmentação da atenção, para a melhoria da eficiência global do sistema e da qualidade da atenção, respondendo às necessidades e expectativas dos/as usuários/as. Tais resultados, conseqüentemente, impactariam na redução de fluxos hospitalares desnecessários, além de gerarem maior efetividade clínica e facilitar o acesso aos diferentes níveis de atenção (OPAS, 2011), efeitos estes providenciais para o Processo Transexualizador.

## 5.2 CENÁRIO DO ESTUDO: ASPECTOS SOBRE A RAS DE JUIZ DE FORA

O município de Juiz de Fora está situado no sudeste do estado de Minas Gerais, na mesorregião da Zona da Mata Mineira. Tem sua população estimada em 563.769 habitantes, segundo levantamento realizado em 2017 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>28</sup>. O estado de Minas Gerais, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização, está dividido em treze macrorregiões de saúde, com dezoito cidades-polo e setenta e cinco microrregiões sanitárias, sendo Juiz de Fora a sede da Macrorregião de Saúde Sudeste, composta por noventa e quatro municípios. A cidade é considerada polo de referência na atenção à saúde por contar com forte aparato técnico e científico nos serviços de saúde (Prefeitura de Juiz de Fora, s.n.).

Em relação a procedimentos de média e alta complexidade, Juiz de Fora atende aproximadamente cento e sessenta municípios, que acessam a Central de Vagas do Município e a Central de Marcação Macrorregional/MG, através do Sistema SUS Fácil, que regula o acesso à internação. Cerca de dezessete microrregiões de Saúde estão pactuadas com o município de Juiz de Fora para o atendimento hospitalar de alta complexidade, uma vez que o município é referência macrorregional e realiza, inclusive, transplantes de órgãos, tecidos e células, considerados procedimentos estratégicos (Prefeitura de Juiz de Fora, s.n.).

A Macrorregião Sudeste compreende oito microrregiões de saúde, a saber: Além Paraíba; Carangola; Juiz de Fora/Lima Duarte/Bom Jardim de Minas; Leopoldina/Cataguases;

---

<sup>28</sup> <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/juiz-de-fora/panorama>.

Muriaé; Santos Dumont; São João Neponuceno/Bicas; e Ubá. A microrregião Juiz de Fora/Lima Duarte/Bom Jardim de Minas é composta por vinte e cinco municípios. A população juizforana está distribuída em oito regiões administrativas (sete urbanas e uma do campo) e doze regiões sanitárias. Por isso, destaca-se a necessidade de uma melhor definição dos limites geográficos de cobertura do município, da população usuária das ações e serviços, o rol de ações e serviços ofertados e as respectivas responsabilidades, os critérios de acessibilidade e a escala para conformar tais serviços (Prefeitura de Juiz de Fora, s.n.).

O Plano de Saúde 2014-2017, da Secretaria de Saúde de Juiz de Fora (Prefeitura de Juiz de Fora, s.n.), descreve sobre os dois eixos de trabalho definidos pela gestão municipal, a partir de uma análise situacional mais aprofundada, como estratégia para a melhoria do setor. São eles: o fortalecimento da APS, situando-a como o eixo de comunicação de toda a rede assistencial; e a regionalização do aparato da saúde, sendo compartilhado com os municípios da Micro e Macrorregião Sudeste. Segundo o documento, a reestruturação da APS teve como objetivo:

Buscar uma conformação de redes com enfoque poliárquico, para mudar a disponibilização estanque da atenção, que ainda persiste, em variados graus, o que dificulta a articulação e a comunicação entre a rede assistencial, que ainda age com predominância reativa, ou seja, cuidando dos eventos agudizados das doenças, que poderiam ser minimizados com outro arranjo organizacional, nova linha de cuidado, a partir, preferencialmente, da Atenção Primária (Prefeitura de Juiz de Fora, s.n., p. 10).

Assim, a administração municipal ao eleger a APS como um dos focos prioritários de organização da rede assistencial, vai ao encontro da proposta de uma atuação proativa em saúde, uma vez que essa medida favorece ações que possam ser cada vez mais desenvolvidas de modo planejado e articulado. Também em acordo com a política nacional, o Plano de Saúde 2014-2017 do município prevê a melhoria da estruturação do setor e a garantia da continuidade do cuidado integral, a organização do acesso universal, igualitário e ordenado, às ações e serviços, que se iniciam nas portas de entrada do sistema e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, seguindo a linha de complexidade, sempre orientada pela APS. Desse modo, a integralidade da assistência à saúde tem início e se completa na RAS, mediante referenciamentos de usuários/as na rede regional e interestadual de serviços, de acordo com a pactuação das Comissões Intergestores, tendo estas comissões o papel de garantir a transparência no que se refere ao acesso às ações e serviços (Prefeitura de Juiz de Fora, s.n.).

O levantamento de problemas e entraves existentes na APS do município, entretanto, indica cobertura insuficiente, inadequações físicas das unidades de saúde, insumos deficitários, demora no agendamento de consultas pela central responsável, “aumento da demanda pelo atendimento dos vulneráveis” (Prefeitura de Juiz de Fora, s.n., p. 67) que não foram especificados, o que contribui para o descompasso entre a oferta e a procura, insuficiente integração entre os níveis de atenção à saúde, bem como o fato de não existir uma rede efetiva de serviços, mas sim pontos de atenção. Também foi reconhecida a necessidade de capacitação dos profissionais que atuam na atenção básica (Prefeitura de Juiz de Fora, s.n.).

Mesmo relacionando diretrizes e estratégias de importantes frentes de cuidado, como violência sexual, saúde sexual e reprodutiva, atendimentos relacionados às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e a aids, tabagismo, câncer, morbidade materna e infantil, saúde da mulher, do homem e do idoso, nada foi encontrado no Plano de Saúde 2014-2017 (Prefeitura de Juiz de Fora, s.n.) e na Programação Anual de Saúde de 2015 (Prefeitura de Juiz de Fora, 2015a) que pudesse estar diretamente relacionado à questões do cuidado em sua interface com a identidade de gênero, preconizadas pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2008a) como determinantes da condição de saúde.

No endereço eletrônico da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora<sup>29</sup>, através de busca realizada entre 18 e 20 de janeiro de 2016, no ícone “Legislação Municipal – JF Legis”, utilizando-se dos descritores “transexuais”, “travestis” e “identidade de gênero”, foram encontrados uma portaria conjunta e quatro decretos municipais, dentre os quais dois de administrações anteriores. No que se refere ao Processo Transsexualizador, utilizando-se os descritores “processo transsexualizador”, “transsexualizador”, “cirurgia de mudança de sexo” e “mudança de sexo” nenhum documento foi encontrado.

Apesar desse vazio nos documentos da Secretaria de Saúde que unificam a discussão acerca das deficiências e dos desafios para o município neste setor, a portaria e os decretos encontrados explicitam o delineamento de estratégias preocupadas com a vulnerabilidade da população LGBT e das mulheres. Neste sentido, são apresentadas propostas intersetoriais relacionadas, por exemplo, à implantação de políticas públicas de combate à discriminação e à pobreza; à promoção de direitos humanos e cidadania LGBT; elaboração de políticas voltadas para a eliminação da discriminação de gênero e promoção da igualdade de direitos; estímulo

---

<sup>29</sup>Disponível em: [www.pjf.mg.gov.br](http://www.pjf.mg.gov.br)

ao desenvolvimento de estudos, pesquisas e debates sobre identidade de gênero e diversidade sexual (Prefeitura de Juiz de Fora, 2011; 2014a; 2014b; 2015b).

Chama a atenção o Projeto “Ciranda Cidadã”, criado pela Secretaria de Desenvolvimento Social em parceria com a Secretaria de Saúde da Prefeitura de Juiz de Fora, que propõe ações educativas e ciclos de formação para servidores/as sobre a promoção e a garantia de direitos a populações marginalizadas atendidas por equipamentos de ambas as secretarias, transformando-os/as em agentes de promoção de direitos humanos. O projeto, que também intervém através de práticas educativas de promoção dos direitos humanos, tem como eixos orientadores as categorias analíticas raça, gênero e classe, compreendendo-as “como determinantes sociais de adoecimento, iniquidade em saúde e violação de direitos humanos” (Prefeitura de Juiz de Fora, 2014b, p. 2). Assim, estão pautados os direitos da mulher, da população negra e LGBT, na busca de instigar um novo olhar que permita outras construções acerca de pessoas colocadas à margem da sociedade. Dessa forma, promove uma agenda de direitos humanos na administração pública, servindo como uma importante capacitação das equipes para o atendimento público a estas populações (Prefeitura de Juiz de Fora, 2014b).

O projeto, que intenta promover construções coletivas, já realizou ações como “Preservativo na Pista”, fazendo distribuição de preservativos e de cartilhas educativas para profissionais do sexo, com foco nas travestis e transexuais (esta ação ocorreu em parceria com a equipe coordenadora do grupo VisiTrans); “Encontros na Roda”, que discute temáticas do projeto; “Polícia para quem precisa”, que propõem estratégias que abordam questões raciais e de gênero. Trata-se de uma iniciativa pioneira no município, que já traz resultados efetivos afinados com a potencialidade de um trabalho conjunto, intersecretarial, crucial para a intersetorialidade em saúde, que se apropria de territórios e de frentes de intervenção situadas para além de mapeamentos geográficos e especialidades acadêmicas, rompendo, portanto, com processos estanques que apenas tangenciam a complexidade da prática integral do cuidado<sup>30</sup>.

Concordando que a “intersectorialidade é processo de construção compartilhada, em que os diversos setores envolvidos são tocados por saberes, linguagens e modos de fazer que não lhe são usuais, pois pertencem ou se localizam no núcleo da atividade de seus parceiros” (Campos, Barros & Castro, 2004, p. 747), pode-se conjecturar que projetos como este constituem-se como um caminho bastante estratégico para alcançar a proposta de integralidade como diretriz de assistência à saúde para o Processo Transexualizador e as

---

<sup>30</sup> Para outras informações sobre o projeto “Ciranda Cidadã”, consultar o endereço eletrônico: [www.pjf.mg.gov.br](http://www.pjf.mg.gov.br)

demais diretrizes fundantes. Isso pelo fato de considerar que gênero é apenas um dos determinantes sociais que deve ser cuidado na construção de processos de saúde que consigam, de fato, ser universais e equitativos.

Ademais, vale lembrar que o município de Juiz de Fora se destaca, nacionalmente, por sediar desde 1977 o Concurso Miss Brasil Gay, que em 2017 completou 40 anos de existência. O Concurso, considerado um dos maiores de sua modalidade, é também um dos maiores eventos culturais tradicionalmente realizados em Juiz de Fora, o que rendeu o registro como “4º Patrimônio Imaterial de Juiz de Fora”. Foi criado em 1976 por Francisco Motta, mais conhecido por Chiquinho cabelereiro e é inspirado nos grandes concursos de beleza feminina, que foram popularizados desde a década de 50. Ocorre anualmente na cidade, salvo alguns poucos anos em que não foi realizado, sendo considerado um evento importante que movimenta o “turismo LGBT” do país (Rodrigues, 2008; Dias, 2014). Além disso, a cidade dispõe de legislação específica para o “combate às práticas discriminatórias, em seu território, por orientação sexual”, através da Lei número 9.791, de 12 de maio de 2000, mais conhecida como “Lei Rosa”, que inclui em seu texto a preocupação também por pessoas trans, prevendo punição para “toda e qualquer manifestação atentatória ou discriminatória praticada contra qualquer cidadão homossexual (masculino ou feminino), bissexual ou transgênero” (p. 1).

Por isso, chama atenção o fato de propostas de intervenção e assistência à saúde de pessoas trans serem tratadas de maneira vaga, ampla e ocasional, a partir de ações pontuais e não através da inclusão dessa linha de cuidado na RAS do município. Estudos (Perucchi, Brandão, Berto, Rodrigues & Silva, 2014; Perucchi, Brandão & Silva, 2015) já apontaram a ausência de políticas públicas para a população trans nesta localidade e a urgente necessidade de inclusão destas pessoas na agenda pública do município, de modo a impactar na diminuição nas condições de vulnerabilidade, sobretudo em sua dimensão programática, discussão esta que foi melhor trabalhada no Capítulo 7 desta tese.

### 5.3 A IMERSÃO NOS CAMPOS DA PESQUISA COM INFORMANTES

A lacuna observada na agenda política do município de Juiz de Fora, referente a propostas que pudessem ao menos tangenciar estratégias de cuidados em saúde, conforme proposto pelo Processo Transexualizador (Brasil, 2013), somada ao desconhecimento de qualquer articulação municipal para ações sistemáticas e abrangentes em saúde destinadas à população trans, foram centrais para a decisão sobre o modo de imersão nos campos da pesquisa com interlocutores/as. De início, portanto, para conhecer o funcionamento da

assistência pública à saúde voltada para a população trans em Juiz de Fora, foi imprescindível recorrer a algumas poucas pessoas, das quais já se tinha algum conhecimento, que, de diferentes formas, prestam assistência a esta população. Em seguida, foram as próprias pessoas trans que auxiliaram no dimensionamento de suas demandas em saúde e de suas trajetórias em busca de assistência nesta localidade.

Para acessar estes/as informantes, três frentes de imersão, interlocução e trocas ao longo de todo o trabalho de campo foram preciosas: a participação nas reuniões do VisiTrans, grupo de apoio e militância; as visitas à unidade de saúde coparticipante da pesquisa; e o acompanhamento da assistência à saúde prestada pelo recém-inaugurado Ambulatório Trans. Nesta medida, não seria possível falar da imersão nestes campos da pesquisa sem antes apresentá-los em sua potencialidade e importância no contexto estudado.

### **5.3.1 O grupo VisiTrans**

O VisiTrans é um projeto de extensão universitária do Núcleo PPS/UFJF, desenvolvido através da formação de um grupo que reúne pessoas travestis e transexuais em Juiz de Fora, “para discutir temas específicos sobre saúde e políticas públicas que atravessam o cotidiano dessa população, objetivando a mobilização política e a criação de vínculos pessoais, formando-se assim uma rede de apoio entre as/os participantes do grupo” (Perucchi, Brandão & Silva, 2015, p. 74). Tal extensão universitária integra a pesquisa *Gênero, sexo e corpo travesti: abjeções e devires nos contextos urbanos de Minas Gerais*, fomentada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), que objetiva problematizar a produção de subjetividades contemporâneas com enfoque nas sexualidades dissonantes da heteronorma.

O grupo foi originado a partir da imersão de uma equipe de pesquisadores/as para conhecer quais seriam as demandas da população travesti e transexual de Juiz de Fora. A partir do acesso a uma rede de informantes-chave, realizou-se uma série de entrevistas e a partir das narrativas de si produzidas, constatou-se a necessidade da formação de um grupo que pudesse articular suas principais demandas. Os objetivos do grupo, portanto, são: fomentar uma rede de troca de experiências entre pessoas que vivenciam a transexualidade e a travestilidade, pensando em meios de ajuda mútua – numa perspectiva de apoio; refletir sobre as principais lacunas de serviços ofertados para pessoas trans no município, especialmente nos contextos da saúde, do direito, da educação, e propor ações que possam combater tais descasos – numa perspectiva de militância (Perucchi, Brandão & Silva, 2015). O grupo é

organizado por uma equipe da UFJF, vinculada ao núcleo PPS, composta por estudantes de graduação e pós-graduação, principalmente, em Psicologia, mas também de áreas afins, nas condições de bolsistas ou voluntários/as.

Os encontros do VisiTrans tiveram início em janeiro de 2014 e acontecem, desde então, com periodicidade quinzenal, com duração de duas horas, no Centro de Psicologia Aplicada (CPA)/UFJF. É um grupo aberto, o que significa que as pessoas, não necessariamente trans, podem ir quando quiser, o que torna cada encontro muito singular pela variação e motivação dos/as participantes; estes/as ficam sabendo do grupo através do “boca a boca”, geralmente amigos/as indicam uns/umas para os/as outros/as. Primeiro é realizado um acolhimento pelas/os bolsistas ou pela psicóloga voluntária do projeto de extensão e depois a pessoa é convidada a participar do grupo. Os encontros são operacionalizados num formato de rodas de conversa, apoiados na troca de experiências e de informações, sendo a intervenção da equipe coordenadora a mínima possível. A ideia é que os/as próprios/as participantes do grupo possam geri-lo, numa perspectiva emancipatória e de promoção de autonomia. Serve, desde então, como importante espaço de encontro, de empoderamento e, principalmente, de fala.

O grupo que, na ocasião de sua inauguração, contava, em sua maioria, com participantes mulheres trans, entre 30 e 40 anos de idade, atualmente é frequentado por um público mais jovem, composto, em sua maioria, por homens trans. Essa heterogeneidade etária e de gênero também é acompanhada pela diversidade étnico-racial, social, escolar, ocupacional, cultural, entre outras.

Ao longo do tempo, foi possível perceber que dentre os temas que mais estiveram em pauta no VisiTrans estão as lacunas no acesso integral aos serviços de saúde, a partir de inúmeros relatos de busca por cuidados clínicos e cirúrgicos, como também o frequente desrespeito ao uso do nome social e à identidade de gênero em diversos contextos (Perucchi, Brandão & Silva, 2015). Por isso, além de outros produtos e ações<sup>31</sup> desse projeto de extensão para mudar essa realidade no município, deu-se início também, por parte da coordenadora e de integrantes do Núcleo PPS, vinculados ao VisiTrans, a uma série de tentativas de articulação com instituições públicas de saúde de Juiz de Fora, para a absorção das demandas

---

<sup>31</sup> Auxílio na construção de um projeto de lei para implementar uma carteira municipal de identificação para pessoas trans; parceria estabelecida com o escritório-escola da Faculdade de Direito/UFJF para apoio jurídico gratuito nos casos de processos cíveis, principalmente para alteração do nome e gênero nos registros civis, e também processos criminais; elaboração de folheto informativo; distribuição de preservativos nos principais pontos de prostituição de Juiz de Fora (Perucchi et al., 2015).

locais de cuidados às pessoas trans, principalmente no que se refere ao acompanhamento hormonal.

Em meados de 2014, por exemplo, a pessoa responsável pelo setor de Endocrinologia de uma unidade pública de saúde, de atenção especializada de média complexidade, foi procurada na tentativa de que se estabelecesse uma parceria para a realização de consultas médicas à população trans de Juiz de Fora, sobretudo para hormonioterapia; contudo, esta disse que, em razão do elevado número de pacientes em tratamento de doenças crônicas, como diabetes, não poderiam, a longo prazo, suprir esta necessidade<sup>32</sup>.

Ao final de 2015, foi entregue um ofício endereçado à Secretaria de Pessoas com Deficiência e Direitos Humanos (CPDH), que descrevia à Prefeitura de Juiz de Fora os percalços experienciados por pessoas trans na busca de cuidados de saúde no município, como também os impactos dos custos com o TFD para os cofres públicos. Isso porque estas pessoas precisam buscar outras cidades e estados, até mesmo para simples acompanhamento ambulatorial; ainda assim, muitas vezes, o deslocamento é em vão, tendo em vista que a abrangência dos serviços de saúde costuma ser regional, de forma que não podem receber usuários/as de Juiz de Fora e região. Até o início de 2017 não houve resposta ao ofício<sup>33</sup>.

Entretanto, no início de 2016, após algumas articulações entre representantes do Núcleo PPS/VisiTrans com coordenadores e profissionais de dois serviços municipais de assistência de Juiz de Fora, foi consolidada uma importante parceria que possibilitou a construção do Ambulatório Trans. No subtópico 5.3.3, a consolidação e o andamento dessa modalidade de assistência serão melhor detalhados.

No que se refere à imersão no campo da pesquisa com interlocutores/as, a participação da pesquisadora nas reuniões do VisiTrans deu-se após anuência da coordenadora do projeto e das pessoas participantes do grupo. De outubro de 2016 até março de 2017, manteve a participação nestes encontros, que sempre foram fonte valiosa de inspiração para a pesquisa, potencializaram ideias e ampliaram o olhar para os debates em questão, tamanha riqueza encontrada nos relatos dos/as participantes e nos desdobramentos que impactam positivamente na vida das pessoas trans e cisgêneras que ali se reúnem; principalmente, no que se refere às orientações e encaminhamentos fornecidos no/pelo grupo às ações e serviços de saúde.

---

<sup>32</sup> Entrevista pessoal realizada com uma psicóloga voluntária do projeto de extensão, diário de campo, setembro de 2016.

<sup>33</sup> Entrevista pessoal realizada com uma psicóloga voluntária do projeto de extensão, diário de campo, setembro de 2016.

Foi realizado um levantamento, junto à coordenação do VisiTrans, para saber quantas pessoas já circularam/circulam neste espaço de troca; somente para fins de estimar o universo populacional do projeto. Até abril de 2017 haviam 65 pessoas inscritas no projeto, ou seja, que passaram pelo acolhimento da equipe organizadora, mas não que, necessariamente, participaram/participam dos encontros do grupo. Como em quatro anos de existência do VisiTrans já houve significativa mudança, inclusive, do perfil dos/as participantes, esse levantamento teve por intenção apenas dar um certo contorno e não necessariamente delimitar o público-alvo da pesquisa, tendo em vista que muitos/as destes/as já não frequentam mais, ou nunca frequentaram, o grupo. Durante o período de imersão para a pesquisa, 15 pessoas, em média, circularam mais frequentemente nos encontros do grupo; nem todos/as maiores de 18 anos.

Para esta pesquisa, optou-se por abordar apenas aqueles e aquelas que frequentaram o grupo durante o período de imersão no campo e que atendessem aos critérios de inclusão estabelecidos. Os convites para a participação foram realizados individualmente e gradativamente, após os encontros do VisiTrans e também através de contatos pelo *WhatsApp*, tendo em vista que o projeto possui um grupo neste aplicativo, do qual passei a fazer parte e onde foi possível identificar alguns dos contatos desejados, quando não foi viável uma abordagem presencial devido à dispersão pós reunião; mediante o aceite em participar do estudo, as entrevistas eram devidamente agendadas e ocorreriam nas dependências do CPA/UFJF.

Foi percebido que o vínculo possível de ser construído entre a pesquisadora e os/as participantes, anteriormente ao convite, devido à imersão no grupo, bem como o grau de informação destes/as sobre as questões de ordem política envolvendo a população trans e, de certa forma, a proximidade destas pessoas com a produção científica<sup>34</sup> que envolve a temática trans, facilitaram a adesão e a valorização em participar do presente estudo. Um total de 7 frequentadores/as do VisiTrans colaboraram com esta pesquisa; nenhuma das pessoas convidadas recusou-se a participar, mas 3 pessoas não conseguiram disponibilizar horário para agendar a entrevista, apesar de reiterarem seu interesse em participar do estudo.

---

<sup>34</sup> Considerando que o VisiTrans trata-se de um projeto de extensão universitária e que uma das bolsistas, no início de cada encontro, sempre lembra isso ao perguntar aos/as presentes se os/as mesmos/as se importariam com o fato do encontro ser filmado para fins de pesquisas do Núcleo PPS/UFJF, garantindo cuidados éticos com o material produzido.

### 5.3.2 A unidade de saúde coparticipante da pesquisa

A instituição de saúde, pertencente à RAS de Juiz de Fora, que gentilmente colaborou com a pesquisa cedendo espaço para o desenvolvimento de parte do trabalho de campo, por motivo de sigilo foi chamada aqui de unidade de saúde coparticipante da pesquisa. Trata-se de uma unidade pública de saúde, de média complexidade, que dentre outros/as pacientes, recebe também uma clientela trans. Este dado havia sido apontado pela Psicologia da instituição (Psicologia JFCP), com a qual tive contato ainda no período de delineamento desta pesquisa, conforme já exposto no capítulo sobre o método (Capítulo 4), tornando o serviço um importante intermediador para o acesso a esta população.

Antes de tratar, especificamente, sobre a imersão nesta frente da pesquisa, vale contar como este serviço, especialmente a própria Psicologia JFCP, foi abrindo portas para demandas de pessoas transexuais e travestis e, posteriormente, assumindo o atendimento destas. Dentre as principais ações ofertadas estão: acolhimento, psicoterapia, encaminhamentos para o Processo Transexualizador, sendo que estas não fazem parte da proposta formal de assistência em saúde desta instituição.

Retomando algumas passagens da entrevista com a Psicologia JFCP, ela detalha um pouco do que foi o início da absorção de demandas trans no serviço, que tem origem a partir de uma situação apresentada por Tristan, uma pessoa trans, que nas palavras da entrevistada *“estava em um sofrimento muito grande, com um tipo de atenção muito equivocada, em relação à saúde mental”*. Lembra que esta foi *“a primeira pessoa trans atendida na instituição”*. Por intermédio de um psiquiatra, que primeiro solicitou ajuda para o Serviço Social JF3<sup>35</sup>, da unidade de saúde JF3, Tristan começou a ter acesso aos cuidados em saúde de que necessitava. Antes disso, o próprio psiquiatra *“não conseguia esse auxílio, vamos dizer assim, formal, no contexto da saúde pública aqui em Juiz de Fora”*, para encaminhar adequadamente este paciente, como explica a Psicologia JFCP.

O Serviço Social JF3, foi o primeiro a aceitar prestar assistência, acolhendo Tristan, encaminhando-o para atendimento psicológico numa ONG da cidade. Segundo a Psicologia JFCP, foi muito importante esse acolhimento inicial, já que ele foi entendendo no processo terapêutico o que estava acontecendo com ele, foi tomando contato com a questão da própria transexualidade. Quando não pode mais ser atendido nesta ONG, o Serviço Social JF3 procurou pela Psicologia JFCP para saber se esta *“toparia esse desafio”* de assumir tal

---

<sup>35</sup> Atualmente esta pessoa não compõe mais o quadro de servidores/as da instituição.

assistência. O resultado deste convite foi uma importante parceria profissional, como conta a Psicologia JFCP:

*aí a gente topou juntas, e aí a coisa começou a se espalhar, pelo boca-boca mesmo. A gente não teve nenhuma intenção. A coisa foi acontecendo. Na época, a gente foi percebendo uma falta de assistência nesse sentido, mais ou menos oito ou nove anos atrás. Aí, o que aconteceu: como a gente acolheu, a ONG ficou sabendo, e como a ONG começou a ser muito procurada com essa demanda... Quer dizer, as pessoas não procuravam o serviço público de saúde, porque não tinha um lugar, vamos dizer assim, né, de referência.*

A Psicologia JFCP ainda lembra: “*Foi aquele boom!*” – ressaltando a demanda reprimida de pessoas trans por cuidados em saúde e a potencialidade da divulgação informal desta porta de entrada que acabara de se abrir para pessoas trans na assistência pública municipal. Segundo ela, cabia à Psicologia o atendimento das repercussões emocionais advindas da vivência da transexualidade e da travestilidade, enquanto o Serviço Social JF3 fazia os encaminhamentos necessários para o acesso ao Processo Transexualizador em outro estado.

Entretanto, a Psicologia JFCP relata que era grande a preocupação com o que chamou de “*condição de informalidade*” em que atuavam há pouco mais de um ano, desde a abertura deste espaço na instituição. Além disso, em razão da densidade das vivências trans e dos impactos do Processo Transexualizador na vida dessas pessoas, incluindo quadro graves de depressão, “*a gente ficou muito preocupada com o tipo de atendimento que a gente estava oferecendo, e a gente achou que estava faltando profissionais na equipe, então a gente quis uma parceria com a Psiquiatria, porque a gente sentiu falta de um outro tipo de atenção pra essas pessoas*”. Em resumo, em termos de oferta, recorda: “*a gente estava muito capenga, assim, para o que a gente estava oferecendo, na verdade*”. Foi quando, então, decidiram por apresentar um projeto a um Departamento da Secretaria de Saúde do município, na intenção de obterem maior suporte administrativo e assistencial para o cuidado destinado a pessoas trans. Mas houve resistência, com a justificativa de que não teriam condição de absorver essa demanda, porque desconheciam completamente o assunto e não saberiam prestar essa assistência. A Psicologia JFCP lamenta:

*a gente não encontrou nenhuma porta, nenhuma possibilidade ali, porque eles foram muito fechados mesmo. A gente desistiu, porque a gente chegou lá com um projeto, a gente chegou todo, né, vamos fazer uma parceria... a gente também não estava tão seguro daquilo que a gente estava fazendo, a*

*gente também precisava de estudar, mas a gente topou aquele desafio, porque a gente não podia deixar as pessoas sem assistência.*

Apesar de serem poucos profissionais de saúde a tomar para si a responsabilidade ética pelas demandas trans, ainda que a linha de cuidado para essas pessoas na prática dos serviços não corresponda às deliberações políticas (Brasil, 2013) que supostamente garantiriam essa modalidade de assistência, a Psicologia JFCP destaca: *“na época eu não via e hoje eu ainda não vejo a possibilidade de recusar um atendimento se a gente não tem pra onde encaminhar”*. Ao mesmo tempo, conta que *“angustiava muito essa situação de informalidade porque era um risco muito grande também para o profissional, pra gente inclusive, de acontecer alguma coisa com essas pessoas”*, lembra. Ainda assim, a Psicologia JFCP insistiu em levar adiante essa assistência, aprimorando-a gradativamente, com o apoio que recebia da própria instituição de trabalho, com a qual possui *“um vínculo muito grande e, assim, uma liberdade de reclamar e de brigar por algumas coisas que a gente acredita, sabe?”*.

O atual gestor da unidade de saúde coparticipante da pesquisa também confirma a origem dessa frente de assistência na cidade, com os trabalhos do Serviço Social JF3, que já não faz mais parte do corpo clínico da unidade de saúde JF3 e, por isso, não foi entrevistado. Explica que tudo começou pelo especial interesse desta pessoa em auxiliar usuários/as trans e pela inexistência de locais para encaminhamento na RAS de Juiz de Fora. Contudo, diz que os trabalhos que ainda se mantêm na unidade de saúde coparticipante da pesquisa para este público não contam com tamanho engajamento por parte do Serviço Social atual da instituição, ficando mais a cargo da Psicologia JFCP e de suas parcerias, externas ao serviço.

Atualmente, a unidade de saúde coparticipante da pesquisa recebe um público significativo de travestis, sendo que a imensa maioria não frequenta e/ou nunca frequentou o VisiTrans e algumas poucas aderiram ao Ambulatório Trans. Como se auto medicaram a vida inteira, apresentam certa resistência em relação ao acompanhamento médico para hormonioterapia. Vale destacar que durante a imersão nesta unidade foi observado tanto o desconhecimento da existência do Ambulatório Trans, quanto a escolha de não ingressar na proposta do mesmo, dado que será melhor discutido no capítulo de análise (Capítulo 7).

Em relação propriamente ao campo desta pesquisa, no dia 28/12/16, reuni com o Chefe de Departamento da instituição para apresentar a proposta da pesquisa e obtive autorização para abordar e entrevistar profissionais e usuários/as nas dependências da unidade de saúde. Dessa forma, passei a comparecer no local de um a dois dias na semana, nos quais

contava, em sua maioria, com a presença da Psicologia JFCP, que auxiliou na intermediação com os/as usuários/as e sempre disponibilizava um dos consultórios para a realização das entrevistas. Desde janeiro de 2017 estive na unidade de saúde acompanhando, indiretamente, as rotinas de trabalho; inicialmente, de modo mais disperso, alternando os dias de imersão e seguindo alguns direcionamentos da Psicologia JFCP e de uma funcionária do administrativo, na tentativa de encontrar com usuários/as trans. Assim, consideraram-se como potenciais participantes para a pesquisa os/as usuários/as trans da unidade de saúde como um todo, que atendiam aos critérios gerais de inclusão do estudo, e que compareciam ao local para consultas diversas, em diferentes dias e horários.

Logo que iniciado o trabalho de campo, por intermédio da Psicologia JFCP, recebi algumas indicações de pessoas trans que estavam em acompanhamento psicológico no momento e/ou que tinham maior proximidade com este serviço, para serem convidadas a participar da pesquisa. Concomitantemente, foi realizado um levantamento, a partir de um livro de registro geral de todos/as os/as pacientes da unidade de saúde, para estimar quantas pessoas trans estavam ali cadastradas (em tratamento médico e/ou odontológico, no momento ou não). Para tanto, a única estratégia possível para esta verificação, conforme assinalado pela Psicologia JFCP, foi observar nesta relação quais pacientes apresentavam, ao lado do nome civil e entre parênteses, o nome social.

Dentre os quase cinco mil pacientes cadastrados nesta listagem, que havia sido recentemente atualizada (novembro/2016), 32 pessoas apresentavam nomes sociais femininos. Após esta primeira seleção, em conversa com uma funcionária que atua na parte administrativa desta unidade de saúde há muitos anos, e que mantém contato próximo com os/as os/as usuários/as, soube que metade destas pacientes listadas: ou haviam abandonado o tratamento médico (8), ou sido transferida para serviço de outra localidade (1), ou faleceram (2), ou “*não é mais trans*” (2), ou ela desconhecia quem era a pessoa (3) - porque provavelmente só se cadastrou e foi numa primeira consulta, mas não aderiu ao tratamento. Assim, a partir desse primeiro levantamento, 16 pessoas foram excluídas como potenciais participantes da pesquisa. Destaca-se, entretanto, que nem todas as pessoas trans usuárias da unidade de saúde apresentam nome social, além do fato do registro do nome social nessa listagem não ser realizado de maneira sistemática.

Ao total de 16 pacientes restantes, foram acrescidas mais 2 pacientes, indicadas pela funcionária administrativa e mais 4 pacientes mencionadas pela Psicologia JFCP, que não constavam na listagem do serviço. Chegou-se, então, num conjunto de 22 potenciais participantes da pesquisa, dentre aquelas que já eram usuárias da unidade de saúde; mediante

o levantamento de seus prontuários clínicos verificou-se estarem compreendidas na faixa etária entre 22 e 56 anos, todas já se apresentavam com seus nomes sociais no serviço, exceto uma que adotou seu nome social recentemente. Vale destacar que o campo da pesquisa aderiu à dinâmica do serviço, no sentido de que novos/as pacientes trans que iniciaram tratamento nesta unidade, e que atendiam aos critérios do estudo, foram sendo a mim direcionados/as pelos/as atentos/as funcionários/as da recepção da instituição. Isso ocorreu com 2 pacientes que não estavam cadastradas e a mim foram direcionadas quando estiveram na unidade de saúde para atendimento médico.

A partir desse primeiro levantamento, que direcionou a possíveis informantes, deu-se início aos convites para a colaboração com o estudo, que foram realizados por mim após intermediações da Psicologia JFCP e desta pessoa do setor administrativo, que tiveram um papel fundamental neste campo da pesquisa. Inicialmente, numa tentativa de estabelecer contato telefônico com essas usuárias, verificou-se que muitos números estavam desatualizados, sendo este um problema que o próprio serviço enfrenta quando há a necessidade de comunicação. Além disso, as pessoas que consentiram (3), por telefone, em participar da pesquisa, não compareceram à unidade de saúde na data e horário agendados. Isso ocorreu de duas a três vezes, com as mesmas pessoas, sendo suas entrevistas remarcadas pelo fato de se mostrarem realmente interessadas em colaborar com o estudo.

Constatou-se, então, algo que já havia sido observado em experiências anteriores de pesquisa em instituições de saúde: uma abordagem direta das pessoas na própria unidade de saúde, seja na sala de espera ou nos corredores, quando estas comparecem para consultas, exames e/ou procedimentos médicos (que nesta unidade ocorrem, em sua maioria, semestralmente) poderia ser mais eficaz. Foi então que estabeleci contato com funcionários/as da recepção da unidade de saúde, que conhecem todos/as os/as pacientes, solicitando que fosse verificada nas agendas dos/as médicos/as e dentistas as datas das próximas consultas das pacientes selecionadas. Nestes casos, compareci à unidade de saúde nos dias e horários do agendamento de tais consultas. Neste campo da pesquisa, um total de 8 usuárias colaboraram como informantes.

### **5.3.3 O Ambulatório Trans**

O Ambulatório Trans é uma modalidade pioneira de assistência pública à saúde, destinada a suprir uma significativa carência da oferta de cuidado integral para pessoas trans de Juiz de Fora e região. Foi inaugurado em maio de 2016, após algumas tentativas, sem

sucesso, de parcerias com outras instituições públicas da cidade, sendo formalizado após quatro meses de negociação e organização, que envolveu membros do Núcleo PPS/VisiTrans, além de gestores e profissionais da RAS de Juiz de Fora, preocupados com tamanho descaso. Neste sentido, o Ambulatório Trans representa uma importante conquista para a população trans de Juiz de Fora e região, bem como uma parceria essencial para encaminhamentos com vista à resolução de demandas tão frequentemente apontadas nos encontros do VisiTrans.

Apesar de uma unidade de saúde especializada, de média complexidade, da RAS de Juiz de Fora, sediar o Ambulatório, é importante esclarecer que o mesmo ainda não existe de fato, do ponto de vista da agenda pública, formalizado e com dotação orçamentária exclusiva. Assim, numa perspectiva institucional/organizativa, o Ambulatório Trans ainda constitui-se como um encontro, que acontece apenas quinzenalmente, às terças-feiras, de 8:00h às 12:00h. As consultas podem ser agendadas diretamente na unidade de saúde, por telefone ou pessoalmente. A maior parte dos encaminhamentos advém da equipe coordenadora do VisiTrans. Os atendimentos clínicos por hora ofertados, integrados numa proposta de ambulatório ainda incipiente, estão compreendidos nas áreas de Psicologia, Medicina e Nutrição. Assim, são oferecidos os seguintes serviços: atendimento psicológico/acolhimento; atendimento médico clínico; acompanhamento hormonal (hormonioterapia); e, mais recentemente, atendimento nutricional, realizado de maneira voluntária por um profissional (trans) de Nutrição, semanalmente, às quintas-feiras, pela manhã.

Ainda que frágil do ponto de vista político-institucional, o Ambulatório Trans, enquanto recente espaço de cuidado humanizado à saúde, destinado particularmente a pessoas trans, também se constituiu como importante campo para o encontro de/com informantes para esta pesquisa. A imersão nesta unidade de saúde, com o consentimento da chefia do local, teve início em dezembro de 2016 e se manteve até julho de 2017. Assim, desde janeiro de 2017 compareci sistematicamente nos dias de Ambulatório, especialmente nas terças-feiras, acompanhando, indiretamente, os atendimentos realizados.

Especificamente em relação ao Ambulatório Trans, também foi realizado um levantamento dos/as pacientes inscritos/as entre maio de 2016 até julho de 2017, a partir da pasta de registro, totalizando 45 pacientes, sendo 3 menores de 18 anos. Os demais pacientes estão compreendidos na faixa etária ente 18 e 56 anos de idade. Apesar do Ambulatório ser aberto a qualquer pessoa trans de Juiz de Fora e região, trata-se de uma oferta de cuidados em saúde muito recente e, por isso, ainda desconhecida por pessoas que poderiam ser beneficiadas pelo serviço. Dessa forma, por enquanto, a maioria dos/as usuários/as inscritos foi encaminhada por intermédio da equipe coordenadora do VisiTrans (mas não

necessariamente frequentam o grupo) e de profissionais da unidade de saúde coparticipante da pesquisa. Por isso, em relação à pesquisa, alguns/algumas já haviam sido abordados/as e/ou entrevistados/as nos contextos do CPA e da unidade de saúde coparticipante da pesquisa.

Durante o trabalho de campo, rotineiramente, era solicitada a agenda do Ambulatório para verificar os/as pacientes com consultas marcadas, sendo os/as mesmos localizados/as no serviço e convidados/as a contribuir com o estudo. As entrevistas eram realizadas antes ou depois das consultas clínicas, sempre com a preocupação de não atrapalhar a dinâmica e a ordem dos atendimentos, que se organizavam pelo horário de chegada dos/as usuários/as. Quando o/a participante não podia ficar para além do tempo da consulta, era agendado novo dia e horário para a entrevista. Um total de 14 pessoas contribuiu com a pesquisa; houve apenas 1 recusa em participar, sem justificativa.

#### **5.3.4 Aspectos gerais sobre a imersão nos campos da pesquisa**

De modo geral, para finalizar o subtópico 5.3, é importante esclarecer que, a partir da imersão nos campos desta pesquisa, não se teve por intenção fazer um mapeamento sistemático da população trans encontrada, para obter a exata quantidade de pessoas que circula nos (e entre os) contextos que serviram de base para a execução do estudo. Os levantamentos realizados, em cada um dos campos, serviram mais para organizar as estratégias iniciais de aproximação com potenciais participantes da pesquisa, do que para dimensionar numericamente o conjunto populacional em questão; ainda que não existam dados oficiais sobre este público no município e um estudo neste sentido seria de muito valor.

Entretanto, a partir dos levantamentos realizados, cabe destacar que, considerando o universo populacional encontrado, não foi rara a constatação de uma mesma pessoa estar relacionada a dois ou mesmo aos três campos de imersão do estudo. Assim, em certos casos, houve coincidência de nomes nos levantamentos realizados tanto no VisiTrans, quanto na unidade de saúde coparticipante da pesquisa e/ou no Ambulatório Trans, uma vez que algumas pessoas circulam/circularam nestes espaços e, por isso, o registro de seus nomes nos cadastros dos respectivos campos. Contudo, não é possível afirmar todas as coincidências, uma vez que, em alguns casos, nas listagens dos campos, havia apenas o primeiro nome (social), ou apenas o nome de registro, o que necessitaria de uma verificação mais aprofundada.

Neste sentido, a observação dessas coincidências foi relevante uma vez que contribuiu para demonstrar parte dos circuitos em busca de cuidados específicos, mas destacá-las uma a

uma, para subtrair do primeiro montante encontrado não era o objetivo e em nada alteraria o curso deste estudo. Assim, o total de pessoas que compuseram o universo populacional da pesquisa encontrado é superior à realidade. Além disso, também vale esclarecer que, para a contabilidade do número de participantes em cada um dos três campos de imersão, foi considerado o contexto no qual a pessoa foi convidada e concedeu a entrevista. A tabela abaixo apenas sintetiza os achados já apresentados textualmente:

Tabela 1: Dados quantitativos a partir da imersão nos campos da pesquisa

<b>Campos de imersão</b>	<b>Universo populacional</b>	<b>Potenciais participantes</b>	<b>Convidados/as a participar</b>	<b>Recusas</b>	<b>Participantes efetivos/as</b>
<b>VisiTrans</b>	65	15	10	3	7
<b>Unidade de saúde</b>	38	24	11	3	8
<b>Ambulatório Trans</b>	45	42	15	1	14
<b>Total</b>	148	81	36	7	29

Fonte: Da Autora

## **6 TRAJETÓRIAS DE PESSOAS TRANS DO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA E REGIÃO NA (DES)ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

### **6.1 SOBRE ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS E A BUSCA POR CUIDADOS EM SAÚDE**

Há quase duas décadas os itinerários terapêuticos vêm sendo utilizados como constructos teórico-metodológicos em estudos acerca de doenças, aflições e sofrimentos de pessoas em situações concretas de adoecimento (Pinheiro, Gerhardt, Ruiz & Junior, 2016, p. 13). Isso porque apesar do tema já pertencer, desde longa data, à literatura socioantropológica, ao longo dos últimos vinte anos observa-se uma “crescente preocupação com os entraves na organização e funcionamento das redes de serviços de saúde” (Gerhardt, Burille & Muller, 2016, p. 29).

Numa perspectiva mais abrangente, itinerários terapêuticos podem ser compreendidos “como um investimento de pesquisa social que visa criar um espaço de visibilidade para a produção de conhecimento, tanto na atenção e gestão, quanto na formação e na participação em saúde, sobre a mais intensa experiência humana que é o adoecer” (Pinheiro, Gerhardt, Ruiz & Junior, 2016, p. 13). Neste sentido, “a abordagem dos itinerários terapêuticos oferece visibilidade para a pluralidade de saberes, práticas e demandas por cuidado no campo da saúde, que operam na reafirmação do direito à saúde e dos princípios e diretrizes do SUS” (Pinheiro, Gerhardt, Ruiz & Junior, 2016, p. 13).

No Brasil, a discussão teórica sobre o tema parte de duas grandes correntes: uma, cujos principais nomes são de Mechanic e Volkart, preocupa-se com o comportamento da pessoa doente, apostando que “as escolhas dos indivíduos são guiadas tanto pelas práticas de cuidado assistenciais biomédicas quanto pela demanda e oferta de serviços de saúde e determinadas por uma lógica de consumo”; outra, que tem no nome Kleinman sua referência, amplia a discussão defendendo uma perspectiva na qual “a procura por diferentes sistemas de cuidado é guiada por uma matriz cultural e social, que extrapola a lógica da exclusividade das racionalidades médicas” (Gerhardt, Burille & Muller, 2016, p. 29-30).

Independente dos diferentes enfoques, como ferramenta analítica muito utilizada em Saúde Coletiva, os estudos dos itinerários terapêuticos (IT), segundo Cabral e colaboradores (2011), podem subsidiar processos de organização de serviços de saúde e gestão, assim como colaborar para a construção de práticas assistenciais contextualmente integradas. Isso porque

“a intenção é subsidiar a escolha de estratégias adequadas que garantam acesso aos usuários em momento oportuno e de forma contínua” (p. 4434).

Assim, o termo itinerário terapêutico pode ser utilizado, segundo Gerhardt (2006), como sinônimo de busca de cuidados terapêuticos, ou seja, práticas individuais e sócio-culturais de saúde, no que se refere aos caminhos percorridos por indivíduos na tentativa de solucionarem seus problemas de saúde. Entendendo também com Martinez-Hemáez (2006) que itinerários terapêuticos são processos adotados por indivíduos ou grupos para a preservação ou recuperação da saúde, vale destacar que os percursos podem implicar diferentes recursos - como autocuidado, rituais religiosos e/ou dispositivos biomédicos - sendo importante avaliar não apenas os itinerários que são realizados envolvendo o sistema biomédico, mas também todos os recursos dos quais se utilizam usualmente e aos quais as pessoas recorrem para resolver seus infortúnios.

É certo que ao limitar itinerários terapêuticos apenas ao trânsito dos sujeitos por aparelhos oficiais de saúde assume-se enorme risco de compreendê-los em sua parcialidade e indicar quase uma relação de exclusividade entre cuidado-doença-cura-biomedicina (Pinho & Pereira, 2012; Souza *et al.*, 2014). Daí a importância de compreender a complexidade dos processos que envolvem saúde, doença e cuidado, que estão inseridos em um macrocontexto que, por sua vez, envolve fatores de diversas ordens, como sociais, econômicos, culturais, subjetivos, que influem nas tomadas de decisão das pessoas na busca de cuidados (Gerhardt, 2006; Gerhardt, Burille & Muller, 2016). Neste sentido, é pertinente destacar que:

Embora haja diferentes entendimentos do conceito de Itinerário Terapêutico, este nos parece ser o mais potente [...] para identificar as abordagens que relacionam os diferentes sistemas de cuidado, não apenas o sistema profissional, constituídos pelos serviços de saúde, mas as diferentes formas de cuidado. Nesta perspectiva, assume-se que o cuidado não é apenas produzido pelos profissionais e pelos serviços de saúde, mas pelas pessoas e suas redes sociais, nos diferentes modos de andar a vida (Gerhardt, Burille & Muller, 2016, p. 51-52).

Tal como Pinho e Pereira (2012, p. 443), que apostam como “os estudos acerca dos itinerários terapêuticos podem representar novas possibilidades para a apreensão e compreensão dos comportamentos concernentes aos cuidados com a saúde”, nesta pesquisa também assumiu-se a ampla concepção de itinerários terapêuticos. Estes podem ser compreendidos como:

percursos na busca por cuidados; como trajetórias na tentativa para solucionar problemas de doença; como movimentos para preservar ou

recuperar a saúde. Trata-se de um conjunto de planos e ações que se sucedem, mesclam-se ou se sobrepõem para lidar com a enfermidade. Menos que algo substancial ou reificado, tem-se uma multiplicidade heterogênea de movimentos, agenciamentos e concepções, a qual acarreta opções diversificadas – ou [...] uma interpenetrabilidade das opções (Pinho & Pereira, 2012, p. 439).

Faz-se, então, necessário buscar “referenciais teóricos-conceituais e metodológicos compatíveis com a complexidade da vida social” (Gerhardt, Burille & Muller, 2016, p. 53), dado que os estudos sobre itinerários terapêuticos tem a capacidade de dar visibilidade à pluralidade de modelos interpretativos em saúde. As autoras (2016) ainda destacam que trabalhos localizados demonstram o quão acertado são os estudos sobre itinerários terapêuticos, pelo potencial que apresentam para demonstrar como as práticas em saúde são construídas, aproximar do pluralismo terapêutico e da diversidade humana, compreender o cuidado em suas diferentes formas e sistemas, conhecer os meios de acesso, a multiplicidade e a qualidade dos vínculos que, por sua vez, influenciam nas escolhas terapêuticas, na adesão e na formação das redes de apoio. Neste sentido, a presente pesquisa considerou todos estes fatores que, potencialmente, podem auxiliar em análises de redes de atenção à saúde.

## 6.2 CARACTERIZAÇÃO DOS/AS PARTICIPANTES TRANS

Neste subtópico foram expostas, coletivamente, informações importantes sobre as pessoas trans entrevistadas, tendo em vista que alguns dados, se apresentados individualmente junto às descrições dos itinerários terapêuticos, poderiam fragilizar o comprometimento ético com relação à preservação das identidades dos/as colaboradores/as da pesquisa. As entrevistas foram desenvolvidas no período compreendido entre novembro de 2016 a julho de 2017, tendo sido realizada uma entrevista piloto em setembro de 2016, totalizando 29 informantes.

Dos/as 7 informantes acessados/as através do grupo VisiTrans, 1 foi por meio de indicação de uma informante que já havia colaborado com a pesquisa (bola de neve), sendo a indicada também frequentadora do grupo. Sobre o método de amostragem utilizado, *snowball sampling* (Biernacki & Waldorf, 1981), notou-se que muitos/as entrevistados/as disseram que, apesar de conhecerem outras pessoas trans que atenderiam aos critérios de participação na pesquisa, preferiam não indicar, dizendo que estas pessoas não aceitariam colaborar por serem mais “*fechadas*”, por frequentarem apenas espaços/grupos de convívio mais restritos e reduzidos. Percebe-se que esse dado, de certa forma, também se relaciona ao não comparecimento de 3 usuárias da unidade de saúde coparticipante da pesquisa que, apesar de

reiterarem para a Psicologia JFCP o interesse em contribuir com o estudo, não foram à entrevista, agendada por mais de uma vez. Segundo a Psicologia JFCP, uma delas, particularmente, está sofrendo muito preconceito neste momento de sua vida.

Para esta pesquisa foi considerada a forma como a pessoa se apresentou a partir da seguinte pergunta: “Como você se reconhece em relação à sua identidade de gênero?”. Dentre os/as entrevistados/as, 7 se identificaram como mulheres, 3 como mulheres trans, 1 como mulher transgênero, 1 possui identidade de gênero não binária, 1 como trans, 5 como travestis, 6 como homens trans, 4 como homens, 1 como trans homem. A idade dos/as participantes variou de 18 a 56 anos.

Com relação à escolaridade, dentre os/as entrevistados/as 5 apresentam o ensino fundamental incompleto, 1 apresenta o ensino fundamental, 1 apresenta o ensino médio incompleto, 1 está cursando o ensino médio, 7 apresentam o ensino médio, 1 está cursando o ensino técnico, 1 apresenta ensino técnico, 1 apresenta ensino superior/graduação incompleta, 4 estão cursando ensino superior/graduação, 3 possuem ensino superior/graduação, 2 apresentam ensino superior/pós-graduação e 2 não informaram sobre a escolaridade.

Quanto à localidade de suas residências, 25 moram em Juiz de Fora e 4 residem em municípios pertencentes à Zona da Mata Mineira. Em relação a atividades laborativas, verificou-se que 14 informantes trabalham, 11 não trabalham, 1 está licenciada e 3 estão aposentadas. Apenas 10 participantes declararam possuir algum plano/convênio de saúde, sendo que a maioria dos/as informantes depende, exclusivamente, dos serviços de assistência à saúde da rede pública.

Nas entrevistas foi possível perceber que 4 informantes utilizaram, em algum momento de suas trajetórias de cuidados em saúde, o auxílio financeiro ofertado pelo SUS para Tratamento Fora de Domicílio (TFD). Os/as demais (ainda) não precisaram solicitar tal auxílio e muitos/as o desconheciam.

Quanto à hormonioterapia, 23 participantes mencionaram estar sob acompanhamento médico, pelo SUS, no Ambulatório Trans. Destes/as participantes, 13 declararam já ter feito uso de hormônio sem acompanhamento médico (automedicação), antes da possibilidade de acesso à assistência profissional. Apenas 2 participantes disseram fazer uso de hormônio sem acompanhamento médico (automedicação); ambas não sabiam do Ambulatório Trans e foram encaminhadas. Outras 3 informaram que não fazem mais uso de hormônio, mas que quando usaram foi por conta própria (automedicação). Apenas 1 pessoa faz acompanhamento médico hormonal pela rede particular/conveniada.

Dentre os/as entrevistados/as, apenas 1 realizou a cirurgia de redesignação sexual em uma Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador pelo SUS. Outro participante encontra-se vinculado à mesma Unidade, em fase de acompanhamento clínico com psiquiatra para diagnóstico e possível obtenção do laudo para ingressar na fila de espera e ter acesso às cirurgias previstas para o Processo Transexualizador no SUS. Uma das participantes passou por acompanhamento psiquiátrico também nesta Unidade, onde foi emitido laudo, mas realizou a cirurgia de redesignação sexual em uma clínica particular. Somente 1 participante relatou ter passado por cirurgia na genitália em outro país. Para realizar a cirurgia de implante de prótese mamária, 3 participantes buscaram a rede particular. Outras 3 informantes submeteram-se a aplicações de silicone industrial em até quatro partes do corpo. Destaca-se que 21 participantes manifestaram desejo de realizar alguma(s) cirurgia(s) prevista(s) pelo Processo Transexualizador no SUS e ainda não tentaram ou não conseguiram acessá-lo.

### 6.3 VERSÕES DO CUIDADO: RECORTES NARRATIVOS SOBRE TRAJETÓRIAS NA (DES)ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Nas próximas páginas, foram apresentados os itinerários terapêuticos de pessoas trans na (des)assistência à saúde, delineados a partir das narrativas de 29 participantes. Destaca-se a diversidade dos relatos e a diferença de tamanho dos percursos. Todos, entretanto, contados a partir de versões próprias sobre o cuidado em saúde, que fizeram emergir não apenas distintas trajetórias de vida, mas também de condições de acesso à informação e à saúde. Além disso, vale observar particularidades das demandas em saúde relacionadas a gênero e a outros marcadores sociais e, principalmente, os momentos e os contextos de vida em que essas pessoas iniciaram (ou não) e mantiveram (ou não) suas buscas.

O trabalho de descrição dos itinerários terapêuticos foi construído através da escuta exaustiva e da transcrição de cada entrevista realizada, mas também e, sobretudo, esteve sempre pautado na tentativa de resgatar a densidade dos relatos, trazendo recortes importantes que pudessem ilustrar ricas histórias de vida. Tais recortes evidenciaram, sobremaneira, a complexidade de processos pessoais e sociais de mudança, as peculiaridades de vivências de estranhamento do próprio corpo e do gênero designado no nascimento, geralmente acompanhadas por sofrimentos, preconceitos, reconhecimentos, redescobrimientos e reposicionamentos de diversas ordens. Todos estes processos muito anteriores a qualquer formulação de demanda em saúde. Para esta , foi fundamental compreendê-los, certa de que

estes também são necessários para embasar medidas que possam, verdadeiramente, ofertar dignidade na assistência à saúde para este público.

No intuito de preservar a identidade das pessoas trans que, gentilmente, colaboraram com a pesquisa, reitera-se que todos os nomes próprios utilizados a seguir são fictícios. Com a mesma intenção, para garantir o anonimato dos/as profissionais de saúde mencionados/as durante a descrição dos itinerários terapêuticos pelos/as informantes trans, optou-se por fazer referência apenas à especialidade de saúde em que estes/as atuam, seguida por um código para diferenciá-los/las entre si. Isso causou certa perda à fluidez da redação, podendo causar também estranhamento durante a leitura.

As instituições e os serviços de saúde citadas/os, por sua vez, também foram referenciadas/os nesta tese a partir de nomes fictícios, também seguidos por um código para diferenciá-las/os entre si. Alguma indicação sobre a localidade e o nível de atenção à saúde em que se encontram situadas/os foram explicitados na Figura 6 (subtópico 6.4), onde foram organizadas todas as informações relevantes para a compreensão da rede investigada, bem como suas interligações. Tendo em vista que a análise do funcionamento da rede de assistência pública à saúde para pessoas trans em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, foi o principal objetivo deste estudo, as discussões que seguem o presente subtópico mantiveram o foco nas ocorrências municipais e suas interfaces com outras redes. Por fim, vale destacar que os itinerários terapêuticos estão aqui apresentados conforme a ordem de realização das entrevistas.

### **Itinerário terapêutico 1 – Tarcila**

*“só a psiquiatria tá aberta pra gente.”*

Tarcila é uma mulher trans, de 25 anos, que reside em Juiz de Fora. Ao longo da entrevista, ela recordou que aos três anos de idade já *“gostava de coisas de menina, de pegar coisas da mãe, maquiagem, roupa [...] assim, foi desde bem cedo na minha história de vida; [...] assumia personagens femininas, [...] as bonequinhas, [...] sempre estavam lá, desde o início, nas minhas brincadeiras”*. Apesar de sua identificação com o gênero feminino despontar desde a tenra idade, Tarcila fala de um *“período de latência”* até a tomada de consciência da existência do Processo Transexualizador e da possibilidade de passar pelo mesmo. Assim, ela buscou por mudanças de gênero apenas ao final da graduação que cursava – *“preferi um período mais tranquilo no curso superior para poder correr atrás disso”*.

Tomou conhecimento acerca do Processo Transexualizador acompanhando a história de uma amiga que, na ocasião, passava pelo mesmo na unidade de saúde E2B. Foi quando teve as primeiras informações sobre essa modalidade de assistência: *“as principais bases que eu tive foram dela, porque a gente sabe que existe, mas não sabe como funciona, não sabe qual hospital que é, né? A gente sabe por alto, já li notícia, mas era tudo superficial [...] aí depois eu comecei a conhecer indo por lá mesmo”*. Tendo em vista que desejava passar pela cirurgia de redesignação sexual e tinha o conhecimento de que esta não era ofertada em sua cidade, montou uma *“pasta”*, contendo seus documentos, para o cadastro necessário na unidade de saúde JF2, que lhe deu acesso aos recursos previstos para sua mobilidade nos casos de Tratamento Fora de Domicílio (TFD): *“já sabia como funcionava [...] já conhecia pessoas que tinham ido”*. Logo após, agendou, por telefone, sua primeira consulta médica, que ocorreu em outubro de 2013, na unidade de saúde E2B. Tarcila relembrou sobre a ocasião desta entrevista:

*Lá eu comecei o tratamento psiquiátrico em 2013. Antes disso, quando eu comecei a ir, concomitante, eu comecei a tomar alguns hormônios também, os hormônios que eles receitavam e até hoje não mudou. Desde quando eu comecei, antes do acompanhamento médico, eu já tomava porque sabia que eles passavam pra todo mundo, era um mais genérico, eu comecei a tomar esses. Eu comecei a tomar porque eu falei: ‘- vou começar... era um mês só’. Comecei a tomar, isso foi em setembro. Em outubro, eu fui lá, achei que já ia fazer o tratamento hormonal por lá. Não consegui. Aí tava fechado. Aí toda vez que eu voltava, de três em três meses, eu tentava.*

Mas, nas consultas trimestrais com a Psiquiatria E2B, Tarcila era sempre questionada a respeito do uso de hormônios. O relato, conforme sua percepção, de um fragmento da consulta com a Psiquiatria E2B, ilustra este aspecto:

Psiquiatria E2B: *“E o meu acompanhamento hormonal?”*

Tarcila: *“Ah, tá fechado.”*

*“Isso era toda consulta, era basicamente a mesma coisa”, acrescenta Tarcila.*

Psiquiatria E2B: *“Mas tá fechado? Mas isso não é possível!”*

*(Segundo Tarcila, a Psiquiatria E2B “nunca tinha notícia, sempre achava que tava aberto.”)*

Tarcila: *“Não, ainda não tá aberto.”*

Psiquiatria E2B: *“Não tá? Mas não é possível! O setor de Urologia não tá aberto?”*

Tarcila explicou que permaneceu, exclusivamente, em acompanhamento psiquiátrico na unidade de saúde E2B, com consultas trimestrais, de 2013 a 2015, recebendo ao final desse

período o laudo psiquiátrico. Neste período, também buscou contato com o Serviço Social E2B desta unidade. Na ocasião da entrevista, relatou:

*a psiquiatria é bem aberta lá, os outros setores são fechados - urologia, acompanhamento hormonal e tudo mais. Chegar lá, assim, pela psiquiatria, foi tranquilo, mas as outras partes não [...] só a psiquiatria tá aberta pra gente, no sentido de que de que você consegue, bom, até pouco tempo atrás, conseguia marcar diretamente uma consulta por telefone e chegar lá [...]. A psiquiatria é que encaminha para os outros serviços.*

No final de 2013, quando já fazia três meses que usava hormônios sem acompanhamento médico, da unidade de saúde E2B ela foi encaminhada, na mesma cidade, para a unidade de saúde E2A, para fins de tratamento hormonal. Mas, “*para entrar*” nesta última foi preciso que a Psiquiatria E2B intermediasse por meio de um encaminhamento médico, por escrito, e de ligação telefônica, considerando que Tarcila, originalmente, era usuária de outro estado. Contudo, posteriormente, soube que a cobertura da unidade de saúde E2A é regional, ou seja, apenas para pessoas residentes naquele estado e, como não abriram vagas extras, ela não conseguiu: “*eram duas vagas por mês e naquele mês não tava aberta; eu não consegui*”. Mas, Tarcila continuou insistindo por uma vaga nesta instituição.

Em meados de 2014, Tarcila fez plástica mamária para implante de silicone na clínica particular ZM1. Soube da Cirurgia Plástica ZM1 por referência de outras mulheres trans. Por email, entrou em contato com a unidade, sendo informada pela Cirurgia Plástica ZM1 sobre o valor do procedimento e os exames necessários. Tarcila agendou uma consulta e, então, a Cirurgia Plástica ZM1 enviou-lhe, ainda por email, os pedidos dos exames. Tarcila compareceu à consulta já com todos os resultados e “*de lá a gente já agendou a cirurgia [...] aí eu coloquei tudo pela rede particular, fui por conta própria e voltei, me recuperei bem, tudo por conta própria*”.

Em outubro de 2014, Tarcila procurou, a partir de encaminhamento informal, a Psicologia JFCP da unidade de saúde coparticipante da pesquisa, com quem uma amiga trans já fazia acompanhamento. “*Eu tava me sentindo meio mal, tava com algumas questões pesando também, algumas questões pessoais [...]; porque eu não tava aguentando [...], essa coisa dessa demora, dessa coisa de não dar uma posição [...]; eu não tinha o tratamento hormonal ainda*”. Lá Tarcila iniciou acompanhamento psicológico, que se manteve até abril de 2016. Em seu relato ela explicou que, nesse ínterim:

*continuei fazendo acompanhamento psiquiátrico e [...] em fevereiro de 2015, que aí eu voltei lá (unidade de saúde E2A) e aí eu consegui a vaga*

(com a Endocrinologia E2A). *Eu fui lá num dia, aí na outra semana eu voltei; aí já me deram a prescrição de todos os remédios e, depois, eu marquei a consulta; e a partir daí eu comecei a fazer o acompanhamento sistemático. A única coisa que mudou foi a dosagem que eu usava.*

Na unidade de saúde E2A, Tarcila teve que “passar” também pela Psiquiatria E2A, pelo Serviço Social E2A e pela Psicologia E2A, que “mandou eu voltar seis meses depois, mesmo eu fazendo terapia aqui, porque eu comecei terapia aqui também. Mas aí eu nem voltei, porque como eu já tava fazendo terapia aqui eu nem voltei lá”. Tarcila observou que, nesta unidade “é muito engraçado porque você chega e eles se referem a você como - ‘os pacientes da Disforia de Gênero’ -, assim que é o rótulo das pessoas”. Mas, apesar disso, ela comenta que nesta unidade de saúde, diferente da E2B, parece existir coesão das ações e integração entre os membros da equipe clínica, ainda que para a confecção do laudo. Nas palavras dela:

*É a melhor instituição de saúde que eu tive. Lá é mais completo, eles pegam os exames, parece que a equipe conversa entre si e tudo mais. Lá parece que é um ambulatório mais coeso. Tanto que eu acho que o laudo, os quatro profissionais se encontram pra dar o laudo, foi o que me informaram. Mas eu não vou precisar do laudo de lá, porque eu já tenho um. Não precisa ficar acumulando laudos também, né? (risos).*

Em setembro de 2016, Tarcila passou pela tão desejada cirurgia de redesignação sexual na clínica particular E2D, realizada pela Cirurgia Plástica E2D. Lá, foi necessária a apresentação dos seguintes documentos: laudo psiquiátrico, de dois anos de acompanhamento; laudo psicológico, também de dois anos de acompanhamento; parecer social, que Tarcila teve certa dificuldade para obter, pois o Serviço Social E2B da unidade de saúde E2B alegou não ter localizado de imediato seus dados e a comprovação de seu comparecimento (frequência) neste serviço e, por isso, esperou cerca de dois meses para recebê-lo, o que ocorreu já nas vésperas da cirurgia; por fim, parecer social da unidade de saúde E2A, constando acompanhamento de um ano e meio; e, ainda, um parecer da Endocrinologia E2A de lá. “Isso tudo foi cobrado, tanto que no termo de consentimento eu falo que eu fui avaliada, eu falo que eu apresentei o laudo de dois anos de todos esses profissionais”.

Na ocasião da entrevista para esta pesquisa, Tarcila aguardava consulta no Ambulatório Trans, para dar seguimento à hormonioterapia em seu próprio município. Ela participa assiduamente das reuniões do grupo VisiTrans.

## **Itinerário terapêutico 2 – Trindade**

***“eu não posso ser essa pessoa totalmente.”***

Trindade é uma pessoa com identidade de gênero não binária, tem 31 anos e reside em Juiz de Fora. Relata que *“desde pequeno”*, por volta de seus 3 a 4 anos de idade, percebia que não se *“encaixava no que a sociedade cobrava”* e cresceu *“sabendo que era diferente de todo mundo”*. Apenas há mais ou menos oito anos começou *“a saber mais sobre o assunto”*, se referindo à sua vivência trans. Foi quando começou *“a pesquisar, porque até então não tinha uma base, não tinha noção do que poderia ser, o que não poderia ser”*. Trindade afirma: *“nessa questão de ser trans [...] eu carrego uma culpa enorme em relação a isso [...] ver que, às vezes, eu sou uma pessoa que eu gostaria de ser, mas eu não posso ser essa pessoa totalmente”* devido à dificuldade de sua família aceitar a transição. Assim, negocia as mudanças até certo limite, que não prejudique a relação com seus familiares.

Veio conhecer o Processo Transexualizador quando passou a frequentar o grupo VisiTrans, do qual participa desde a sua fundação, há quatro anos. Chegou até uma pessoa da equipe deste projeto por intermédio de uma amiga, de outro estado. Apresenta um extenso itinerário terapêutico por especialistas da área médica e de Psicologia – todos da rede particular ou conveniada, tendo em vista que possui planos de saúde –, em razão de outras significativas questões de saúde. Mas, em relação às suas vivências de gênero, começou, recentemente, o uso de inibidor de hormônio feminino, inicialmente para fins de tratamento de fluxo menstrual e cólica intensos, com acompanhamento da Ginecologia JFA. Demonstrou, para esta profissional, o interesse em usar *“um pouquinho de T”* (testosterona), que, segundo a médica, seria muito bom para amenizar os sintomas menstruais. Trindade comemora: *“Ai, que bom, vai resolver muita coisa na minha vida!”*. Mas, como essa médica disse não saber prescrevê-lo – *“se for mulher trans ela sabe, se for homem trans ela não faz a mínima ideia”* –, sugeriu que Trindade buscasse o acompanhamento de outro especialista.

Assim, na ocasião da entrevista para esta pesquisa, Trindade aguardava o agendamento de uma primeira consulta no Ambulatório Trans. Trindade relata não ter pressa: *“eu vou fazer tudo muito devagar, eu vou com muita, muita calma e também não sei se eu vou até o final, se vou parar no meio [...] a minha prioridade na minha vida é sempre o outro”*, reflete, colocando-se aberto para o seu processo de mudanças.

### **Itinerário terapêutico 3 – Teodora**

***“porque eu, né? Tinha um transtorno sério!”***

Teodora é uma mulher trans, tem 35 anos e reside em Juiz de Fora. Sobre quando começou a perceber essa relação com o seu corpo, com o seu gênero, ela relata que:

*a questão do corpo já era desde a infância. Vergonha do corpo, sem ter aquela noção total do por quê; eu sentia vergonha, do órgão que tinha, de ficar sem camisa, de ficar sem roupa na frente de meninos e homens. Desde que eu me entendo por gente; por volta de 4 a 5 anos, as primeiras lembranças que tenho. Só que eu não pensava nem que eu era menino ou era menina; eu era uma criança, sabe? Não tinha essa noção de ficar pensando, né? Era muita vergonha do corpo, isso sim.*

Recorda que desde os 11 anos de idade, sofria “*bullying homofóbico*” na escola. Discriminação esta “*que foi crescendo ao longo do tempo*”, apesar de não se ver homossexual. Nas palavras de Teodora:

*meu comportamento era divergente do que se esperava de um menino, né? Eu já sabia disso, e aquilo não me incomodava; incomodava as outras pessoas. E eu sabia que eu não tava errada, neste sentido, do meu comportamento ser diferente do esperado de um menino [...]. Aí fui crescendo e, por essa idade, quando comecei a sentir atração por homens, que aí que eu fui começar a entender, que eu não me vi gay, eu não sou gay.*

A descoberta da transexualidade aconteceu poucos anos depois: “*Eu me vi assim, que eu tive a certeza, assim, que eu era uma mulher, com 13 pra 14 anos, não foi assim da noite pro dia, e não foi um estalo também*”. Entretanto, iniciou mudanças no vestuário e deixou seus cabelos crescerem apenas entre os seus 23 e 24 anos: “*comecei a mesclar as roupas [...]; é claro que aí o preconceito ficou até mais escancarado, porque eu fiquei mais andrógono e mais feminina ainda, porque antes era o comportamento e agora começou as roupas*”. Ela esclarece que, neste período, ainda não fazia uso de hormônio:

*eu não convivia no meio LGBTI, então assim, eu não convivia com travestis ou com trans. Não sei se eu tivesse convivido se eu teria tido, mais nova, a coragem de usar, de começar a usar hormônio por conta própria [...]. Eu queria transformar meu corpo, mas não sabia como. Sabia da cirurgia sim, sonhava com a cirurgia. Mas eu não tinha muita noção da questão do hormônio, porque eu não conhecia ninguém pra me falar e também não buscava isso, e também não tinha acesso à internet; hoje em dia se pesquisa.*

Ao final de 2005, quando tinha entre 24 e 25 anos, soube da realização da cirurgia de transgenitalização pelo SUS, na região sul do Brasil. Foi quando procurou a ONG 1, em sua

cidade, para buscar maiores informações sobre a cirurgia. Lá ela foi orientada sobre o direito ao uso do nome social, que Teodora também desconhecia. Suas amigas já lhe chamavam, intimamente, por um nome feminino e isso lhe agradava, mas, nas suas palavras:

*não podia ser na frente de todo mundo, né? Porque eu não tinha assumido a identidade de gênero e as roupas também não estavam compatíveis também. E, naquela época, eu queria transformar o meu corpo para estar totalmente adequada, mas isso não foi necessariamente nessa ordem. Até que eu comecei com a questão das roupas. E eu achava que se eu fosse muito rápida também, se eu não tivesse as características que eu queria também, isso podia fazer com que eu chamasse mais atenção também, sofresse mais preconceito ainda também. Então foi tudo, assim, gradativamente e a falta de dinheiro também ajudou muito também a ser muito lento o processo de transição.*

No ano seguinte, em 2006, começou a frequentar a ONG 1 e, através das informações obtidas neste espaço, passou a compreender “o que era considerado transexualidade”, sobre o uso de hormônios e teve acesso às primeiras informações acerca da realização da cirurgia de redesignação sexual. Iniciou acompanhamento psicológico com a Psicologia ONG 1 no local. Ainda neste espaço, conheceu o Colaborador ONG 1, que trabalhava lá e também na ONG 2, e que conhecia uma pessoa que atuava como assistente social tanto na ONG 2, voluntariamente, quanto no SUS, na unidade de saúde JF3, onde já acompanhava “um homem trans”. Foi, então, passado para Teodora o endereço e o telefone de trabalho do Serviço Social JF3, no SUS.

Segundo Teodora, esta pessoa foi muito acolhedora, paciente e “fez aquilo que podia fazer”, mas “não sabia dos trâmites”, só conhecia esse homem trans, que não residia em Juiz de Fora, e por isso encaminhou Teodora para a unidade de saúde M1, da mesorregião Metropolitana de Belo Horizonte/MG. Antes disso, apresentou à Teodora o auxílio para TFD e levou-a até a unidade de saúde JF2, onde pode fazer sua inscrição e adquirir esse benefício para os deslocamentos necessários. O Serviço Social JF3 também lhe auxiliou com o agendamento de uma consulta com a Urologia JF1 na unidade de saúde JF1 (atenção básica), já que precisava de um encaminhamento médico para ter acesso ao TFD. Teodora relembra:

*eu fui morrendo de medo, eu tinha muito medo de médico, tinha muito medo mesmo, por causa do preconceito. Eu sofria preconceito no universo masculino; praticamente todos os homens que chegavam perto de mim era pra me atacar. Então, assim, eu pensava que um profissional da saúde poderia, com certeza, porque geralmente leva os preconceitos junto [...], mas eu fui porque eu queria passar pela cirurgia, e ele me recebeu muito bem.*

De posse do encaminhamento médico, foi agendada, pelo setor de TFD da unidade de saúde JF2, uma consulta com a Urologia M1 na unidade de saúde M1: *“a gente estava acreditando que fazia (a cirurgia de redesignação sexual) lá [...] Levamos essa demanda para o TFD e o TFD marcou; então achamos que realmente fazia”*. Teodora recebia requisições para o TFD, que trocava por passagens de ônibus. Isso ocorreu ao longo de toda a assistência recebida fora de seu município de origem.

Desta consulta, Teodora foi encaminhada para a unidade de saúde M2, na mesma cidade. Lá, a Urologia M2 disse que a cirurgia de redesignação sexual *“não estava sendo feita pelo SUS, o SUS não fazia, em lugar nenhum e que ela estava sendo feita numa clínica particular, lá em BH (Belo Horizonte), e me deu esse endereço da clínica particular”*. Ainda na unidade de saúde M2, Teodora viu, pela primeira vez, uma mulher trans, que soube que havia operado *“na tal clínica particular indicada”*, mas que fazia o acompanhamento pós-cirúrgico ali, com a Urologia M2. Retornou para Juiz de Fora *“super chateada, triste, achando que não ia conseguir”*, por isso ficou certo tempo sem procurar novamente o Serviço Social JF3.

No início de 2007, contudo, Teodora tornou a fazer contato com o Serviço Social JF3, que propôs tentarem acesso à cirurgia no município do estado 2, onde *“o tal homem trans já fazia acompanhamento para pleitear a cirurgia”*. Teodora foi novamente encaminhada pela Urologia JF1, agora para a unidade de saúde E2C. Contudo, já de posse do encaminhamento, Teodora nem chegou a ir, pois logo após soube que esta unidade já não realizava mais a cirurgia. Portanto, retornou à Urologia JF1 para obter novo encaminhamento, desta vez para a unidade de saúde E2B, também situada no município do estado 2, que foi indicada pela própria Urologia JF1. Por telefone, o Serviço Social JF3 agendou sua primeira consulta nesta nova unidade.

Assim, em abril de 2007, Teodora compareceu a sua primeira consulta com a Psiquiatria E2B. Deu-se, então, início ao acompanhamento psiquiátrico pelo período estabelecido de dois anos, com consultas trimestrais, que aconteciam por ordem de chegada ao local, e que tinham uma duração aproximada de, no máximo, dez minutos. Segundo Teodora, sempre lhe eram feitas as mesmas perguntas e não havia garantia alguma de que, ao final do período de dois anos, iria obter o laudo autorizando a cirurgia. Tudo isso lhe causou muita ansiedade e ela sempre se perguntava: *“como uma pessoa vai te avaliar pra uma coisa que é tão importante pra gente, né? E eram sempre as mesmas perguntas, como que eu tava, como tava minha vida amorosa, se eu tava trabalhando e essas coisas assim”*.

Sem conhecer bem a cidade onde consultava, Teodora saía de Juiz de Fora, de ônibus, sozinha ou com uma amiga (o que só aconteceu enquanto o TFD fornecia também a passagem para acompanhante), de madrugada e chegava ao destino antes do dia clarear. Aguardava amanhecer na rodoviária, para então se deslocar de ônibus rumo à unidade de saúde E2B. Segundo Teodora, a pessoa responsável por seu atendimento psicológico na ocasião, a Psicologia ONG1, lhe *“colocava medo”* de ir para outra cidade sozinha, sem conhecer; *“mas eu tive que encarar”*, completou Teodora, *“é o que eu quero, né, e eu não tenho dinheiro pra pagar”* (a cirurgia na rede particular).

A Psiquiatria E2B encaminhou Teodora para a Urologia E2B, na mesma unidade. Contudo, na ocasião (abril/2007) não estavam agendando consulta para esta especialidade. Apenas em outubro ou novembro de 2007, Teodora conseguiu consultar pela primeira vez com a Urologia E2B, que lhe deu *“parabéns”*, pois assumiu que é muito difícil chegar até este serviço de Urologia, até a unidade de saúde E2B e *“ingressar no Processo Transexualizador”*. Teodora confirmou que difícil *“realmente é, até hoje”*. Nesta consulta, ela recebeu os pedidos de exames laboratoriais e ficou acordado que, quando voltasse lá, em janeiro de 2008, se estivesse tudo certo com os resultados, seria iniciada a hormonioterapia.

Contudo, quando retornou à unidade, soube que esta consulta não havia sido marcada e a Urologia E2B não estava no local: *“estavam achando que eu tava inventando”*, disse Teodora. Ficaram, então, de enviar a receita dos hormônios por fax, mas isso também não aconteceu. Mas, como Teodora estava ansiosa para *“começar a transformar o corpo, diminuir a barba, os pelos”*, em maio de 2008, ela retornou na unidade de saúde E2B, sem agendar consulta. A Urologia E2B estava lá, mas não se lembrava dela. Sobre este episódio, Teodora destaca: *“a gente sabe que pra médico, psiquiatra, psicólogo, a maioria, não todos, a gente não regula [...] depois que a minha ficha caiu”*. Após ela mesma sugerir, resolveram buscar no prontuário dela o registro de sua consulta anterior e, assim, ver que *“a trans não era louca, mentirosa, fazendo de artifícios para burlar, pra pular as etapas”*, disse em tom irônico.

Após este episódio, finalmente, foram prescritos os hormônios. Mas, ainda se referindo à Urologia E2B, em relação à hormonioterapia, Teodora dia que *“eles passam essa mesma dosagem pra todo mundo”*, *“não faziam aquele acompanhamento de três em três meses, com os exames e tal, como deveria. Claro que não condeno, porque a demanda lá era muito grande, era muita gente”*. Mesmo assim, essa questão hormonal ainda não estava completamente resolvida, pois Teodora acreditava que a unidade de saúde E2B forneceria as medicações, mas isso não ocorreu. Inicialmente, foi com a ajuda financeira de sua mãe e

depois de uma amiga, que Teodora conseguiu fazer a hormonioterapia: “*eu não tava trabalhando, meus pais não tinham condição de ficar me bancando também, me ajudavam sim, o TFD dava a passagem (interestadual) e as passagens de ônibus lá dentro e o lanche era a minha família*”, lembra.

O Serviço Social JF3, então, orientou que Teodora judicializasse a demanda pela utilização de hormônios e pleiteasse a aquisição gratuita desses medicamentos. Para tanto, ela deu entrada em um processo, pela Defensoria do Estado de Minas Gerais, e, em nove meses, conquistou o direito vitalício aos medicamentos hormonais. Desde então, os hormônios são retirados na farmácia do Estado. Teodora afirma que “*o processo foi rápido porque me trazia sofrimento*”, sendo este sofrimento comprovado através dos seguintes laudos, todos incluídos no processo: laudo do Serviço Social JF3; da Psicologia JFCP, com quem estava em acompanhamento na unidade de saúde coparticipante da pesquisa; da Urologia E2B e da Psiquiatria E2B, sendo este último crucial já que atestava que Teodora apresentava um diagnóstico psiquiátrico. Em suas palavras, constava neste laudo o diagnóstico de:

*Transtorno de Identidade de Gênero, CID F64; isso ajudou a legitimar o Estado a me fornecer; porque eu, né? Tinha um transtorno sério! E essas características primárias e secundárias me traziam sofrimento. Então, assim, o hormônio iria amenizar esse sofrimento, por isso pedi até pro processo andar rápido, pra diminuir esse sofrimento [...]. Infelizmente tem que ter o laudo; o laudo legitimou a sair a decisão judicial.*

Já o tão esperado laudo da Psiquiatria E2B, para que Teodora pudesse ter acesso à cirurgia de redesignação sexual pelo SUS, foi emitido em 2009. Teodora lembra: “*pra mim foi muito sofrido porque até eu conseguir o laudo eu pensava - será que eu vou conseguir? Será que vai me dar o diagnóstico?*”. Ela ainda retomou em seu relato o quanto as demandas trans, na prática do cuidado, extrapolam o protocolo de assistência do Processo Transexualizador:

*eu entrei no Processo em 2007, né? No Processo Transexualizador. Peguei o laudo em 2009 e até 2011 eu ainda tinha que usar roupas andrógenas, em razão da barba. Aí em 2009 eu tive uma crise depressiva fortíssima. Aí eu faço tratamento, até hoje, com antidepressivo por causa de todos esses sofrimentos. Não vou falar que foi por isso em específico, não, foram vários: a espera muito longa, o meu sofrimento com o corpo, o preconceito que eu sofria, que era extremo, a lentidão do SUS e da justiça, então, assim, foi um conjunto. Eu cheguei a acreditar naquele momento que eu não ia conseguir a cirurgia, que eu não ia sair daquele buraco.*

Por isso, neste período, teve auxílio intensivo da Psicologia JFCP, do Serviço Social JF3 e da Psicologia JF3, também da unidade de saúde JF3, que, durante a crise depressiva, chegaram a agendar para Teodora uma consulta com psiquiatra num Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Juiz de Fora, que aconteceria apenas daí há dois ou três meses. Mas, diante da gravidade e da persistência dos sintomas depressivos, foi agendada para Teodora uma consulta com uma pessoa já conhecida deste grupo de profissionais, a Psiquiatria JF5, que atua na unidade de saúde JF5. Teodora ressalta que tiveram o cuidado de marcar com alguém atento às questões trans, tendo em vista que *“estavam com medo de cair na mão de um psiquiatra que achasse que aquela crise toda que eu tava sofrendo era do transtorno”*; segundo ela *“já tinha um caso de uma pessoa trans interditada aqui em Juiz de Fora”*. Teodora diz que foi muito bem atendida pela Psiquiatria JF5, entretanto, afirma:

*o ansiolítico começou a fazer efeito, mas o sofrimento tava ali, tava ali. Assim, pra eu realmente entrar em equilíbrio de novo, eu nem sei quanto tempo pra te falar, o total, foi muito mais de um ano; talvez tenha sido até mais de dois anos, pra eu entrar, realmente, no meu equilíbrio mesmo. Eu fui voltando aos poucos.*

Na época, desconfiou-se de que o tratamento hormonal poderia ter potencializado a depressão, pois, segundo Teodora, *“tava inibindo a testosterona ao máximo e um dos efeitos do tratamento hormonal é a questão da sensibilidade mesmo”*. Por isto, ela também procurou pelos profissionais da unidade de saúde E2B. Sobre isto, relatou:

*é interessante que eu sabia que, procurando e falando da depressão, eles poderiam ficar meio assim, sabe: ‘- será que essa pessoa pode passar pela cirurgia?’. Eu quis procurar, mas eu sabia que corria o risco, porque tudo é motivo pra falar: ‘- ela é louca mesmo, não vai aguentar a cirurgia ou vai se arrepender’. Eu fiz muito isso, também, porque eu demorei a melhorar cem por cento.*

Contudo, para surpresa de Teodora, a Psiquiatria E2B disse não acreditar nessa relação entre o uso de hormônios e a depressão, valorizando o fato dela ter buscado o tratamento da depressão. A Urologia E2B também não confirmou esta possibilidade. Concomitantemente, Teodora continuou sua trajetória tentando *“resolver o problema da barba”*, como afirma no excerto a seguir:

*Eu procurei saber da questão do laser; eles me informaram que lá (unidade de saúde E2C) tinha um aparelho, mas que eles davam prioridade pra pessoas que tinham problema de pele. Então, assim, a fila era muito grande [...] eu poderia começar um tratamento lá, mas não era garantido que seria*

*o necessário para acabar com os pelos, uma sessão por mês [...]. Até poderiam tentar, não era certo, não era esse o procedimento que tinha, mas poderiam tentar.*

Dessa forma, novamente, Teodora procurou a Defensoria para fins de judicializar o direito ao tratamento a laser, após já ter adquirido o direito aos hormônios. Foi orientada pela funcionária a anexar o maior número de laudos possível: laudo psiquiátrico do Processo Transexualizador; laudo médico de que estava na fila de espera para a cirurgia de transgenitalização, o qual não conseguiu, pois a Urologia E2B disse que não competia a esta especialidade esse tipo de parecer; laudo psicológico; laudo social; laudo da Psiquiatria JF5, que tratava sua depressão; e laudo dermatológico, o qual também obteve resistência por parte da Dermatologia JF2, que atua na unidade de saúde JF2, com quem fazia tratamento em razão da queda de cabelo, ocasionada pela depressão; por fim, conseguiu este último laudo. Ganhou o processo e, em maio de 2013, só após a cirurgia de redesignação sexual, deu início às dez sessões de laser, uma a cada mês, na clínica particular JFB, conveniada à Prefeitura de Juiz de Fora. Teodora, entretanto, fez a seguinte observação, apontando disparidades na equidade do acesso ao tratamento a laser:

*O mais interessante é que o SUS daqui de Juiz de Fora oferecia esse tratamento para mulheres com ovário policístico, mulheres que desenvolvem hirsutismo e a Prefeitura se defendeu: eles negaram, eles relutaram durante um ano depois da decisão. Só faria sentido eles concederem depois da cirurgia, porque aí sim eu seria uma mulher. Pra eles eu não era uma mulher, tinha que ter a genitália lá pra falar que era uma mulher, porque só concedia pra mulher, ainda tive que escutar isso. Dito e feito, eu consegui em 2012 e nunca foram multados, tinham que ser multados e a Defensoria não multou isso.*

Teodora relata que também teve contato com a Psicologia E2B, na unidade de saúde E2B, em 2011, um ano antes da data prevista para a cirurgia de redesignação sexual, que deveria ter sido realizada em 2012, mas por problemas estruturais da unidade, foi adiada para 2013. Os encontros eram mensais e em grupo. Segundo Teodora, nestes encontros, a Psicologia E2B tinha por intenção, em suas palavras:

*falar com a gente sobre, especificamente, a cirurgia, pra ver se a gente tava preparada emocionalmente pra cirurgia. Eu fiquei um ano indo lá, uma vez por mês. Eu tive essa oportunidade; eu ia pelo TFD e se eu estivesse trabalhando ia ser meio complicado. E foi muito importante, o trabalho foi bacana, pra explicar que, por mais que a gente queira a cirurgia, a gente nunca teve aquela configuração da genitália; que a gente teria que*

*reaprender a lidar com aquele órgão e com a questão, não só fisiológica, estética, mas a questão do prazer.*

Em 2013, Teodora passou pela cirurgia de redesignação sexual, mas lembra com muita tristeza que: *“eu opereei de barba, a barba cresceu quando eu tava no hospital”*. Ela ainda lamenta: *“isso foi muito sofrido pra mim”, “a gente fica sensível, não tem como não ficar sensível”*. Disse ter solicitado, durante a internação, o auxílio das enfermeiras para que fizessem sua barba. Porém, disseram que não sabiam fazer; exceto uma que já havia feito em um único paciente, em outra instituição. Assim, apenas quando Teodora esteve em condições de se levantar do leito hospitalar, ela própria conseguiu fazer a barba satisfatoriamente.

Após a cirurgia, Teodora seguiu fazendo acompanhamento pós-cirúrgico na unidade de saúde E2B, que acontecia uma vez ao ano, quando então também eram apresentados exames para controle das taxas hormonais. Atualmente, ela declara estar muito bem e fazer apenas acompanhamento no Ambulatório Trans, para monitoramento do tratamento hormonal. Teodora também participa assiduamente do VisiTrans desde a origem do grupo.

#### **Itinerário terapêutico 4 – Teresa**

*“eu gostaria de não ter que me esconder.”*

Teresa é uma mulher transgênero, de 20 anos, que reside em Juiz de Fora. Relata que entre seus 13 e 14 anos começou a se sentir desconfortável: *“comecei a perceber as coisas ao meu redor e eu não me sentia bem, mas eu preferi fingir que nada tava acontecendo; até que eu não aguentei mais e comecei a procurar ajuda psicológica”*. Já havia pesquisado sobre transexualidade antes, mas não queria aceitar essa identidade. Buscou ajuda psicológica com a Psicologia JFC, em consultório particular, para tentar entender o que se passava consigo. Esta profissional lhe encaminhou para o grupo VisiTrans, cujos encontros Teresa frequenta há aproximadamente 1 ano. Menciona que fora do contexto deste grupo não tem contato com outras pessoas trans.

Foi através da equipe deste projeto que obteve encaminhamento para atendimento no Ambulatório Trans. Em acompanhamento médico lá, relatou que havia cinco meses, na ocasião da entrevista, que tinha começado a fazer uso de inibidor de hormônio. Sobre os atendimentos dessa frente de cuidados avalia: *“lá as pessoas foram instruídas, eu acho que o local é próprio pra isso”*.

Teresa também já frequentou a unidade de saúde JF4 e, atualmente, frequenta a unidade de saúde JF2, para fazer os exames laboratoriais sempre que solicitados, onde disse ser “*meio complicado*” de frequentar. Relata que nunca passou por situação constrangedora em serviços de saúde, mas destaca a falta de preparo de alguns profissionais para receber pessoas trans: “*às vezes eles ficam perdidos*”.

Teresa também falou sobre o desejo de passar por cirurgias de feminização facial: “*tem algumas coisas que eu acho que seriam cabíveis*”; tem bastante interesse de fazer a cirurgia de redesignação sexual, o que considera ter feito ela “*parar pra perceber que alguma coisa tava errada*”. Entretanto, ela ainda não buscou, efetivamente, por estes procedimentos, pois sua “*situação em casa não é muito confortável [...] eu gostaria de não ter que me esconder no local que eu moro [...], dentro de casa eu não me sinto confortável, então não é algo que eu acho que seja a hora de se fazer*”, diz.

### **Itinerário terapêutico 5 – Tiffany**

#### **“E eu esqueço?”**

Tiffany é uma mulher de 25 anos, residente em Juiz de Fora. Percebe o início de sua transição entre seus 9 e 10 anos de idade, quando iniciou questionamentos sobre gênero com sua mãe e também na escola. Aos 10 anos “*já não vestia roupa de menino mais, vestia roupa de menina*”. Desde os 12 anos faz uso de hormônios – sendo que no início se automedicava e, mais recentemente, passou a fazer acompanhamento médico. Em suas palavras:

*eu sei o que que é bom pra mim, o que que é ruim pra mim, eu tinha isso na minha mente, entendeu? Eu tentava buscar um ginecologista, só que eu não sabia que ginecologista atendia isso (hormonioterapia). Me indicaram um endocrinologista e eu marquei várias consultas e chegou na hora eu não fui [...] Porque eu sabia a dosagem, eu não ia assim, entendeu? Eu sabia o tanto que eu ia tomar, eu falava não... eu estudava.*

Certa vez, chegou a ir a uma médica, na rede particular, para fins de acompanhamento hormonal. Sobre tal situação, Tiffany relembra que:

*quando ela soube que eu era trans, ela fez ignorância comigo [...]. Ela falou, assim, que era falta de vergonha na minha cara - e era particular -, ela falou que eu tava precisando de caçar um... um tratamento. Aí eu olhei pra cara dela e falei: eu não vou discutir com você, sabe por que? Porque*

*eu tô procurando ajuda, não tô procurando quem joga as coisas na minha cara e quem me julga. Se você não pode me ajudar, bom serviço pra você!*

Por volta de seus 18 anos, uma amiga, que é professora, lhe encaminhou para a unidade intersetorial JF7 e lhe apresentou a Psicologia JF7, com quem até hoje faz acompanhamento psicológico; foi quem lhe acolheu e explicou sobre o Processo Transexualizador – “lá que eu fui saber dos meus direitos e do cartão do SUS”. Tiffany deseja passar pela cirurgia de redesignação sexual: “pra mim eu não sou uma mulher completa”, “eu não gosto de me tocar, eu tenho nojo, não aceito”. No decorrer da entrevista, apresentou grande insatisfação e conflitos com o próprio corpo, como pode ser ilustrado pelo excerto a seguir:

*eu não gosto da minha parte da frente... porque eu sou uma menina, entendeu? E, assim, eu não quero me operar porque eu passei da hora de operar também, né? Porque eu sei muito bem o que eu quero da minha vida... não tem mais o que esperar, eu não vou querer voltar atrás se algum dia eu operar. Eu vou ficar muito feliz, porque eu quero fazer a cirurgia pra mim e não pra sociedade, é pra mim se sentir bem com aquilo, porque eu brinco, eu rio, eu divirto, mas eu não pegava pra lavar, eu tinha nojo de mim... eu não aceito, entendeu? Eu não aceito, eu não gosto, eu não gosto, eu tirando a roupa pra tomar banho eu não fico feliz... Mas é uma coisa que demora, eu não tenho paciência pra ficar esperando, eu também não tenho dinheiro pra pagar, que é caro, particular. Sei que particular seria bem mais fácil do que pelo SUS, entendeu? Eu vou tentando me levar, mas eu não me aceito, eu não aceito, assim, como que eu sou... é uma parte minha como se estivesse morta... pronta pra tirar e eu quero fazer pra mim mesma ... pra me sentir bem.*

Quando ingressou no grupo VisiTrans, foi encaminhada para o Ambulatório Trans e segue em acompanhamento médico (hormonioterapia). Segundo Tiffany, “lá eu não tenho nada a reclamar de lá... não tem problema nenhum, não precisa ter vergonha, eles te chamam pelo nome... prefiro mil vezes lá e particular, porque particular eles aceitam mais a gente do que a rede pública, porque a rede pública não aceita”. A participante ilustrou essa sua percepção a partir de alguns fragmentos de experiências ruins no contexto da saúde, tanto na rede pública quanto na privada. Ao longo da entrevista ela retomou, por algumas vezes, a sua insatisfação com seu corpo e o seu desejo por mudanças:

*Teve uns dias aí pra trás que eu não queria viver mais; a porque vai demorar, não vou conseguir operar, não gosto da minha frente, não aceito, entendeu? Não quero mais sair... falei, não quero mais nada... foi quando aí eu conversei com a Psicologia JF7 e ela conversou comigo, aí eu fui voltando, entendeu? A voltar o que eu tinha que fazer, pra esquecer um pouco também de mim. E eu esqueço? Vou trabalhar, vou vim aqui, eu*

*esqueço. Mas eu vou tomar banho, acabou a minha vida; é só eu ir tomar banho que eu não gosto.*

Entretanto, Tiffany ainda não buscou efetivamente acessar nenhuma Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador, nem a rede particular, para averiguar sobre a cirurgia de redesignação sexual.

### **Itinerário terapêutico 6 - Tácio**

***“você não tá a fim de viver aquilo.”***

Tácio é um trans homem, de 29 anos, residente em Juiz de Fora. Conta que entre os seus seis ou sete anos de idade ele já se identificava como um menino: *“eu gostava de brincar com meninos, soltava pipa, jogava bola sem camisa, pra mim era tudo normal; começou a dificultar quando o meu corpo foi modificando”*. Na ocasião, sua família não o ajudou em nada neste processo; pelo contrário, piorou ainda mais a situação, segundo ele. Hoje tem o apoio de alguns familiares, mas outros ainda o discriminam.

Ele reflete sobre o processo de descobertas de si e sobre a sua transição que, no momento da entrevista, estava bem no início: *“eu nunca aceitei o meu nome, nem meu corpo, nem minha vida... mas, eu não entendia muito, né? Como eu faria isso... a única coisa que eu pensava: poxa, se eu fizer isso as pessoas vão rir da minha cara, não vão aceitar, entendeu? Como agora eu tenho esse acolhimento pra mim é mais fácil”*, referindo-se ao grupo VisiTrans, que frequenta há dois meses. Recorda que descobriu o grupo por intermédio de um amigo trans.

Segundo Tácio, sua participação nos encontros do grupo VisiTrans foi fundamental para que ele começasse a se assumir como uma pessoa trans: *“comecei a me identificar mais com o meu gênero depois que eu entrei nesse grupo, antes eu não sabia exatamente me definir, o que eu era [...] consegui esclarecer mais as minhas dúvidas depois que eu entrei no grupo”*, o que ocorrera há dois meses antes de conceder esta entrevista. Foi quando também iniciou o uso de seu nome social. Ele resume suas expectativas para essa nova fase de sua vida: *“agora eu tô com muita coragem e eu vou sem olhar para trás”*.

Por intermédio do grupo, foi encaminhado pela equipe do projeto para acompanhamento no Ambulatório Trans, para dar início ao tratamento hormonal. Na ocasião da entrevista, Tácio aguardava a data da primeira consulta. Segundo ele, também está

juntando dinheiro para fazer a cirurgia de mastectomia, que pretende realizar em instituição particular, pois, em suas palavras, “*pelo SUS demora muito, muito*”. Ele reflete que: “*por você não aceitar o seu corpo, [...] você não tá a fim de viver aquilo, você se olha no espelho e não se aceita, então quanto mais rápido você puder fazer isso e terminar logo essa transição, melhor. Então se for pelo SUS vai demorar mais*”. Tácio relata ter dois amigos trans, de outros estados, que já fizeram o processo de transição pela rede particular:

*passaram aperto pra poder pagar, mas preferiram particular [...] fizeram a mastectomia, tiraram útero e ovário, e aí fizeram tratamento hormonal, mas tudo no particular [...]. Eu, se pudesse, faria; foi uma coisa rápida. Eu pretendo, a cirurgia (de redesignação sexual) não, mas a mastectomia eu pretendo no particular; mas psicólogo, tratamento hormonal eu pretendo pelo SUS, até porque minha condição financeira não permite.*

Apesar de ter conseguido acessar prontamente o tratamento hormonal no Ambulatório Trans, através do VisiTrans, Tácio acredita que a transexualidade ainda seja pouco conhecida em Juiz de Fora. Assim, em suas palavras:

*o atendimento também você não acha em qualquer lugar. Você tem que pesquisar bastante pra achar; tanto que a maioria das pessoas saem de Juiz de Fora pra conseguir o tratamento em outro lugar, né? [...] Poderiam estudar mais sobre isso, né? Ter mais atendimento ao grupo transexual, porque se você for ver, em relação a antigamente, tá crescendo, né? Tá crescendo com o tempo, então precisamos de atendimento nessa área, não precisar sair da cidade que a gente mora pra ir pra outra conseguir atendimento.*

Tácio finaliza a entrevista dizendo que no contexto dos cuidados em saúde para as pessoas trans considera “*um bom atendimento, como atendem a todos, porque nós não somos diferentes de ninguém, somos iguais, somos de carne e osso, então acho que deveria ter atenção pro nosso lado também, um atendimento melhor*”, reitera.

### **Itinerário terapêutico 7 – Ticiane**

***“eu tenho medo até hoje disso dar problema!”***

Ticiane tem 52 anos, reside em Juiz de Fora, e se reconhece como “*homem*”, “*gay*”, pois segundo ela “*eu sou homem gente, não tem jeito deu falar que eu sou mulher não*” (risos). Explicou que desde os seus 15 anos de idade já transitava em um universo mais

feminino – “já era mesmo de mim” –, e diz que suas “amigas já eram todas mais femininas”. Começou a tomar hormônio por conta própria nesta idade e suspendeu aos 18 anos, quando então teve que se apresentar ao Exército, tendo servido por um ano. Após esse período, iniciou o uso de hormônio novamente, também sem orientação médica – “eu tomava pouco hormônio, assim, menos, porque o hormônio ele deixa a gente feminina, mas cansa”. Segundo Ticiane, nesta época, “fazia aquela linha meio sereia, meio tubarão, assim, sabe, entendeu?”.

Entre os seus 20 e 25 anos fez outras intervenções no corpo; relatou ter colocado “silicone no quadril”, com uma “amiga”. Em suas palavras:

*ela era, assim, ela era quase uma médica, ela fez uns cursos de enfermagem, umas coisas, ela era muito boa, ela, por exemplo, ela fazia quase que só mulher. Não era igual hoje que parece que o silicone juntou com o metacrilato, não sei o que [...] é injetado, líquido, que eu tenho medo até hoje disso dar problema! (risos). Várias amigas minhas já deu problema, tão deformadas.*

Aos 25 anos foi viver na Europa: “aí já tomava duas injeções de hormônio, uma num braço, outra no outro. Naquela época não era igual hoje, essa coisa, essa informação toda, qualquer farmácia aplicava, entendeu? Eu tinha amigas também que aplicavam”. Ainda sobre o uso de hormônio, acrescenta que, por alguns momentos, diminuía a dosagem, pois se percebia mais indisposta e relacionava isso à medicação.

Enquanto falava com saudade dessa temporada fora do Brasil, me mostrava em seu celular algumas fotos dela em diferentes e elegantes produções, todas muito femininas, e descrevia outras intervenções pelas quais passou: colocou prótese nos lábios, “metacrilato”, fez *lifting* no rosto – “naquela época usava”, explica; colocou também próteses na testa, fez laser para eliminar a barba e cirurgia nas pálpebras; tudo feito na Europa. Mas ressalta: “não coloquei prótese nos seios por causa da minha família” e também porque, segundo ela, “tinha que ter continuado o processo de hormônio desde novinho, desde os 15, continuado, pra ficar bem feminina, assim, do jeito que eu achava que tinha que ser, porque eu sempre fui muito exigente com essas coisas”. Mesmo recorrendo a estas intervenções no corpo, Ticiane ressalta: “eu sempre fui muito econômica, por eu ser assim, eu sempre achei que eu ia ter que ter dinheiro”.

Atualmente não faz uso de hormônio, mas demonstrou interesse em consultar futuramente no Ambulatório Trans, que até então desconhecia, para acompanhamento clínico

de rotina. Não tem conhecimento sobre o Processo Transexualizador, “*nunca ouvi falar de ninguém que conseguiu*”, afirma.

### **Itinerário terapêutico 8 – Taís**

*“Mas, quando vai me chamar lá dentro, não é não...”*

Taís é uma mulher de 26 anos, residente em um município da Zona da Mata. Sobre a descoberta da transexualidade relata que com “*13, 14 anos eu percebia, né? Mas eu fui me transformar mesmo com 15, que comecei a usar roupa feminina, deixar o cabelo crescer, essas coisas*”. Entre os seus 23 e 24 anos iniciou o uso de hormônio por conta própria. Não buscou acompanhamento médico, porque não sabia que era ofertado pelo SUS. Revela o desejo de “*mudar mais, ficar mais afeminada, essas coisas, né? Silicone, transformação de sexo, tudo, assim*”.

Contudo, disse que tem “*um pouco de receio*” quando precisa ir a um serviço de saúde, porque, segundo Taís, “*tem lugar que me chamam com meu nome social, tem lugar que não; eu peço, mas eles não querem, não querem [...] os médicos preferem me chamar pelo meu nome de Taís, né? Mas, quando vai me chamar lá dentro, não é não, é com meu nome de registro normal*”. Por conta de situações como esta, Taís afirmou: “*às vezes eu fico até sem graça de vir*”.

Apesar de conhecer algumas pessoas trans, não tem um contato próximo com elas e, por isso, relata desconhecer totalmente o que seja o Processo Transexualizador no SUS – “*não faço a mínima ideia [...] eu não sei nem por onde começar; eu sei que começa por hormônio, e aí depois psicólogo, essas coisas, né? Depois que você vai fazer a cirurgia e tal*”.

Certa vez, solicitou a um médico do posto de saúde um encaminhamento para endocrinologista, para fins de acompanhamento hormonal. Entretanto, relatou que “*até hoje não saiu, me deram um encaminhamento, fui no clínico geral, mas até hoje não saiu a consulta. Aí eu fiquei perdida e nem fui mais, nem fui procurar saber também não*”. Após a entrevista, orientei Taís sobre a possibilidade de acompanhamento médico no Ambulatório Trans, tendo ela demonstrado interesse em conhecer.

### **Itinerário terapêutico 9 – Taila**

***“Agora que eu to entrando no meio desse mundo...”***

Taila é uma mulher de 18 anos, que reside em Juiz de Fora. Diz que desde os seus 7 anos de idade já se identificava como uma menina. Em suas palavras:

*até mesmo porque eu nunca brinquei de carrinho, sempre eu colocava roupa, desde os quatro anos de idade, eu colocava roupa, colocava salto da minha mãe [...] aí minha mãe foi percebendo. Eu não cheguei na minha mãe e falei assim: ‘- a eu quero virar mulher’. Com o tempo eu já tava sendo.*

Desse período de sua vida ainda lembrou: *“a minha mãe ia no centro, ela comprava roupa pra todo mundo e ela já trazia roupa feminina pra mim desde os sete anos”*. Da mesma forma, relatou que teve um bom acolhimento de sua escolha por toda a família.

Desde 2014, aproximadamente, faz acompanhamento médico mensal na unidade intersetorial JF8 e, agora, no Ambulatório Trans. A partir de então, que começou a fazer uso de hormônio. Chegou até estes locais de assistência por intermédio de encaminhamentos do grupo VisiTrans, que passou a frequentar por intermédio de sua irmã, que conhecia uma pessoa da equipe.

Taila falou sobre o desejo de colocar próteses de silicone nos seios e também de fazer a cirurgia de redesignação sexual. Por meio das informações compartilhadas no grupo VisiTrans, já obteve alguns direcionamentos sobre o ingresso no Processo Transexualizador pelo SUS. Disse que irá *“começar a fazer o tratamento de três em três meses, durante dois anos”* e estar muito feliz: *“eu acho que quando operar vou ser a pessoa mais feliz do mundo”*. Taila considera fundamental o espaço de troca e empoderamento ofertado pelo grupo e lembrou:

*quando eu comecei a ter informações mesmo foi quando eu comecei vir no VisiTrans. Eu era muito escondida, tipo assim, ninguém sabia que eu era trans, eu não contava pra ninguém, eu não contava pra ninguém. Eu não sabia nem o que era ser trans. Agora que eu to entrando no meio desse mundo, que eu to me assumindo. Eu não me aceitava como trans. Eu falava: sou mulher, sou mulher. Daí eu não falava pra ninguém. Agora eu tenho orgulho de falar – eu sou trans!*

Taila percebe a lacuna que existe no atendimento à saúde de pessoas trans, principalmente, em relação ao respeito ao uso do nome social por parte de recepcionistas e de médicos nas instituições de saúde, pois mesmo chamando pelo nome social, por vezes, a pessoa é tratada por “ele”. Nas palavras dela: *“aí não adianta chamar pelo nome feminino,*

*uai; eu acho que tinha que... aprender a falar! Conversar com as pessoas trans!”*. Taila diz ter plano de saúde, mas que prefere utilizar os serviços do SUS. Relaciona sua escolha ao fato de ser bem atendida nas instituições públicas de saúde que já acessou, porque, segundo ela: *“eles não sabem que eu sou trans”*, justificou.

### **Itinerário terapêutico 10 – Tessa**

***“e daí evoluiu, não parei mais!”***

Tessa é uma trans, tem 29 anos, e reside em Juiz de Fora. Ao resgatar lembranças das primeiras percepções sobre sua identidade, afirma: *“me descobri gay com 15 anos. Tinha uma boate aqui, eu comecei a me montar, a fazer show de drag. Depois eu fui participar de um miss. Comecei a tomar hormônio e daí evoluiu, não parei mais!”*. Sobre o uso de hormônio disse:

*eu comecei por conta, porque as outras falam, né? – tem que tomar isso, isso... e, aos poucos, a gente vai, automaticamente, pesquisando, procurando, lendo; pelo menos eu, não sei as outras. Mas eu li sobre, pra saber o que tem que tomar e nunca exagerei, nunca foi em dose altíssima, sempre foi dentro do limite do que uma pessoa tem que tomar, dentro do que tá na bula. Porque eu sei que depois vai trazer consequências, então não arrisco não, eu gosto de cuidar da minha saúde.*

Atualmente, faz acompanhamento clínico (hormonioterapia) no Ambulatório Trans. Relata que, em 2013, fez implantação de próteses de silicone nos seios, na clínica particular ZM1, com a Cirurgia Plástica ZM1. Segundo ela, *“a maioria vai lá, porque além de ser mais barato do que aqui (Juiz de Fora), o médico é o bom, é o melhor, é o melhor da região, não tem erro”*. Sobre os trâmites para ingressar no Processo Transexualizador pelo SUS, Tessa diz que não tem conhecimento aprofundado, *“justamente pela minha falta de interesse de operar”*. Ela ainda completou:

*eu tenho amigas trans, eu tenho contato com elas, por ter ido no grupo (VisiTrans) [...], pela minha vivência, né, pelo convívio a gente acaba tendo. As meninas pesquisam também, a gente fica sabendo de direitos [...]. A gente até pesquisa, fica sabendo de outras, da cirurgia, como é feita, né? Passa na televisão também, mas ninguém que tenha buscado [...]. Justamente pela minha falta de interesse de querer operar, fico sabendo do básico só, mas não entro a fundo, pela falta de interesse mesmo.*

Tessa falou sobre o preconceito que pessoas trans sofrem nos serviços de saúde e do seu incômodo com pessoas que *“não tem esse bom senso de perguntar – como é que você quer ser chamado? Chamam pelo nome que tá lá no papel e acabou [...] depende da pessoa que tá atendendo e não do lugar. O que ajuda é o meu cartão do SUS, que tá com o nome social”*. Já em relação a profissionais de Medicina, Tessa teve experiências mais positivas: *“é difícil esbarrar com algum que trate mal, ou que trate com indiferença, ou que não saiba tratar; eu acho que todo médico é muito bem estudado, tem consciência das coisas”*, explicou.

### Itinerário terapêutico 11 – Tônia

***“ah, então vamo!”***

Tônia é uma travesti, tem 40 anos de idade e reside em um município da Zona da Mata. Lembra que *“de criança”*, por volta de seus 9 anos, já se reconhecia como uma menina. Nas suas palavras:

*o negócio não era namorada, era o namoradinho, era o brincar com os meninos, era fazer o tal do troca troca, coisas de criança, e daí eu nunca mais eu saí. Até tentei ter experiência com mulher, mas não deu, não vingou, realmente não é o que eu gosto. To feliz, a minha família me aceita [...]. No início foi meio complicado, mas, depois, tudo conversado é entendido.*

Explicou que desde bem *“novinha”* já convivia com travestis, no salão de beleza de uma familiar. Nas suas palavras, ele trouxe uma passagem desta época:

*elas falavam muito sobre essa tal de Itália, Itália, Itália e eu pensando comigo, né? Eu lá e elas olhando, doida pra me namorar, achando que... e eu só catando (risos). Fiz 18 anos... eu vou é tirar meu passaporte, vou ver o que tem nessa Itália (risos); e realmente é um lugar maravilhoso, se você tiver uma boa cabeça, você vende lá bem.*

Assim, em 1997, foi para a Europa, onde morou por cinco anos. Ainda por lá, em 1999, relata ter feito algumas intervenções em seu corpo e ter colocado:

*um pouco de silicone nos seios, industrial, injetado; uma travesti do meio da gente, entendeu? Colocou um copo em cada peito meu. Fiz boca, nariz, bochecha, tudo silicone industrial. Corpo não quis mexer, porque na época ainda tava boazinha, entendeu? Não tinha sete meses ainda (risos).*

Tônia ficou satisfeita com o resultado e disse nunca ter tido complicações por ter feito estes procedimentos. Mas, explicou as diferenças que percebe entre as aplicações feitas no Brasil e na Europa:

*aqui (Brasil) antigamente colocava era um copo na cara, né? Aqui elas aplicavam era uma seringa de 20 ml dividia pra duas partes do corpo. Por isso aquelas travesti antiga tinham aquele bochechão. Na Europa não, lá elas são bem... pelo menos a que mexeu comigo, ela falou: ‘- não, é só mesmo pra feminizar mais, você não vai ficar com nada de fofão’. Aí eu falei: ‘- ah, então vamo!’. Aí tomei as agulhada; não doeu; fiquei inchada, minha boca ficou desse tamanho; eu desesperada!*

Por algumas vezes, Tônia disse fazer uso de “*muito hormônio*” e que nunca fez acompanhamento médico, nem mesmo obteve informações com amigas sobre o uso, como foi recorrente nos relatos desta pesquisa. Segundo ela: “*chego na farmácia, me dá aí duas Perlutan e duas caixas de Ciclo 21*”. Demonstrou interesse em ingressar no Ambulatório Trans, que desconhecia até o momento. Faz tratamentos de saúde para três doenças crônicas, sendo um deles na unidade de saúde coparticipante da pesquisa, onde nos encontramos para esta entrevista. Sobre o Processo Transsexualizador, ela diz já ter ouvido falar “*por alto*”, mas nunca procurou saber. Entretanto, confessou, em suas palavras, que:

*Vou te falar uma verdade: ultimamente eu tenho entrado isso na minha cabeça, entendeu? Não sei, assim, uns 44-45 anos, operar. Eu penso, porque daqui a quatro, cinco anos, é bom que para tudo, entendeu? Os meus hormônio vai parar, eu vou parar, eu já quase não tenho ereção mesmo, não me faz falta, eu gosto de ser mulher, entendeu? Sempre tive essa vontadezinha lá no íntimozinho, lá no fundo. Só que eu acho assim, que pra operar tem que ser assim... uma garota, uma mulher, não é será que é, será que não é. Não tem graça. Como eu já vi várias coisas tenebrosas operadas, eu já pensei... tem uma que eu olhei e eu falei: ‘- gente, que desgraça é essa? É um homem de buceta, gente? Não tem graça, quem vai querer aquilo? Já não vai querer como um viado, ainda mais com buceta, só louco, só em porta de botequim de bêbado mesmo, entendeu?’. Já é uma mutilação, porque não é uma operação. A gente tem que pensar muito, muito bem a respeito. Eu já conversei, outro dia mesmo, sentei com a minha mãe pra conversar sobre isso. A minha mãe falou assim: ‘- você já é doido meu filho, cê vai ficar pior!’ Eu falei: ‘- mãe, quem sabe conserta?’ (risos).*

Tônia descreve uma situação de desrespeito que sofreu dentro de uma repartição pública de sua cidade, na presença de várias pessoas, quando foi solicitar o seu cartão do SUS com seu nome social. Relata que procurou o departamento de saúde da prefeitura de sua cidade e uma funcionária de lá disse que ela “*era louca*” e que deveria passar pela cirurgia de redesignação sexual antes de solicitar a mudança do nome. Tônia, diante disso, contou que:

*“Pintei com ela, eu falei: – você é louca, minha filha? Você tem que se informar! Aí eu cheguei e falei: - tem uma lei nova que dá o direito a gente de colocar o nome feminino também”. Tônia acrescenta que a funcionária tornou a ofendê-la: “Cê é louca, cê é homem, cê tem que criar vergonha na cara, vai operar, vai cortar isso”. Na sequência, Tônia contou que se alterou ainda mais: “Eu levantei e fiquei louca com ela, louca, louca, louca, sabe o que é um viado perder a linha? [...] Aí eu arrumei um cartaz grandão, na época tinha saído uns cartaz grandão, levei e preguei lá, preguei e falei: vamo vê o que dá, e ainda vou te processar por calúnia, difamação, exposição. Deu o maior galho”, disse ela.*

## **Itinerário terapêutico 12 – Tainá**

***“Eu me sentiria bem em ser tratada por uma pessoa igual a mim.”***

Tainá é uma mulher, de 24 anos, que reside em Juiz de Fora. Sobre as primeiras percepções acerca de sua identidade de gênero, disse:

*eu nunca me aceitei como masculino, desde pequeno que eu sou assim, brigava com o meu pai, com minha mãe, né? Com os meus amigos, às vezes, também. E eu sempre fui assim mesmo, né? Sempre queria ser uma menininha, nunca gostei de brincar com os meninos, futebol, essas coisas, nunca. Aí vamo ver o que vai dar. Quando eu era criança eu roubava as bonecas da minha irmã e dava os carrinhos pra ela, porque eu gostava de brincar com coisa de menina.*

Relata que cursou até o 6º ano do ensino fundamental em uma escola de sua cidade de origem, mas abandonou os estudos em razão de não poder utilizar o banheiro feminino da instituição: *“era uma luta de banheiro, entendeu? Eles queriam enfiar o banheiro masculino, mas eu gosto do banheiro feminino, aí eu nem fazia xixi, às vezes, saía da escola quando tava muito apertado e ia embora pra casa, porque eu não vou usar o banheiro que eu não quero”.*

Mudou-se para Juiz de Fora sem planejar. Veio passear na cidade e acabou sendo convidada para ficar mais uns dias, para aprender no salão de uma familiar, pois segundo Tainá - *“já gostava muito de cabelo”*. Logo em seguida veio o convite para morar, que foi prontamente aceito: *“abriu uma porta pra mim, é muito bom!”*, comemorou. Tainá se estabeleceu na cidade e disse durante a entrevista que pretendia, inclusive, voltar para a escola, agora em Juiz de Fora. Fez um balanço de sua vida na cidade de origem e, agora, em

Juiz de Fora: *“cidadezinha pequena, o povo com a cabeça muito fechada, entendeu? Muito preconceito; e aí, agora, que eu vim pra cá, que eu vi que eu posso também, entendeu?”*.

A mudança de cidade, ao final de 2016, possibilitou novos vínculos e maior conhecimento sobre as questões do universo trans: *“agora que eu comecei mesmo a entrar nesse assunto”*, explica Tainá se referindo às possibilidades de intervenções para mudanças em seu corpo. Chegou ao grupo VisiTrans por intermédio de um amigo que fez contato com uma participante do grupo. Lá está sendo orientada sobre os trâmites para ingressar no Processo Transexualizador no SUS; ela justificou: *“o que eu tenho eu não gosto, não gosto mesmo, entendeu? To louco pra tirar isso fora... eu me olho no espelho eu me vejo uma menina, mas tem uma coisa que não deixa, entendeu? É um problema”*.

Quando questionada, Tainá relatou ainda que faz uso de hormônio, por conta própria, há seis meses: *“eu tomo Perlutan”*. E explicou que *“na internet tem tudo, também as outras (pessoas trans) vão falando também”*. Entrevistei Tainá no dia em que compareceu para suas primeiras consultas no Ambulatório Trans. A partir de então, ela irá seguir acompanhando a terapia hormonal por lá.

Apesar de utilizar, esporadicamente, serviços de saúde, não apresenta dificuldades em relação a ser tratada pelo nome social nestes espaços e relaciona isso ao fato de já ter alterado seu nome no cartão do SUS. Sobre o preparo de profissionais de saúde para atender as demandas trans nos serviços, disse: *“eu me sentiria bem em ser tratada por uma pessoa igual a mim, mas tem gente que tem preconceito ainda”*. Tainá continuou: *“porque, querendo ou não, a gente mesmo mais tem... é salão, né? Ou maquiador; eu não vejo muitas pessoas trabalhando assim, em serviços, é... uma advogada, entendeu? Eu não vejo muito”*, concluiu.

### **Itinerário terapêutico 13 – Tuane**

***“Quando você tem certeza de alguma coisa você não tem medo.”***

Tuane é uma mulher, como ela mesma se apresentou: *“sem mais, nem menos, nem melhor que ninguém, nem pior que ninguém”*; tem 24 anos e reside em Juiz de Fora. Sobre a vivência da transexualidade na infância, lembrou:

*Eu sempre brinquei muito sozinha, então, tipo, não teve uma coisa de perceber; eu já sabia, mas não sabia dar nome as coisas, entendeu? E, tipo, eu gosto de boneca, eu gosto de rosa, gosto do universo feminino, então, tipo, eu não tinha muito uma... como é que eu posso te dizer... é até difícil*

*deu explicar isso pra você, porque os meus amigos aceitavam do jeito que eu era, entendeu?*

Ela destacou que “quando brincava com meus amigos héteros, a gente tinha aqueles personagens de ação, eu sempre era um personagem de ação feminino e, tipo, eles aceitavam, então a minha infância sempre foi tranquila”. No ambiente escolar também não foi diferente; Tuane contou:

*acho que todo mundo sabia, mas eu acho que, tipo, como aquilo era muito natural pra mim, ninguém aproveitava daquilo pra tentar me machucar de algum jeito, entendeu? Aquilo não era uma fragilidade, aquilo era uma certeza. Quando você tem certeza de alguma coisa você não tem medo. Tipo, de alguém chegar e falar assim: ‘– Ai mulherzinha, você tá vestindo esse vestido, isso é coisa de mulher!’. Sim, tudo bem! Eu sou mulher. Então, pra mim, eu não tive esse questionamento, eu sempre fui.*

Por questões familiares, Tuane decidiu esperar ter mais autonomia em sua vida para iniciar o processo de mudanças em seu corpo. Isso ocorreu com a maioridade. Ela concedeu essa entrevista quando compareceu ao Ambulatório Trans para uma segunda consulta. Pouco antes de ingressar no Ambulatório, havia iniciado uso de hormônio, por conta própria. Quanto às orientações sobre o que usar, antes do acompanhamento médico, disse que:

*de começo a informação é muito escassa, entendeu? Você não tem muita informação sobre nada, na questão de transexualidade. Então, tipo, eu comecei a pesquisar na internet, a olhar e tem uma youtuber que ela é transexual e ela fazia uso, assim, por conta. E ela explicava essa questão da hormonioterapia. Aí que eu fui entender, porque não tinha nenhum meio vinculado pra mim saber o que que é, entendeu?*

Tuane, muito emocionada, também tratou sobre a urgência de passar por outras mudanças em seu corpo. Ela justificou sua escolha através do seguinte excerto:

*não é nem vontade, é a necessidade de fazer a redesignação, porque... é horrível você, as vezes, você acordar bem, sabe? E ver que de alguma maneira aquilo não... (chora). Desculpa, tá? Você tá feia, entendeu? Assim, você se olhar, tipo, às vezes você: ai, nossa, eu tô bonita! E quando você se olha no espelho e se vê toda, você se sente feia, a sua auto estima abaixa, é... porque é uma coisa que não da pra você resolver assim (estala os dedos), sabe? Não é nenhum remédio que você toma que, tipo, te tira isso. Depende de n fatores, de n pessoas, de n coisas pra você, você se aceitar, entendeu? O meu problema não é nem com os outros, o meu problema é de olhar no espelho [...]. Você lembra que todo dia você vai acordar com aquilo, você vai ter que dar um jeito, sabe? Naquele negócio... é horrível. Sempre você tem que ficar preocupado, tipo, ai, será que essa roupa tá boa, será que não tá marcando nada? É muito ruim [...] é uma facada na auto*

*estima isso, entendeu? Se você não tiver uma cabeça, se você não tiver vontade de viver, você faz uma bobeira, sabe? Você tira sua vida mesmo, porque você não tá satisfeita com aquilo, você sabe que aquilo vai demorar muito tempo pra sair dali, ou pra você conseguir arrumar aquilo, sabe?*

Na ocasião da entrevista, Tuane disse que estava sendo orientada, no grupo VisiTrans, em relação aos trâmites para ingressar no Processo Transexualizador pelo SUS. Por estar num momento de maior fragilidade, ao longo de seu relato ela demandou por acompanhamento psicológico. Ao final da entrevista, encaminhei esta participante para acolhimento com a Psicologia AT.

### **Itinerário terapêutico 14 – Telma**

***“todo mundo me considera como se eu fosse.”***

Telma é uma mulher, tem 36 anos, e reside em um município da Zona da Mata. Sobre suas primeiras percepções acerca da transexualidade, disse:

*Eu já cresci com essa mentalidade. Primeiro porque eu sou a mais velha e depois de mim, eu tenho duas irmãs. Então já cresci... cresci no meio de prima, então, tudo mulher, então, eu já cresci com aquela mente, assim, mulher mesmo e o povo também me respeita assim. Desde pequena eu já trouxe essa bagagem comigo. Sabe aquela natureza forte aonde todo mundo me considera como se eu fosse mesmo?*

Sobre o uso de hormônios, revelou: *“eu sempre tomei por conta própria”*; tendo iniciado, aproximadamente, entre seus 15 e 16 anos de idade. Segundo Telma, apesar do pouco convívio, foram colegas de sua cidade que a orientaram sobre o que *“tomar”*: *“eu já comecei a crescer vendo que eles tinham e aí eles foi passando informação”*. Ainda acrescentou: *“a gente quando é novo vai fazendo tudo assim, né? Por informação, por vaidade, tudo que dá na cabeça. Aí depois quando a gente chega, assim, um certo ponto da idade da gente, a gente amadurece tudo; tudo a gente quer, né, tentar fazer tudo de uma maneira mais correta”*, justificando sua atual escolha pelo acompanhamento médico da hormonioterapia.

Faz tratamento para doença crônica na unidade de saúde coparticipante da pesquisa e foi seu médico quem a encaminhou para o Ambulatório Trans. Telma ainda refletiu: *“depois desse tempo todo, eu vim procurar saber como que funciona, né? No organismo”*. Diz estar

muito satisfeita com o acompanhamento médico para a terapia hormonal: “*agora é tudo por orientação mesmo de um profissional, né, então agora eu tô mais segura*”, explicou.

Já ouviu falar sobre o Processo Transexualizador, mas apesar de nunca ter pensado em passar por outras intervenções para além da hormonioterapia, disse que é algo que não descartaria totalmente. Demonstrou interesse em conhecer o grupo VisiTrans, cujo contato de uma pessoa da equipe do projeto lhe foi passado ao final da entrevista.

### **Itinerário terapêutico 15 - Tarcísio**

***“agora o que vier de lá pra mim já é lucro”***

Tarcísio é um homem, de 28 anos, que reside em Juiz de Fora. Ao resgatar sobre suas primeiras percepções acerca da transexualidade, disse:

*essa questão do corpo eu sempre já escondia tudo, o máximo possível, sempre foi masculino mesmo. Na verdade eu já venho de pequeno já, né? Você já vem se acostumando, as brincadeiras e tal, e eu já não me sentia confortável com o corpo que tenho, né? Então foi me incomodando, aí eu comecei a pesquisar pra mim descobrir o que eu poderia fazer, pra mim poder fazer essa transformação; aí foi onde eu achei o tratamento.*

Foi por intermédio de um amigo, que também reside em Juiz de Fora e está em acompanhamento psiquiátrico para acessar as ações previstas para o Processo Transexualizador no SUS, que Tarcísio procurou a unidade de saúde E2B. Ele contou sobre suas primeiras experiências lá:

*Foi questão de estalar de dedo eu já tava sendo atendido. Meu amigo foi lá e marcou pra mim. No outro mês que ele foi, eu fui com ele. Me atenderam super bem, me trataram bem. Fiz um cartão que eu tinha que fazer, as coisas que eu tinha que fazer, já me deram um encaminhamento para mim fazer outros tratamentos lá, só que eu optei em procurar aqui esse tipo de tratamento, que é o hormonal. Só que, infelizmente, aqui não tem a cirurgia, só lá.*

Para passar pelo Processo Transexualizador, há cerca de 1 ano, Tarcísio iniciou acompanhamento com a Psiquiatria E2B. Contou que também buscou, no mesmo local, o acompanhamento médico hormonal, mas sem sucesso. Em suas palavras: “*com a questão do tratamento lá, hormonal, lá já tá muito difícil, porque lá são muita gente*”. Tarcísio viaja para se consultar de três em três meses e recebe auxílio para TFD. Sobre isto, explicou que “a

*primeira vez, a gente vai por conta própria mesmo; a primeira vez não tem jeito. Pra você ir, pegar uma receita, alguma coisa assim, pro médico te dar uma autorização pra você trazer aqui (na unidade de saúde JF2) e mostrar que faz tratamento lá (na unidade de saúde E2B)”. Entretanto, Tarcísio queixou da limitação da mobilidade ofertada à apenas uma instituição de saúde:*

*a gente tem um dia, que não é um dia na verdade, pra gente fazer milhões de coisas, que não dá tempo [...]; às vezes a gente até se aperta um pouco porque, assim, o TFD deixa a gente só na unidade de saúde E2B. Ele não pode ir com a gente em outro hospital ou fazer uma outra coisa, porque, às vezes, a gente precisa também procurar se entrosar com os outros hospitais, pra saber algum tratamento e tal, a gente chega num hospital e dali ele não poder sair [...]. A gente se sacrifica e sacrifica o motorista, porque a gente vai correr atrás, porque a gente tem um dia, de três em três meses, pra resolver tudo [...]. Ele fica plantado lá esperando a gente. A gente pega um outro ônibus e vai resolver outra coisa, em outro hospital [...]. No TFD a gente ganha dez reais pra lanchar; dez reais a gente não paga nem a passagem que a gente faz. Disso eu não faço questão [...] até hoje o dinheiro nunca caiu, eu abri uma conta só pra isso.*

Tarcísio também está em acompanhamento no Ambulatório Trans para tratamento hormonal e se diz “*bastante*” satisfeito com o serviço prestado. Chegou até ali por meio de um funcionário da instituição de saúde que sedia o Ambulatório, que intermediou o contato de Tarcísio com uma das responsáveis pelo agendamento das consultas. Faz os exames laboratoriais solicitados na unidade de saúde JF2. Antes do acesso, fazia uso de hormônio por conta própria. Ele disse que conseguia, sem consultar, uma receita médica para poder comprar o medicamento. Mas, ressaltou:

*eu não sou de arriscar muito não... eu fiquei um ano me medicando por conta, porque é muito difícil... É fácil comprar em mercado negro, né, supostamente, mas também eu não arrisco tão alto, porque independente de qualquer coisa, minha saúde em primeiro lugar. Então eu primeiro procurei saber direitinho como era pra poder... eu conseguir começar a fazer o tratamento.*

Tarcísio percebe que, de modo geral, são poucos profissionais de saúde para o atendimento de tantas pessoas tras. Nesse sentido, reflete, em suas palavras:

*eu acho que é muito pouco, eu acho que é muito pouco, se tivesse mais teria um envolvimento melhor, não ia ser esse quebra pau. Às vezes eu acho que é um quebra pau, é um querendo furar o olho do outro, querendo passar na frente. Que nem na unidade de saúde E2B, isso acontece direto, é um querendo fazer cirurgia na frente do outro. Que nem esse meu amigo, ele tem a cirurgia, já tem um laudo [...] e não consegue porque lá tá parado,*

*então, tipo assim, eles não evoluem, eles vão caminham um pouquinho e para. Eu acho os trans muito mal atendidos nesse ponto, o próprio sistema, em geral, não tá andando.*

Ele concluiu, na entrevista, dizendo: *“eu já não fico mais muito na expectativa, igual no começo, hoje eu já não tenho tanto. Eu agradeço por ter conseguido o tratamento hormonal aqui, já é um bom começo, agora o que vier de lá pra mim já é lucro”*. Enquanto vence o período de acompanhamento psiquiátrico compulsório, Tarcísio também participa das reuniões do grupo VisiTrans e está atento a outras possibilidades de assistência: *“eu também procuro, eu tento pesquisar em outro lugar, já tentei ver um médico particular, só que aqui eu ainda não vi uma cirurgia particular tão perfeita igual a do SUS”*, elogiou.

### **Itinerário terapêutico 16 – Tâmara**

***“agora não tem jeito, já tá cheio de silicone.”***

Tâmara é uma travesti, de 54 anos, residente em Juiz de Fora. Sobre a sua identidade de gênero, refletiu: *“uns falam bissexual, transexual, pra mim é travesti, né? Porque pra mim é travesti, tudo é travesti; não importa, porque a gente nunca vai ser mulher [...]. Apenas eu quis ver o que era, mas a gente pena muito, nunca mais. A pessoa tem que ser aquilo que é e não ser aquilo que não é; agora, o jeito de ser é da gente, né?”*

Sobre suas vivências relacionadas à identidade de gênero, ainda na infância, trouxe alguns recortes de lembranças familiares como: *“meu pai queria uma menina”, “minha tia tinha aquela desconfiança do meu jeitinho, meu rostinho, aquele jeitinho”*. Recorda que o início das mudanças no corpo se deu mesmo aos 19 anos. Mas, para a família, a compreensão de seu processo de mudanças veio mais tarde: *“com 28 anos que eles foram descobrir”*.

Nesta idade, relata ter conhecido *“uns travesti mais velhos”, “um travesti bonito”*. *“Eles falaram: – vamo embora daqui? Aí eu fui embora, fiquei um bom tempo fora”*, explicou. Tâmara saiu do Brasil, então, aos 28 anos, com um objetivo: *“a gente quando vai, a gente tem que voltar com dinheiro, não pode voltar pobre, você conhece família como que é, né?”*, ressaltou.

Ao longo da entrevista, por algumas vezes, apontou em seu corpo os locais onde colocou silicone (industrial). Segundo ela, esta intervenção *“dói muito”*. Além destes procedimentos, também relata ter realizado fora do Brasil uma cirurgia na genitália, tendo ficada internada por um ano em razão da mesma. Lembrou, em suas palavras: *“quando eu vivi*

*lá na Inglaterra, eu trabalhava em boate, aí eu trabalhava lá com umas amiga minha de lá, ela falou: opera Tâmara, você parece mulher mesmo! Aí eu fui e operei, só que eu fiquei um ano internada*". Detalha que fez essa cirurgia com "um cara que eu conhecia, um amigo meu", mencionou ela, sem entrar em detalhes. Tâmara não faz uso de hormônios e justificou que:

*os médicos não deixa, porque os hormônio é anticoncepcional. E o hormônio, em primeiro lugar, eu já não gosto, porque quando eu operei, eles cortam e enfiam o negócio pra dentro, tira as bola, as bola é enfiada pra dentro, é enfiada pra dentro, então a gente não tem orgasmo. Aí sobre isso pra cabeça, aquele negócio, sabe? A cabeça da gente fica meio...*

Tâmara disse que cuida bem de sua saúde. Para tanto, explicou que faz, assiduamente, "revisões" nos silicones que foram injetados em seu corpo. Essa "revisão" é feita em Juiz de Fora mesmo e, segundo ela:

*aqui tem vários lugares, tem muitos amigos meus que fazem [...] tem muitos amigo meu que colocam, amigo meu cirurgião plástico. Porque hoje em dia tem gente que coloca óleo de cozinha na gente, né? Ali atrás do (referência de lugar), sabe onde que é? Ali eles colocam [...]. Aqui eu só faço a revisão que tem que fazer, porque o silicone não pode ficar muito tempo não, tem que fazer a revisão... tira e coloca. Vamo supor, tira e coloca. Vamo supor, se você quer uma prótese do tamanho disso aqui, aí eles tiram aquela e colocam. Mas você tem que fazer exame.*

Tâmara comemora: "o meu até agora não deu (problema) não; eu faço (revisão) de dois em dois anos, de dois em dois anos eu vou no médico [...] já fiz exame de próstata". Entretanto, ela demonstrou ter consciência de que nem sempre é assim:

*um amigo meu, ele colocou, só que ele pegou pneumonia, entendeu? Ele morreu. Ele tinha acabado de juntar o dinheiro, ele juntou o que... cinco mil. Eu falei com ele: não coloca. Ficou com um peito desse tamanho. O que aconteceu? Deu pneumonia.*

Ao ser indagada se conhecia o Processo Transexualizador pelo SUS, Tâmara questionou: "o que que é isso? Operação? Eu já ouvi falar nisso, mas nunca ouvi não, meu amigo queria ter, mas eu falei: você vai aguentar?". Diz-se arrependida das intervenções que fez em seu corpo. Segundo ela "chega um tempo, a idade, a gente cansa disso tudo. Se eu pudesse voltar ao normal; agora não tem jeito, já tá cheio de silicone".

Entrevistei Tâmara quando ela compareceu à unidade de saúde coparticipante da pesquisa para consulta médica do tratamento de doença crônica que faz neste local.

Apresentei a proposta de atendimentos do Ambulatório Trans, que ela ainda não conhecia, caso fosse de seu interesse passar por acompanhamento profissional específico.

### **Itinerário terapêutico 17 – Théo**

*“eu acho que isso é importante, a empatia, né?”*

Théo é um homem trans, de 32 anos, residente em Juiz de Fora. Recorda que por volta de seus 3 a 4 anos de idade teve suas primeiras percepções como um menino. Mas, na medida em que foi crescendo, lembra: *“eu sempre trabalhei isso como homossexualidade, na verdade, assim, eu me via homem pequenininho, mas aí depois eu achava que eu era lésbica; até eu confirmar isso foi em 2011”*, quando estava com 26 anos, aproximadamente. Théo disse que foi através da *internet* que obteve as primeiras informações acerca da transexualidade:

*meu primeiro contato, com isso, foi 2011, que eu fui vendo, mas nos Estados Unidos. Eu nem sabia que no Brasil... eu achava que eu ia ter que mudar pra lá, pra eu fazer; pra você ver, olha só a ignorância da pessoa! Aí depois eu vi e aí eu comecei a conversar com amigos que eu jamais imaginaria que era trans, que já estavam no processo [...]; amigos e amigos de amigos. Por isso que eu tô tendo essa paciência, eu tô tendo isso de explicar, porque até eu, poxa! Nem eu sabia disso.*

Relatou que, há apenas um ano antes dessa entrevista, em 2016, tomou ciência da existência do Processo Transexualizador pelo SUS. A partir dessa descoberta, disse: *“eu só coloquei na minha cabeça que agora eu vou mudar!”*. Mencionou sobre uma conversa franca que teve com sua mãe para expor esse seu desejo de mudança, ao final de 2016:

*em dezembro, no Natal eu conversei com a minha mãe. Eu falei: mãe, não dá mais. Porque a minha mãe sempre segurou isso... ela segurou o fato, ela teve... ela ficou com medo do tratamento, ela achou: ‘a você vai ter câncer’. Entendeu? [...] aí ela foi abrindo a cabeça; mas uma conversa mais técnica, mais científica, aí ela começou a entender.*

Antes desse momento, ambos já haviam passado por tensões na relação: *“minha mãe não aceitou até meus 22 anos, quando eu falei: vou sair de casa. Aí ela começou: ‘vou perder meu, minha filha, não é isso que eu quero’.* Aí ela começou a apoiar; ou é isso ou não ter”, explicou.

Bem no início de 2017, durante uma imersão de campo que fazia para este estudo, na unidade de saúde coparticipante da pesquisa, Théó fez um contato comigo, ainda externo à pesquisa, através do *WhatsApp*. Ele obteve meu contato por intermédio de um ex-aluno meu. No texto, ele solicitava alguma indicação de psiquiatra que atendesse, em Juiz de Fora, pelo seu plano de saúde; ele dizia precisar de um laudo para apresentar para um profissional de Endocrinologia. Foi quando eu passei o contato de uma pessoa da equipe do grupo VisiTrans, para orientá-lo em sua demanda, como também falei da proposta do Ambulatório Trans. Poucos meses depois, quando então já frequentava este Ambulatório, convidei-o a participar da pesquisa. Sobre o seu ingresso no grupo VisiTrans, Théó contou que:

*a triagem do Visitrans, que foi com uma pessoa da equipe, nem se fala... eu tava ainda na dúvida se eu ia querer passar por isso mesmo ou se ia ficar no meu mundinho: vou sair da minha zona de conforto? Pra que? [...] Essa pessoa da equipe coloca isso o tempo todo: tem mais gente do seu lado, né? Você tem que se sentir a vontade. Então, acho que a triagem ali é tão importante quanto (o Ambulatório Trans), a porta (de entrada) é mais importante ainda, eu acho que tá perfeito assim.*

Théo ainda ressaltou: “*eu acho que essa triagem é muito importante, esse acolhimento, manter isso é mais que necessário*”. Sobre a sua adesão no Ambulatório Trans destacou que:

*o primeiro contato é com a Psicologia, que deixa a gente ultra a vontade; então, assim, eu acho que isso faz toda a diferença. A Psicologia AT não chega: o que que você é? Mas: como você quer ser tratado? Aí você já desarma, se a pessoa já tá cheia de... eu acho que isso faz toda a diferença; essa pergunta é ... Como você quer ser tratado? É a diferença. Você já fica a vontade, você já ganhou tudo, eu acho. E a sensação que eu tive, né? Que é uma cis que entende todo o sofrimento; eu acho que isso é importante, a empatia, né? Que é muito difícil você achar.*

Théo iniciou a hormonioterapia, em março de 2017, com aplicação de “*Deposteron*”. Contou que as três primeiras semanas foram muito difíceis e que pensava: “*segura a sua onda porque o processo é assim, até qualquer adaptação neural no corpo é de dois e meio a quatro meses, eu com dois dias queria ter tudo (risos) [...] aí eu dei uma segurada*”. Mas, para além da ansiedade de querer alcançar as mudanças tão desejadas no corpo, tão logo iniciado o processo, Théó falou sobre os primeiros efeitos da hormonização:

*Infelizmente, a primeira mudança, que é uma coisa que eu não... porque minha genitália é uma coisa que eu nunca aceitei e, agora, é a primeira coisa; é onde tem mais receptor hormonal, é lógico que vai ser o primeiro a mudar. Só que, assim, no começo é dolorido, coça, ai... aí pra mim, assim,*

*eu falei: nossa, isso tem que mudar primeiro mesmo? Não pode ser uma coisa que eu vá ficar feliz primeiro? Aí veio isso e depois espinha... aí começou a crescer uns pelinhos, assim, eu falei: que bom! Tá nascendo aqui, aí eu já passei Gillette assim [...] Eu tava passando por um momento pessoal mais difícil, aí eu não tava me curtindo e curtindo o momento, mas agora eu to conseguindo.*

Além desses efeitos no corpo, Théó também percebeu alterações em seu comportamento. Disse ficar mais aliviado, entretanto, por sua mãe não presenciar essas manifestações:

*Os ataques de agressividade ela não vê, a ansiedade ela não tá vendo, é mais fácil pra ela. No início tava mais, antes de começar o tratamento, eu já tava com raiva de não começar nunca, né? Ansiedade e, assim, eu já queria que na primeira aplicação minha voz já engrossasse, minha barba já crescesse, aí, assim, ela não viu nada disso. Agora eu to mais tranquilo.*

Ainda em relação às mudanças no corpo destacou: “*minha aversão maior, assim, desde sempre, é com meu seio. Eu to esperando dar o tempo necessário pra tirar*”. Théó disse que pretende passar pela mastectomia na rede particular “*eu não vou esperar, eu acho que eu não vou dar conta de esperar, sabe? Eu já teria feito se o pessoal do grupo (VisiTrans) não tivesse falado, me dado uma força, assim, pra esperar, porque realmente já tá reduzindo um pouquinho o tamanho, sabe?*”. Sobre esse procedimento cirúrgico, de maneira contraditória, comentou:

*Eu não vou ter problema, assim, eu vou ter, eu acho, não sei, com a cicatriz, né? Que a tatuagem trans é a cicatriz mastectomizada. Sei que vai ficar marca, vai, mas eu só vou esperar pra tirar o tanto que puder tirar [...]. Eu preocupo não é tanto com a cicatriz, mas se eu posso fazer com ela (mama) menor...; porque eu tenho muito medo de cirurgia, qualquer cirurgia em si, anestesia, eu tenho medo; então eu vou esperar para que seja o mais rápido possível.*

Apesar de já ter sido orientado sobre a possibilidade de alteração do nome no cartão do SUS, Théó afirma: “*eu não tenho muito problema com meu nome de registro, na verdade*”; ele continua: “*Pode ser que, depois que eu esteja mais diferente, eu me preocupe com isso, mas no momento...*”; “*quando eu estiver mais mudado, eu vou mudar, com certeza*”, concluiu.

## **Itinerário terapêutico 18 – Túlio**

***“é isso que eu quero e vamo começar!”***

Túlio é um homem trans, tem 18 anos, e reside em Juiz de Fora. Sobre suas primeiras percepções acerca da transexualidade, lembrou:

*eu acho que desde criança, já..., tipo, assim, eu sempre quis usar roupa de menino, brincar com, assim, com brinquedo masculino. Quando eu ia no Mc'Donalds, aí eles me davam aqueles brinquedos de menina, aí eu ficava puto, aí pedia sempre pra trocar; já fiz isso várias vezes. Tipo, assim, ganhava presente de Natal, ganhava vestido; não gostava desse negócio. Então eu acho que eu sempre... desde criança mesmo, sabe? Desde o início. Tipo, assim, eu fui crescendo e, assim, eu sabia disso, mas não sabia o que que era. Eu não sabia que existia essa possibilidade, de hormônio, esse negócio. Aí, um dia, eu tava vendo TV, aí passou um documentário sobre isso, foi aí que eu descobri, eu falei: ‘é isso que eu sou’; aí eu falei: ‘não, então eu sou trans’. Mas, mesmo assim, eu continuei, assim, guardando pra mim.*

Segundo Túlio, seus pais foram receptivos à sua escolha: *“um dia eu cheguei pros meus pais e falei: ó, é isso, isso e isso; aí a gente começou a procurar”*. A descoberta e a revelação aos seus pais é recente; em suas palavras: *“quando eu falei pela primeira vez eu tinha uns quinze anos; só que aí meio que a gente deixou morrer, deixou pra lá. Aí, foi no ano passado, no meio do ano passado, que eu falei: olha é isso que eu quero e vamo começar”*.

Assim, relata que a busca por mudanças no corpo começaram em 2016. Segundo ele, *“a gente procurou mais é internet, né? [...], mas aí acaba que pela internet não consegue saber direito”*. Disse que foi através do encaminhamento da psicóloga que atendia sua mãe, que ele chegou, na UFJF, até uma pessoa da equipe do grupo VisiTrans.

Túlio contou, então, que em dezembro de 2016 ingressou no Ambulatório Trans, onde iniciou a hormonioterapia, e em 2017, começou a frequentar o grupo VisiTrans. Por intermédio do grupo, foi encaminhado para atendimento psicológico com a Psicologia JF7, na unidade intersetorial JF7. Ele destacou que *“não sabia que existia ambulatório aqui, não sabia nada”* e ressaltou o quão benéfico foi o contato com essa pessoa da equipe do grupo VisiTrans: *“tudo o que você pergunta pra ela, ela sabe, ela encaminha. Questão jurídica, do nome; encaminha pra cá (Ambulatório Trans), encaminha pro psicológico, então, eu acho que é muito bom isso”*. Túlio deseja passar por mastectomia, mas ainda não tem informações sobre onde esta poderia ser realizada em Juiz de Fora: *“na internet cada um fala uma coisa”*.

Sobre o respeito ao uso do nome social nos serviços de saúde, Túlio comentou que já passou por algumas situações de desrespeito em hospital da rede pública de Juiz de Fora:

*“eles pedem o cartão SUS e a identidade; só que, tipo, assim, parece que o cartão SUS nem existe; eles olham tudo na identidade, então acaba que eles colocaram o nome de registro”.* Ele também ilustrou com uma outra situação: *“fui no posto de saúde pra marcar uma consulta [...]. Aí a mulher começou a gritar falando: ‘mas o que que é isso? Túlio e Maria?’ Aí eu fui e expliquei. Aí ela falou: ‘eu não sabia disso’. A fila inteira ouvindo ela gritando”.* Segundo Túlio, *“as pessoas mais externas, assim, não tem preparação não”*, se referindo ao conhecimento de profissionais administrativos e das recepções de instituições de saúde sobre o que é nome social.

Contudo, para ele, é necessário que a pessoa trans se posicione quanto ao respeito ao uso do nome social nos serviços de saúde, uma vez que *“às vezes, a pessoa nem faz por maldade, ela faz por falta de informação, então, às vezes, é bom falar. Igual essa mulher, ela não sabia, ela não fez por maldade, não precisava gritar, mas ela não fez por maldade, aí eu expliquei pra ela”*, concluiu.

### **Itinerário terapêutico 19 – Tadeu**

***“eu tive sendo um tudo da transformação.”***

Tadeu é um homem de 48 anos, residente em Juiz de Fora. Já no início da entrevista, em tom emocionado, ele remendou sobre a sua idade: *“eu não tenho 48, eu comecei a viver!”*. Ao longo da conversa, Tadeu apresentou alguns recortes de sua história de vida que o faz, hoje, apreciá-la de uma forma que não foi possível quando mais jovem: *“essa coisa de tentar se sentir mais novo agora, pra poder tentar viver, vai fazer parte de mim, entendeu? Porque se eu parar pra pensar no depois, eu vou começar a entrar em depressão de novo”*, justificou. Diante de muitos problemas que passou, Tadeu resume: *“somos teatro, artistas da vida, eu posso ser tudo e qualquer coisa, em qualquer lugar, dependendo de quem você é. É assim que é a coisa”*.

Relacionou a descoberta do Ambulatório Trans como responsável por uma grande mudança em sua vida: *“aqui é uma vida que qualquer pessoa como eu gostaria de viver, perfeito, perfeito mesmo”*. Destaca, especialmente, a intervenção da Psicologia AT: *“alguém me acolheu... caramba, eu tô vivo!”*. Sobre a vivência da transexualidade, ele recorda que: *“não sabia o que que eu era e nem o que que eu tinha”*; *“eu acho que eu sempre fui um garotinho e não sabia”*. Por isso, segundo Tadeu, *“sabedoria e paciência foi fundamental pra mim chegar aonde eu to agora”*, e, neste sentido, diz que *“hoje, num resumo de um tudo, eu*

*acho que eu sou muito forte*”. Entretanto, a inconformação com o corpo e o desejo por mudanças ainda o atravessam, conforme ilustra o excerto de entrevista:

*Eu não vivo bem, eu não vivo, eu não tenho paz; porque uma coisa é viver em sociedade, eu sou um homem; outra coisa é chegar em casa e tirar a minha roupa, entendeu como é que é isso? É muito ruim. Se você notar muda a expressão do meu rosto, porque infelizmente a palavra certa é que você sente nojo, eu não sei se alguém já te falou isso. Eu acho que pelo tempo de vida que eu tive sendo um tudo da transformação, do começo até agora, eu posso te afirmar com certeza: você não vive bem, você olha no espelho, você se... é um repúdio, uma coisa, horrível. Eu já cheguei a olhar no espelho e depois ficar transtornado e querer me mutilar. É sério mesmo. E uma pessoa boa, uma pessoa que não faria uma maldade pra ninguém, mas... sabe aquela coisa de já não dá? Você não vive!*

Tadeu conta que já fez uso de hormônio por conta própria, antes de ter acesso ao acompanhamento médico, mas agora está em hormonioterapia, sob os cuidados do Ambulatório Trans: *“tô muito feliz hoje”*. Relatou desejar passar também por mastectomia, mas ainda não sabe sobre os trâmites para acessar esse procedimento pelo SUS. Encaminhei Tadeu para o grupo VisiTrans para que pudesse esclarecer sobre o Processo Transexualizador e estreitar contato com pessoas trans que estão na mesma busca, tendo em vista que Tadeu mora há pouco tempo na cidade.

### **Itinerário terapêutico 20 – Tamires**

***“eu me travei muito de ir procurar um médico”***

Tamires é uma mulher de 36 anos, residente em município da Zona da Mata. A entrevista foi realizada quando ela compareceu à unidade de saúde coparticipante da pesquisa para consulta médica relativa a tratamento de saúde. Pergunto sobre as primeiras percepções acerca de sua identidade de gênero e ela responde:

*Quando eu comecei a me descobrir? A foi bem cedo, eu tinha de 13 pra 14 anos. Já comecei, assim, a perceber que eu já não gostava de brinquedos de menino, queria tudo de menina, não tinha amizade com meninos, era mais com meninas, passei a observar mais meninos do que meninas. Aí foi começando, assim, bem cedo, e a transformação mesmo foi de 15 para 16. Foi muito rápido, entendeu? Aí foi tranquilo.*

Ainda neste período, entre seus 15 e 16 anos de idade, lembrou: “comecei a me hormonizar. Aí com uns 20 anos eu parei com o hormônio”. Tamires fazia uso de medicamentos por conta própria e obtinha informações sobre qual medicamento usar “com minhas amigas mais velhas. E, na época, aplicava nas farmácias mesmo; depois de um tempo parou, porque aí foi proibido. Aí a gente comprava e aplicava em casa mesmo. Nunca precisei (de receita), na época não”. Mas, ressaltou que:

*hormônio nunca fui de tomar muito, assim, consecutivo não. Era aquela coisa, assim: tomava um hoje, depois de 2 meses tomava outro; era tipo 3 ou 4 num ano, só. Porque tem pessoas que tomam toda semana, né? Aí quando eu comecei a tomar toda semana aquilo mudava muito... Como é que eu vou te dizer, eu ficava muito estressada, muito nervosa, mexia muito com o humor. Aí foi onde eu decidi parar, tomar só de vez em quando. Aí depois, aos 20 anos, eu parei definitivamente. Tem muitos anos que eu não tomo, muito anos.*

Mesmo assim, apresentei a ela a proposta do Ambulatório Trans. Acerca de outras intervenções no corpo, Tamires disse que, após seus 20 anos de idade, fez implante mamário de próteses de silicone, na clínica particular E3, localizada no estado 3 do país. Também relata ter passado por cirurgia plástica no nariz, por volta de seus 32 anos, também na rede privada, mas na clínica particular ZM2, situada em município pertencente à mesorregião da Zona da Mata.

Tamires não conhece o Processo Transsexualizador no SUS, porque, nas palavras dela, “nunca me interessei por esse assunto, né? Então nunca busquei”. Ela ainda completou:

*eu me reconheço como mulher mesmo, entendeu? Me olho, assim, me vejo mulher, me sinto mulher, mas não sinto a necessidade de fazer a operação. Eu me vejo mulher, me sinto mulher; me incomoda às vezes quando me chamam de ele, referindo ao sexo masculino, aquilo me incomoda. Eu me sinto como mulher mesmo, mas não tenho vontade de... não tenho vontade, nunca tive.*

Para ela, o respeito ao uso do nome social é central e, por isso, o desrespeito à sua identidade, inclusive no contexto da saúde, lhe aborrece profundamente: “Isso realmente é uma coisa que me incomoda, eu não gosto que me chamam de ele ou pelo meu nome de registro, nem nada disso, é só isso que me trava mesmo. Em muitos lugares não respeitam a gente, entendeu? Na área da saúde”. Esse fato, inclusive, retardou a decisão de Tamires buscar ajuda, quando descobriu seu problema de saúde: “O que me bloqueia é isso, muitas das vezes até, assim, me travo, igual eu me travei muito de ir procurar um médico, procurar um hospital por causa disso. Porque tem pessoas que respeitam, mas tem pessoas que não

*respeitam, entendeu?”*. Concluiu sua participação ilustrando uma situação muito frequente, pela qual passam pessoas trans, diariamente, nos serviços de saúde: *“por exemplo, você marcou uma consulta, aí na hora de te chamar eles te chamam pelo nome de registro. Aqui (unidade de saúde coparticipante da pesquisa) não, aqui é maravilhoso! To falando, assim, outros lugares”*, destacou.

### **Itinerário terapêutico 21 – Tales**

***“tipo, nossa! Só tem eu assim? Que merda!”***

Tales é um homem trans, de 25 anos, residente em Juiz de Fora. Sobre sua percepção da transexualidade disse que foi *“desde criança; mas me entender, realmente, foi por volta dos 20, 21 anos”*. Segundo ele, a compreensão sobre a identidade fora dos padrões de cisgeneridade não é simples. Em suas palavras:

*a gente sempre fica naquela, principalmente, vem questão de família e tudo, então você fica naquela: é isso mesmo? Não é? E eu fui realmente entender... porque o que que acontece: na minha cabeça, desde quando eu era criança eu sempre fui um menino, na minha cabeça sempre me vi como menino; e, aquela coisa, nasci no corpo errado, mas eu sou um menino e foi uma coisa que sempre me incomodou. Mas, entender o que que é ser transgênero e tudo foi nessa época, com 20, 21 anos que eu comecei a pesquisar, comecei ver outras pessoas assim também. E você para de se sentir sozinho, perdido no mundo, tipo, nossa! Só tem eu assim? Que merda! Então foi aí que eu comecei a ver, pesquisar; e aí demorou todo esse tempo pra eu conseguir, realmente, de fato... até então, eu não conhecia ninguém de Juiz de Fora também, conhecia pessoas de fora, de outros estados, via internet, grupo no Facebook.*

Um amigo, pela *internet*, participante do grupo VisiTrans, indicou-o para Tales, que então foi conversar com a equipe do projeto. Ele, então, passou a frequentar esse espaço, desde meados de 2016. Em janeiro de 2017, teve acesso ao Ambulatório Trans, onde iniciou o tratamento hormonioterápico – *“foi no meu tempo”*. Chegou até o local por indicação da equipe do grupo VisiTrans, *“porque por conta própria mesmo é quase que impossível, não tem como, é praticamente impossível”*, se referindo à dificuldade de acesso a cuidados de saúde específicos. Tales ainda completou: *“eu fiquei uns 4 anos, assim, tentando até mesmo na rede particular, mas é muito difícil”*. Segundo ele, os médicos que procurou *“não tinham o conhecimento, preferiam não ministrar, passar o remédio para não gerar problemas futuros; porque não tem o conhecimento de dosagem, de nada, então eles preferiam não fazer”*. Assim, além de desconhecimento técnico parece não haver interesse de profissionais

em assumir esta terapia clínica. O resultado disso é a desinformação e a desassistência que, nas palavras de Tales, ficaram muito evidentes:

*conversando com outras pessoas, até de outros estados, esse acompanhamento pra hormônio tem que ser com um médico certo, endocrinologista ou um nutricionista, alguma coisa. Eu tentei buscar dentro dessa área, que eu achei que seria mais fácil e, mesmo assim, eu não consegui porque um médico, aqui em Juiz de Fora, eles não tem conhecimento, assim, pra fazer esse acompanhamento. O único que eu achei é um médico que faz acompanhamento pra pessoal de academia, então uma situação totalmente diferente; pessoal usa anabolizante, mas é uma situação diferente, não é o mesmo tipo de resultado que eu quero. Então eu falei assim: não, não vou ir pra esse lado porque vai chegar numa coisa que eu não quero, não é o que eu quero.*

Mesmo diante da dificuldade de acesso ao acompanhamento médico para realizar a hormonioterapia, Tales não pensou em se automedicar, algo muito recorrente entre pessoas trans em razão da dificuldade de ingresso. Sobre isso ele refletiu:

*o receio que a gente tem é o que a gente vê muito falando na televisão, que se tomar hormônio vai causar câncer, vai causar isso, vai causar aquilo. Então esses receios que a gente fica, do que pode prejudicar na saúde. Tanto que é uma coisa que eu vejo muita gente fazendo por conta e eu não tive coragem, porque eu sei que é um processo interno muito agressivo, né? Porque é uma coisa diferente que tá entrando no meu corpo, então tem que tomar esse cuidado.*

No grupo VisiTrans, Tales também recebeu encaminhamento para acompanhamento psicológico na unidade intersetorial JF7, onde se encontra sob os cuidados da Psicologia JF7, desde junho/julho de 2016. Lá também recebeu orientações acerca da possibilidade de troca pelo nome social no cartão do SUS, o que ele já fez. Se referindo ao contexto do Ambulatório Trans, Tales disse:

*aqui eu cheguei tranquilo, acho que pelo fato de já estarem acostumados, já ter mais gente na mesma situação, aqui eu cheguei tranquilo, foi um encaminhamento. Mas, acho que em outros lugares eu chego com um pouco de receio, justamente por conta disso de, às vezes, de não atender com o nome social, tem que ser o nome do RG. Por enquanto, a aparência ainda não mudou muito, então é passável com o outro nome. Mas, na hora que isso mudar, vai causar um constrangimento muito grande, eu sei disso.*

Tales pretende realizar a cirurgia de transgenitalização. Entretanto, ainda não aderiu aos trâmites do Processo Transexualizador porque, segundo ele:

*por enquanto, eu não tenho como ficar deslocando, até por conta de trabalho. Eu ainda não iniciei esse processo pra pedir a cirurgia, entrar na fila, justamente por conta disso, né? Porque como tem que ficar indo, deslocando pra lá, é mais difícil, eu vou perder um dia de serviço... eu pedir pra chegar atrasado. Porque hoje eu vim mostrar exame; consultar é uma coisa, mas, agora, eu faltar um dia de serviço já é mais complicado.*

Soube do Processo Transexualizador pelo SUS através do grupo VisiTrans, mas, antes, tentou contato com a unidade de saúde JF6, pois tinha a informação de que a cirurgia era realizada em alguns hospitais universitários do país. Assim, Tales enviou “*vários e-mails pra eles; eles foram até atenciosos, me responderam, mas falaram que eles não fazem esse tipo de acompanhamento, que eu teria que buscar de outra forma mesmo*”. Mesmo através da internet, Tales disse não haver obtido informações sobre o Processo Transexualizador pelo SUS, devido à dificuldade de encontrar fontes oficiais que tratem sobre esse assunto.

## **Itinerário terapêutico 22 – Tábata**

***“ai toma isso, toma aquilo, aplica isso.”***

Tábata é uma travesti, tem 24 anos e reside em Juiz de Fora. Sobre a descoberta da travestilidade explica:

*Com uns oito anos eu me sentia estranha, não me sentia menino, gostava de brincar com coisa de menina. Aí, de repente, quando eu fiz dez anos, eu falei que eu era menina, não queria ser menino. Aí minha família brigou comigo, não aceitou, falou que não, e eu falei que sim, que eu queria ser menina. Aí, aos 12 anos, eu virei travesti. Aí minha família, no começo, não aceitou; só minha mãe, minha mãe aceitou, minhas irmãs não.*

Em razão da discriminação, Tábata contou que largou cedo os estudos, não concluiu o ensino fundamental. Ela, assim, justificou: “*eu não quis mais estudar porque na escola todo mundo fica mexendo, aí a gente não se entende direito e pra bater de frente dá briga. Aí eu falei: ‘a não quero ficar indo pra escola não’; e nunca mais voltei*”.

Em relação ao processo de mudanças em seu corpo, ela fez uma diferenciação entre a travestilidade e a transexualidade: “*pra mim ser trans eu acho que ainda falta muita coisa, meus peito, sei lá, meu rosto, ficar mais afeminado*”. Tábata completou dizendo: “*Eu quero me sentir bem comigo, sabe? E do jeito que eu to agora, de corpo, eu não me sinto bem não... de alma eu me sinto, mas de corpo não*”. Sobre a busca por procedimentos em saúde, contou, em suas palavras:

*já fui atrás de silicone, de hormônio, de remédio, de tudo que pudesse fazer mudança pra deixar mais feminina... Eu ia aplicar esses vagabundos mesmo, só que aí eu fiquei com medo e acabei desistindo. E aí comecei a aplicar muito hormônio, aí começou a me fazer mal também. Aí foi aonde eu encontrei a doutora aqui, tem um ano.*

Fez referência ao atendimento médico recebido no Ambulatório Trans, onde encontrase em acompanhamento hormonioterápico. Mas, nem sempre foi assim. Pelo insucesso nas tentativas de acessar assistência médica, Tábata se automedicava. Quando pergunto acerca da medicação que utilizava, ela responde: *“injeção que mulher toma pra evitar, né? E fazia uso daqueles comprimidos, que mulher também usa pra evitar e tomava tudo junto. Dava resultado, mas fazia muito mal, a gente sentia muito enjoo, muita dor no corpo, dor nas pernas. Aí acabou que tava me fazendo muito mal mesmo, aí eu desisti de tomar esses remédios”*. Questiono sobre quem orientou sobre o uso desses medicamentos e Tábata disse: *“As amiga, né? As outras travas mais velha: ‘ai toma isso, toma aquilo, aplica isso’. Porque a gente não tem muito, né, quem informa. Hoje que a gente tá tendo, porque até então não tinha, aí cê ia sempre escutando o que a outra falava”*.

Na unidade de saúde onde faz tratamento de doença crônica, foi informada pela recepcionista sobre o Ambulatório Trans e, desde então, faz acompanhamento lá. Tábata deseja passar pelas cirurgias ofertadas pelo Processo Transexualizador: *“eu tenho um sonho de ter um peito e eu tenho um sonho mais ainda de... fazer a operação, porque no meu caso eu não me aceito homem, sabe? Eu queria mesmo só apenas ser mulher, isso me incomoda”*, concluiu.

### **Itinerário terapêutico 23 – Tom**

***“toda vez que você chega é um choque”***

Tom é um homem trans, de 20 anos, que reside em Juiz de Fora. Acerca das primeiras percepções sobre a transexualidade, relatou que:

*perceber faz muito tempo, mas demorei muito pra descobrir o que que era. Até eu conseguir identificar, eu não sabia nem que isso existia. Eu achava que eu tinha um problema, mas não sabia qual era. Aí pra descobrir mesmo, só com 17 anos, que foi quando eu fiquei sabendo que isso existia, que aí eu comecei a me encontrar. Comecei a participar de uns grupos [...] e o*

*peçoal foi me explicando sobre essas coisas e eu fui me encontrando e fui vendo onde eu me encaixava. Aí foi a partir daí que eu consegui me afirmar.*

Tom contou que seus pais ficaram perplexos na ocasião em que revelou sua descoberta para eles. Mas, em suas palavras:

*hoje eles aceitam muito melhor [...]. Foi um choque muito grande, sabe? Eles não esperavam, eles me idealizaram a vida inteira. Até certo ponto eu entendia, aceitei isso. Eu cheguei a ficar com muita raiva deles, mas depois passou. Eu até me coloquei no lugar deles em relação a isso e vi que é um choque muito grande.*

Tom explicou que chegou até o grupo VisiTrans por intermédio de um amigo que frequenta o mesmo grupo. Lá, Tom passou por triagem e foi encaminhado para o Ambulatório Trans: *“foi tudo muito rápido, eu cheguei tive uma conversa com uma pessoa da equipe e na outra semana já era a minha consulta”*, elogiou.

Além da hormonioterapia, já em andamento, Tom também deseja passar por mastectomia, entretanto disse: *“não eu consigo achar nada muito acessível, é muito caro, é um preço bem salgado e pelo SUS a fila demora anos”*. Ainda acrescentou: *“não cabe na minha expectativa de tempo, ninguém aguenta”*. Para custear essa cirurgia na rede particular, portanto, ele diz: *“eu to trabalhando agora pra isso”*.

Além da demora, Tom se queixou da falta de preparo de profissionais de Medicina para assistir pessoas trans: *“é muita desinformação, toda vez que você chega é um choque. Eu fui fazer exames há pouco tempo e o médico não sabia nem como ele se dirigia a mim; ele não sabia como ele falava, se ele falava no feminino, no masculino”*. Tom ainda ilustrou sua crítica com outro recorte: *“eu tive que fazer um exame de sangue e ele (médico) não sabia como pedir um teste de gravidez, sabe? Ele tava assustadíssimo com isso! Ele não falou nada. Aí uma outra médica teve que vir falar comigo [...]. É uma novidade, que eles não tão preparados pra lidar com a gente”*, contou.

### **Itinerário terapêutico 24 – Talita**

***“existem várias nuances nesse mundo.”***

Talita é uma travesti, de 56 anos, residente em Juiz de Fora. Sobre sua identificação com o universo feminino, ela disse:

*Desde que eu me entendo por gente, sempre, sempre, sempre... No princípio eu sempre senti atração por mesmo sexo, né? E sempre me comportei desse jeito que eu sou hoje [...]. Eu já me vestia de mulher desde pequenininha, minha mãe fazia minhas vontades, né? E meu pai não ligava não.*

Segundo Talita “*tem uns vinte e poucos anos*” que ela se “*monta*”. Mas explica:

*Às vezes, as pessoas pensam, assim, que eu tenho vontade de, por eu me vestir assim, essa indumentária assim, que eu tenho vontade de ser mulher. Mas é tão difícil explicar, porque existem várias nuances nesse mundo. Eu gosto de ter aparência mais feminina possível, mas, ser mulher, eu não tenho vontade de ser não. Eu faço isso porque chama mais atenção dos homens, entendeu? Depois que eu me montei as coisas ficou muito mais fácil nesse campo (risos).*

Ela contou que faz acompanhamento para doença crônica na unidade de saúde coparticipante da pesquisa e que começou, recentemente, acompanhamento clínico para hormonioterapia no Ambulatório Trans. Antes, “*já há bastante tempo*”, se automedicava: “*eu tomo anticoncepcional [...]. Quando eu tomei Diane eu passei (mal), aí eu parei com ele e continuei com outro. O Diane é muito forte, ele me trazia efeitos colaterais muito fortes. Aí eu parei e continuei com um mais leve*”. Talita soube do Ambulatório através de uma amiga que lá também se consulta: “*a minha amiga que faz tratamento aqui, ela tinha me falado, mas achei que ela tava... que não era verdade*”. Logo depois, Talita disse que foi convidada pela recepcionista da unidade de saúde que sedia o Ambulatório para ingressar no mesmo. Nunca ouviu falar do Processo Transexualizador pelo SUS, e diz ter vontade de fazer implante de próteses de silicone nos seios.

### **Itinerário terapêutico 25 – Tula**

***“eu não sei se aplicava no lugar certo, entendeu?”***

Tula é uma travesti de 33 anos, que reside em Juiz de Fora. Ela relata que “*essa coisa do feminino eu sempre tive, na verdade, só que, assim, por conta de todas essas questões religiosas [...] isso foi muito difícil*”. Disse que, ao longo de sua vida, se “*vestia de uma maneira diferente, mas não chegava a ser uma coisa feminina*”. Aos 24 anos de idade, resolveu assumir sua identidade e pensou: “*agora eu vou deixar meu cabelo crescer, agora eu vou tomar hormônio*”.

Tula explica que, antes de ingressar no Ambulatório Trans, se automedicava: *“Eu tomava Perlutan, inclusive eu mesmo me aplicava. Agora, eles até me passaram, to com a médica aqui, que já até me passou um outro tratamento, mas ainda não tive capital pra poder...”*. Sobre o uso de hormônio, por conta própria, explicou, em suas palavras:

*Era complicado porque às vezes eu não sei se aplicava no lugar certo, entendeu? Às vezes eu sentia alguns hematomas, tinha vezes que eu sentia algumas dores, entendeu? Mas eu acho que, assim, era uma droga como outra qualquer e mesmo que eu não tenha usado, hoje eu me sinto da mesma forma, porque, às vezes, eu me olho no espelho e vejo meu peito uma coisa maravilhosa, feminina, isso e aquilo, nossa tá bom, tá bonito, entendeu? Às vezes eu olho parece que eu sou um homem forte, entendeu? Parece que aquilo tudo é músculo, que não tem nada de feminino, então eu não quero nem ver, entendeu?*

No momento, ela faz tratamentos para doenças crônicas na unidade de saúde coparticipante da pesquisa e, por estar se dedicando aos mesmos, suspendeu o uso de hormônio: *“Estou sem tomar mesmo há um ano e dois meses”*. Sobre o desejo de futuras intervenções no corpo, Tula disse:

*A princípio a primeira coisa que eu sempre quis é um quadril, entendeu? [...] um peito talvez, entendeu? Pequeno também, porque eu acho que eu também não tenho nem estrutura pra querer carregar um peito enorme também. No peito que eu tenho, dar uma melhorada pra eu não sentir, o que eu falei, que às vezes me olho no espelho e me sinto um homem forte, entendeu?*

Nunca pensou em passar pela cirurgia de redesignação genital: *“Eu não acredito que com uma cirurgia eu vou ter o mesmo prazer com o que é natural”*. Apesar de relatar que *“ouvia falar muito sobre isso, a respeito da retirada da genitália”*, diz desconhecer o Processo Transexualizador no SUS: *“Na verdade há pouco tempo, uns dois ou três meses atrás, eu ouvi, parece que no Jornal Nacional, que tem pelo SUS; acho que... o silicone nos seios e uma operação na voz. Mas na voz eu já acho que seria uma coisa muito mais complicada, eu já tenho medo”*, concluiu.

## **Itinerário terapêutico 26 – Tomas**

*“parece que a pessoa entra em conflito com ela mesma.”*

Tomas é um homem trans de 27 anos, residente em Juiz de Fora. Ao resgatar algumas passagens de sua vida, recordou sobre as primeiras percepções acerca da transexualidade: *“desde os 7, 8 anos, que eu me lembre, assim, só que eu não externalizava isso”*, o que trouxe uma grave consequência para sua saúde. Ele acrescentou: *“eu achava que eu tava doído, então eu não falava pras pessoas sobre isso, eu fui guardando e isso me causou um adoecimento psíquico mesmo, e eu fiquei, sei lá, eu tive depressão dos 12 até os 25 anos”*, lembra.

A partir do momento em que se assumiu transexual, entretanto, Tomas relatou: *“quando eu me assumi acabou, eu parei de tomar remédio, eu parei de ficar depressivo, resolveu os meus problemas. Me assumi pra mim mesmo e pras pessoas. Os meus pais me aceitaram antes de eu me aceitar”*. Sobre o grande apoio que recebeu de seus pais comenta:

*eu cheguei pra eles e falei que eu era um homem trans, e tal, eu expliquei pra eles, mas eu não queria fazer a transição; e eles me incentivaram a fazer, falaram: ‘faz, você vai melhorar, vai se sentir feliz’. E eu, na época, não conseguia ver isso e eles que me incentivaram. Têm uns dois anos isso; uns três anos, na verdade, porque eu demorei a me aceitar, a procurar as coisas.*

Deste momento, Tomas ainda recordou: *“quando deu um estalo, assim, eu falei: vou fazer a transição. Fiz um monte de coisa que eu nunca tinha feito, assim, por mim, sabe? Eu saí procurando tudo por conta própria. Então eu busquei alguns amigos que tinham certo contato com o meio LGBT”*. Tomas se alegra ao contar que *“depois disso eu não tive mais nada”*, se referindo à depressão. Mesmo considerando, em suas palavras, que *“depois da transição, assim, eu tive dificuldades. Tudo é mais difícil, assim, em questão de documentação. Até da própria saúde mesmo, tive uma dificuldade pra achar médico. Mas, assim, eram coisas que eu fui enfrentando numa boa, comparado com como era antes”*.

Foi através de uma participante do grupo VisiTrans e do Coletivo Duas Cabeças/UFJF que, inicialmente, Tomas chegou até a unidade de saúde coparticipante da pesquisa, onde a Psicologia JFCP lhe encaminhou para a unidade de saúde E2B. Nesta última, iniciou acompanhamento psiquiátrico com a intenção de conseguir acessar as ações ofertadas pelo Processo Transexualizador. Entretanto, ele compareceu ao local por volta de apenas três vezes e desistiu, pois, segundo ele, *“era só o contato lá com o psiquiatra e eu achei demais, assim, ter que viajar, perder um dia... cheguei a ir, aquele lugar horroroso; aí eu achei muito pesado”*. Para as viagens, ele recebeu auxílio para TFD, que solicitou na unidade de saúde JF2: *“todas as vezes eu fui de carro e eles dão uma quantia, acho que de 20 reais; caiu na*

*minha conta depois de muitos meses, depois de um ano” (risos). Tomas deseja passar apenas por mastectomia, agora “pela rede particular”: “já vi alguns, já escolhi, só me falta o dinheiro. Mais ou menos uns seis, sete mil. Aqui em Juiz de Fora tá saindo isso”.*

Relata que entrou no grupo VisiTrans “quando as coisas meio que começaram a acontecer aqui, eu peguei esse começo”. Atualmente, faz acompanhamento hormonioterápico no Ambulatório Trans, tendo ingressado desde a sua inauguração: “esperei ansioso pela chegada”. Tomas também faz acompanhamento psicológico na unidade intersetorial JF7, com a Psicologia JF7 e afirma: “ajuda bastante”. Tomas possui plano de saúde e, antes da inauguração do Ambulatório Trans, buscou ajuda com alguns médicos da rede conveniada:

*eu fui em alguns endócrinos, só que eles se recusaram a me atender, falando que isso (hormonioterapia) não podia, ou isso era ilegal. Me davam várias desculpas, assim, que não faziam sentido [...]. Eu não fui em muitos, porque, com o tempo, eu fui meio que desistindo, e eu achei um que começou me ajudando, mas depois parou. Aí os três primeiros que eu fui, alegaram isso.*

Tomas explica que a Endocrinologia JFD com quem consultou “falou que ia ajudar [...] fiz os exames, aí quando eu voltei, ela falou que não, que não poderia, mas que tinha procurado um colega que poderia me ajudar... Eu não sei, parece que a pessoa entra em conflito com ela mesma, pelo menos alguns atendimentos aconteceu isso”. Ele destaca, ainda, que outro médico, Endocrinologia JFE, que, inicialmente, assumiu seu tratamento, chegou a lhe prescrever hormônios, mas logo suspendeu os atendimentos. Segundo Tomas, o médico em dado momento falou que “alguém fez (hormonioterapia) com ele [...] e que os pais da pessoa foram lá e falaram que iam processar ele e alguma coisa assim. E aí ele meio que começou a falar que isso era ilegal, isso tinha que ter alguma coisa em lei”. Tomas desconfia: “não sei se ele inventou isso ou sei lá”. Ele completou dizendo: “eu passei por esse médico e aí eu ainda tinha o medicamento que ele passou e aí comprei esse e foi o tempo de eu vir pra cá (Ambulatório Trans) e aí eu comecei a fazer o acompanhamento certinho”.

Antes do acesso ao acompanhamento médico, Tomas relata ter se automedicado: “eu fiquei usando um hormônio que não fazia tanto mal, que é o Androgel”, que não precisava de receita médica para sua compra, segundo ele, ressaltando que o preço desse medicamento “é caríssimo, ele dura um mês e custa 200 e alguma coisa. Eu usei ele por um mês”. Ainda na temática da automedicação, ele acrescenta que a “internet é o grande meio pra você se informar sobre essas coisas”, concluiu.

### **Itinerário terapêutico 27 – Tito**

***“não quero fazer o que quase todo mundo faz, por fora, entendeu?”***

Tito é um homem de 29 anos, residente em Juiz de Fora. Sobre suas primeiras vivências, desde a tenra idade, que já apontavam a transexualidade, ele recordou:

*Que eu lembre... desde pequeno, eu posso te ser bem sincero que eu lembro de usar, e de querer mais roupas, assim, vamos colocar entres aspas, “masculinas”, de cores tipo azul, essas cores assim. Questão de brinquedo, jamais gostei de brincar de boneca. E uma parte da minha vida, que me doeu demais, foi quando eu não podia mais ficar sem camisa, os seios começaram... a gente fala intrusos, né? Começaram a crescer; isso me doeu bastante.*

Assim, Tito se reconhece como um menino desde criança: *“Eu vejo o pessoal conversando lá em casa, eu tinha na fase de 4 anos. Mas que eu me lembre, desde a primeira série, com 6 anos, com 6-5 anos”*. Contudo, em relação à aceitação de sua identidade por parte da família, ele lamenta:

*Nenhum deles, ninguém aceitou e tudo mais; um deles, eu acho que, assim, até meu pai viu, já pequeno, mas ele nunca falou nada [...]. Eu via que ele sempre tentava focar as coisas de menina em mim, e eu bati muito de frente com ele. Hoje em dia minha família respeita, mas não aceita.*

Entrevistei Tito quando compareceu para sua primeira consulta no Ambulatório Trans com o desejo de iniciar a hormonioterapia. Lá, a receptividade às pessoas trans e o respeito ao uso do nome social, de antemão, já foram fatores muito positivos e deixaram Tito confortável: *“qualquer lugar que você não possa usar o nome social é um impasse bem grande pra gente, a gente deixa de fazer as coisas. Quando eu me vi aqui usando o meu nome social, aí eu fiquei mais tranquilo”*. Apesar de, antes, já ter feito uso de hormônio por conta própria, sob acompanhamento da Nutrição JFF – da academia de ginástica que frequentava –, nunca havia buscado esse tipo de cuidado médico:

*Vou começar agora, quero mudanças, mas eu não quero fazer o que quase todo mundo faz, por fora, entendeu? Porque querendo ou não, a gente tem que cuidar da saúde, então é melhor uma coisa certa, do que tentar fazer outras coisas e dar errado. Aí eu to fazendo a mudança agora, vou começar o tratamento agora [...]. Tem um ano que eu não uso hormônio e tudo mais. Aí eu vou começar o tratamento agora certinho. Mais fácil.*

Sobre as possibilidades de intervenção no corpo, Tito afirma estar *“meio leigo nessa parte, porque eu entrei agora”*. Ainda se queixa da falta de informações confiáveis e precisas sobre o assunto: *“o problema da gente pesquisar na internet, cada um fala uma coisa, cada estado fala uma coisa”*.

Além da hormonioterapia, pretende passar por mastectomia e histerectomia, pela rede pública *“por mais que seja um pouco mais demorado”*. Sobre a cirurgia neofaloplastia comenta: *“tem gente que coloca, mas eu não quero, tenho medo de não sentir”*. Participa das reuniões do grupo VisiTrans e elogia que as pessoas da equipe, sua coordenadora e o grupo *“são bem receptivas”*, confirma.

### **Itinerário terapêutico 28 – Totia**

***“era um traço masculino muito forte que tava acontecendo em mim”***

Totia é uma mulher trans de 23 anos, residente em Juiz de Fora. Sobre o início do processo de se descobrir transexual, ela colocou:

*Eu costumo falar que desde sempre, sabe? Desde criança. Mas como eu morava com meu pai, meu pai sempre me reprimia, assim: ‘– ai, engrossa essa voz! Para de gesticular muito quando você fala!’ E aí me levava pra núcleos masculinos, jogo de futebol, essas coisa toda. E eu sempre, assim, brinquei muito com menina, minhas brincadeiras eram sempre aulinha, casinha. Sempre gostei de colocar cabelo, roupão na cabeça pra fingir que era cabelo, então assim, todas as brincadeiras eram sempre... eu queria ser a mulher, sempre queria ser a mulher da história; então, assim, eu sempre me identifiquei como mulher, sabe?*

Já no início da fase adulta, o surgimento dos primeiros caracteres sexuais secundários deixaram-na muito chateada:

*quando eu comecei a desenvolver o gogó, assim, eu comecei a ficar meio triste, porque era um traço masculino muito forte que tava acontecendo em mim, né? Os pelos também. Mas nunca, assim, aquela coisa, assim, de automutilação [...]. Eu sempre aceitei o meu corpo, o que era importante pra mim era me sentir como uma mulher, né? E me impor perante a sociedade como mulher, entendeu? Então assim, eu sempre me entendi como mulher, eu sempre me coloquei no universo feminino, sempre gostei; então, eu falo que desde sempre.*

O processo de assumir uma identidade feminina é recente na vida de Totia – “*eu fui bem devegar*”: “*agora que eu me instruí mais, me assumi homossexual primeiro. Comecei a ver o mundo de uma outra forma e resolvi me assumir pra minha mãe, como transexual, quando eu comecei a trabalhar mesmo, de carteira assinada [...] e a fazer faculdade*”. Totia disse que sua mãe e seu pai ainda tem uma “*visão de que toda trans vai ter um fim, assim, na rua, com prostituição; então, assim, o maior medo é esse. Então, assim, agora ela tá aceitando muito mais, entendeu?*”. Segundo Totia, pouco tempo antes dessa entrevista, por volta de 3 meses, ainda se apresentava de maneira “*mais andrógina. Ai agora que [...] que eu to me vestindo mais como mulher. É recente, que eu to começando a assumir a identidade de gênero feminino, Totia, pra sociedade em si*”.

Através de uma amiga do trabalho, soube do grupo VisiTrans. De lá, foi encaminhada para o Ambulatório Trans. Entrevistei Totia na ocasião de sua primeira consulta. Relata ter sido a primeira vez que buscou esse tipo de cuidado em saúde. Ela contou sobre esta experiência: “*pra mim foi bem mais tranquilo por conta do VisiTrans, né? [...] eu comecei, né, com o grupo de transição [...] desse grupo de apoio eu comecei, então, assim, pra mim foi bem mais fácil, porque tem pessoas que tem que vir sozinhas (no serviço de saúde), pra mim foi bem mais fácil*”.

Sobre a hormonização diz nunca não ter feito e estar “*com um pouco de receio ainda, das mudanças, mas to com muita vontade (...) eu sei que vai me ajudar, sabe? Na questão de estética, de adequar o corpo. Mas a gente sempre fica com medo, né? Quando tem algo novo pra gente*”. Nesse sentido, ela ainda reflete sobre os benefícios almejados e possíveis impactos desse tratamento:

*O hormônio eu quero começar o tratamento agora, porque vai me ajudar, entendeu? O toque mais feminino, mas, assim, eu quero começar com dosagens menores, pra ter mudanças mais sutis. Até mesmo pra não me assustar e não assustar as pessoas, porque as pessoas também tão, da minha família, ainda tão num processo de transição junto comigo, né? Então, assim, eu tenho essa preocupação com o pessoal da minha família também, pra não ter impacto, entendeu? Então, assim, eu to indo bem aos poucos, né? Respeitando limite, meu limite e o limite da minha mãe.*

Sobre a possibilidade de passar por intervenções no corpo, Totia reflete que “*agora eu não tenho vontade de fazer ressignação, não, não tenho, não me incomoda, assim, a minha genitália masculina, não me incomoda. A única coisa que eu tenho vontade é de feminizar mais e colocar o seio*”, concluiu.

## Itinerário terapêutico 29 – Tércio

### *“Não tenho problema nenhum com o meu corpo”*

Tércio é um homem trans, tem 20 anos de idade, e reside em Juiz de Fora. Sobre o processo de compreensão de sua identidade, relata: *“demorou muito tempo até eu me aceitar e botar todas as coisinhas no lugar dentro da minha cabeça. Então, primeiro eu... primeiramente, eu descobri né, me aceitei como pessoa não binária. Só que aí eu fui vendo que não era exatamente aquilo, e tem alguns meses que eu me assumi enquanto um homem trans”*. Segundo ele, *“sempre soube que tinha algo de errado, assim, que tinha alguma coisa que eu não tava vivendo da forma certa, e eu sempre senti que eu estava só existindo e não vivendo; e, embora eu tentasse buscar isso de diversas formas, praticando esportes, praticando dança, canto, várias atividades que conseguiam complementar o meu cotidiano, tentar sair com amigos, isso nunca me completou e nunca me contemplou”*. Nesse sentido, conta que algumas descobertas foram possíveis através da *internet*:

*Com o youtube eu comecei a procurar vídeo. Primeiramente, me interessei por maquiagem pra fazer uma... pra dar uma aparência mais masculina. E aí eu acabei pegando muita de maquiagem e fui pro lado também de conhecer pessoas LGBT que fazem maquiagem, né, que fazem drag queen. E, com isso, eu vi vários canais do youtube que falavam sobre isso, canais de pessoas trans, inclusive. E aí eu fui me identificando com essas pessoas e eu fui percebendo – poxa, é por aí.*

Passou a frequentar o grupo VisiTrans e, por intermédio do grupo, chegou ao Ambulatório Trans para sua primeira consulta, no dia em que foi entrevistado para esta pesquisa. Apesar do receio de procurar profissionais de saúde, contou que:

*Chegar aqui (Ambulatório Trans) foi muito tranquilo pra mim, porque eu já vim cercado de amigos e vim com acompanhamento, então, assim, foi muito mais tranquilo. Agora eu procurar um serviço de saúde, pra mim é sempre muito mais complicado. Ficar procurando um médico que... eu tenho um plano... procurar um médico no meu plano que seja bacana, que seja interessante ou, então, voltar nesse mesmo médico depois, costuma ser difícil voltar na mesma pessoa, porque não costumo criar vínculo nenhum, não costuma me contemplar tanto.*

Acerca do desejo de mudanças no corpo, Tércio aponta que *“isso é algo que eu ainda to... trabalhando comigo mesmo”*. Em suas palavras, ele explica:

*Tem algumas mudanças que eu gostaria de ter, mas não muitas. Eu gostaria de ter uma aparência, né, pelo menos mais andrógena. Não quero ficar, nossa, ficar bombado, padrãozinho da mídia, porque esse não é meu estilo mesmo. Mas eu queria fazer algumas modificações, tomar hormonização; talvez fazer a cirurgia de mastectomia, mas isso é algo que, se for fazer, vai ser bem lá pra frente, não pretendo fazer isso agora. Mas a cirurgia de redesignação sexual não pretendo fazer. Eu to satisfeita, não é um problema pra mim. Pra muitas pessoas é. Muitas vezes é uma demanda que a própria sociedade impõe para as pessoas trans. Mas, eu to feliz, eu vou no banheiro tranquilamente, não tenho nenhum problema pra fazer xixi, muita gente tem problema até pra fazer xixi. Não tenho problema nenhum com o meu corpo. Eu exploro a sexualidade da minha forma e estou satisfeito com ela do jeito que tá. E também a cirurgia de redesignação sexual para homens trans, qualquer cirurgia, ela já é pesada; aí uma cirurgia que tem uma grande chance de dar errado e de você perder toda a sensibilidade, aquilo ali afetar a sua vida, mais ainda...*

Sobre a possibilidade de iniciar a hormonioterapia, Tércio disse que “*com hormônios masculinos não, nunca tive nem esse contato, nem essa possibilidade de fazer algo do tipo, e também nunca pensei em fazer isso sem acompanhamento não. Eu tenho bastante medo de dar errado; ainda mais pra evitar, né, efeitos colaterais, evitar efeitos indesejados, né?*”, concluiu.

#### 6.4 CONVERGÊNCIAS NOS PERCURSOS E OS PRIMEIROS CONTORNOS PARA A REDE

Os recortes narrativos apresentados, a partir das entrevistas, contam sobre trajetórias em busca de cuidados de saúde específicos que, provavelmente, se processam não apenas no contexto da rede de assistência à saúde, pública e privada, do município de Juiz de Fora, mas também em contextos diversos deste país. Nas passagens destacadas, ilustram-se enunciados importantes de pessoas que estão sendo privadas de usufruir de seus direitos, que vivem vidas precárias em um país cujo Estado, que deveria garantir acesso facilitado aos serviços de saúde pública e proteger os direitos sociais da rica diversidade de sua população, é, muitas vezes, seu principal violador.

Para permitir a compreensão da abrangência dessa grande trama formada, exclusivamente, a partir das falas produzidas pelos/as informantes trans desta pesquisa, foi estruturado um quadro, no qual estão compiladas informações estratégicas advindas das exposições individuais dos itinerários terapêuticos. A intenção foi dar contorno ao que parece compor uma extensa rede de (des)assistência à saúde para pessoas trans, advindas de Juiz de Fora e de suas proximidades.

Os achados de campo apontaram significativas convergências nos percursos traçados pelos/as participantes, assim como divergências muito peculiares quando analisadas à luz de marcadores sociais da diferença, para além do gênero. A atenção para aspectos como classe, geração e território, por exemplo, também permitem inferir sobre significativos atravessamentos nas histórias de vida, no suporte social, cultural e também político, que serão detalhadamente discutidos no próximo capítulo.

Cabe destacar que o quadro foi organizado a partir da localidade dos serviços acessados, começando por “Juiz de Fora, Minas Gerais (estado 1)”, cuja rede de assistência à saúde foi o objeto de investigação desta pesquisa. Na sequência, foram apresentadas as demais localidades citadas nas descrições dos itinerários terapêuticos, mas a partir de nomes fictícios, com a finalidade de preservar o anonimato das instituições de saúde e dos/as profissionais mencionados/as. Assim, a primeira coluna do quadro apresenta também as seguintes divisões: “Outros municípios da mesorregião da Zona da Mata<sup>36</sup> (estado1)”; “Município da mesorregião Metropolitana de Belo Horizonte<sup>37</sup> (estado 1)”; “Município do estado 2 do Brasil (país 1)”; “Município do estado 3 do Brasil (país 1)”; além de “País 2”, “País 3” e “País 4”, todos estes situados no continente europeu.

As instituições ou os serviços de saúde citados nos itinerários terapêuticos foram ordenados segundo o nível de complexidade da atenção dispensada (da atenção básica à alta complexidade). Os demais equipamentos mencionados, como unidades intersetoriais, grupo de apoio e militância, ONG, coletivo universitário e até mesmo serviços ilegais e/ou clandestinos, também foram dispostos no quadro, conforme uma compreensão ampliada de cuidado ofertada pela literatura sobre itinerários terapêuticos, já discutida no início deste capítulo (Gerhardt, 2006; Martinez-Hemáez, 2006; Pinho & Pereira, 2012; Souza *et al.*, 2014; Gerhardt, Burille & Muller, 2016). Apesar de terem sido citados, de passagem, nas descrições individuais dos ITs, os serviços e/ou profissionais que não souberam acolher e/ou recusaram-se a acolher estas pessoas em algum momento de seus percursos não foram incluídos no quadro abaixo. Vale lembrar que algumas pessoas entrevistadas ainda não quiseram, puderam ou conseguiram acessar dispositivos de assistência.

Por fim, no quadro, constam as especialidades clínicas que foram informadas pelos/as próprios/as participantes da pesquisa, assim como as ações e os procedimentos

---

<sup>36</sup> A mesorregião da Zona da Mata em Minas Gerais é formada pelas seguintes microrregiões: Juiz de Fora, Cataguases, Manhuaçu, Muriaé, Ponte Nova, Ubá e Viçosa.

<sup>37</sup> A mesorregião Metropolitana de Belo Horizonte em Minas Gerais é composta pelas seguintes microrregiões: Belo Horizonte, Conceição do Mato Dentro, Conselheiro Lafaiete, Itabira, Itaguara, Ouro Preto, Pará de Minas e Sete Lagoas.

utilizados. Apesar de estarem aqui listadas, não significa que o/a informante, necessariamente, utilizou todas as ações e os procedimentos descritos, mas sim que acessou a/o referida/o instituição/serviço. Na última coluna do quadro, os números apresentados referem-se à ordem de apresentação dos itinerários terapêuticos, no subtópico 6.3, e correspondem ao/a informante em questão.

Figura 6 – Quadro sinóptico composto a partir das informações obtidas através da descrição dos itinerários terapêuticos

<b>Localidade</b>	<b>Nível de atenção à saúde</b>	<b>Instituição/ serviço</b>	<b>Especialidades clínicas</b>	<b>Ações e procedimentos utilizados</b>	<b>Informantes trans que acessaram o serviço</b>
Juiz de Fora, Minas Gerais (estado1)	Atenção Primária à Saúde (APS)	Unidade de saúde JF1	Urologia JF1	Encaminhamento para o Processo Transexualizador	3
	Atenção especializada de média complexidade	Unidade de saúde JF2	Urologia JF1; Dermatologia JF2	Encaminhamento/ agendamento de consulta para o Processo Transexualizador; solicitação de auxílio para TFD; exames laboratoriais para pacientes em hormonioterapia; alteração para o nome social no Cartão do SUS.	1; 3; 4; 15; 26
	Atenção especializada de média complexidade	Unidade de saúde coparticipante da pesquisa	Psicologia JFCP	Acolhimento – questões relativas a vivências da transexualidade; psicoterapia; encaminhamento para o Processo Transexualizador	1; 3; 26 (usuárias/o externas/o ao serviço)
	Atenção especializada de média complexidade	Ambulatório Trans	Equipe AT – membros: Psicologia AT, Medicina AT e Nutrição AT	Acolhimento; psicoterapia; atendimento médico e nutricional; hormonioterapia	1; 2; 3; 4; 5; 6; 9; 10; 12; 13; 14; 15; 17; 18; 19; 21; 22; 23; 24; 25; 26; 27; 28; 29
	Atenção especializada	Consultório particular JFA	Ginecologia JFA	Consulta médica	2

	de média complexidade				
	Atenção especializada de média complexidade	Unidade de saúde JF3	Serviço Social JF3; Psicologia JF3	Acolhimento – questões relativas a vivências da transexualidade; orientações e encaminhamentos diversos	3 (usuária externa ao serviço)
	Atenção especializada de média complexidade	Clínica particular JFB (conveniada com a PJF)	---	Tratamento a laser para redução/eliminação de barba	3
	Atenção especializada de média complexidade	Consultório particular JFC	Psicologia JFC	Psicoterapia	4
	Atenção especializada de média complexidade	Unidade de saúde JF4	---	Exames laboratoriais para pacientes em hormonioterapia	4
	Atenção especializada de média complexidade	Consultório particular JFD	Endocrinologia JFD	Consulta médica	26
	Atenção especializada de média complexidade	Consultório particular JFE	Endocrinologia JFE	Hormonioterapia	26
	Atenção especializada de alta complexidade	Unidade de saúde JF5	Psiquiatria JF5	Atendimento psiquiátrico	3
	Atenção especializada de alta complexidade	Unidade de saúde JF6	---	Contato, por email, para solicitar informações sobre ações e procedimentos cirúrgicos do Processo Transsexualizador	21
	---	Unidade intersetorial JF7	Psicologia JF7	Psicoterapia	5; 18; 21; 26
	---	Unidade intersetorial JF8	Medicina JF8	Consulta médica	9
	---	Grupo VisiTrans	Equipe do projeto		1; 2; 3; 4; 5; 6; 9; 10; 12;

					13; 15; 17; 18; 21; 23; 26; 27; 28; 29
	---	ONG 1	Psicologia ONG1; Colaborador ONG1	---	3
	---	Coletivo Duas Cabeças/UFJF	---	Encaminhamento para o grupo VisiTrans	26
	---	Serviço clandestino 1	<i>“amigo meu cirurgião plástico”</i>	<i>“Revisão”</i> da aplicação de silicone industrial	16
	---	Academia de ginástica	Nutrição JFF	Administração de hormônio masculino sob orientação de nutricionista de academia de ginástica	27
Outros municípios da mesorregião da Zona da Mata (estado1)	Atenção especializada de alta complexidade	Clínica particular ZM1	Cirurgia Plástica ZM1	Implante de silicone mamário	1; 10
	Atenção especializada de alta complexidade	Clínica particular ZM2	Cirurgia Plástica ZM2	Nariz	20
Município da mesorregião Metropolitana de Belo Horizonte (estado 1)	Atenção especializada de média complexidade	Unidade de saúde M1	Urologia M1	Consulta médica	3
	Atenção especializada de alta complexidade	Unidade de saúde M2	Urologia M2	Consulta médica	3
Município do estado 2 do Brasil (país 1)	Atenção especializada de média complexidade	Unidade de saúde E2A	Endocrinologia E2A; Psiquiatria E2A; Serviço Social E2A; Psicologia E2A	Hormonioterapia	1
	Atenção especializada de alta complexidade	Unidade de saúde E2B	Psiquiatria E2B; Serviço Social E2B; Urologia E2B; Psicologia E2B	Processo Transexualizador/ SUS	1; 3; 15; 26
	Atenção	Unidade de	Urologia E2C	Redesignação	3 (Obteve

	especializada de alta complexidade	saúde E2C		sexual	encaminhamento médico, mas não chegou a ir)
	Atenção especializada de alta complexidade	Clínica particular E2D	Cirurgia Plástica E2D	Redesignação sexual	1
	---	Serviço clandestino 2	“amiga”, “quase uma médica”	Aplicação de silicone industrial no quadril	7
Município do estado 3 do Brasil (país 1)	Atenção especializada de alta complexidade	Clínica particular E3	Cirurgia Plástica E3	Implante de silicone mamário	20
País 2	---	Serviços distintos P2	Não especificada	Prótese nos lábios; “metacrilato”; <i>lifting</i> no rosto, próteses na testa, laser para barba, cirurgia nas pálpebras	7
País 3	---	Serviço clandestino P3	“uma travesti do meio da gente”	Aplicação de silicone industrial nos seios, boca, nariz e bochechas	11
País 4	---	Serviço não especificado P4	“um cara que eu conhecia, um amigo meu”	Cirurgia genital	16
	---	Serviço clandestino P4		Aplicação de silicone industrial nos seios e no quadril	16

Fonte: Da Autora

De modo geral, o campo da pesquisa com interlocutores/as trans fez emergir um verdadeiro descompasso orquestrado que, para ser compreendido em sua totalidade, precisou ser cuidadosamente traçado e aprimorado, por incontáveis vezes. Assim, a beleza de um emaranhado de caminhos que se cruzam, em boa parte, na informalidade das informações fornecidas por quem já se aventurou por percorrê-los, foi aos poucos tomando forma, ainda no período das entrevistas. Da mesma maneira informal e recorrente, aconteceu a maioria dos encaminhamentos realizados para a continuidade destes percursos.

A partir da formulação deste quadro, portanto, pode-se constatar a abrangência da rede formada pelos mais diversos dispositivos de cuidados específicos para a população trans,

assim como também compreender a delimitação ainda precária, porém, necessária, do que se poderia considerar uma rede, ainda que incipiente, de assistência pública à saúde para pessoas trans em Juiz de Fora. Neste sentido, o capítulo seguinte apresentará uma análise pormenorizada do funcionamento dessa rede, sem perder de vista o contexto mais amplo no qual está instalada, discutindo pontos importantes das trajetórias daqueles e daquelas que se colocam a caminhar em busca de saídas que deveriam ser apenas terapêuticas.

## **7 A REDE (IN)FORMAL DE ASSISTÊNCIA PÚBLICA À SAÚDE PARA PESSOAS TRANS EM JUIZ DE FORA: CONSIDERAÇÕES ANALÍTICAS SOBRE O SEU FUNCIONAMENTO**

Partindo do objetivo geral desta investigação – analisar o funcionamento da RAS de Juiz de Fora em relação ao atendimento das ações previstas pelo Processo Transexualizador no SUS, nos níveis de atenção básica e atenção especializada de média complexidade, compreendendo-a em sua estrutura e fluxo, assim como o modo de execução, ou não execução, das diretrizes de assistência estabelecidas pelo Ministério da Saúde –, a pesquisa realizada pode constatar o quão desgastante e demorada pode ser a garantia do direito à saúde para a população transexual e travesti.

Considerando a complexidade dos embates que já advém da forma de estruturação política do Processo Transexualizador no SUS e que refletem no seu modo de funcionamento, desde o início desta pesquisa foi possível conjecturar que as trajetórias individuais de pessoas transexuais e travestis em busca de atenção à saúde, relacionadas às suas vivências de gênero, num município do interior de um estado do país, não seriam simples. E, de fato, não são. Neste sentido, pode-se afirmar que a hipótese lançada no início da pesquisa – de que a integralidade, a interdisciplinaridade e a integração entre ações e serviços, mesmo que enunciadas como diretrizes de assistência do Processo Transexualizador no SUS, não operam ou operam com significativas limitações – foi corroborada no contexto da RAS investigada.

Neste capítulo, foi apresentado o trabalho analítico fundamentado nos achados do campo junto aos/às colaboradores/as que compuseram o universo populacional desta pesquisa. Assim, considerando os materiais produzidos com base nas entrevistas com usuários/as e profissionais que atuam no âmbito da saúde pública do município estudado, este capítulo de análise teve sua discussão organizada em torno das principais questões disparadoras da investigação: o modo de funcionamento da RAS referente à linha de cuidado às pessoas transexuais e travestis na localidade pesquisada e na interface com outras RAS, no que se relaciona ao acesso às ações previstas para o Processo Transexualizador no SUS; a implementação e a execução das diretrizes de assistência estabelecidas pela política ministerial na rede de assistência pública à saúde para pessoas transexuais e travestis no principal município da Zona da Mata; e, por fim, o modo como tais diretrizes se processam, ou não se processam, neste contexto de atenção.

Tais eixos norteadores estão contemplados nas discussões distribuídas nos cinco subtópicos deste capítulo de análise, a saber: **1) O encontro da (e com a) rede**, onde foi apresentada a rede de assistência encontrada em Juiz de Fora – delineada conforme critérios a serem explicitados –, seus dispositivos de cuidado e as ações ofertadas para a população trans no município, sobretudo sua composição e seu modo de funcionamento, em contraponto com a estrutura assistencial prevista pela política ministerial para o Processo Transexualizador no SUS. **2) A vulnerabilidade em sua dimensão programática na rede de assistência pública à saúde para pessoas transexuais e travestis em Juiz de Fora**, no qual a rede encontrada foi analisada a partir do conceito de vulnerabilidade programática e à luz da proposta das RAS, demonstrando a invisibilidade da população trans para o setor de saúde do município, além da condição de informalidade e, por isso, de fragilidade em que se encontram os/as profissionais envolvidos/as com o cuidado e os dispositivos de assistência pública estudados. **3) Marcadores sociais da diferença e o acesso local à saúde**, onde foi proposta uma discussão acerca da importância dos estudos que consideram as interseccionalidades para uma compreensão ampliada do sujeito que acessa ou não consegue acessar à assistência à saúde, ilustrada pelo campo desta pesquisa que abarcou possibilidades de trajetórias muito distintas e, por isso, foram analisadas a partir das categorias transexual e travesti que, somadas a outros marcadores sociais, potencialmente podem aproximar ou afastar as pessoas da rede pesquisada. **4) A integralidade como princípio da política de saúde do Estado brasileiro e as práticas relativas ao Processo Transexualizador na rede pesquisada e em suas interfaces**, que discute a construção da integralidade nos espaços de cuidado a partir das práticas cotidianas, considerando as demandas e o modo como se dará a oferta na rede, de forma a superar entraves complexos do sistema que, em boa parte, advém da construção política da assistência à saúde para pessoas trans no Brasil. E, por fim, **5) De “pacientes da Disforia de Gênero” a “artistas da vida”**: a construção da autonomia na/pela rede de assistência à saúde estudada, onde defende-se a urgente mudança paradigmática no âmbito do Processo Transexualizador, de modo a promover um deslocamento da lógica de patologização para a lógica do cuidado, essencial para que se possa alcançar a prática da integralidade; a partir desta perspectiva, refletir sobre como a rede local pode contribuir para a construção e a promoção da autonomia de pessoas trans que por ela circula.

## 7.1 O ENCONTRO DA (E COM A) REDE

Considerando que o principal objeto de análise deste estudo era desconhecido no início da pesquisa, antes de se traçar qualquer consideração analítica sobre o modo de funcionamento da rede de assistência pública à saúde para pessoas trans em Juiz de Fora, torna-se necessário, neste capítulo, apresentar o que foi considerado, propriamente, como a rede em questão; tanto em sua composição, quanto em sua articulação como dispositivo de cuidado específico para pessoas trans na localidade pesquisada. Optou-se por denominar o objeto encontrado como rede, ainda que esta possa apresentar-se num formato frágil e restrito da atenção à saúde ofertada no município e, certamente, não oficial, delineado apenas a partir das trajetórias terapêuticas de seus/suas usuários/as, também informantes deste estudo. Neste sentido, é possível que existam outros dispositivos de cuidado e/ou outras ações em saúde, destinados à população trans, inclusive na rede pública, que não foram considerados, uma vez que não apareceram nos itinerários terapêuticos, nem mesmo nas entrevistas com os/as profissionais participantes e/ou não atenderam aos critérios estabelecidos pela pesquisa.

Dessa forma, a Figura 7, abaixo, apresenta o que foi considerado como a rede de assistência pública à saúde para pessoas transexuais e travestis em Juiz de Fora, tendo sido estruturado a partir dos dados já expostos na Figura 6, ao final do capítulo anterior (capítulo 6 – subtópico 6.4). Contudo, para serem incluídos enquanto componentes, especificamente, dessa rede no município, os equipamentos dispostos na Figura 7 foram examinados a partir dos seguintes critérios de inclusão: estar situado em Juiz de Fora; tratar-se de instituição e/ou projeto e/ou ação que oferte assistência pública à saúde; e ter sido mencionado/a por dois ou mais informantes trans. Neste sentido, foram excluídos serviços de outras localidades e/ou particulares/conveniados e/ou mencionados apenas por um/a informante.

Assim, na Figura 7, foram apresentadas as seis frentes de atenção específica à saúde para a população transexual e travesti, identificadas em Juiz de Fora, organizadas informalmente em rede, e expostas segundo o tempo de oferta dos cuidados para pessoas trans de que se teve conhecimento – da mais antiga até a mais recente –, utilizando dos mesmos nomes fictícios adotados na Figura 6. Seguindo a ordem das colunas do quadro, constam primeiro os dispositivos de cuidado/equipamentos encontrados, suas vinculações institucionais, as especialidades clínicas ofertadas e, por último, os/as informantes usuários/as, representados/as por números, segundo a ordem de descrição de seus itinerários terapêuticos, conforme apresentados no capítulo 6/ subtópico 6.3 desta tese. O resultado pode ser observado a seguir:

Figura 7 – Rede de assistência pública à saúde para pessoas trans em Juiz de Fora, composta a partir da descrição de itinerários terapêuticos de seus/suas usuários/as

<b>Dispositivos de cuidado/equipamentos</b>	<b>Vinculação institucional</b>	<b>Especialidades clínicas</b>	<b>Informantes trans que acessaram o serviço</b>
Unidade de saúde coparticipante da pesquisa	Prefeitura de Juiz de Fora	Psicologia JFCP	1; 3; 26
Unidade de saúde JF2	Prefeitura de Juiz de Fora	Profissionais clínicos e administrativos diversos	1; 3; 4; 15; 26
Grupo VisiTrans	Projeto de extensão do Núcleo PPS/UFJF	Equipe VisiTrans	1; 2; 3; 4; 5; 6; 9; 10; 12; 13; 15; 17; 18; 21; 23; 26; 27; 28; 29
Profissional parceiro/a da unidade intersetorial JF7	Projeto eleito por concorrência/ Edital do governo estadual/MG	Psicologia JF7	5; 18; 21; 26
Ambulatório Trans	Prefeitura de Juiz de Fora	Psicologia AT	1; 2; 3; 4; 5; 6; 9; 10; 12; 13; 14; 15; 17; 18; 19; 21; 22; 23; 24; 25; 26; 27; 28; 29
		Medicina AT	
		Nutrição AT	
“Grupo para familiares”	Projeto de extensão do Núcleo PPS/UFJF	Professora coordenadora; 2 alunos da graduação em Psicologia/UFJF	---

Fonte: Da Autora

Considerando o conjunto pesquisado, a primeira frente de cuidados em saúde na rede pública municipal que abriu portas para pessoas trans em Juiz de Fora, de que se teve conhecimento, foi a unidade de saúde JF3, um serviço de média complexidade da RAS, na figura do Serviço Social JF3, que, por volta de 2007, em parceria com a Psicologia JFCP, da unidade de saúde coparticipante da pesquisa, absorveram, de início, quatro pessoas trans, das quais uma foi informante deste estudo. Estas pessoas chegavam até estes locais de diferentes formas. Desde então, tais instituições passaram a receber pessoas trans, pois “*não havia para onde encaminhá-las na rede*”, como explica a Psicologia JFCP.

De alguns anos para cá, apenas a unidade de saúde coparticipante da pesquisa manteve essa oferta de cuidados, tendo a Psicologia JFCP acolhido (in)formalmente essa demanda, sem o suporte institucional/municipal necessário. A própria Psicologia JFCP assume: “*a gente vem numa situação de muito imprevisto dentro do sistema*”. Apesar da gestão interna desta unidade de saúde reconhecer a necessidade e apoiar o cuidado às pessoas

trans, a formalização desta assistência inexistente junto ao município e, com isso, as parcerias para a ampliação do cuidado são escassas: *“a gente foi sentindo a necessidade de outros profissionais... batia na porta... a gente teve muita resistência, de profissional pra atuar, aqui dentro, inclusive; porque essa questão da harmonização pra gente era uma coisa que sempre preocupou”* (Psicologia JFCP).

Neste sentido, ela aponta que esclarecimentos sobre a identidade e as vivências trans, para desmistificar sobre cuidados específicos de saúde para essas pessoas, são realizados de maneira recorrente na unidade de saúde. Entretanto, a Psicologia JFCP percebe que *“existe uma abertura da coordenação nesse sentido, o que a gente chega pedindo, reivindicando, ele topa. O que a gente encontra de resistência, de dificuldade hoje é com relação aos próprios profissionais estarem desejando, aderindo a esse tipo de atendimento”*. Ela ilustra, nos excertos abaixo, que tal resistência habita não apenas no engajamento de profissionais nesta frente de cuidados, mas também na receptividade de pessoas trans nesta unidade de saúde, no que se refere ao respeito da identidade de gênero e ao uso do nome social:

*O sistema de saúde não está preparado, não tem informações pra lidar com as pessoas trans. Ainda é muito conflitiva essa questão do nome, por exemplo, do entendimento da sociedade de como que isso se configura; que de fato gênero é uma construção social e que se a pessoa se diz mulher, ela é uma mulher de fato, e tem que ser chamada como, com o nome que ela se apresenta. Eu vejo que há muita resistência em vários âmbitos, nas recepções ou em profissionais mesmo; então existe uma dificuldade de acolher essas pessoas no sistema e de estar lidando com isso* (Psicologia JFCP).

*Essa questão do nome é uma negociação constante da própria identidade, então a pessoa tem que estar provando e dizendo para o outro quem que ela é, né? Então, assim, olha que vivência mais sofrida, o tempo todo você estar tendo que negociar quem você é com o outro, né? E provar, de certa forma, e ter instrumentos, documentos, pra dizer disso; não ter autonomia pra estar dizendo de si, né? Essa é uma questão que pega muito e, principalmente, pelo nome, que é o primeiro demonstrativo de preconceito; sempre tem esse impasse* (Psicologia JFCP).

*Aqui dentro mesmo eu vejo, até hoje, a gente tem que tá brigando: ‘gente, não é assim... não pode colocar os dois nomes; porque na hora que o médico for chamar como é que ele vai saber qual que é o nome? Então aí você tá dando a chance do médico poder escolher ali e chamar o nome errado, entendeu? Olha que desagradável!’ E tem resistência, porque a pessoa argumenta: ‘mas, e o documento?’. ‘Gente, o documento no âmbito da saúde é o nome social, pronto e acabou. Tem uma portaria para isso, então não tem que pensar em outro documento não’. Então, assim, ainda tem muita resistência e, aqui, tem a gente discutindo e falando, né? Então aí fora a coisa é pior, né? (Psicologia JFCP).*

O impacto das dificuldades vivenciadas por profissionais na luta contra a invisibilidade e o preconceito, dentro das próprias instituições de saúde, tem uma repercussão infinitamente maior para as pessoas trans, usuárias destes serviços. Há aproximadamente nove anos, Teodora é atendida na unidade de saúde coparticipante da pesquisa, sendo uma das primeiras pacientes trans absorvidas nessa proposta. Ela comentou que, em sua experiência, o respeito ao uso do nome social nos serviços do SUS nem sempre é cumprido, conforme Portaria N. 1.820 (Brasil, 2009), e até mesmo a confecção do Cartão Nacional do SUS tem sido problemática:

*O SUS, até hoje, por mais que tenha sido feito o Cartão do SUS, com nome social, não faz campanha, não tem palestra pra informar os médicos ou os funcionários, não tem cartaz, não tem nada. Você não vê na televisão, você não vê nos postos, você não vê em rádio, você não vê em nada. Isso é um descaso com a comunidade transexual hoje (Teodora – IT 3).*

*Aqui em Juiz de Fora, mesmo em 2009, já tendo essa portaria do Brasil, do SUS todo, do cartão com nome social, só consegui fazer o Cartão SUS com o nome social em 2013, depois que eu operei. De tão irritada que eu já tava com aquilo, que eu sabia, eu levei a portaria, o cartaz do Cartão SUS com nome social [...] e o cara não quis fazer. Aí eu procurei o chefe, aí eles fizeram. Aí eu passei a acompanhar as pessoas que queriam fazer, porque ainda tinha uma pessoa ou outra que queria implicar com a questão do gênero e falava: 'não, a gente vai por o nome, mas não vai por o gênero, porque no CPF vai dar problema'. E não tem como dar problema porque no cadastro, tem lá, o nome de registro com o gênero e tal, e o nome social com o gênero de acordo com o nome social. Era simples assim. Aí foi mais uma luta também (Teodora – IT 3).*

*O SUS não tá preparado pra receber a gente, eu já tive problema com o nome social na UPA. Eu acho, assim, esse atendimento tem que ser humanizado, né? E, depois do nome social (constando no Cartão Nacional do SUS), já tentaram me questionar. Porque na UPA você tem que mostrar o documento de identidade e uma vez uma moça tentou e eu levei todas aquelas declarações, a portaria e a foto e joguei assim: 'tá aqui o Cartão SUS, tá aqui com o nome social; qual a utilidade do Cartão SUS com o nome social se não for pra você respeitar o uso do nome social?' Precisa escrever? Desenhar? Aí ela foi e colocou (Teodora – IT 3).*

Ainda assim, no caso da unidade de saúde coparticipante da pesquisa, muito já foi conquistado, tendo em vista que diversas usuárias da unidade, e também informantes da pesquisa, manifestaram, espontaneamente e recorrentemente, tratar-se de um serviço que consegue acolher de maneira humanizada suas demandas e respeitá-las em sua identidade. Dentre as ações e os procedimentos ofertados pela unidade estão: acolhimento de questões relativas às vivências da transexualidade e da travestilidade; orientações diversas, como o

direito ao uso do nome social e a mudança do nome no Cartão Nacional do SUS; psicoterapia; encaminhamentos para o Processo Transexualizador, através da emissão de laudos e de referenciamentos informais, comumente para a unidade de saúde E2B. Dentre os/as usuários/as, o público travesti é predominante e, diante das demandas por elas apresentadas, a Psicologia JFCP ressalta, em tom de grande preocupação: “é a abjeção da abjeção”, se referindo ao grau de invisibilidade social e de vulnerabilidade destas pessoas, o que só agrava a precariedade das condições de acesso não apenas às instituições de saúde. Nas palavras de uma travesti, informante da pesquisa:

*Pra gente é difícil encontrar serviço honesto, sabe? Ser aceita pelos outros, assim, você passar sem ser criticada, você entrar num lugar sem todo mundo, assim... acho que crítica e preconceito ainda tem muito, mas, assim, hoje em dia já não é tanto, mas ainda tem muito... Dificulta a gente ter coragem de arrumar um serviço, de sair mais ao dia, como pessoas coisa; porque eu, geralmente, gosto de sair mais a noite, porque durante o dia onde você olha o pessoal tá te olhando de longe, então, só quando é necessário mesmo (Tábata – IT 22).*

Se antes a unidade de saúde coparticipante da pesquisa supria as demandas trans de maneira isolada, por total falta de parcerias, hoje, o contato com a rede auxilia na distribuição das demandas, no fortalecimento e no aprimoramento da assistência pública à saúde específica para essas pessoas no município. Entretanto, nem todos/as os/as usuários/as, especialmente as travestis, se sentem confortáveis para transitar por essa rede, para aderir à hormonização sob acompanhamento médico ou, ainda, para conhecer o grupo VisiTrans, por exemplo.

Uma segunda frente de cuidados em saúde para pessoas trans no município é a unidade de saúde JF2. De acordo com informações fornecidas por participantes que frequentam a instituição, esta realiza alteração do Cartão Nacional de Saúde do SUS para o nome social, exames laboratoriais de rotina para pacientes que estão em hormonioterapia no Ambulatório Trans, agendamento de consulta para o Processo Transexualizador em outras cidades, além de receber, nestes casos, solicitações de auxílio para TFD.

A Portaria N. 1.820 do Ministério da Saúde (Brasil, 2009), que “dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde”, assegura o uso do nome social no âmbito do SUS ao garantir a “identificação 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” (p. 2). Ainda

assim, as queixas acerca do desconhecimento e do desrespeito deste direito, não apenas em unidades de saúde, foram frequentemente apontadas como um dos principais motivos que afastam as pessoas entrevistadas dos serviços de saúde:

*Todos os lugares que eu vou, tanto particular, quanto pra fazer exames e tal, as pessoas não sabiam muito bem como lidar, tinham que ligar, pedir, tudo mais, cada caso é um caso; tinham uns que conseguiam mudar nos exames, tinham outros que não, sabe? Então, assim, eu percebo que as pessoas não tem noção do que é nome social, de como fazer, o que pode fazer juridicamente (Tarcila – IT 1).*

*Só o uso do nome social já ajuda bastante, porque quando uma pessoa já me associa com o nome Tom ela já para de me chamar no feminino, já quebra bastante coisa, sabe? (Tom – IT 23).*

*O que me afasta são esses obstáculos de não saberem quais são as reais necessidades das pessoas trans e não saberem muito bem como lidar. Fica aquele ar, assim, de pessoa exótica – ‘como é que eu vou fazer?’, ‘o que é nome social?’ –, não tem esse conhecimento mais amplo, sabe? (Tarcila – IT 1).*

Da mesma forma, os/as próprios/as usuários/as relataram desconhecer o benefício garantido pela Portaria N. 55, do Ministério da Saúde (Brasil, 1999) que dispõe sobre o Tratamento Fora de Domicílio (TFD), nos casos de tratamentos médicos não disponíveis no município de origem, quando esgotados todos os meios de atendimento. Tal auxílio viabiliza o fluxo de pacientes que necessitam acessar procedimentos eletivos, de média e alta complexidade, como é o caso das ações previstas para o Processo Transsexualizador.

Cabe ressaltar, conforme Artigo 4º desta Portaria, que as despesas previstas pelo TFD “são aquelas relativas a transporte aéreo, terrestre e fluvial; diárias para alimentação e pernoite para paciente e acompanhante, devendo ser autorizadas de acordo com a disponibilidade orçamentária do município/estado” (Brasil, 1999, p. 2). Além disso, o Artigo 6º estabelece que “a solicitação de TFD deverá ser feita pelo médico assistente do paciente nas unidades assistenciais vinculadas ao SUS e autorizada por comissão nomeada pelo respectivo gestor municipal/estadual, que solicitará, se necessário, exames ou documentos que complementem a análise de cada caso” (Brasil, 1999, p. 2).

Constatou-se que apenas 4, dos/as 29 informantes, solicitaram e conseguiram este auxílio. Entretanto, estas 4 pessoas relataram sobre diferentes deficiências relacionadas ao benefício, como: disponibilização de transporte a apenas um determinado local, sendo as demais despesas com deslocamento no lugar de destino por conta do/a usuário/a; valor da diária incompatível com os gastos necessários para alimentação, sendo estes superiores; além

do reembolso do valor da diária ser efetuado muito tardiamente, até meses depois da viagem. Todas estas dificuldades assinaladas costumam ser passadas, informalmente, entre as próprias pessoas trans que já ingressaram em tratamentos externos ao município, fazendo com que outras nem tentem ingressar no Processo Transexualizador por constatarem ser inviável arcar com qualquer custo para serem assistidas.

Tais barreiras para o acesso ao Processo Transexualizador têm sido discutidas nos encontros do grupo VisiTrans, a terceira frente de cuidado e acolhimento que compõe a rede, onde a troca de informações úteis e de experiências tem servido para orientar e fortalecer as pessoas que desejam ingressar nesta assistência. Dentre os temas que estiveram em pauta nos encontros estão: o despreparo de profissionais de saúde e de cargos administrativos, que atuam desde a atenção básica à alta complexidade, não apenas em relação ao modo precário de atendimento a pessoas trans e às lacunas da integralidade da assistência, mas, sobretudo, aos aspectos que já deveriam estar consolidados, como o respeito ao direito de usar o nome social no SUS. Por isso, a necessidade de regulamentação jurídica da mudança de documentação de registro civil, como resume a própria coordenadora do projeto de extensão, sendo de muita valia a parceria com o escritório-escola da Faculdade de Direito da UFJF.

Além disso, o projeto de extensão identificou problemáticas ético-políticas em torno do protocolo operatório de dois anos e de seus desdobramentos, no que concerne ao condicionante do laudo psicopatológico e, conseqüentemente, da terapia compulsória que envolve, diretamente, a Psicologia, juntamente com a Psiquiatria. Outro ponto é o acesso, que deveria ser público e gratuito; mas, em razão de uma série de dificuldades, as clínicas particulares tem, cada vez mais, ocupado esse mercado. As palavras de uma informante ilustram essa perspectiva: *“Essa geração que tá vindo agora tá indo muito focada mais em juntar dinheiro pra fazer (as cirurgias no setor) particular. Por essa demora, as pessoas estão tentando se virar ao máximo pra poder ter o dinheiro pra poder operar”* (Teodora – IT 3). Todos estes pontos, que vem sendo discutidos nos encontros do grupo VisiTrans, parecem não avançar ou avançar lentamente no panorama regional e nacional.

Assim, a pesquisa também constatou que, pela absoluta falta de equipamentos da RAS que possam ofertar medidas para a resolubilidade dessas e de outras demandas, o grupo de apoio e de militância VisiTrans acaba ocupando a posição de um equipamento da RAS e exercendo a função de principal promotor e articulador das ações disponíveis na rede encontrada. Neste sentido, percebe-se que o grupo VisiTrans vem atuando como um importante dispositivo de cuidados específicos para pessoas trans, ocupando um lugar estratégico no cenário da assistência municipal e regional. Dentre as ações ofertadas pelo

grupo estão: acolhimento, triagem, orientações sobre o Processo Transexualizador no SUS e na rede privada, encaminhamentos diversos, reuniões grupais que acontecem com periodicidade quinzenal, além do gerenciamento de grupo no *WhatsApp*, do qual fazem parte integrantes e ex-integrantes do grupo, demais pessoas interessadas e a equipe do projeto.

Por isso, destaca-se que o grupo VisiTrans, para além de um projeto de extensão universitária, representa hoje, no cenário municipal e regional estudado, uma potente ferramenta de prestação de serviço público para pessoas trans, para além do contexto da saúde pública. Pelas iniciativas citadas e, principalmente, pelo acolhimento da diferença, o grupo não apenas faz parte da rede informal de assistência pública, mas gerencia a maior parte das ações disponíveis, estando diretamente envolvido na consolidação de parcerias institucionais e nos encaminhamentos para suporte social, assessoria jurídica e atendimentos em saúde para pessoas trans de Juiz de Fora e região.

O grupo assume, assim, um papel de relevância nas experiências individuais, funcionando em alguns casos como o primeiro contato com os trâmites legais que envolvem o processo transexualizador, visto que há uma lacuna na atenção primária de saúde que desconhece as estratégias e lugares de encaminhamento para os serviços especializados [...] (Perucchi, Brandão & Silva, 2015, p. 78).

A imersão, especificamente, neste campo da pesquisa permitiu constatar a preocupação social da equipe do Núcleo PPS/UFJF nos projetos de intervenção desenvolvidos junto a este grupo. Presenciei relatos de participantes do VisiTrans que disseram ter encontrado ali suporte até mesmo para entender o que se passava com eles/as próprios/as, se referindo às vivências relacionadas a identidade de gênero: “*Se você não sabe nem o que você é, como é que você vai dar a sua cara na rua?*”. Tal questionamento partiu de um homem transexual, durante um encontro do grupo, se referindo ao quanto foi benéfica sua adesão ao mesmo, tendo em vista que após, aproximadamente, um ano que vinha frequentando o grupo, fez sua transição de gênero, passando a usar seu nome social, assumir uma nova identidade e a vestir roupas masculinas, como desejado.

Assim, o grupo VisiTrans tem impactado muito positivamente na vida das pessoas e no contexto estudado, apresentando resultados sociais extremamente significativos, mas não sem grandes desafios para sua continuidade, uma vez que são recorrentes e crescentes as demandas à equipe coordenadora e, muitas delas, extravasam a capacidade de atendê-las dentro do protocolo de um projeto de extensão universitária. Não foram raras as vezes em que a psicóloga voluntária que acompanha o grupo VisiTrans dispendeu sua atenção fora do dia e

do horário dos encontros do grupo e dos momentos previstos para acolhimentos, triagens e encaminhamentos. Além disso, vale ressaltar que a rede que se criou em torno do VisiTrans, entre seus/suas participantes, e os contatos que se percebe no grupo do *WhatsApp*, apesar de muito positivos, fogem ao escopo do que se almejou para um grupo de apoio e de militância. É evidente que os resultados alcançados pelo grupo advêm da resistência das pessoas trans que dele participam, que estão conectadas muito além dos encontros proporcionados pelo projeto de extensão.

A quarta frente de cuidado para pessoas trans encontrada no município tem sido ofertada pela parceria com a Psicologia JF7, da unidade intersetorial JF7. Tal unidade, apesar de contar com uma equipe enxuta, atende à região da Zona da Mata em várias situações relacionadas à violação de direitos. Dentre as ações realizadas estão capacitações diversas e rodas de conversa. A Psicologia JF7 integra essa equipe desde 2012 e confessou: “*a gente se desdobra pra estar nisso tudo; estamos conseguindo*”. Ela relatou que, atualmente, a unidade intersetorial JF7 já tem um lugar consolidado na região, que vem sendo fortalecido junto à RAS de Juiz de Fora, com a inserção em programas específicos, como também através da participação em reuniões de serviços municipais, mas que os trabalhos são desafiadores, uma vez que:

*A equipe passa por uma série de problemas, de dificuldades, que se a gente pensar, assim, no dia-a-dia, são tremendas [...]. A gente vai, a gente dá uma respirada, mas a gente tá aí, e continua. E é uma equipe que a gente faz as avaliações, a gente vê que a gente precisa melhorar em muitas coisas. Mas, diante das limitações que a gente tem, a gente tá aí caminhando, a gente não pode parar, nem desistir [...]. É um projeto que a gente acredita que é super importante (Psicologia JF7).*

A Psicologia JF7 esclareceu que sua aproximação com pessoas trans em situações de violação de direitos se deu a partir de intervenções de rotina da unidade intersetorial JF7. Em suas palavras:

*Dentro da população em situação de rua a gente já deu suporte, a gente tem tido uma proximidade muito grande até com pessoas trans. Temos um grupo que hoje está muito flutuante; assim, população em situação de rua tem isso. A gente atualmente em Juiz de Fora está com uma população de muitos migrantes e isso reflete, de alguma maneira, lá dentro das rodas de conversa que a gente faz [...]; a gente tem percebido muito essa flutuação em termos de pessoas participando (Psicologia JF7).*

A Psicologia JF7 explicou que a frente de atendimentos individualizados especificamente para pessoas trans teve início a partir dos casos de violação de direitos que chegaram na unidade intersetorial JF7 e que, inicialmente, foram trabalhados conjuntamente pela equipe deste projeto; tanto para responder à demanda quanto para fazer os encaminhamentos necessários. Entretanto, as repercussões emocionais advindas das violações de direito trazem um sofrimento importante para a pessoa violada que, neste sentido, também precisa de apoio. A Psicologia JF7 contou, então, que começou a assumir o atendimento individualizado destas pessoas, mesmo não sendo esta a proposta da unidade em que atua.

Em razão desta demanda, a Psicologia JF7 buscou conhecer a proposta do grupo VisiTrans, justamente com a intenção de encaminhar pessoas trans que estavam passando por situação de importante fragilidade. Ela lembrou:

*eu acabei assumindo um pouco esse atendimento individualizado, dando um suporte e aí foi quando eu precisava de estar fazendo um direcionamento, foi quando eu tive essa informação do VisiTrans. Comecei a participar do VisiTrans pra conhecer, até pra poder fazer um direcionamento para o grupo, para que as pessoas tivessem esse fortalecimento, no sentido, assim, de direitos e o VisiTrans traz muito isso, né? A experiência de cada um, o que já avançou e o que pode estar passando para os que estão chegando, porque isso é altamente fortalecedor, né? E quando eu tive esse contato, a ideia era estar encaminhando para o VisiTrans. E aí o que acabou acontecendo, né? Eu encaminhava; aí a (equipe do VisiTrans) começou a ter a demanda do atendimento individual e aí ela (equipe do VisiTrans) me pergunta se eu faço; aí volta. E aí eu abri um espaço na unidade intersetorial JF7 para o atendimento individual, que foge totalmente da proposta da unidade intersetorial JF7. Mas, a gente pensando que, de alguma maneira, há uma violação de direitos, seja porque a pessoa foi numa farmácia, com uma receita médica e o bioquímico, a bioquímica que estava lá se recusa a fazer uma aplicação de um hormônio, com desculpas... é uma violação; e é uma pessoa que já vem numa condição muito frágil. Aí eu... é uma adequação que a gente faz, mas que, de uma maneira, a equipe entende que é pertinente o atendimento que eu estou fazendo, né? (Psicologia JF7).*

Dessa forma, ficou estabelecida a parceria entre a Psicologia JF7 com a equipe do grupo VisiTrans, tanto para o encaminhamento de pessoas da unidade intersetorial JF7 que podem ser beneficiadas com os encontros do grupo, quanto para o encaminhamento daquelas que chegam ao grupo com demanda de psicoterapia. Antes mesmo desta parceria, a Psicologia JF7 já vinha atendendo demandas específicas de pessoas trans e possui prática em relação à emissão de laudos exigidos para o acesso a alguns procedimentos, não apenas na rede pública:

*Eu tenho atendido individualmente, faço os laudos, daquelas pessoas que estão em acompanhamento para troca de nome, seja pra cirurgia... Tenho feito para a rede particular, eu faço atendimento em consultório também e*

*tenho experiência porque eu já fiz e foi tudo ok. E, agora, eu estou fazendo os laudos exatamente pra essa demanda que surge, que a equipe do VisiTrans tem encaminhado. Algumas pessoas vão pra rede particular, porque tem uma condição financeira que permite; mas tem outras que estão aí na rede pública, seja não só para a questão da cirurgia, mas também pra questão da troca de nome no escritório da UFJF (Psicologia JF7).*

Contudo, atualmente, quando existe alguma demanda de encaminhamento para procedimentos cirúrgico pelo Processo Transexualizador no SUS, a Psicologia JF7 explicou que tem redirecionado o/a usuário/a para a equipe do grupo VisiTrans, pela experiência que esta já tem em relação aos trâmites necessários para acessar esta assistência. Além disso, a maioria destes/as usuários/as chegaram até a Psicologia JF7 através de encaminhamentos que partiram da psicóloga voluntária que acompanha o grupo VisiTrans, então são pessoas já vinculadas a esta última. Segundo a Psicologia JF7: *“aquele canal que tinha com a unidade de saúde E2B, que é onde a maioria das pessoas faziam as cirurgias, até o atendimento psiquiátrico, hoje isso não tá mais fácil, não está sendo possível por conta de uma política nacional, porque aí tem uma redução de verbas, a fila está imensa”*, lamentou.

A Psicologia JF7 almeja conhecer a proposta de assistência ofertada para pessoas trans em um município de Minas Gerais, a qual teve conhecimento através de uma pessoa vinculada à gestão estadual da política LGBT. Ela soube que lá *“já avançou muito, já existe um serviço dentro da rede SUS, onde funciona a questão das consultas, de modo geral, a hormonização; inclusive o hormônio é fornecido”*. Também foi informada de que pessoas podem ser encaminhadas de Juiz de Fora para lá, mas *“desde que tenha esse encaminhamento via rede, SUS, via UAPS; só que as UAPS aqui não têm essa informação, então a gente precisa começar a fazer essa articulação, inclusive ver a questão do transporte. A gente precisa conversar um pouco mais pra que isso aconteça”*, ressaltou.

A formalização e a expansão da rede são imprescindíveis, tendo a própria Psicologia JF7 apontado que já atua no limite de sua disponibilidade para atendimentos psicoterápicos; só de pessoas trans sob os seus cuidados ela contabilizou, aproximadamente, dez pacientes, todos/as individualmente atendidos/as, com periodicidade semanal. Apesar de reconhecer as dificuldades cotidianas dos serviços, a Psicologia JF7 apontou a falta de integração entre os/as profissionais que compõem a rede de assistência em Juiz de Fora:

*A rede aqui né, a Psicologia AT, a Medicina AT, a equipe coordenadora do grupo VisiTrans, a gente lá na unidade intersetorial JF7, a gente tá conseguindo, né, vamos dizer assim, dar um suporte e fazer um trabalho*

*bacana, eu acredito. Mas, isso é uma avaliação minha; eu acho, assim, que é algo muito frágil (Psicologia JF7).*

*Eu gostaria muito de estar participando de uma reunião com essa rede. Eu converso com a psicóloga voluntária do grupo VisiTrans, mas eu não converso, por exemplo, com a Medicina AT [...]. O estudo de caso, não são todos é claro, mas existem alguns casos que a gente precisa discutir enquanto equipe e que isso está frágil pra mim. Eu faço conversas de casos com a psicóloga voluntária do grupo VisiTrans, mas com a equipe, não tem isso (Psicologia JF7).*

Um entrave sinalizado pela Psicologia JF7 se refere à dificuldade de encaminhar pacientes para avaliação e/ou acompanhamento aos serviços da área de saúde mental em Juiz de Fora: “A rede de saúde mental está muito frágil, né? E, às vezes, a gente consegue, assim, porque... é aquela coisa que é terrível a gente falar, mas eu conheço uma pessoa e aí a gente vai, né? É assim que a gente está conseguindo, né?”. Isto traz repercussões para o/a paciente acerca da liberação ou não de laudos e reforça a necessidade de interlocução e suporte dentro da própria rede, que poderia somar forças para a resolução de impasses como este. Nas palavras da Psicologia JF7: “A gente acredita, realmente, que as pessoas têm os seus direitos e elas são responsáveis, né?”, mas:

*tem casos que eu seguro porque a própria pessoa ela... aí tem a questão do transtorno mental... e é aí que eu sinto falta dessa rede pra eu estar conversando, pra gente fazer essa troca, pra gente firmar. Não é simplesmente eu fazer um papel: declaro tal, tal... Eu vi um médico, ele fez: declaro que a pessoa está em atendimento e o CID é esse, esse... eu não concordei, inclusive, com o CID que foi colocado ali. Não é isso. Eu acho que tem muito mais aí envolvido, que a gente precisa estar discutindo, né? (Psicologia JF7).*

Entraves clínicos como este, crescentemente, também têm feito parte da rotina do Ambulatório Trans, a quinta frente de cuidado que compõe a rede encontrada no município. Apesar de ser a proposta de atendimento da rede que mais se aproxima de um formato idealizado para a assistência em saúde de pessoas trans, apresenta uma série de limitações que serão aqui discutidas. Além disso, considerando que o ambulatório é uma modalidade assistencial prevista na portaria governamental do Processo Transexualizador no SUS (Brasil, 2013), sobre o Ambulatório Trans foi possível realizar uma análise mais sistematicamente equiparada entre o instrumento da Política Nacional de Saúde Integral da população LGBT (Brasil, 2011a) e a realidade estudada.

O Processo Transexualizador, através da Portaria n. 2.803, designa como atenção especializada “um conjunto de diversos pontos de atenção com diferentes densidades

tecnológicas para a realização de ações e serviços de urgência, ambulatorial especializado e hospitalar, apoiando e complementando os serviços da atenção básica de forma resolutiva e em tempo oportuno” (Brasil, 2013, p. 2). Na tentativa de garantir a integralidade do cuidado, para a modalidade ambulatorial, especificamente, foram definidas ações como acompanhamento clínico, acompanhamento pré e pós-operatório e hormonioterapia realizadas em estabelecimento de saúde cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), que possua condições técnicas, instalações físicas e recursos humanos adequados (Brasil, 2013).

O acompanhamento exclusivamente para atendimento clínico “consiste no acompanhamento de usuário(a) no Processo Transexualizador com atendimento mensal por equipe multiprofissional, diferente do acompanhamento exclusivo das etapas no pré ou pós operatório” (Brasil, 2013, p. 11). A portaria estabelece que o acompanhamento exclusivo nas etapas do pré e pós-operatório “consiste no acompanhamento mensal de usuário(a) no Processo Transexualizador, no máximo dois atendimentos mensais, durante no mínimo de 2 (dois) anos no pré-operatório e por até 1 ano no pós-operatório” (Brasil, 2013, p. 5). Já o tratamento hormonal “consiste na utilização de terapia medicamentosa hormonal disponibilizada mensalmente para ser iniciada após o diagnóstico no Processo Transexualizador (estrógeno ou testosterona)” (Brasil, 2013, p. 6). E o tratamento hormonal preparatório para cirurgia de redesignação sexual “consiste na terapia medicamentosa hormonal a ser disponibilizada mensalmente no período de 2 anos que antecede a cirurgia de redesignação sexual no Processo Transexualizador (ciproterona)” (Brasil, 2013, p. 8). Para a modalidade ambulatorial também foi estabelecida a composição de uma equipe mínima que deverá ser composta por 1 médico psiquiatra ou 1 psicólogo, 1 assistente social, 1 médico endocrinologista ou 1 médico clínico geral e 1 enfermeiro; além de um responsável técnico com nível superior, de qualquer área da saúde, e experiência comprovada na área do Processo Transexualizador (Brasil, 2013).

O Ambulatório Trans é uma proposta recente de oferta (in)formal de cuidados e, também por isso, ainda muito frágil do ponto de vista institucional. Assim, ainda estaria bem distante de atender às normas estabelecidas pela portaria governamental para habilitação no Componente Atenção Especializada no Processo Transexualizador. Isso, contudo, não significa que não esteja suprindo, a contento, a população que vem sendo, há pouco mais de um ano, ali assistida. Assim, as considerações que seguem tiveram por intenção contribuir para a qualificação da proposta de atendimento ambulatorial, que já acontece em Juiz de Fora, e foram feitas com total respeito aos/as profissionais e chefias que, bravamente, vem

sustentando esta frente de cuidado; mesmo sem o devido apoio e reconhecimento e, principalmente, sem os investimentos urgentemente necessários para a consolidação, crescimento e aprimoramento de suas práticas.

Como o Ambulatório Trans foi um campo da pesquisa cuja identidade foi revelada, para não expor, demasiadamente, seus/suas profissionais colaboradores/as, optou-se, por questões éticas, utilizar Equipe AT ou membro da Equipe AT sempre que for feita alguma citação, direta ou indireta, advinda deste contexto de cuidado. Em apenas algumas passagens utilizou-se Psicologia AT, Medicina AT e Nutrição AT, referindo-se mais particularmente ao/a profissional que contribuiu como informante deste estudo. Na sequência, foram analisados alguns dos aspectos mais significativos que surgiram a partir dessa imersão no campo.

A oferta do Ambulatório Trans tem sido realizada informalmente, por indicação de uma pessoa a outra; assim também têm acontecido os encaminhamentos, que ocorrem, na maior parte das vezes, de modo informal, sendo a maioria advindo da equipe do grupo VisiTrans e de seus/suas participantes. Os/as usuários/as já inscritos/as no Ambulatório, da mesma forma, atuam na propagação deste. Muitas informações, igualmente, circulam através das redes sociais e dos grupos no *WhatsApp*.

Foi observado, na ocasião das entrevistas, que informantes trans, em outros tratamentos na própria unidade de saúde que abriga o Ambulatório, ainda não sabiam de sua existência. Eu mesma fiz alguns encaminhamentos após as entrevistas. Não se teve a notícia de nenhuma pessoa que tenha sido encaminhada da APS para o Ambulatório, da mesma forma que não foi vista nenhuma articulação do Ambulatório com a rede de atenção básica do município. Assim, percebe-se que o Ambulatório Trans tem servido como porta de entrada no sistema público de saúde. E, por tudo isso, acredita-se que muitas pessoas que poderiam se beneficiar de ações específicas para a população trans desconhecem essa frente de cuidado, permanecendo na total desassistência.

A equipe AT, responsável pelo cuidado, apesar de muito reduzida, atua em uma perspectiva integral e humanizada em saúde, na tentativa de buscar soluções para as demandas apresentadas. A instituição de saúde que sedia o Ambulatório Trans passa por constantes treinamentos acerca do respeito às identidades trans e ao uso do nome social, por exemplo. A partir do que pode ser acompanhado da rotina dos atendimentos, esse direito tem sido garantido. Isso traz conforto e segurança para os/as usuários/as que frequentam o Ambulatório, que nas entrevistas comentaram sobre a satisfação com o atendimento:

*Só (tenho a) elogiar o trabalho, primeiramente, porque, assim, a visibilidade é muito importante [...]. Espero muito que esse trabalho... eu começo a falar de coisas que são para crescer, aí eu emociono, então vou falar só bem seco mesmo... mas espero que aumente e que seja importante, assim, por que pra mim foi muito importante (Théo – IT 17).*

*Eu acho que, hoje em dia, os profissionais da área da saúde estão tendo capacitações para receber pessoas transexuais, né, transgêneras. Essa questão do Cartão do SUS, essa questão do uso do nome social, então, assim, tá indo... Eu não presenciei nenhum tipo de preconceito, ainda, até porque eu tô começando agora (Totia – IT 28).*

*Até no pedido de exame eu coloco o nome social, não tem problema nenhum; já fazem os exames. Lá (unidade de saúde JF2), onde marcam os exames, não dá problema nenhum. Teve uma (usuária) que não foi com o nome social (no pedido de exame), não sei por que, eles (profissionais da unidade de saúde JF2) pediram pra colocar o nome social, entendeu? (Medicina AT).*

Durante o período de imersão no Ambulatório Trans foi possível perceber significativo movimento de usuários e usuárias, a maior parte com atendimento agendado e outros/as que vinham em busca de informações e/ou estavam acompanhando algum/a usuário/a. Em sua primeira ida ao Ambulatório, o/a usuário/a é, inicialmente, direcionado/a para o acolhimento/triagem com a Psicologia AT e, em seguida, encaminhado/a para consulta com a Medicina AT. Como a Nutrição AT atende em outro dia da semana, os atendimentos são marcados sob demanda. Sobre algumas especificidades e a organização dos acolhimentos e atendimentos no Ambulatório Trans, a Equipe AT explica que o tempo de duração das consultas e o tipo de vínculo estabelecido com os/as usuários/as são muito variáveis. Há abertura tanto para uma breve orientação quanto para acompanhamentos clínicos mais prolongados e sistemáticos. Nas palavras da Equipe AT:

*Os atendimentos são os mais diversos, porque tem atendimentos muito específicos, assim, que são muito rápidos, que é mais no sentido da informação, de fazer encaminhamentos, de acolher (membro da Equipe AT).*

*Tem pessoas que entraram num processo terapêutico mesmo, que tinham questões que eram mais profundas para serem trabalhadas (membro da Equipe AT).*

*A gente estabelece vários tipos de vínculo [...] a gente tá no serviço público, né? (membro da Equipe AT).*

O atendimento, primordialmente, procurado no Ambulatório é o médico, para hormonioterapia mais frequentemente. Acerca do acompanhamento clínico médico e da hormonioterapia vale dizer que vem sendo disponibilizados para pessoas maiores de 18 anos, conforme previsto pela legislação (Brasil, 2013), mas têm surgido cada vez mais pessoas mais

jovens, desacompanhadas de responsáveis, interessadas em ingressar nesta terapia. Estas são acolhidas e devidamente orientadas. Segundo a Equipe AT, observa-se que, pela crescente procura por este tipo de assistência, havia/há significativa demanda reprimida pela hormonização, sob acompanhamento médico, no município e na região.

Foi identificado que a maior parcela dos/as usuários/as, quando chega ao Ambulatório Trans, já passou e/ou passa por automedicação, por um período variável de tempo; uns/umas por escolha e outros/as por terem tentado acessar a assistência médica e não terem conseguido. Algumas poucas pessoas relataram ter aguardado atendimento médico para iniciar a terapia; mas, em alguns casos, pela própria decisão pela hormonização ter sido recente. Conforme o documento ministerial (Brasil, 2013), o início da administração clínica e da disponibilização de hormônios para pessoas trans está previsto apenas após a confirmação diagnóstica. Mas, tal deliberação, não condiz com o risco em saúde que se cria com a automedicação, que é uma prevalente realidade.

Constatou-se que, mesmo agora com a oferta de acompanhamento médico no Ambulatório Trans, algumas pessoas optaram por continuar se automedicando porque, em suas perspectivas de cuidado, elas dizem que sempre o fizeram, que sabem escolher o medicamento e não exagerar na dosagem hormonal. Todas as pessoas que se automedicam mencionaram que as orientações sobre a hormonização são facilmente conseguidas com outras pessoas trans e que também existem várias informações (não médicas) sobre o assunto na internet. O acesso a conteúdos como estes é um problema que não está restrito ao contexto de cuidados em saúde pesquisado; mas, neste caso, a dificuldade e/ou a inviabilidade de acesso à assistência médica não apenas exacerba e naturaliza esse comportamento, como também dificulta intervenções que possam modificar esse hábito. Nas palavras da equipe do Ambulatório Trans:

*Existe certa resistência ao trabalho da Medicina AT, né? Pra algumas pessoas que já se hormonizavam há mais tempo, como a Medicina AT chega com uma proposta de talvez hormonizar menos, de ir com mais cuidado, com mais atenção ao próprio corpo, e elas (pessoas trans) querem talvez uma transformação mais rápida, então existe certa resistência também. Então isso a gente tem que ir trabalhando, porque eu acho que é da cultura da falta de atendimento mesmo (membro da Equipe AT).*

*Às vezes, tem alguns problemas, assim, né? Eles são muito assim: ‘minha amiga fez assim, eu quero fazer assim’, entendeu? Aí tem que ter todo um trabalho, assim, de convencimento também, né? Porque não é assim que será prescrito pra ela (membro da Equipe AT).*

*Porque eu acho que eles são, assim, muito unidos entre eles. Aí uma conta pra outra, né? Deu certo, aí eles acham que tem que ser assim, né? (membro da Equipe AT).*

*Às vezes, tem paciente que não quer usar o que foi prescrito. Criam uma situação, assim, alguns são até grosseiros, né? Mas, é a minoria. A maioria está gostando, é bem tratada, tratada como deveria ser, né? Normalmente. E eu to gostando também (membro da Equipe AT).*

Existem também os casos em que a própria psicopatologização das identidades trans e a necessidade de comprovação desta vivência, para uma equipe de saúde, contribuem para a decisão sobre a automedicação. Um informante da pesquisa, em suas palavras, ilustrou tal situação:

*Apesar de ser preocupado, no começo, eu decidi que primeiro eu ia usar o hormônio, eu ia começar com a hormonização por conta própria, até pra ganhar algumas características masculinas, e ia procurar médico depois, pra eu já chegar com essas características no médico. Eu achava, na minha cabeça que seria mais fácil; na minha cabeça ia parecer mais..., assim, mais convincente. Eu ia chegar já fazendo uso, então eles não vão... sei lá, me acolheriam mais fácil, na minha cabeça (Tomas – IT 26).*

Ainda sobre a hormonioterapia, apenas o acesso à assistência médica e aos exames laboratoriais periódicos não resolvem, integralmente, a demanda de muitos/as usuários/as que não possuem condição financeira para adquirir as medicações prescritas, cujo uso é ininterrupto. Assim, da mesma forma, a oferta de medicamentos hormonais é imprescindível. Além disso, o tempo de espera para uma consulta especializada na RAS de Juiz de Fora também tem sido problemático, conforme apontou uma pessoa da equipe do Ambulatório:

*Todos os exames que precisam fazer eles conseguem aqui (na RAS de Juiz de Fora), mamografia, exame de ultrassom. Conseguem no tempo que demora pra qualquer pessoa. A maior dificuldade, às vezes, é quando você vai encaminhar para um especialista. Demora seis meses pra você conseguir, entendeu? Essa que eu vejo que é a maior dificuldade; em qualquer lugar também, não é só aqui (membro da Equipe AT).*

Um agravante, percebido a partir de algumas entrevistas, que afasta pessoas trans da busca por cuidados em saúde, é o receio, o medo e a angústia que essas pessoas têm de ir a uma consulta médica ou a uma instituição de saúde, pública ou privada. Esse fato deixou (e ainda deixa) muitas delas fora da rede de cuidados profissionais, específicos ou não. Alguns recortes das entrevistas narram sobre experiências neste sentido:

*Eu não gosto muito de procurar profissionais da saúde não; eu tenho certo receio. Sempre tive certo receio de ser desrespeitado, eu já soube de alguns casos sobre violência, então eu tenho muito medo sobre essas coisas. E, eu sei que não é a maior parte dos profissionais, não é nem tão comum algo do tipo. Como não é o caso de doença física, eu não... Eu evito ao máximo (Tércio – IT 29).*

*Eu falo pra todo mundo que, assim, pra me levar pro hospital eu tenho que tá morrendo mesmo, tenho que tá morrendo mesmo, estar desacordado, assim, porque eu tenho pavor [...]. Por exemplo, o atendimento de emergência eu tenho pavor, porque aí é ala feminina, é nome de registro, é um pesadelo, né? (Tomas – IT 26).*

*Pode ser impressão minha por sofrer muito... Porque a gente fica sofrendo muito preconceito. Aí, às vezes, quando eu vou consultar com um médico homem, parece que eu sinto meio que ele tem receio, sabe? Por isso que eu fico mais a vontade com mulher, pra conversar, pra me atender e tudo (Tábata – IT 22).*

*Tem vários lugares que o próprio médico, o próprio enfermeiro discrimina. Eles fingem, assim, de amigo na cara, mas pessoa vira as costas e eles tão debochando, eles tão rindo, porque eles não vivenciam isso. E outra, se você passar um mal, se você cair numa rede SUS, só por você ser uma trans, ser um gay, um travesti, um homossexual, eles já falam que você tá com AIDS. Porque pra eles, os homossexuais, as trans, as travestis que tem AIDS (Tiffany – IT 5).*

Apesar de receosas antes de conhecerem a proposta do Ambulatório Trans, as pessoas que tinham resistência à assistência médica/profissional foram as que mais elogiaram a receptividade que encontraram por parte dos/as profissionais que ali atuam, deste a recepção até as consultas especializadas, surpreendendo-se com atendimento humanizado. A Nutrição AT muito enalteceu a qualidade da assistência que encontrou no contexto do Ambulatório, antes de integrar a equipe:

*Depois que eu conheci, eu achei espetacular! Foi através do VisiTrans. Eu fiquei tão maravilhado com a forma como acontece, que aí eu ofereci de fazer parte do grupo. E, como eu ia participar, eu falei: poxa, é uma oportunidade, assim, deu tá fora e dentro, né? Aí eu pensei, assim, vou olhar dos dois ângulos – como que eu gostaria de ser tratado é como eu vou tratar, né? [...] Você já tem um trans atendendo e uma cis que entende... acho que fechou! (Nutrição AT).*

Conforme previsto no documento ministerial (Brasil, 2013), para o registro das informações de pacientes em estabelecimentos habilitados na modalidade ambulatorial do Processo Transexualizador, cada usuário/a deverá possuir um prontuário único, no qual constem todos os tipos de atendimentos a ele/a prestados, sendo este documento ordenado em arquivo. Nos prontuários devem constar: identificação (nome social e nome de registro),

anamnese, avaliação multiprofissional e interdisciplinar, evolução, prescrição, exames, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e sumário de alta (Brasil, 2013).

No caso do Ambulatório Trans, tanto no registro unificado de pacientes inscritos/as, quanto nos prontuários individuais, consta apenas o nome social dos/as usuários/as. O mesmo é feito na receita médica para a prescrição de medicamentos e nos pedidos de exames laboratoriais. Entretanto, nos prontuários individuais, foi observado somente registros dos atendimentos médicos. Apesar destes documentos terem sido disponibilizados para estudo desde o início da imersão neste campo da pesquisa, a Equipe AT comentou que os prontuários são recentes: “*agora que a gente começou a montar uma estrutura ambulatorial mesmo, com prontuário específico para as pessoas trans*”; “*até essa parte burocrática foi a gente que fez também*”. Apenas na admissão inicial no Ambulatório, o/a usuário/a fornece seus dados completos, contendo também nome de registro; mas, informações como esta, são apenas para fins cadastrais e não circulam na rotina dos atendimentos.

Uma pessoa da Equipe AT me trouxe a necessidade de introduzir o uso do TCLE no Ambulatório Trans, de modo a explicitar neste documento as informações necessárias sobre a hormonioterapia, como resultados esperados, riscos e outras implicações deste tratamento e, assim, proteger tanto os/as profissionais quanto os/as usuários/as envolvidos/as. É notória a ansiedade destes/as últimos/as por mudanças no corpo e a expectativa depositada no tratamento e nos resultados deste; além disso, observou-se também a perspectiva de “adequação” do corpo, um dado que vem sendo trabalhado no contexto das práticas do Ambulatório, por toda a equipe:

*As pessoas chegam com uma urgência e a questão é corporal, muitas vezes, é em relação ao próprio corpo. Então elas querem perceber seu corpo se transformando, pra que esteja mais afinado com a imagem que elas têm de si mesmas, o que é muito justo, né? Só que quando isso vai com muita rapidez [...] o medo que eu tenho é de uma oferta muito focada nessa questão física e de ‘adequação’ do corpo... que de fato é uma reprodução, né? Uma reprodução da lógica binária, de determinados padrões físicos. Então, essa que de fato é a minha preocupação, sabe? As pessoas precisam de uma conversa para desconstruírem um pouco isso, entendeu? As pessoas já vem com isso: eu quero eliminar o meu sofrimento, então a forma de eu eliminar o meu sofrimento é estar “adequada” (membro da Equipe AT).*

Em casos mais particulares, a necessidade de introdução do uso do TCLE advém de situações em que a Equipe AT identifica a instalação de um conflito bioético no exercício do cuidado. Pacientes mais desorganizados psiquicamente, com sinais e sintomas indicativos de transtorno mental, que manifestam o desejo de passar pela hormonioterapia, têm sido

acompanhados/as com atenção. Trata-se de uma decisão clínica muito difícil e delicada, tal como também mencionou a Psicologia JF7 em relação à liberação ou não de laudos para a cirurgia. Qualquer intervenção profissional, nestes casos, deve ponderar entre o respeito à autonomia do/a paciente, quando se corresponde à sua solicitação terapêutica, mas também considerar a interdição desta demanda como uma medida protetiva e ética devido à instabilidade desta escolha.

Não apenas por este tipo de ocorrência clínica, mas também pelas graves repercussões emocionais advindas da dificuldade de acesso às ações e serviços do Processo Transexualizador (Arán & Murta, 2009; Arán, Murta & Lionço, 2009; Lionço, 2009; Almeida & Murta, 2013; Teixeira, 2013; Borba, 2016), se faz necessária a ampliação da equipe do Ambulatório Trans, com a incorporação, principalmente, de um/a profissional de Psiquiatria para o acompanhamento destes casos. Atualmente, quando há necessidade de avaliação por esta especialidade médica, a única opção de encaminhamento é através da APS que, por sua vez, irá encaminhar tal paciente para ser atendido/a em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), cuja espera pelo atendimento pode demorar alguns meses. Além disso, por parte da Equipe AT, existe o receio em relação à concepção que o/a psiquiatra que irá atender fará sobre a transexualidade e a travestilidade; sob o risco de todas as vivências trans apresentadas serem compreendidas como psicopatologias e os/as usuários/as medicalizados/as por seus supostos quadros de Disforia de Gênero.

Ao mesmo passo em que a Psiquiatria foi a clínica mais acessível para aqueles e aquelas que buscaram ingressar no componente Atenção Especializada do Processo Transexualizador, no contexto da rede pesquisada a dificuldade de acesso a esta especialidade médica no município é significativa e preocupante, pois deixa muitos/as usuários/as e também o trabalho ofertado pelo Ambulatório Trans em situação de vulnerabilidade programática; discussão conceitual esta que será trabalhada no próximo subtópico desta análise. A Equipe AT questionou o caráter de urgência/emergência dos casos citados, que não têm sido tratados como tal. Nas palavras de um membro da equipe:

*Essa questão da saúde mental enquanto cuidado, enquanto acolhimento, eu acho que essa dimensão do cuidado é pouco discutida, na verdade. Não sei por que isso fica invisível. Eu acho que, de fato, as pessoas precisam falar de si, eu acho que as pessoas precisam encontrar um lugar pra estar discutindo suas experiências, se fortalecendo, eu acho isso fundamental (membro da Equipe AT).*

Além da Psiquiatria, faz necessária a ampliação da oferta da Psicologia e da Medicina, para a extensão dos cuidados demandados, uma vez que o Ambulatório Trans opera com uma equipe muito reduzida, que não chega nem ao mínimo estabelecido para a habilitação como uma Unidade de Atenção Especializada (Brasil, 2013). Ademais, os membros da Equipe AT não dispõem de carga horária exclusiva para o desempenho das ações propostas e, por isso, essa frente de assistência se desenvolve apenas quinzenalmente e em único turno. Pela demanda do Ambulatório Trans ser crescente, principalmente para a Medicina, iniciou-se, recentemente, uma fila de espera para o agendamento das próximas consultas. Nas palavras de um membro da equipe:

*Seria bom se tivesse um endócrino, né? A gente discutir alguma coisa nessa parte. Nem fora daqui, eu não tenho ninguém, porque também não tenho colegas ginecologistas que atendem, não tenho, nenhum. Nem nesses cursos que eu faço, assim, pontuais. Tem gente muito boa aí de hormônio que eu pergunto: ‘você tem alguma experiência com trans?’ E é uma coisa muito nova, né? Acho que pra todo mundo. Eles me falam: ‘não, não tenho experiência’. Não tenho muito, assim, com quem partilhar isso, né? É mais com a Psicologia AT, assuntos que eu posso conversar com ela, né? (Medicina AT).*

A Medicina AT ainda contou que existe séria dificuldade de conseguir profissionais de Medicina para trabalharem com a hormonização de pessoas trans. Ela lembrou sobre quando aderiu ao Ambulatório Trans: numa reunião realizada na unidade intersetorial JF8, onde está lotada, a psicóloga voluntária do grupo VisiTrans falava sobre a dificuldade que estava tendo para conseguir profissionais de Medicina que pudessem ofertar acompanhamento hormonal para pessoas trans na rede pública. Foi quando a Medicina AT se manifestou: “*Mas eu tenho interesse de atender!*”, para a surpresa da psicóloga voluntária, disse ela. A Medicina AT falou de seu “*interesse nessa parte hormonal*” e que “*já atendia lá na unidade de saúde JF8 transexuais [...], eu atendia alguns e do ano passado pra esse ano foi aumentando; era só um, antigo, que eu conhecia, depois foi aparecendo mais um, mais um, aí eu fui criando interesse*”, e aprimorando os conhecimentos sobre esta terapia.

Contudo, antes de aceitar integrar a equipe do Ambulatório em definitivo, a Medicina AT achou mais adequado perguntar aos endocrinologistas da unidade intersetorial JF8 se alguém gostaria de prestar essa assistência: “*nenhum teve interesse também. Eles falaram: ‘a gente não sabe, a gente não quer’.* Eu falei: *eu também não sei, mas eu quero, eu tenho interesse*”. Por ser ginecologista, a Medicina AT já possuía “*conhecimento da parte feminina, né? De fazer reposição hormonal da menopausa. Só que eu fui estudar*”, disse. A princípio,

por intermédio da psicóloga voluntária do grupo VisiTrans, entrou em contato com a Endocrinologia E2A, da unidade de saúde E2A – *“custei a conseguir falar com a endócrino, aí ela me mandou os artigos, disse que eram os melhores artigos que tem sobre o assunto”*. Esclareceu ainda que à administração clínica de hormônios para pessoas trans é algo recente e que *“até um endocrinologista mesmo, ninguém tem, assim, experiência com isso, né? Então qualquer um que fosse começar tinha que dar uma estudada mesmo”*, concluiu.

A sexta e última frente de atenção no município que faz parte da rede encontrada é o “grupo para familiares” (denominado assim enquanto ainda não apresenta nome definido pelo grupo). Trata-se de um recente projeto de extensão do Núcleo PPS, submetido à Pró-reitoria de Extensão da UFJF, iniciado em 24 de abril de 2017, destinado a familiares de pessoas travestis e transexuais. Os encontros grupais são realizados, mensalmente, no CPA, sempre às 19:00 horas, nas últimas segundas-feiras de cada mês e é desenvolvido nos moldes do grupo VisiTrans. Apesar de não ter sido mencionado em nenhuma das trajetórias terapêuticas, até mesmo porque a temática contemplada pelo grupo não era diretamente o foco das entrevistas, este projeto foi incluído como parte da rede por ser considerado um importante espaço de acolhimento e de troca de experiências entre pais, mães e demais familiares, promovendo a cidadania de pessoas trans, combatendo a violência intrafamiliar. Quando a ideia de desenvolvê-lo ainda era discutida nos encontros do grupo VisiTrans, e se espelhava em grupos já consolidados como o Mães pela Diversidade, uma participante deste grupo sinalizou bem a sua importância: *“família também tem que ser aceita”*. A mãe de um participante também reforçou a importância da família na busca de melhor qualidade de vida para pessoas trans: *“quando um lugar é precário e ninguém faz nada, ele vai continuar a ser precário”*.

Este, certamente, também é o dilema que sustenta todo o ciclo de cuidados em rede, que teve início há cerca de dez anos em Juiz de Fora e, por mais difícil que seja, resiste. O encontro da (e com a) rede mostrou que o esforço coletivo de alguns/algumas poucos/as profissionais e gestores, mais do que suas instituições, já tem sido capaz de impactar de modo muito positivo no cenário municipal e regional, tirando muitas pessoas da total desassistência à saúde. Do mesmo modo, foi possível compreender que a composição em rede encontrada tem sido viável, principalmente, a partir das diversas mobilizações disparadas no/pelo grupo VisiTrans que, para além de comprovar a potência de um projeto de extensão universitária, tem atuado como uma ferramenta poderosa de transformação social, que acolhe, empodera e cuida.

## 7.2 A VULNERABILIDADE EM SUA DIMENSÃO PROGRAMÁTICA NA REDE DE ASSISTÊNCIA PÚBLICA À SAÚDE PARA PESSOAS TRANSEXUAIS E TRAVESTIS EM JUIZ DE FORA

O conceito de vulnerabilidade, originário do campo de respostas à epidemia de HIV/AIDS na década de 90, é uma importante contribuição para a renovação das práticas em saúde em seus diversos campos. Por isso, a vulnerabilidade deve ser pensada enquanto resultado da sobreposição de uma série de aspectos individuais, coletivos, contextuais, que culminam numa maior suscetibilidade ao adoecimento, como também em maior ou menor disponibilidade de recursos de proteção (Ayres, França Júnior, Calazans & Saletti Filho, 2009). Neste sentido, considera-se que:

O conceito de vulnerabilidade é, simultaneamente, construto e construtor dessa percepção ampliada e reflexiva, que identifica as razões últimas da epidemia e seus impactos em totalidades dinâmicas formadas por aspectos que vão de suscetibilidades orgânicas à forma de estruturação de programas de saúde, passando por aspectos comportamentais, culturais, econômicos e políticos [...] é aplicável, rigorosamente, a qualquer dano ou condição de interesse para a saúde pública (Ayres, França Júnior, Calazans & Saletti Filho, 2009, p. 121-122).

Para tanto, deve-se compreender a vulnerabilidade a partir de seus três componentes interligados: 1) Individual: que se refere ao grau e à quantidade de informações que as pessoas dispõem sobre seus problemas de saúde, à capacidade de elaborá-las e incorporá-las aos seus repertórios cotidianos de preocupações, ao interesse e possibilidades efetivas de transformar essas preocupações em práticas protegidas e protetoras; 2) Social: que se refere à obtenção de informações, à possibilidade de metabolizá-las e ao poder de incorporar mudanças práticas, o que não depende apenas das pessoas, mas da condição de acesso à comunicação, escolarização, disponibilidade de recursos materiais, do poder de influenciar decisões políticas, da possibilidade de enfrentar barreiras culturais, estar livre de coerções ou conseguir defender-se delas; 3) Programático: que consiste nos esforços para que os recursos individuais e sociais de proteção sejam disponibilizados de modo efetivo e democrático, numa perspectiva de que quanto maior forem o grau e a qualidade de compromissos, recursos, gerência e monitoramento de programas nacionais, regionais ou locais, maiores serão as chances de canalizar os recursos sociais existentes, otimizar o seu uso, fortalecendo as pessoas diante dos problemas de saúde (Ayres, França Júnior, Calazans & Saletti Filho, 2009).

Dessa forma, o conceito de vulnerabilidade, sobretudo em sua dimensão programática, contribui para analisar as fragilidades da rede de assistência pública à saúde para pessoas trans encontrada em Juiz de Fora, apontadas nas narrativas dos/as próprios/as profissionais que fazem o cuidado humanizado e integral acontecer, uma vez que se desconhece qualquer espécie de compromisso com a saúde desta população que possa partir da administração pública municipal. Assim, as fragilidades mencionadas advêm justamente da condição de informalidade desta oferta nos dispositivos de cuidado que se organizam em rede, mesmo quando operacionalizada em instituições públicas, prestando assistência à saúde para a população trans e, neste sentido, tamponando a ausência de esforços programáticos para uma linha de cuidado que inexistente na localidade pesquisada.

Por isso, o recurso empregado nesta discussão analítica, para sustentar estas afirmações e demonstrar a condição de vulnerabilidade programática da população trans no município, foi contrastar a (des)estrutura em rede encontrada com os elementos considerados constitutivos para as RAS (Mendes, 2010), uma vez que a portaria ministerial que regula o Processo Transexualizador (Brasil, 2013) estabelece em seu Artigo 6º a RAS como “responsável pela integralidade do cuidado ao transexual e travesti no âmbito do SUS” (p. 3). Essa contraposição permite pensar que o ponto mais sensível do objeto estudado se localiza, justamente, na lacuna entre as escassas ações e serviços disponíveis ao cuidado específico para a população trans e a participação do município no planejamento e na oferta deste cuidado, o que denota a total invisibilidade desta população na agenda política da sede da Macrorregião de Saúde Sudeste.

Conforme exposto no subtópico anterior deste capítulo, atualmente, a população trans de Juiz de Fora e da região pode contar com um conjunto de ações, mais do que de instituições, que se articulam informalmente em rede, que partem de importantes e comprometidas parcerias estabelecidas, estando conectadas, principalmente, pelo grupo VisiTrans. Na prática, trata-se de uma rede de assistência pública à saúde que funciona paralelamente à agenda pública, pois nela não está incluída. Assim, as narrativas dos/as profissionais de saúde, colaboradores/as desta pesquisa, demonstraram o quanto é emergencial a formalização do cuidado destinado à população trans em Juiz de Fora, uma vez que a demanda tem sido crescente nos vários pontos de atenção e, apesar de estar sendo absorvida, a condição de fragilidade da rede expõe todos/as os/as envolvidos/as, sejam usuários/as, profissionais ou mesmo gestores, a uma série de riscos.

Diante da escassez de assistência à saúde e das condições de vulnerabilidade da população trans, profissionais de saúde assumiram e mantêm o compromisso pessoal de

atendê-la, em circunstâncias que fogem ao escopo de suas práticas e de seus serviços. Essas práticas e serviços, por vezes, escapam aos trâmites oficiais para a adequada referência e contra-referência de usuários/as na RAS, estabelecidos pela administração pública do município. Neste sentido, ao mesmo tempo em que o/a profissional “*dá um nó no sistema*”, nas palavras de uma profissional colaboradora da pesquisa, ao arcar com atendimentos fora do protocolo institucional, ele também ocupa uma condição de vulnerabilidade para o exercício legal e ético de suas funções. Por isso, tal sistema de referenciamento de usuários/as da rede pública foi criticado pelos/as colaboradores/as deste estudo, pois, além de não assistir, programaticamente, à população transexual e travesti, também desconsidera a urgência de algumas demandas em saúde, não raramente encontradas, que expõem pessoas trans a situações de alto risco, inclusive de morte.

Com a oferta do Ambulatório Trans na rede pública, o esforço é para que a assistência específica à saúde para pessoas trans seja reconhecida pela administração pública e consolidada enquanto um dispositivo estratégico para o atendimento desta linha de cuidado que, por sua vez, deveria ser estabelecida no Plano de Saúde pública do município, tendo suas atuais parcerias formalizadas e ampliadas. Essas formalizações são imprescindíveis, uma vez que a pesquisa de campo constatou uma expressiva procura por esta frente de cuidado, cuja abrangência da cobertura é um fator que pode pesar para a concretização das mudanças necessárias e emergenciais. Dito de outro modo, é fundamental que o governo municipal, articulado ao estado e à união, assuma a gestão dessa rede de atendimento à população trans. Neste sentido, vale destacar um clássico estudo de Bava (1994), destacando a importância do poder local na relação entre o governo e a sociedade civil. Nas palavras do autor:

Não só se reconhece a capacidade da população de tomar decisões políticas e torná-las práticas sociais efetivas, mas vai-se além, atribuindo às prefeituras a responsabilidade de estimular esse tipo de participação e contribuir para o florescimento de uma nova cultura política, o que faz com que haja a necessidade de imprimir transparência às ações de governo, criar mecanismos que permitam o acesso da população às informações, promover iniciativas que estimulem a organização popular e possibilitem o acompanhamento, a fiscalização dos projetos governamentais, além de criar espaços públicos plurais de formulação, negociação e decisão das políticas municipais (Bava, 1994, p. 9).

Por isso, ao refletir sobre o modelo descentralizador, pode-se pensar a saúde como o contexto da política social onde este foi aplicado de maneira mais ampla e radical, estando o SUS “dotado de um formidável arcabouço jurídico-normativo, que lhe define uma arquitetura

institucional bastante consistente e adequada tanto à ideia da centralidade do município no funcionamento do sistema, quanto à ideia de sua permeabilidade às demandas sociais” (Fleury, Carvalho, Manotas, Bloch & Nevares, 1997, p. 4). Neste sentido, se considerarmos que o setor da saúde passou por descentralização acompanhada de gradativa e frágil democratização, atualmente com retrocessos em certos níveis democráticos, evidencia-se a importância dos fóruns com participação da sociedade e também da própria mudança no enfoque da saúde como direito universal (Bava, 1994). Estes dispositivos são inexistentes no contexto pesquisado.

Dentre as seis frentes de cuidado identificadas pela pesquisa, quatro delas, institucionalmente, estão relacionadas à administração pública, municipal e estadual. Entretanto, o formato e as condições da oferta de atenção à saúde da rede encontrada estão longe de atender à proposta de um sistema integrado de saúde, articulado com todos os níveis de atenção, tendo a APS como porta de entrada e responsável pela coordenação do cuidado, contínuo e integralmente, numa perspectiva de enfrentamento coerente com a realidade dos problemas de saúde local (Brasil, 2012). Por isso, ao analisar a rede pesquisada à luz dos três elementos considerados constitutivos de uma RAS, apontados por Mendes (2010), – a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde – e das ferramentas que seriam adequadas para a sua operacionalização, alguns aspectos valem ser destacados.

O cuidado de uma população, segundo a Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS] (2011), envolve o seu cadastramento, sua classificação por riscos socio sanitários, sua vinculação à unidade de atenção primária e, dentre outras atribuições, a identificação de subpopulações com fatores de risco e condições de saúde mais complexas, destacando que o processo de conhecimento da população é de responsabilidade da APS. Sobre a população trans de Juiz de Fora e da região, que recorre a este município para cuidados em saúde, é desconhecido qualquer tipo de mapeamento oficial que permitiria quantificar essas pessoas e conhecer suas necessidades. Isto seria essencial para o planejamento de estratégias de assistência que considerem “a realidade e os determinantes de saúde específicos de um território sanitário e das pessoas que nele vivem” (Brasil, 2012, p. 21). Entende-se que o universo populacional estimado a partir de aproximações com os campos desta pesquisa está longe de ser representativo do número real de pessoas trans que demandam por algum tipo de assistência à saúde, específica ou não, e que conseguem, de fato, alcançá-la. Isso porque trata-se de uma população que sofre intensa marginalização e os impactos de processos de vulnerabilização de diversas ordens e, dessa forma, nem todas as pessoas deste grupo

conhecem, desejam, tem coragem e/ou conseguem acessar um dos pontos de atenção à saúde identificados.

Ao mesmo tempo em que tem havido, nos últimos dez anos, “um verdadeiro *boom* de estudos sobre diversidade/dissidência sexual e de gênero em nosso país” (Colling, 2015, p. 128), com uma significativa expansão da produção, tanto em quantidade quanto em qualidade, o mesmo não se observa em relação ao “impacto na forma como a sociedade, o Estado e os movimentos sociais LGBT pensam a diversidade sexual e de gênero e de como são elaboradas e pensadas as políticas da sexualidade e de gênero” (Colling, 2015, p. 132) no Brasil. Levantamentos populacionais e o mapeamento das vulnerabilidades que considerem tal diversidade, por exemplo, são fundamentais para pensar políticas de assistência e executar planos estratégicos de cuidado. Mas, o que se observa é um grande desconhecimento, uma vez que sequer conhecem-se dados sócio-demográficos dessa população desassistida e invisível.

Bonassi, Amaral, Toneli e Queiroz (2015), ao tratarem sobre as formas de violência que pessoas travestis e transexuais sofrem em Santa Catarina, discutem sobre o desafio destas pessoas para terem suas existências e seus modos de vida legitimamente reconhecidos:

São inúmeros os discursos que não reconhecem essa população – no exercício da autonomia sobre seus corpos e desejos – como humanos, posicionando-os em leituras patologizantes e marginalizantes a partir de uma perspectiva transfóbica, que discrimina e não reconhece a existência e o direito de homens transexuais e mulheres travestis e transexuais.

Ou seja, para um sujeito de direitos, merecedor de reconhecimento por parte do Estado é fundamental que se esteja contemplado como um ser humano. É no tocante à condição humana que se reconhece a dimensão inexorável da vulnerabilidade, e, por conseguinte, a necessidade de amparo (Bonassi *et al.*, 2015, p. 87).

Nesse sentido, corpos abjetos que não se adequam a pretensas normas de gênero e sexualidade, resultantes de opressões diversas que se firmam através da cisheteronorma, tornam-se ainda mais vulneráveis, sendo alvos de violências variadas e também de estratégias de silenciamento, invisibilidade, marginalização e desassistência (Bonassi *et al.*, 2015). Bento (2014b), quando diferencia os termos cidadania e humanidade, dimensiona a discussão sobre os processos de vulnerabilização das pessoas que vivenciam a transexualidade e a travestilidade. Nas palavras da autora:

A noção de cidadania está amarrada ao construto Estado-nação. Os/as cidadãos/cidadãs são aqueles/as que fazem parte e são reconhecidos como pertencentes a um espaço delimitado geograficamente, com uma população e um (ou vários) idioma oficial. Quando dizemos ‘ser humano’ ou

‘humanidade’ nos movemos em um campo de tensão e pertencimento anterior ao da cidadania. Ao confundirmos cidadania e humanidade estamos atribuindo um valor englobante de produção de significados para o Estado, materializando, assim, o maior desejo do Estado: ser um ente total. Mas o estado não esgota os significados da humanidade, tampouco da existência. É no mínimo temeroso conferir-lhe tal poder (Bento, 2014b, p. 179).

Por isso, no Brasil, enquanto único país do mundo onde o respeito à identidade de gênero foi transmutado em ‘nome social’ e algumas instituições, como universidades e serviços de saúde, no vácuo de uma legislação geral, garantem um direito globalmente negado (Bento, 2014b), apenas parece ter sido concedida alguma cidadania para as pessoas que vivenciam a transexualidade e a travestilidade. É demasiadamente ilusória a impressão que causa a suposta garantia de “que os excluídos sejam incluídos para continuarem a ser excluídos” (Bento, 2014b, p. 166), pois certas medidas só fazem alimentar a lógica da cidadania que é concedida pouco a pouco, a conta-gotas, aos pedaços (Bento, 2014b). É nesse sentido que a noção de cidadania precária:

representa uma dupla-negação: nega a condição humana e de cidadão/cidadã de sujeitos que carregam no corpo determinadas marcas. Essa dupla negação está historicamente assentada nos corpos das mulheres, dos/as negros/as, das lésbicas, dos gays e das pessoas trans (travestis, transexuais e transgêneros). Para adentrar a categoria de humano e de cidadão/cidadã, cada um desses corpos teve que se construir como “corpo político”. No entanto, o reconhecimento político, econômico e social foi (e continua sendo) lento e descontínuo (Bento, 2014b, p. 167).

Além da população, enquanto elemento constitutivo das RAS, outro importante elemento, a estrutura operacional, é composta por nós e ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós. Para analisar a rede pesquisada em Juiz de Fora, a partir da constituição ideal das RAS, cinco componentes que fazem parte da estrutura operacional valem ser especificados. São eles: **1) centros de comunicação**, no caso a APS, que atua como ordenadora e coordenadora dos fluxos e contra-fluxos do cuidado, ligando os pontos de atenção, de forma a garantir a integralidade e a continuidade da atenção à saúde; **2) pontos de atenção à saúde secundários e terciários**, que ofertam ações diagnósticas e terapêuticas especializadas, como ambulatórios e hospitais; **3) sistemas de apoio**, que ofertam suporte diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica e sistemas de informação em saúde; **4) sistemas logísticos**, baseados nas tecnologias de informação, como a identificação de usuário/a por meio do Cartão Nacional do SUS, prontuário clínico, sistema de acesso regulado e sistemas de transporte; e, por fim, **5) sistemas de governança**, compreendidos

como arranjos institucionais organizados que envolvem diferentes atores, estratégias e procedimentos para gerir os quatro componentes anteriores (Mendes, 2010; OPAS, 2011; Brasil, 2012).

Em relação ao primeiro componente da estrutura operacional da RAS, pode-se dizer que a rede encontrada em Juiz de Fora não conta com a APS como centro de comunicação formalizado: apenas uma informante, Teodora (IT 3), mencionou ter acessado a APS, por uma vez, pontualmente para fins de solicitação de encaminhamento médico para a Atenção Especializada no Processo Transexualizador e, ainda assim, não foi espontaneamente, mas sob o direcionamento do Serviço Social JF3. E isto aconteceu quando a rede estudada ainda nem existia. Tanto a Psicologia JFCP quanto Psicologia JF7 disseram, em suas entrevistas, que a APS parece desconhecer a rede pesquisada, devido a sua informalidade, o que foi reforçado pelo fato da APS não ter feito parte de nenhum dos itinerários terapêuticos relacionados à busca por cuidados específicos de saúde para pessoas trans em Juiz de Fora.

Como preconizado pelo modelo das RAS, a APS, como centro de comunicação, deveria servir como estratégia prioritária para a reestruturação do sistema, estando menos restrita aos processos de trabalho médico, quando comparada aos níveis de maior complexidade e densidade tecnológica (Solla & Chioro, 2012), o que também poderia colaborar para a superação de dois entraves complexos do Processo Transexualizador. O primeiro deles, que já foi discutido e impacta nacionalmente, consiste no enunciado da patologização das identidades trans, que atravessa o discurso político que regula o Processo Transexualizador no SUS e que orienta a busca pelo acesso, que ainda se dá, predominantemente, através da atenção especializada. A legitimidade trans, que deve ser alcançada através da tecnologia diagnóstica ofertada por poucos hospitais habilitados, provoca uma aglomeração de usuários/as nestas instituições, o que dificulta e até inviabiliza o acesso à saúde. Os excertos de entrevistas com informantes que acessaram a unidade de saúde E2B ilustram estes aspectos:

*Eu acho esse Processo Transexualizador... ele é uma coisa... assustadora, porque você tem que ir lá e dar os seus sintomas... porque você vai lá e dá um sintoma, né? Você tem que dar um sintoma de quem você é, isso é muito esquisito. Cheguei a ir pra poder, pelo menos, ter o laudo do psiquiatra. Só que eu desisti porque é uma viagem longa, cansativa, só pra ter um laudo de psiquiatra (Tomas – IT 26).*

*Foi muita luta. Sou grata a ter o Processo Transexualizador pelo SUS [...]. Foram dois anos pra pegar o laudo; peguei o laudo, mais quatro anos [...]. Eles falam que a pessoa já com o laudo não tá necessariamente no*

*programa do Processo Transexualizador e eu acho isso muito problemático [...] não tem garantia da cirurgia (Teodora – IT 3).*

Ainda que a APS tenha sido estabelecida como porta de entrada prioritária no Processo Transexualizador na reformulação de 2013 (Brasil, 2013), esse segmento da RAS não vem sendo capacitado para receber pessoas trans, atendê-las em suas demandas específicas de saúde e (re)direcioná-las na rede. Isso não apenas inviabiliza o fluxo adequado pela rede, como também interfere na promoção do cuidado integral. Nas palavras de uma informante da pesquisa, que iniciou a busca por cuidados através da atenção especializada, a rede deveria apresentar:

*um fluxo que funcione e não que a pessoa tenha que fazer por conta própria, de já chegar direto na alta complexidade, direto no hospital. Pensar numa UAPS que seja preparada pra lidar, que possa fazer esse acompanhamento mais básico, prescrever hormônio, pelo menos avaliar e, com base nisso, encaminhar [...]. Um ambulatório dentro da cidade e esse ambulatório dar subsídio para a alta complexidade, porque aí gera benefício para todo mundo, as pessoas não se desgastam... gasta menos TFD... e consegue concentrar tudo aqui na saúde; otimiza a rede de saúde e, ao mesmo tempo, é um atendimento que vai contemplar essas necessidades (Tarcila – IT 1).*

Ao fazer um balanço sobre a sua trajetória de busca pelo Processo Transexualizador, antes da existência do Ambulatório Trans, Tarcila ainda apontou a precariedade do acesso ao atendimento endocrinológico, que oferta “*uma atenção incompleta*”, segundo ela, assim como o acesso aos procedimentos cirúrgicos. Se referindo à unidade de saúde E2B, ela resume:

*só a psiquiatria que funciona, que, curiosamente, é o setor que é menos necessário para as pessoas trans [...]. A psiquiatria é a porta de entrada pra te dar o laudo, ainda tá funcionando assim, até hoje. Eu precisei passar pelos dois anos sistemáticos pra ganhar o laudo, falando que tinha Transtorno de Identidade de Gênero [...]; foi meu único vínculo. Pra mim serviu só pra me dar o laudo para a cirurgia [...]. Nem na fila de espera eu entrei, porque tava fechada pra novas vagas e eles estão operando as pessoas que estão lá há mais tempo; e as pessoas não conseguem, mesmo com o laudo, entrar lá (Tarcila – IT 1).*

Neste sentido, no caso desta usuária e de outros/a, como Teodora, Tarcísio e Tomas, o acesso à atenção especializada do Processo Transexualizador, durante o período de dois anos de acompanhamento psiquiátrico serviu predominantemente ou exclusivamente para fins diagnósticos. Todos/as estes/as usuários/as demandaram por acompanhamento médico para

hormonioterapia, mas, na unidade de saúde E2B, não conseguiram ou conseguiram de maneira descontínua, conforme detalhado na descrição de seus itinerários terapêuticos.

O segundo entrave identificado, que se relaciona à ausência da APS como centro de comunicação ideal da RAS, e que repercute, mais diretamente, no contexto da rede estudada, foi a maneira informal e aleatória como se dá o fluxo na rede em Juiz de Fora, sendo este um reflexo da própria condição de informalidade da rede e da natureza dos encaminhamentos nela e para ela realizados. O desconhecimento da rede estudada pela APS, inviabiliza que a APS atue coordenando o seu fluxo, função que tem sido frequentemente desempenhada pela equipe do grupo VisiTrans. Assim, a rede pesquisada tem sido acessada, na maior parte das vezes, de maneira arbitrária, quando se toma ciência de algum de seus pontos de atenção, considerando que o grupo VisiTrans tem servido, na maior parte das vezes, como porta de entrada nessa rede. Por sua vez, a maioria dos/das informantes chegou ao grupo VisiTrans por intermédio da indicação de amigos/as, em sua maioria trans, o já conhecido “*boca-a-boca*”.

A frente de cuidado que concentrou o maior número de informantes da pesquisa, o Ambulatório Trans, teve o seu acesso direcionado, primordialmente, pela equipe do grupo VisiTrans. Boa parte dos/as informantes relatou ter acessado o grupo ao menos para acolhimento inicial e encaminhamentos diversos. Por isso, chama a atenção a centralidade deste projeto de extensão universitária, no panorama da assistência municipal e regional, que tem servido como porta de entrada aos serviços de saúde pública, não apenas de Juiz de Fora, e como principal regulador do fluxo da rede pesquisada. O que demonstra, por sua vez, a total ausência de esforços programáticos por parte da administração pública municipal. Devido à precariedade de todos esses processos e da própria rede, o resultado das trajetórias em busca de assistência à saúde no município, até que se tenha acesso a alguma das frentes de cuidado, não poderia ser outro:

*as pessoas ficam perdidas, as pessoas ficam perdidas, as pessoas que chegam ficam perdidas [...]. É necessário ter uma conversa melhor, ter informação, ter um fluxo, um caminho, que você mesma vai seguir. Mas que esse caminho, você saiba que esse caminho existe; não ter que ficar batendo cabeça num lugar, no outro (Tarcila – IT 1).*

Ao exercer a coordenação do cuidado na rede pesquisada – fazendo os acolhimentos iniciais, triagens e encaminhamentos, não apenas para outros pontos de atenção da rede em Juiz de Fora, pautando-se nas parcerias estabelecidas, mas comumente para o município do estado 2, no caso daqueles/as que desejam ingressar no Processo Transexualizador no SUS para fins cirúrgicos –, o grupo VisiTrans acabou assumindo boa parte da operacionalização do

fluxo. Contudo, como já destacado, esse pode ser considerado um dos aspectos mais frágeis acerca do funcionamento da rede em Juiz de Fora, uma vez que além de informal, sua coordenação fica a cargo da universidade, em ação de extensão, que não tem nem a função, nem o objetivo de “cobrir lacuna do Estado”, mas que acaba exercendo uma tarefa que deveria ser do governo, posto a absoluta deficiência do sistema público para tal responsabilidade. Como a demanda tem sido crescente, é urgente que o sistema público municipal oficialize e amplie a rede de cuidado existente, assumindo esta regulação que lhe compete.

É fato que “o acesso da população à rede regionalizada deve se dar por meio dos serviços de atenção básica, distribuídos localmente e qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam serviços de saúde” (Solla & Chioro, 2012, p. 550). Mas a forma de acesso prevista para o Processo Transexualizador no SUS e a condição de fragilidade da rede no município são exemplos do “quanto é difícil romper com o modelo hegemônico e redirecionar o enfoque, ainda nitidamente hospitalocêntrico, para a consecução de um sistema ‘redebasicocêntrico’, ou melhor, centrado nas necessidades dos sujeitos/usuários individuais e coletivos” (Solla & Chioro, 2012, p. 548). Tudo isso desfavorece, diretamente, o cumprimento da integralidade e da integração entre ações e serviços, diretrizes de assistência da própria política nacional (Brasil, 2013).

É, principalmente, a partir das condições em que esta assistência é ofertada e a própria forma de funcionamento do sistema, que se destaca a fragilidade do princípio de integralidade no Processo Transexualizador. Ainda que conte com esforços locais (não oficiais), essa assistência tem sido adversa para pessoas trans que, ao buscarem cuidado, acabam adoecidas em razão da ineficiência da política pública voltada para este público. Assim, esse segmento populacional, cotidianamente, tem seus direitos violados pelo próprio governo brasileiro e dentro do próprio sistema público de saúde, por não terem preservado, programaticamente, o acesso à saúde (Perucchi *et al.*, 2014).

O segundo componente da estrutura operacional das RAS são os pontos de atenção secundários e terciários, ou seja, seus nós, nos quais são ofertados serviços especializados, diferenciados pela densidade tecnológica que possuem, servindo de apoio à APS. Não há hierarquia ou subordinação entre os pontos de atenção, uma vez que todos são igualmente importantes para o alcance dos objetivos das RAS, numa concepção de rede poliárquica (Brasil, 2012). A rede pesquisada conta, primordialmente, com frentes dispersas de cuidado, estabelecidas e integradas a partir de iniciativas e vinculações firmadas diretamente entre

profissionais de saúde e, no máximo, entre suas chefias imediatas, todos/as preocupados/as com o descaso com a assistência à saúde da população trans no município.

Assim, a assistência prestada acontece articulada, majoritariamente, através da conexão comprometida entre estes/estas poucos/as profissionais envolvidos/as com o cuidado específico para pessoas trans, sendo eles/as próprios/as que operacionalizam os fluxos e contra-fluxos do cuidado, de acordo com suas possibilidades pessoais de absorver essa clientela, o que caberia, teoricamente, à APS do município. Por isso, destaca-se essa enorme lacuna que deveria ser ocupada pelo poder público municipal, considerando que a “importância do poder local se dá na medida em que possibilite maior controle sobre a administração pública através de instituições municipais, um projeto social orientado para o impacto e um aumento da eficácia das políticas públicas a partir da atenção às demandas da população” (Fleury *et al.*, 1997, p. 3).

Na rede pesquisada a única frente que poderia se aproximar de um ponto de atenção, de nível secundário, é o Ambulatório Trans. Este espaço de cuidado, por mais deficiente que seja do ponto de vista estrutural, tem absorvido demandas de quase a totalidade dos/as usuários/as entrevistados/as. Foram poucos/as os/as informantes que o desconheciam e/ou ainda não haviam aderido, apesar do interesse. Como campo de pesquisa, de média complexidade no âmbito do SUS, a compreensão do funcionamento deste Ambulatório permite algumas considerações com a intenção de colaborar para a sua melhoria, considerando a importância local deste dispositivo de cuidado da rede.

De modo geral, nos pontos de atenção de nível secundário, não são raras as dificuldades inerentes às práticas micro gerenciais do cuidado, que contam com maior responsabilidade de profissionais de saúde. Estes, muitas vezes, operam o cuidado sem nenhum ou pouco respaldo de ferramentas essenciais, como observado nos campos da pesquisa e já apontado nesta discussão. Dentre estas ferramentas estão as diretrizes clínicas, conhecidas também como protocolos ou linhas-guia, que servem para orientar as decisões destes profissionais em suas práticas. Outra ferramenta seria as linhas de cuidado, que auxiliam na forma de articulação entre os recursos e as práticas de saúde e entre as unidades de atenção de uma região. A gestão da condição de saúde, importante ferramenta que prima por uma abordagem voltada para a população local, que identifica indivíduos em risco e tem foco na promoção e na prevenção, em detrimento do uso de procedimentos curativos e reabilitadores. Assim como a gestão de caso que se refere ao plano de cuidado de acordo com as necessidades do/a usuário/a. Cabe à auditoria clínica, a melhoria da eficácia, maximizando

resultados. E, por fim, a última importante ferramenta é a organização da lista de espera, com critérios claros de necessidades e de riscos (Brasil, 2012).

Dessa maneira, a assistência ambulatorial de média complexidade, historicamente e de forma recorrente, apresenta problemas como a ausência de planejamento, a não observação das necessidades e do perfil da população assistida, acesso baseado na oferta de serviços, incorporação tecnológica acrítica, serviços com baixa resolubilidade, baixos investimentos em qualificação profissional, insuficiência de parâmetros técnicos e epidemiológicos, além de baixa regulação da oferta existente pela gestão pública, por exemplo. Isto se deve ao fato de que a média complexidade vem sendo definida por exclusão, ou seja, ela tem representado as ações que transcendem as da atenção básica e as que não se configuram como sendo de alta complexidade. Neste sentido, no Brasil, os serviços de média complexidade têm constituído um dos maiores pontos de estrangulamento do sistema, o que impacta na ampliação da demanda para a alta complexidade e nos custos do sistema (Solla & Chioro, 2012).

A baixa capacidade de regulação sobre a oferta somada à enorme dificuldade na aquisição de serviços, em decorrência da defasagem dos valores pagos pelo SUS, traz para os serviços de média complexidade, em geral, disfuncionalidades crônicas como: dificuldade de acesso, baixa resolutividade, superposição de ofertas de serviços nas redes ambulatorial e hospitalar, concentração em locais de alta densidade populacional e baixo grau de integração entre as ações desenvolvidas pelos diferentes níveis e graus de complexidade da assistência (Solla & Chioro, 2012). Os prejuízos de tudo isso para a população são imensuráveis e ainda agravados quando as pessoas beneficiárias das ações e serviços são, programaticamente, invisíveis aos olhos da gestão.

O terceiro componente da estrutura operacional das RAS, os sistemas de apoio, consistem nos “lugares institucionais em que se realizam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde nos campos diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica e dos sistemas de informação à saúde” (Oliveira, 2015, p. 26-27). Na rede em Juiz de Fora, a unidade de saúde JF2, apesar de ter sido pouco mencionada na descrição dos itinerários terapêuticos, recebe a maioria dos/as pacientes do Ambulatório Trans, senão todos/as que estão em tratamento hormonal, para fins de realização dos exames laboratoriais periódicos, a partir de encaminhamento da Medicina AT. Nenhum/a profissional desta unidade de saúde foi nominalmente citado ou especificamente mencionado e, por isso, não foi desenvolvida nenhuma entrevista no local.

Os sistemas logísticos, quarto componente da estrutura operacional da RAS, tem por objetivo oferecer soluções ancoradas nas tecnologias de informação, com a intenção de

promover a eficaz integração e comunicação entre os pontos de atenção à saúde e os sistemas de apoio. Neste sentido, encaminhamentos para a unidade de saúde JF2 também ocorreram em razão da confecção do Cartão Nacional do SUS, com o nome social do/a usuário/a, que fomenta a lógica da cidadania precária, conforme defende Bento (2014b). A autora reconhece a importância do uso dos nomes sociais para pessoas trans, justamente por assegurar-lhes “em alguns espaços uma existência sem constrangimentos” (p. 177). Na dinâmica dos itinerários terapêuticos, o Cartão Nacional do SUS com o nome social, para a maioria dos/as informantes trans, fortaleceu e trouxe maior segurança para transitar pelo sistema. Mas vale destacar que, no Brasil, “micronormatizações” como esta, não garantem o respeito e nem resolvem, em definitivo, a precariedade existencial destas pessoas (Bento, 2014b). Na maioria das vezes, os encaminhamentos para esta unidade de saúde JF2 partiram do grupo VisiTrans, do Ambulatório Trans e da Psicologia JFCP. Contudo, nota-se que a desinformação sobre esse direito no âmbito do sistema público de saúde e/ou o seu desrespeito, com ou sem a alteração do nome social no Cartão Nacional do SUS, ainda são frequentes. Este excerto ilustra tal problemática:

*Eu fui e esqueci de levar o meu cartão do SUS, eu fui de noite, com a minha identidade normal, identidade masculino. Aí a moça do balcão não colocou o meu nome feminino pra me chamar, aí me chamou pelo nome masculino. Aí eu achei tão bonito que a médica que me atendeu, ela foi e me chamou, aí ela viu que era eu, ela ficou, assim, revoltada. Ela falou: ‘você tem nome social?’. Falei: ‘tenho, Tiffany’. Ela saiu do consultório dela e foi lá na recepção e falou: ‘vocês tem o direito de colocar o nome dela como Tiffany, vocês não podem fazer isso, é desumano!’ Aí a moça: ‘mas ela não falou nada’. Aí ela (médica) falou: ‘olha a identidade dela e olha a identidade, assim, a identidade de registro’ (Tiffany – IT 5).*

A unidade de saúde JF2 também operacionaliza o sistema de acesso regulado à atenção, através do agendamento de consultas intermunicipais e interestaduais, assim como viabiliza sistemas de transporte através da execução dos trâmites necessários para Tratamento Fora de Domicílio, cujas limitações já foram assinaladas no subtópico anterior. Vale destacar que se houvesse a formalização e a ampliação da rede local, gastos de recursos públicos como este poderiam ser reduzidos, e os acompanhamentos de saúde de média complexidade administrados no próprio município. Isso certamente contribuiria também para a integralidade do cuidado e maior resolutividade das questões de média complexidade, desafogando, conseqüentemente, a alta complexidade do Processo Transexualizador. Nas palavras de um participante:

*Creio que seria ótima a implementação, a formalização de um ambulatório, né? Pelo menos em cada pólo, nas cidades pólo, né? Para que as pessoas tenham uma referência. Porque tem muita gente que acaba tendo que buscar, viajar, por exemplo, de Minas pra São Paulo, pro Rio, pra poder fazer tratamento e, na maior parte, as pessoas não tem essa condição. Então se o acesso fosse mais facilitado, tivesse mais perto das pessoas, se tivessem campanhas que aproximassem essas pessoas, já seria algo de muita valia (Tércio – IT 29).*

O quinto e último componente da estrutura operacional das RAS, os sistemas de governança, não impacta na rede estudada, pois trata justamente da esfera da RAS que irá gerir os demais componentes da estrutura operacional explicitados. Tal fato ocorre pelo objeto desta pesquisa tratar-se de uma rede (in)formal, pois apesar de muitas das ações acontecerem na RAS de Juiz de Fora, não existe gestão dessa rede pela administração pública. Boa parte dos fluxos dos itinerários terapêuticos tem sido influenciados por orientações que partem do grupo VisiTrans e do Ambulatório Trans, por serem as frentes de cuidado que mais concentraram os/as participantes da pesquisa. Nota-se, assim, que a (des)estrutura operacional encontrada e a inexistência das ferramentas fundamentais para a micro gestão trazem uma série de consequências para o funcionamento e para a sustentação da rede pesquisada. Isso porque uma rede que se apoia, basicamente, no engajamento de profissionais de saúde, certamente colabora para suprir satisfatoriamente uma demanda reprimida de pessoas trans que há pouco não tinham sequer onde procurar qualquer forma de cuidado trans-específico no município. Entretanto, o formato de rede existente não resolve o problema da (des)assistência à saúde de todas as pessoas transexuais e travestis em Juiz de Fora.

Nesse sentido, o terceiro elemento constitutivo da RAS, o modelo de atenção à saúde, que se refere à lógica adotada pelos gestores municipais e estaduais para atender às demandas da população local, corrobora com a invisibilidade das identidades trans. Pela ausência de ofertas de cuidado integral, ela colabora com o modelo político patologizante das identidades trans. Como o município não apresenta uma rede formalizada e não situa a APS como porta de entrada para cuidados básicos e de média complexidade na RAS, sujeita que a entrada no sistema ocorra pela alta complexidade, sobrecarregando os poucos hospitais habilitados e mantendo o processo diagnóstico como condicionante do acesso à saúde. Assim, processos de vulnerabilização são intensificados, tanto pela ausência e/ou deficiência da oferta, colaborando para práticas de automedicação e de uso de substâncias nocivas à saúde, como o silicone industrial, o adoecimento psíquico dos/as usuários/as que, não raramente levam a quadros depressivos e de ideias de automutilação e auto-extermínio.

Por isso, além da inclusão dos cuidados de saúde deste público no Plano de Saúde municipal, a rede de assistência existente deve ser pensada fora de um contexto informal e de parcerias frágeis, que funcione de acordo com interesses e disponibilidades pessoais de profissionais que defendem a causa trans. Apesar de dar um destino para as demandas trans, essa estrutura acaba também por colaborar com “gambiarras legais” (Bento, 2014b), e mostrar suas contradições em toda sua extensão, a começar pelo fato de uma rede que funciona parcialmente em instituições públicas, ser informal e, de tão precária, programaticamente simplesmente não existe.

### 7.3 MARCADORES SOCIAIS DA DIFERENÇA E O ACESSO LOCAL À SAÚDE

Para tratar sobre alguns dos determinantes sociais das desigualdades que também incidem, diretamente, nas condições de acesso à saúde para a população trans, a discussão aqui proposta começará por uma breve análise do uso das categorias identitárias travesti e transexual e a possibilidade de diferentes produções identitárias, não apenas a partir do gênero e das sexualidades, mas, sobretudo, da intersecção com outros marcadores sociais da diferença. Algumas destas produções e suas intersecções apontam para processos de maior ou menor cidadania e subalternização destas pessoas, na medida em que se relacionam com mecanismos que também colaboram para a vulnerabilidade na localidade pesquisada. Essas construções de processos identitários das categorias travesti e transexual são atravessadas por diferentes processos históricos, sociais, científicos e políticos.

As travestis surgem como sujeito político, sendo incluídas no emergente movimento homossexual das décadas de 80-90, “quando a opção por uma política identitária começa a se consolidar e as categorias abarcadas pelo movimento passam a ser especificadas” (Carvalho & Carrara, 2013, p. 324), o que ocorre ainda nos anos 1970. Já os primeiros debates públicos acerca da transexualidade, da construção da categoria ‘transexual’ e sua diferenciação da categoria ‘travesti’ datam do final da década de 90 e início dos anos 2000, quando surge o conceito de identidade de gênero (Carvalho & Carrara, 2013).

A constituição de organizações de travestis no Brasil se relaciona, inicialmente, ao binômio violência policial, incidente nos locais de prostituição, e ao movimento de luta contra a AIDS, a partir de ações de prevenção direcionadas as travestis profissionais do sexo (Carvalho & Carrara, 2013). Ao conhecer a história do movimento, que ao longo do tempo incorporou outras bandeiras de luta, é importante compreender como a AIDS enquanto problemática de saúde se coloca como questão. Em outras palavras:

a AIDS foi notadamente um catalisador da organização política dessas pessoas. Somente com a mudança nas políticas relativas à epidemia, através da elaboração e da divulgação do conceito de ‘vulnerabilidade’ que marca os anos 1990, é que elas passaram a considerar como objeto de mobilização política outros aspectos de sua vida para além do acesso à informação, aos insumos de prevenção e ao tratamento médico (Carvalho & Carrara, 2013, p. 328)

No cenário de disputas entre as identidades ‘travesti’ e ‘transexual’, quando esta última entra para o vocabulário do movimento, os autores apontam que, marcadamente no ano de 1997, se dá o surgimento do termo ‘transgênero’, cuja proposição se relaciona à influência de militantes estrangeiras em visita ao Brasil. Entretanto, essa nomeação, que não tem sido mais utilizada no discurso formal do movimento, não resolveu o impasse até mesmo porque “boa parte das ativistas travestis e transexuais brasileiras não se ‘reconheciam’ na expressão ‘transgênero’” (Carvalho & Carrara, 2013, p. 337), alegando que ‘transgênero’ tratava-se de um conceito e não de uma identidade. Com o tempo, a junção das identidades travesti e transexual, através do emprego da noção de “pessoas trans” ou apenas “trans”, apareceu como uma saída que tem sido menos criticada (Carvalho & Carrara, 2013).

Ainda em 1997, um novo cenário foi inaugurado com a oferta das cirurgias de transgenitalização no país, marcado pela “aliança estratégica de militantes do Coletivo Nacional de Transexuais com setores progressistas da academia” (Carvalho & Carrara, 2013, p. 342), que foi responsável por mudanças nas políticas públicas de saúde voltadas para transexuais, consolidando essa identidade distinta da travesti. Diferente das organizações de travestis que foram originadas a partir de situações conflitivas envolvendo violência policial e luta contra a AIDS, as organizações de transexuais surgem das relações entre pessoas que buscavam compreender essa identidade e ter acesso às tecnologias médicas e fármaco-químicas – denotando, assim, como diferentes marcadores sociais de classe, território e acesso cultural atravessam o processo de identificação das mulheres T.

Cabe então ressaltar a complexidade dos avanços e os impasses próprios da história do movimento LGBT, sobretudo o fato da incorporação de travestis e transexuais num movimento de gays e de lésbicas não ter sido um processo simples, uma vez que inúmeros fatores dificultaram a aproximação política de pessoas com experiências sociais tão distintas (Carvalho & Carrara, 2013). Assim, para esta análise, foi priorizada a discussão sobre as disputas identitárias entre as categorias travesti e transexual com enfoque nas perspectivas teóricas que tratam das interseccionalidades, uma vez que possibilitam abordar múltiplas articulações entre a fabricação do discurso e seu atravessamento na produção de sujeitos. A

perspectiva interseccional auxilia posicionando os sujeitos, assim como suas identidades e seus corpos, especialmente quando esses processos resultam em desigualdades sociais que, por sua vez, impactam diretamente na concepção de cuidado e no modo de acesso à assistência à saúde.

As propostas de trabalho que utilizam das interseccionalidades ou categorias de articulação, conceitos que emergiram no marco da história do pensamento feminista, oferecem “ferramentas analíticas para apreender a articulação de múltiplas diferenças e desigualdades” (Piscitelli, 2008, p. 267), pensando as diferenças em um sentido amplo, mas que, necessariamente, considere interações entre possíveis diferenças em contextos específicos. Piscitelli (2008), apoiada na leitura de Kimberlé Crenshaw, afirma que “as interseccionalidades são formas de capturar as consequências da interação entre duas ou mais formas de subordinação” (p. 267), superando a noção de superposição de opressões. Assim, a autora destaca que a interseccionalidade abordaria justamente a “forma como ações e políticas específicas geram opressões” (p. 267) e, neste sentido, constituem aspectos ativos do desempoderamento (Piscitelli, 2008). Tal discussão se relaciona visceralmente com a política que opera o Processo Transexualizador que, num primeiro momento, inclusive, excluiu as travestis, repercutindo diretamente nas condições da assistência a pessoas trans no Brasil.

As contribuições de Barbosa (2013), por exemplo, foram importantes para mostrar que “travesti e transexual são categorias performativas, e que tal performatividade não se esgota apenas em enunciados de gênero e sexualidade, mas também pode ser expressa por meio de articulações contingentes que remetem a diferenças de classe, cor/raça e geração” (p. 353), e as interações destas diferenças impactam no desemponderamento destas categorias. Pelúcio (2011), a partir de pesquisa etnográfica, apontou diferenças ainda mais específicas entre travestis que se prostituem, que também devem ser consideradas por formuladores de políticas de saúde, entendendo experiências próprias do adoecimento e do modo de buscar cuidado por estas pessoas.

Na realidade pesquisada, para se ter uma compreensão ampliada da rede de cuidados, e da diversidade das pessoas que por ela circulam, foi determinante a imersão em três diferentes campos, uma vez que o acesso a cada um deles esteve, marcadamente, relacionado às interseccionalidades e às desigualdades produzidas. Neste sentido, o campo da pesquisa destacou elementos importantes no que se refere a tais especificidades, considerando, por exemplo, elementos referentes a não participação de pessoas travestis ou transexuais que se prostituem no grupo VisiTrans, mas que acessam serviços especializados em HIV/AIDS e em dependência química da RAS de Juiz de Fora. Ao longo da existência do VisiTrans, a

coordenadora deste projeto analisou que “as meninas e os meninos que ‘fazem pista’<sup>38</sup> não fazem uso do grupo, ou sequer dos atendimentos psicológicos no Centro de Psicologia Aplicada”. Dizendo de outro modo, enquanto a psicóloga voluntária do grupo VisiTrans atende apenas “as bonitas”, outros dispositivos de cuidado têm recebido “as feias”, como a unidade de saúde coparticipante da pesquisa, na figura da Psicologia JFCP, que tem conseguido acessar quem “tá na pista”. Já o Ambulatório Trans parece integrar todas estas pessoas, constituindo-se num espaço de cuidado mais neutro e diverso. Este é um dado empírico importante que, analisado à luz das teorias que nos orientam, pode dizer muito sobre o funcionamento da rede estudada, inclusive sinaliza direcionamentos para futuros aprimoramentos da/na rede que considerem esse marcador territorial, enquanto facilitador e dificultador para o acesso abrangente à saúde.

Barbosa (2013) discute que, em razão de uma infinidade de exclusões utilizadas para a afirmação da categoria transexual e também para a produção do que seria uma “mulher de verdade”, as travestis, historicamente, foram e são lançadas à abjeção. As convenções produzidas além de gerar hierarquias e expectativas em relação às duas categorias, “sinalizam múltiplos enunciados morais em jogo na construção dessas diferenças” (p. 377), que devem ser analisados situacionalmente. Especificamente no campo desta pesquisa, chamou atenção como tais convenções foram acionadas nas entrevistas com informantes trans na forma como eles/elas, espontaneamente, justificaram sua autoidentificação, diferenciando as categorias travesti e transexual:

*Eu sou travesti mesmo... eu falo trans, né? Não mulher trans, não; trans de abreviação de transgênero. Porque travesti é muito pesado, acho que não é uma palavra que se use, porque acho chulo, sei lá, o pessoal, porque levou pra esse lado de baixo nível, né? (Tessa, trans – IT 10).*

*Ser travesti, igual eu ouço falar – não sei quem virou ou vai virar... Travesti a gente não vira, gente, travesti é isso aqui, é meu cérebro, eu sou feminina, não interessa o que vão falar ou não. Eu não sou desses viados de andar toda descompensada na rua. Sou disciplinada, sou educada, sou discreta, tento, né? Não é que eu seja a mais bela das belas, a mais feminina das femininas, mas eu ainda passo em alguns lugares como mulher, entendeu? Só falta o marido! (Tônia, travesti – IT 11).*

Tais diferenças convencionadas também são intensificadas a partir das subdivisões em vários pequenos e seletos grupos ou até pelo isolamento social, que segmentam ainda mais as

---

<sup>38</sup> Termo frequentemente usado por travestis para se referirem aos espaços de prostituição rueiros, como as esquinas (Pelúcio, 2011).

categorias. Estes dados estão ilustrados nas palavras de participantes trans e da Psicologia JFCP:

*Eu fico muito por fora, os contatos que eu tenho são poucos e as minhas amigas acho que tem o mesmo nível de estudo, de consciência, o mesmo do que eu. Mas nunca tive... não sei das outras, se elas pesquisam, se elas procuram, se elas têm esse interesse. Eu até evito porque dá muito confusão, então eu evito contato com todo mundo. Tenho um grupo seletivo, acho que são três, quatro amigas e só. O resto é contato de ‘oi, tudo bom?’. Tem, tem rixa, é porque elas, sei lá, não sei se é hormônio que deixa a gente perturbada, mas dá muita confusão. Então, quanto menos contato, melhor, é melhor selecionar realmente, igual eu faço. Algumas amigas que realmente são amigas, mas... é muita inveja, muita fofoca, muita briga (Tessa – IT 10).*

*Como eu estudei muito pouco, então tinha muito pouco conhecimento sobre esse mundo. Comecei há pouco tempo [...]. Eu não sou muito de ficar muito no meio não [...], eu evito ao máximo, seleciono, em questão de amizade, em geral, eu seleciono muito. Eu já sou mais quietinho, não gosto muito de ficar misturando não (Tarcísio – IT 15).*

*Elas se fecham mesmo, tem muitos grupos que a gente vai percebendo (Psicologia JFCP).*

Algumas narrativas, além de remontar ao histórico de exclusão das travestis, trazem a interação desta categoria com o uso de drogas ilícitas e com a dependência química. Isso invoca a intensificação de processos variados de vulnerabilidade e as sujeições relacionadas ao vício, que pesam na permanência desse segmento na marginalidade (Rocha, Pereira & Dias, 2013). Como ilustrado por Tônia que, ao longo de sua entrevista, me mostrava as marcas e consequências de um espancamento “*a pauladas*” sofrido, recentemente, em uma “*boca de fumo*”:

*Eu que fui sem vergonha mesmo, eu que embarquei numa canoa furada, por curiosidade de saber qual era a onda do crack. Até então, o pó eu já conhecia da Europa, eu já tinha usado pó lá. Aí depois eu comecei a usar o crack, eu não usei mais pó. Nossa, é terrível amiga, é terrível. Perdi totalmente a minha vida social, porque a gente perde, entendeu? A gente entra pra um submundo, a gente não é mais bem vista em lugar nenhum... Tem essas coisas, que ainda me deprime, isso ainda me deprime (Tônia – IT 11).*

Em contrapartida, observa-se que as redes de sociabilidade criadas entre pessoas trans, ainda que algumas sejam privadas e restritas, têm sido responsáveis por disparar boa parte do fluxo em busca de cuidados de saúde e, de certa forma, organizam o modo como se dá o acesso aos dispositivos da rede de assistência à saúde pública no município. Chamou atenção nas entrevistas a explicação, também espontânea, sobre a construção da própria

identidade, que se relaciona com a formação e/ou fortalecimento das sociabilidades, partindo de convenções relacionadas ao modo de vida e das escolhas relativas às formas de intervenção no corpo e às performances de gênero:

*Eu achava que era um travesti, eu não tinha muita consciência sobre transexualidade. Eu pensava: eu sou o que? Sou travesti ou sou trans? Ficava me analisando, analisando. Travesti não quer operar, travesti não aceita, travesti é aquela que faz o que quer. Trans é diferente (Tiffany – IT 5).*

Assim, considerando que “a maioria das travestis não busca o reconhecimento de uma identidade exclusivamente feminina ou masculina, nem referencia o desejo da realização da cirurgia como forma de corporificação de sua experiência” (Guaranha & Nardi, 2015, p. 262), foram notórios os discursos de pessoas transexuais que trouxeram a necessidade de “adequação” do corpo como principal motivação para a busca por processos tecnológicos de intervenção, a maioria já expostos quando nas descrições individuais dos itinerários terapêuticos. Tales explica que:

*há muito desconhecimento, porque eu acho que tem muita gente ainda que encara isso como doença mental [...] acha que é fase da adolescência, que isso vai passar. E não é uma fase, é uma coisa que vem desde que você é criança, só que nem todo mundo consegue por isso pra fora e nem todo mundo consegue ter o acesso pra se adequar ao que você realmente é (Tales – IT 21).*

O acesso aos conceitos teóricos/acadêmicos sobre as categorias e as possibilidades performáticas de gênero e das sexualidades, também parecem sustentar muitas das construções discursivas que tem circulado entre os/as participantes da pesquisa, especialmente daqueles/as que participam dos encontros do grupo VisiTrans. Isso favorece certas identificações que, para algumas pessoas, foi a primeira possibilidade de compreensão acerca da própria identidade:

*Já sabia o que eu queria da minha vida, mas aqui (no grupo VisiTrans) eu fui descobrindo mais, fui descobrindo, assim, eu achava que eu era um travesti, aqui eu descobri que eu era uma trans e não um travesti... Assim, travesti não quer operar, travesti não tem... Eu tenho uma amiga travesti e ela fala: ‘eu não quero operar’. E tem algumas travesti que usa a parte da frente, que gosta, que só se veste de mulher porque realmente gosta (Tiffany – IT 5).*

*Uma coisa que eu não sabia também: pra mim todo trans era hétero, já de cara. Isso a gente vai conhecendo aos poucos (Théo – IT 17).*

*Antes de me descobrir trans eu não era feliz como eu sou hoje (Taila – IT 9).*

*As roupas masculinas sempre me chamaram a atenção [...]. Eu rompi com a minha mãe, em questão de vestido, essas coisas, eu tinha sete anos [...]. Pra mim sempre foi muito natural isso [...]. Eu gostava de algumas coisas femininas, mas eu pensava: ‘não, mas se eu ando masculino, assim, se eu me vejo assim tão masculina, como é que eu posso gostar daquela coisa feminina?’. Aí eu falei assim: ‘não, eu não posso, não posso’. Eu não tinha uma explicação de ninguém, ninguém me explicava. Aí, então, quando eu comecei a vir no grupo, quando eu comecei a ler mais e tal, a conhecer mais a Butler (risos), aí eu vi, tipo, ‘eu posso!’. Aí eu comecei a misturar tudo (Trindade – IT 2).*

Desde o início da imersão na unidade de saúde coparticipante da pesquisa, a percepção da diferença na autoidentificação dos/as usuários/as, a partir do acesso (ou não) ao conceito teórico/acadêmico de transexualidade, sempre foi uma inquietação colocada pela Psicologia JFCP. Ela percebe esse atravessamento discursivo em suas práticas clínicas, tanto no apresentar-se como travesti, entre aquelas pessoas mais marginalizadas, que se prostituem, que não possuem acesso ao conceito de transexualidade, e o apresentar-se como transexual e/ou trans, entre aqueles/as que possuem algum acesso ao conceito; considerando que, dentre essas últimas, antes do acesso ao conceito algumas se nomeavam travestis. Além disso, haviam aquelas pessoas que, apesar de apresentarem-se “*bem femininas*”, nas palavras da Psicologia JFCP, pareciam não ficar à vontade para utilizarem seus nomes sociais no contexto da unidade de saúde e, algumas, ainda diziam desconhecer esta possibilidade. A Psicologia JFCP utilizou muito a palavra “*provocar*”, se referindo ao modo de questionamento que fazia, especialmente às travestis que apresentavam-se nos atendimentos com seus nomes de registro, estimulando-as para que se sentissem à vontade no âmbito da unidade de saúde.

Já ao final da imersão neste campo da pesquisa, após seu contato com uma travesti ligada a órgão público federal, a Psicologia JFCP resume muito bem a atual problemática que envolve a disputa dessas categorias identitárias: o conceito/a nomeação travesti também tem sido utilizado/a por uma questão política, pois abrir mão desta nomeação seria o mesmo que apagar a história do empoderamento trans. Deixar de se nomear travesti, nesta perspectiva, reforçaria estratégias higienistas e classistas que atuam no sentido de manter na invisibilidade aquelas que permanecem na pobreza, nas ruas, na prostituição. E, com isso, na realidade dos campos da pesquisa, evidencia-se ainda mais as diferenças entre as “*feias*” e as “*bonitas*”, principalmente quando se trata das condições de acesso à rede de assistência pública à saúde para esta população extremamente vulnerável.

Pelo atual perfil dos participantes do grupo VisiTrans, um público mais jovem, de estudantes da rede particular de ensino ou universitários, sendo a maioria homens trans, por

mais que a proposta do grupo seja inclusiva, existe uma demarcação territorial e de grupo que não pode ser desconsiderada. Identificado como “*grupo das bonitas*”, por uma travesti, usuária de drogas ilícitas, que se prostitui, o grupo VisiTrans não tem sido um território homogêneo de circulação de sujeitos trans no contexto da rede estudada. Nesse sentido, este dado contribui para a análise do funcionamento da rede, especialmente para a proposta de sua formalização e ampliação, na medida em que pode-se pensar como muito problemático o fato do grupo VisiTrans atuar como principal regulador de boa parte do fluxo, tendo em vista que nem todos/as os/as possíveis beneficiários/as da rede tem conhecimento do grupo, como também nem todos/as que sabem de sua existência optam por transitar por este espaço já demarcado como só das “*das bonitas*”.

Pelo vínculo com a Universidade e pelo perfil do/a público/a que vem, atualmente, frequentando tal dispositivo de cuidado, teve-se a notícia de que algumas pessoas trans não se identificam e/ou não se sentem à vontade de frequentá-lo. Dessa forma, observa-se que o grupo não é acessível ou mesmo alcança todos os públicos deste grupo populacional. Um dos informantes da pesquisa, que frequenta o grupo VisiTrans, fez uma reflexão, de modo geral, acerca da barreira territorial que pode vir a dificultar ou até inviabilizar o acesso para determinadas pessoas trans:

*Essas pessoas, muitas vezes, elas estão fora, né? Estão marginalizadas, né? Principalmente em casos de mulheres trans. Então, primeiro, a gente tinha que... essas pessoas tinham que ter um acesso à saúde, né? Ser incentivado o acesso à saúde pra essas pessoas. Ainda mais as pessoas em periferias, né? Então creio que os profissionais de saúde eles devam receber um treinamento adequado pra poder receber, acolher essas pessoas, tratando-as de forma respeitosa, com nome social e as escolhas dessa pessoa, ou o que essa pessoa tem pra vida dela, né? E ofertar pra ela um tratamento de respeito, assim, como pra todas as demais pessoas (Tércio – IT 29).*

A condição socioeconômica dos/as entrevistados/as também foi relacionada como um fator que incide, diretamente, no acesso e na duração do processo de mudanças, na escolha dos procedimentos e dos serviços. Nas palavras de duas participantes da pesquisa:

*É claro que eu gosto de me sentir feminina, isso e aquilo, entendeu? [...] com o tempo, né, você consegue ter uma condição melhor, você tem como se tratar melhor também, né? [...] eu não me sinto uma mulher, eu não sou aquela pessoa que fala: a sou uma mulher, entendeu? Eu realmente sou uma travesti, eu gosto de ser essa mulher, entendeu? Eu gosto de mostrar essa mulher que eu acho que eu tenho em mim (Tula – IT 25).*

*Isso que eu fico pensando, quem não tem condições... porque, assim, você não tem acesso a medicação, não tem acesso a exame ou você perde muito*

*tempo... prende a rotina da pessoa. Eu acho que é bem inviável... realmente é um processo que fica caro (Tarcila – IT 1).*

Não foram raros os/as informantes que comentaram sobre os impactos do preconceito sofrido em diferentes contextos de suas vidas, considerando a intersecção de diferentes marcadores sociais. Uma participante, em suas palavras, refletiu acerca dessas sobreposições:

*Eu acho que precisa de políticas mais sérias, entendeu? Acho que precisa não só de gays na política, precisa de gente que se incomoda com isso, entendeu? Porque, independente de gênero, tem muitos outros preconceitos que a gente passa todo dia, entendeu? E que não precisaria, entendeu? Pela cor, pela religião, entendeu? Pela profissão, sabe? Tem muitos preconceitos (Tula – IT 25).*

Em algumas entrevistas, entretanto, ficou muito evidente o quanto alguns/algumas informantes não percebem o atravessamento dos marcadores da diferença das (e entre as) categorias identitárias e disseram nunca ter sofrido as consequências da transfobia ou os impactos do preconceito, assim como também parecem não identificar o sofrimento alheio. Nas palavras de participantes:

*Eu não vejo que seja preconceito, eu acho que seja um auto preconceito, de pessoa que não se assume ou não consegue se aceitar e aí acaba se esbarrando, se sente incomodada comigo que sou livre, que tem o pé no chão, pessoas que tem que se esconder se incomodam (Tessa – IT 10).*

*Quem tem preconceito é porque é despeitado, é invejoso, tadinho, morro de rir. E quem sofre é porque... sofre porque é fraco. Eu nunca tive esse problema. Pelo contrário, eu acho que por eu ser assim, as portas se abrem com mais facilidade. Eu vejo o pessoal falando que sofre preconceito, mas ninguém sofre por preconceito, todo mundo tem preconceito. Se você é bonita tem preconceito, se você é gorda tem preconceito, se você é magra tem preconceito, se sua pele é bonita, se o seu cabelo é bonito [...]. Então a pessoa sofre se quer. Eu nunca tive [...] por ser assim como eu sou, nunca. Pelo contrário, qualquer lugar, aeroporto, embaixada, qualquer lugar que eu vou, assim, no mundo, por eu ser assim, eu acho que a porta até... às vezes tem uns risinhos, assim, aquelas bobearas, mas tem risinho de gordo, de magro, de olho azul, de verde, de preto (Ticiane – IT 7).*

*Eu acho que a gente não pode julgar que somos diferentes, porque querendo ou não, já que a gente quer igualdade tem que estar tudo no mesmo patamar (Tito – IT 27).*

Além de não perceber que marcadores sociais da diferença, quando não inviabilizam o acesso à saúde, potencializam sua postergação, interrompem o fluxo e tornam mais danosa a procura por assistência, uma entrevistada ainda culpabilizou a própria pessoa trans que deseja, mas não se lança nessa busca:

*Eu acho que quando a pessoa quer, quando a pessoa é mais informada... porque tem gente que é parada, é abitolada, nada na vida dela parece que vai pra frente (Ticiane – IT 7).*

Guaranha e Nardi (2015) discutem o teor de injustiça social quando se analisa a disparidade do acesso à saúde para pessoas travestis e transexuais, o que aponta para as hierarquias relativas a marcadores sociais, que posicionam certos grupos em desvantagem a outros no próprio SUS. Não são raros os casos de transfobia institucional e cissexismo nos serviços de saúde, “que despotencializam determinados modos de vida e ratificam processos de discriminação e exclusão” (p. 279). Os seguintes excertos ilustram situações e cenas de desrespeito no âmbito da saúde pública da localidade estudada:

*Acho que o SUS tem que mudar, e muito, tem que mudar, a saúde tem que mudar. O hospital tinha que ter o respeito, porque já tem o preconceito lá fora. Eu acho que lá dentro eles deveriam saber tratar uma pessoa, porque ela tá procurando ajuda, ela tá ali pra ser cuidada e não humilhada, pra ser xingada e pra ser debochada. Ela tá querendo alguém pra ajudar e não alguém pra atrapalhar (Tiffany – IT 5).*

*Se for uma trans novinha, de família, assim, de roupa bonitinha eles atendem, com o maior prazer; mesmo assim eles debocham. Agora, vai uma trans de rua, vai uma que faz programa... Porque eu já presenciei várias dentro do hospital, ao respeito de trans, o direito de trans, eles não tem dentro do hospital. Porque eu já presenciei uma trans, igual uma menina, num leito de homem, masculino, num andar masculino. Eu acho isso desumano, aquele monte de homem e ela com cara de mulher, com corpo de mulher, junto com os homens; acho isso um desrespeito. Eu até falei lá no hospital e a resposta que a mulher me deu foi: ‘ela é homem, a identidade dela é homem, então ela tem que ficar num leito masculino’ (Tiffany – IT 5).*

Uma das informantes da pesquisa relatou sobre o momento de sua vida em que se descobriu infectada pelo HIV/AIDS. Na ocasião ela se prostituía e não tinha a acolhida de seus familiares e nem a circulação social que tem atualmente. Na época, ao perceber os primeiros sintomas, mas ainda sem identificar tratar-se da doença, ela resistiu, ao máximo, buscar ajuda médica por receio de sofrer preconceito. Quando chegou ao hospital, estava em estado muito grave.

Destaca-se, assim, que a percepção de uma necessidade de saúde pode dar origem ao desejo de buscar algum tipo de cuidado, que implicará ou não na motivação de, efetivamente, procurar por algum serviço neste contexto, sendo o acesso o fator que intermedia a relação entre a procura e a entrada no serviço. Por isso, deve-se pensar o acesso à saúde considerando suas barreiras, a partir de uma concepção multidimensional, sendo tais dimensões constituídas

por uma série de características da oferta, que atuam aumentando, dificultando ou, ainda, obstruindo as condições dos indivíduos de utilizarem os serviços disponíveis. Assim, a disponibilidade de serviços, de equipamentos e de recursos humanos, por exemplo, não garante o acesso aos cuidados de saúde, quando estes são identificados como necessários pelo indivíduo (Travassos & Castro, 2012). Dentre algumas barreiras para o acesso à atenção à saúde podem ser apontadas: a inacessibilidade geográfica, a indisponibilidade de serviços e/ou de profissionais, o grau de acolhimento e de vínculo, bem como a condição socioeconômica do/a usuário/a (Brasil, 2012); todas estas barreiras que devem ser analisadas sob o enfoque das interseccionalidades, que operam de modo a intensificá-las ou não.

Algumas particularidades perpassam, por exemplo, as diferenças entre as demandas em saúde, quando considera-se gênero e geração. Mesmo cientes dos riscos de procedimentos não regulamentados, o processo decisório de pessoas trans por esses métodos de mudanças corporais não é simples. Ao mesmo passo em que não se trata de irresponsabilidade, são influenciados pelo acesso mais facilitado às “bombadeiras” do que ao sistema público de saúde e “a urgência em ‘ficar pronta’ para ter assegurada a sua subsistência” (Guimarães, 2015, p. 42).

Especialmente no campo da pesquisa, destaca-se um recorte geracional, sobretudo em relação àquelas que se autoidentificaram “travestis”, que são pessoas, em sua maioria, mais maduras, e as pessoas que se identificaram como “trans”, que são mais jovens. As narrativas sugerem que as travestis, apesar de terem recorrido mais a procedimentos não regulamentados, como aplicações de silicone industrial e uso de hormônios, parecem ter investido em um “feminino que sempre se valeu mais de sua performance de gênero do que exclusivamente de um corpo (a ser) ‘construído’” (Guimarães, 2015, p. 40) para a composição da autoimagem. Diferente das pessoas que se apresentaram como transexuais e trans que, sendo mais jovens, apresentaram um discurso muito mais voltado para a necessidade das intervenções que envolvem tecnologias médicas e se queixaram da dificuldade de acesso às mesmas. Muitas travestis, senão todas, inclusive desconhecem o Processo Transexualizador ou sabem por alto sobre as “*cirurgias de mudança de sexo*”.

o modo de cuidado em saúde de pessoas travestis transcende as noções de saúde e doença exclusivamente vinculadas ao biológico, assim como vai além do aparato institucionalizado e burocratizado do SUS. Pensar cuidado em saúde desse grupo requer uma ampliação do olhar sobre o processo saúde-doença, incorporando elementos próprios desses sujeitos, como as modificações corporais (Souza, Signorelli, Coviello & Pereira, 2014, p. 2284).

Apesar de outros recortes relativos às diferenças terem surgido nas entrevistas, como violência, infecção pelo HIV, prostituição e dependência química, não foram aqui explorados profundamente em suas intersecções da diferença porque fogem aos objetivos desta pesquisa. Todo o exposto serviu para mostrar que a rede além de precária, não é acessada de modo igualitário, estando o acesso condicionado ao atravessamento de uma série de marcadores sociais da diferença que devem ser considerados em toda análise densa acerca do funcionamento e aprimoramento das redes. Dessa forma, é imprescindível e urgente compreender que:

a proposta de dar visibilidade às iniquidades no acesso ao sistema de saúde público para travestis e transexuais não opera somente no sentido de se criarem aparatos técnico-científicos capazes de oferecer respostas às necessidades e demandas em saúde dessas pessoas, mas, principalmente, tem por objetivo evidenciar que há necessidade de inventar, por dentro do sistema, novos e diversificados espaços de acolhimento, possibilitando que a pluralidade das formas de existência tenha legitimidade nos diferentes territórios da vida (Guaranha & Nardi, 2015, p. 280).

O desenvolvimento desta pesquisa em campos tão distintos permitiu acessar diferentes sujeitos e compreender que certas demarcações em suas trajetórias terapêuticas devem ser analisadas à luz do que foi exposto sobre a construção e os embates das categorias identitárias travesti e transexual. Já a partir da autoidentificação dos/as informantes nas entrevistas, foi possível alcançar concepções que poderiam estar articuladas e disparar ou não mecanismos para a busca de assistência em saúde no contexto estudado, aproximando-os/as ou afastando-os/as da rede encontrada.

#### 7.4 A INTEGRALIDADE COMO PRINCÍPIO DA POLÍTICA DE SAÚDE DO ESTADO BRASILEIRO E AS PRÁTICAS RELATIVAS AO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR NA REDE PESQUISADA E EM SUAS INTERFACES

Conforme já explorado anteriormente, há aspectos complexos no Processo Transexualizador no SUS que se desdobram em sua execução nas diversas realidades contextuais do país, como no caso da rede em Juiz de Fora. Por isso, investigar a integralidade como pano de fundo analítico do funcionamento da rede encontrada serviu para alcançar pistas sobre a densidade do exercício local do cuidado específico para pessoas trans e as

dificuldades para a sustentação de práticas integrais de assistência, na medida em que são informais, parciais e restritas.

A literatura sobre este princípio doutrinário do SUS, especialmente o aporte já produzido pelo Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS)<sup>39</sup>, assim como as publicações que situam a integralidade como cerne de pesquisas e de práticas assertivas no cuidado à saúde de pessoas trans (Lionço, 2008; Arán, Murta & Lionço, 2009; Lionço, 2009; Silva, 2012; Tagliamento, 2012; Brasil, 2015), inspirou a construção da discussão aqui proposta, no sentido de que:

diferentemente da literatura internacional, o conceito de integralidade no Brasil agrega significados e contextos próprios: a luta pela instituição, manutenção e ampliação de direitos sociais recém-adquiridos; enormes desigualdades socioeconômicas e culturais; redes assistenciais insuficientes; modelos de gestão centralizados e verticais; descompasso entre as necessidades de atenção e os serviços (Silva Júnior, Carvalho, Silva, Alves & Mascarenhas, 2006, p. 62).

Portanto, a integralidade constitui-se como problema de pesquisa e, notadamente, das práticas de cuidado, especificamente porque, junto do princípio de equidade, constitui os objetivos gerais da atenção em saúde. Vale lembrar que a luta por estes princípios “implica, necessariamente, repensarmos aspectos importantes da organização do processo de trabalho, gestão, planejamento e construção de novos saberes e práticas em saúde” (Cecilio, 2006, p. 117) e, neste sentido, tanto gestores, quanto profissionais e usuários/as do sistema de saúde desempenham um papel importante que deve ser assumido e considerado para a melhoria da qualidade da oferta de “*um acolhimento que não vai afastar as pessoas trans, independente de serem questões de saúde específicas ou não*” (Tarcila – IT 1). Aspectos que remetem à reflexão sobre as ações direcionadas à materialização da saúde como direito e também como serviço geral ou especializado.

A imprescindibilidade de renovar a maneira como vem sendo construído o cuidado, pretensamente, integral, a partir da proposta do Processo Transexualizador no SUS, que institui a integralidade como uma das diretrizes de assistência, necessita primordialmente superar os entraves próprios a este instrumento da política pública federal, pois “não há integralidade e equidade possíveis sem a universalidade do acesso garantida” (Cecilio, 2006, p. 117). A patologização das identidades trans, que “justifica” a necessidade de acompanhamento psiquiátrico para fins diagnósticos que, por sua vez, não confere a certeza

---

<sup>39</sup> Renomado laboratório do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

do acesso ao Processo Transexualizador, tem consequências irreparáveis para a vida de pessoas trans, como ilustrado nas palavras de Teodora (IT – 3), que desenvolveu depressão grave ao longo da espera por seu processo de mudanças:

*Eu ficava indignada comigo mesma porque eu já tava na fila de espera. Por mais que tivesse demorando, eu tava na fila de espera. Eu já estava com o diagnóstico, era o que eu queria e não tava conseguindo ficar em paz com meu corpo, comigo e procurando saber o porquê.*

*Eu acho muito engraçado, eles dão um laudo tão pesado e sabem que a gente tem uma questão muito difícil... é tanto sofrimento com o corpo.*

*Infelizmente, nem todo mundo tem paciência, nem todo mundo tem o diagnóstico, então, digamos, não legítima, então, assim, é muito complicado.*

Neste sentido, afirma-se que o atual modelo de assistência à saúde para pessoas trans no Brasil é reducionista e precário, pois negligencia as repercussões emocionais da incerteza e da espera pelo acesso e não considera a complexidade das vivências trans, para além da perspectiva biológica, causando danos de diversas ordens, sendo alguns irreparáveis na vida destas pessoas, como perdas à saúde psíquica. Toda esta (des)estrutura da oferta é altamente contraditória ao princípio de integralidade, enquanto diretriz de assistência do Processo Transexualizador no SUS (Perucchi *et al.*, 2014). Apesar das conquistas neste campo político serem recentes, desde a sua instituição, essa assistência pública à saúde não tem, efetivamente, garantido direitos, deixando a população trans em situação de vulnerabilidade de várias ordens. Ainda que se considerem os inegáveis benefícios que alguns serviços têm ofertado a pessoas trans, a exigência do diagnóstico como condição do acesso à assistência tem sido ininterruptamente questionada, uma vez que há de se promover um deslocamento das práticas fixadas na exigência da confirmação patológica para o acolhimento integral e humanizado, que viabilize e qualifique o acesso destas pessoas ao sistema público de saúde (Arán, Murta & Lionço, 2009). Impressões sobre a lacuna para o acesso integral à saúde podem ser conferidas nas palavras das seguintes participantes da pesquisa, também usuárias do sistema público:

*As pessoas trans tão completamente, do ponto de vista cirúrgico, tão completamente desamparadas, completamente mesmo. Do ponto de vista hormonal, uma coisa mais clínica, tão parcialmente... desamparadas, se for considerar o funcionamento que tá tendo (Tarcila – IT 1).*

*Eu não vejo nada, assim, mudar no SUS pra pessoas LGBT na rede de atendimento (Tiffany – IT 5).*

*Às vezes você se sente muito sozinho, tipo, é uma guerra sua, mas que você não consegue travar (Tuane – IT 13).*

Especificamente na realidade pesquisada, a invisibilidade da população trans para a administração pública municipal e a precariedade estrutural e funcional da rede informal de assistência à saúde encontrada, respondem ao segundo questionamento norteador deste estudo: a integralidade, assim como a interdisciplinaridade e a integração entre ações e serviços – todas estas diretrizes de assistência do Processo Transexualizador no SUS – não vem sendo implementadas e executadas no âmbito da RAS na esfera local de cuidados. Alguns excertos, particularmente, ilustram o não cumprimento do princípio de integralidade na prática dos serviços. Quando confrontados com o meu trabalho de campo e com os demais elementos metodológicos usados, constatam-se as lacunas importantes, já problematizadas no âmbito desta tese no que concerne às vulnerabilidades programáticas. Ainda lançando mão de excertos ilustrativos desta análise pontual, na percepção de Teodora (IT 3), única informante da pesquisa que conseguiu concluir o processo de mudanças, exclusivamente pelo SUS, tanto a patologização quanto a fragmentação do cuidado foram apontados como agravantes da (des)assistência:

*Pelo fato do Processo Transexualizador não ser integral, a gente tem que ficar lutando, lutando e lutando.*

*O Processo Transexualizador tinha sido todo de graça, medicamento, tudo; mas, infelizmente, só concentra na cirurgia. No caso de mulheres trans focam só na genitália. Não oferecem prótese, não oferecem depilação a laser, não oferecem hormônio, não oferecem nada além da cirurgia de transgenitalização.*

*O SUS foca, no caso de mulheres trans, na cirurgia da genitália e ponto. Você pode colocar a prótese de silicone lá no hospital? Sim, mas pela (equipe da cirurgia) plástica, e você tem que comprar a prótese.*

*Foram seis anos de espera, do início do tratamento até a cirurgia. Eu tava na fila de espera, mas a barba tava aí todo dia, crescendo no meu rosto, né? E eu tenho alergia, então, assim, eu só passava (o barbeador) uma vez por semana. Por fim, eu não estava aguentando mais, porque aí o rosto começava a espetar. Eu passei a passar (o barbeador) duas vezes, mas ainda era muito sensível, sabe? Então, assim, isso trouxe muito sofrimento. A questão da minha dificuldade na transição total foi por causa da barba, porque o hormônio, por mais que não tivesse diminuído tudo, acabado com a barba, com os pelos, tava me agradando o que tava mudando. Mas a barba tava ali [...] e eu não queria, por alergia também, eu não queria cobrir ela com muita maquiagem, por medo também.*

*Eu fiquei transitando: o dia que eu fazia (a barba) eu podia tá muito feminina; o dia que ela já tava espetando, eu já não podia tá, então eu tinha que tá mais andrógena. Isso me trouxe muito, muito, muito, muito sofrimento mesmo.*

*Eu gostei muito do atendimento, eu não tenho nada a reclamar [...]. Eu fui muito bem cuidada lá (na unidade de saúde E2B). Consegui ter uma acompanhante (durante o período de internação para a cirurgia de transgenitalização), que dizem que embora não possa; mas também teve que ser uma luta também. Não pode, mas eu consegui.*

Mesmo tendo frequentado a unidade de saúde E2B por seis anos, instituição na qual ainda faz acompanhamento pós-cirúrgico anualmente, Teodora alega ter encontrado “*problemas*” com relação ao uso de seu nome social no cartão de identificação de pacientes da instituição: “*mesmo com a portaria do nome social de 2009, eles nunca aceitaram fazer o cartão com o nome social*”. Em um recente estudo sobre as dificuldades que pessoas transexuais encontram para acessar serviços de saúde no SUS (Rocon *et al.*, 2016), um aspecto pertinente identificado, no que se refere a não efetivação do acesso ao cuidado em saúde no sistema público para esta população, foi o frequente desrespeito ao uso do nome social nos serviços de saúde pública, aliado à discriminação e ao preconceito por parte dos próprios profissionais de saúde. Como destacado pelos autores da pesquisa: “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, p. 2517).

Nesta medida, a discriminação e a exclusão social sofrida pelas travestis e por transexuais, quando não têm seus nomes sociais respeitados, podem limitar a procura por cuidados e mesmo afastar essas pessoas do acesso aos serviços de saúde. O direito ao uso do nome social, quando respeitado neste âmbito, favorece não apenas o acolhimento por parte dos profissionais, mas também auxilia no estabelecimento do vínculo profissional-paciente, binômio fundamental para a aderência à assistência e a permanência de usuários e usuárias nas esferas de cuidado em saúde (Silva, Silva, Coelho & Martiniano, 2017).

Mais, especificamente, sobre o modo de organização do trabalho por integrantes das equipes que ofertam algum tipo de cuidado específico para pessoas trans, a partir de uma perspectiva que deveria ser interdisciplinar e multiprofissional, conforme diretriz de assistência estabelecidas para o Processo Transexualizador (Brasil, 2013), notou-se que o intercâmbio inexistente ou é deficiente e restrito, uma vez que não são todos/as os/as profissionais que buscam ou conseguem se ocupar com o planejamento integral, visando o

aprimoramento de suas práticas de cuidado. Algumas passagens, que se referem a diferentes serviços, ilustram a debilidade e/ou a parcialidade da execução desta diretriz:

*Eu é que fui buscando; eles (profissionais da equipe) não se conhecem, eu percebi, principalmente na unidade de saúde E2B. É muito distante, assim, tanto que a Psiquiatria E2B não sabia que a Urologia tava fechada. Toda vez que eu ia... eu ia me informar lá no Serviço Social; sempre passava lá pra me informar e era a mesma coisa: vai abrir, tá pra abrir, tá pra abrir... (Tarcila – IT 1).*

*A gente tem momentos formais de encontro para decidir coisas, pra planejar ações [...] todos os dias a gente dá uma sentada pra discutir algumas coisas. Não é a equipe toda, os médicos, normalmente, eles não aderem muito a esse tipo de coisa; a Medicina AT é extremamente participativa. Mas, assim, a gente tem uma discussão com a coordenação muito grande [...]. A minha interlocução com a enfermagem também é muito boa. Enfermagem, Serviço Social e Psicologia, então era um bloco (risos), é um bloco não médico. A gente teve a chance de trabalhar com uns médicos extremamente participativos [...], mas foram coisas mais pontuais [...]. A gente tem esses momentos pontuais de troca, quando a gente agenda mesmo, e no dia-a-dia a gente troca muito. A gente costuma trocar e conversar nos corredores ou nas salas, pra trocar a respeito de alguma situação que está acontecendo naquele momento; então essa troca eu faço muito (Psicologia AT).*

A Medicina AT, do Ambulatório Trans, sinalizou o alarmante desinteresse de profissionais de Medicina para integrarem propostas relacionadas ao cuidado específico para pessoas trans em Juiz de Fora. Ela relacionou isso também à deficiência da própria formação em Medicina, que não compreende conteúdos que perpassam gênero e diversidade nas práticas em saúde. Isso traz consequências para a ampliação da oferta do cuidado médico especializado na rede pesquisada, haja vista a dificuldade, já assinalada, para a incorporação de um/a profissional de Medicina, quando o Ambulatório ainda era apenas um projeto.

Para além desta carência local, que foi apontada como sendo, sobretudo, de ordem pessoal e preferencial, é preciso compreender que “a postura dos profissionais é algo fundamental para a integralidade, em muitas situações a integralidade só se realizará com incorporações ou redefinições mais radicais da equipe de saúde e de seus processos de trabalho” (Mattos, 2006, p. 51), que considerem, especialmente, as reais necessidades de saúde da população. Neste sentido, diretrizes programáticas poderiam contribuir para nortear os trabalhos e preencher as lacunas da assistência, numa perspectiva da integralidade enquanto organizadora destes processos de trabalho. Tais diretrizes, voltadas para ações programáticas horizontalizadas, potencialmente atingiriam uma apreensão ampliada do cuidado integral deste grupo populacional, “que não pode ser feita sem que se assuma uma perspectiva de diálogo entre diferentes sujeitos e entre seus diferentes modos de perceber as

necessidades de serviços de saúde” (Mattos, 2006, p. 57). É um diálogo, fundamentalmente, entre profissionais que integram as equipes, incluindo médicos/as.

Esta mesma reflexão também se relaciona à integração entre ações e serviços, enquanto diretriz de assistência do Processo Transexualizador. O Quadro 5, ilustrado ao final do capítulo 6, que apresenta uma sinopse das ações e dos serviços mencionados ao longo das descrições dos itinerários terapêuticos demonstra a extensão das trajetórias em busca de assistência que extravasa, em muito, o cenário da rede local pesquisada. Essa rede ampliada que se formou, na qual foram considerados todos os pontos de atenção mencionados, aponta para uma dificuldade da prática da integralidade ainda maior, uma vez que mostra a ineficiência da rede local para suprir as demandas de cuidado. Isso reforça o argumento sobre a precariedade da oferta, que gera fragmentação, inacessibilidade e descontinuidade da assistência. Insuficiências da rede de cuidados como estas, ainda agravadas pela pouca ou inexistente articulação entre as ações e os serviços, “vem levando à perda intensa na qualidade e na efetividade da rede assistencial, fazendo crescer de forma desnecessária os custos da atenção à saúde, ampliando as desigualdades no acesso e gerando grande ineficiência do sistema como um todo” (Solla & Chioro, 2012, p. 553).

Ainda que houvesse significativo envolvimento, de profissionais e de instituições, para a implementação e execução das três diretrizes do Processo Transexualizador, esbarraria-se na principal tecnologia com a qual mais se ocupou a construção deste instrumento da política pública nacional: o diagnóstico de Disforia de Gênero. Para alguns serviços e equipes, mesmo em um momento de intensas críticas a este instrumento em razão da insustentabilidade da prática integral do cuidado sob a ótica patologizante, a tentativa de definir “transexuais verdadeiros” e descartar “transexuais ilegítimos” ainda parece organizar certas frentes de assistência e adensar uma grande preocupação: com os sujeitos que não se alinham e/ou não são alinhados com esse discurso e acabam banidos da arena da cidadania e de seu direito em usufruir do acesso irrestrito e humanizado aos serviços de saúde.

A informante Tarcila (IT 1), que iniciou seu processo de mudanças na rede pública (unidades de saúde E2A e E2B), conseguiu ter sua necessidade de cuidado “atestada”, obtendo laudo psiquiátrico, mas migrou para a rede privada para a realização de duas cirurgias. Em suas palavras:

*Toda a minha questão cirúrgica foi particular e não foi barata. Então, assim, foi tudo por fora. Então, assim, é uma coisa que o serviço veio pra eu conseguir o laudo, basicamente; veio pra eu conseguir o laudo e economizar um pouco. As questões principais foram pouco supridas, assim, agora que*

*estão sendo supridas, mas parcialmente. Até o atendimento endocrinológico é parcial, porque eu faço particular.*

Sobre a unidade de saúde E2B, onde fez o acompanhamento psiquiátrico por dois anos, Tarcila comenta: “*Você vê que o próprio serviço já é estruturado baseado no laudo*”. O mesmo também foi percebido na unidade de saúde E2A, onde iniciou o tratamento hormonal: “*eu senti esse ranço psicopatologizante também*”. Ela detalha estas suas impressões sobre ambos serviços:

*eu sinto que tem essa coisa de, essa coisa de que ainda é uma identidade patológica. Assim, eles ainda tratam meio, assim, eles ainda acham que assim: ‘olha, você precisa do laudo’. O tempo todo que você tá nessas instituições parece que tem aquela nuvenzinha do laudo o tempo todo: ‘você precisa do seu laudo’. O laudo não sai da sua cabeça.*

O excerto acima ilustra sua percepção de um diálogo com a Endocrinologia E2A, na ocasião em que pediu a esta referências sobre a Cirurgia Plástica E2D, com quem pretendia passar pela cirurgia de transgenitalização, recebendo boas referências. Mas, sem que o assunto do laudo estivesse em pauta, a Endocrinologia E2A já enunciou-lhe: “*você precisa do meu laudo pra operar, tá?*”. Como em qualquer cirurgia, a expectativa dos/as pacientes se concentra também na busca por um/a profissional capacitado, a partir de indicações, que já tenha apresentado inúmeros bons resultados em procedimentos anteriores, que atue numa instituição séria, bem equipada, cujos trâmites técnicos possam, supostamente, estar garantidos. Tarcila relatou: “*Eu nem perguntei nada, eu já tinha um laudo psicológico, já tinha um laudo endocrinológico, já tinha vindo de outra instituição de saúde e já tava lá há um ano*”. O jogo de saber/poder, comum aos espaços clínicos para avaliação diagnóstica, refletem o lugar reservado ao discurso biomédico que norteia o Processo Transsexualizador. E, neste sentido, mantém pessoas transexuais em posições vulneráveis, por ficarem amarradas ao poder médico, à espera do parecer de uma equipe que, supostamente, encontra-se apta a dizer sobre ela (Teixeira, 2009). Tal poder médico se sustenta na premissa de que tais sujeitos transexuais estão presos a um corpo equivocado, que depende unicamente da cirurgia de transgenitalização para alcançar inteligibilidade e, por isso, esse discurso potencialmente desestabiliza essas pessoas (Teixeira, 2012), ou tenta desestabilizá-las, colocando-as numa posição de subordinação; posição esta sempre reiterada, como no excerto acima. Nesse ponto, pode-se questionar onde se encontra a integralidade no processo transsexualizador, haja vista que o laudo ainda é um dispositivo proeminente que emerge o tempo todo e cristaliza as vivências travestis e transexuais em critérios nosológicos descritos em compêndios médicos.

Em contraponto a esse lugar dado ao laudo diagnóstico nas cenas ambulatoriais e hospitalares do Processo Transexualizador, minando a relação profissional de saúde-paciente, a proposta de Cecilio (2006), que parte de uma concepção ampliada de integralidade, merece reflexão, uma vez que oferece maior espaço para troca. O autor considera que este princípio deva ser o produto do esforço e da confluência dos saberes da equipe multiprofissional, voltados para o espaço concreto e singular do serviço em que atuam, promovendo o que se poderia denominar “integralidade focalizada”, resultante de uma escuta compromissada e preocupada com as necessidades das pessoas que buscam o cuidado. Assim, “toda a ênfase da gestão, organização da atenção e capacitação dos trabalhadores deveria ser no sentido de uma maior capacidade de escutar e atender às necessidades de saúde, mais do que a adesão pura e simples a qualquer modelo de atenção dado aprioristicamente” (Cecilio, 2006, p. 120), ou sob “o ponto de vista exclusivo de sua inserção específica neste ou naquele programa do ministério” (Mattos, 2006, p. 55).

É o que se observa, majoritariamente, na realidade pesquisada, pois apesar das inúmeras dificuldades apresentadas pela rede de assistência pública em Juiz de Fora, tem sido essencial o esforço dos/as profissionais que assumiram o cuidado nas poucas frentes de atenção e que vem traduzindo as necessidades mais complexas de usuários/as trans, transformando-as em demandas de saúde. Estas, por sua vez, vêm sendo apresentadas, questionadas e tensionadas em seus respectivos serviços e projetos. A capacidade de perceber o usuário em suas dimensões biopsicossocial é um fazer prático, daí a potencialidade da escuta interessada das necessidades de saúde de pessoas que buscam o cuidado para modificar o cotidiano das práticas de profissionais de saúde/equipes/serviços e até de redes de assistência. Essa, certamente, é apenas uma das várias dimensões da integralidade que necessitam ser estimuladas para que ela seja alcançada da maneira mais completa possível e que recortes narrativos como os apresentados a seguir, que tratam justamente da questão da invisibilidade e da “não escuta”, não sejam rotina nas práticas em saúde:

*Tratar a gente igual ser humano, né? É um passo muito importante, né? Respeitando o nome, respeitando o que a gente tá falando, né? Porque o que a maioria faz é só não ouvir o que a gente tá dizendo, e colocar o que eles acham certo na frente, pelo menos nos atendimentos que eu fui e que as pessoas me diziam, o que não fazia sentido nenhum era isso, a pessoa colocando as vontades dela na frente e negando atendimento médico (Tomas – IT 26).*

*Eu acho que todo profissional de saúde, profissional médico, como (também) enfermeiro, deveria ter o conhecimento pra poder tratar aquelas pessoas trans, gays, lésbicas, pra eles poderem ter uma noção de*

*atendimento, entendeu? Porque eles não têm e eles tem nojo. Eu só vi uma assistente social lá dentro (da unidade de saúde JF5) que tratou as pessoas (LGBT) bem (Tiffany – IT 5).*

*Mais acesso a informação, sabe? Porque não é porque eu sou um homem trans que eu não posso engravidar e que você não deve me pedir um exame de gravidez, que você deve ficar preocupado com isso, porque é uma coisa que pode acontecer, sabe? É começar a me ver como uma pessoa também sabe? [...] ele tem que me perguntar, ele não tem que ter medo de me atender [...] eles serem mais acessíveis e deixarem que a gente seja mais acessível [...]. Você fica sempre esperando aquela risadinha de vergonha ou uma pergunta nada a ver (Tom – IT 23).*

Mesmo constatando que a oferta do cuidado integral para pessoas trans no contexto estudado tem sido negligenciada no âmbito da RAS, a análise do processamento da integralidade na esfera municipal, propósito que partiu da terceira e última pergunta disparadora para esta investigação – como as diretrizes de assistência se processam, ou não se processam, neste contexto de atenção? –, reitera que atos normativos, como o Processo Transexualizador, servem para orientar a assistência, que, por sua vez, deve estar apoiada nos princípios doutrinários do SUS. Contudo, a pesquisa constatou que as redes locais, constituem-se, primordialmente, de pessoas, sejam elas usuárias/os e/ou trabalhadores/as dos serviços e que a força para operacionalizar o cuidado integral está mais no compromisso cotidiano entre estas pessoas, do que nas instituições propriamente. Neste sentido, vale pensar que a “integralidade não se realiza nunca em um serviço: integralidade é o objetivo de rede” (Cecilio, 2006, p. 122). Por isso, aos que se lançam ao encontro do (e com o) outro, para compreender e acolher as necessidades de saúde daqueles e daquelas que vivenciam a transexualidade e a travestilidade, o olhar integral pode, em muito, contribuir para a ampliação do cuidado e para a abertura a outros discursos, que não exclusivamente o médico, discurso que hegemonicamente norteia o Processo Transexualizador.

O resultado de fissuras como esta, que “estão fortemente embasadas na emergência de experiências inovadoras, particularmente no âmbito dos sistemas locais de saúde, que mostram capacidade para superar os limites contextuais e expressar padrões crescentes de integralidade” (Pinheiro & Mattos, 2006, p. 16). Tal passagem pode ser ilustrada pelas palavras da Psicologia JFCP, que finaliza esta discussão analítica com um exemplo prático:

*Pessoalmente foi uma experiência muito legal, eu aprendi muito, porque eu tive que estudar muito, foi um desafio muito grande, mas que foi muito interessante porque na minha prática eu fui desconstruindo um monte de coisas e aí eu fui aprendendo a olhar com olhos mais amplos, sabe? Sem tanta formatação, né? E foi a partir das histórias, quer dizer, eu acho que eu fui construindo um caminho um pouco diferente, porque eu não parti de um*

*conhecimento, eu não parti de uma teoria pra poder atender, né? Foi a imposição da prática que me fez estudar e me ajudou na compreensão da vivência daquelas pessoas. Foi muito rico, hoje eu sou muito agradecida por essa oportunidade. Você acaba imergindo em histórias, em situações que a sua vida cotidiana, por conta desse recorte de classe e tudo, né, não te dá acesso, né? Então eu acho que eu amadureci muito profissionalmente, acho que me ampliou horizontes. Porque eu acho, hoje, que isso vai muito além da questão de gênero, é como a sociedade se constrói e estabelece determinados padrões. Então é a quebra desse paradigma que pra mim foi muito importante.*

Assim, compartilho com Pinheiro (2006) que a integralidade pode e deve ser construída nos espaços dos serviços de saúde e a partir das práticas cotidianas, numa relação entre o acolhimento das demandas e a oferta de cuidado. Vale lembrar que “a construção da relação entre oferta de serviços de saúde não se coloca como uma tarefa trivial, mas é resultante de embates, conflitos e contradições que permeiam o cotidiano de técnicos, profissionais e usuários no dia-a-dia das instituições” (p. 109). E, neste sentido, na realidade da rede pesquisada o conhecimento sobre o modo como tem se dado o fluxo de pessoas trans na tentativa de acessar o Processo Transsexualizador no SUS, pode contribuir para superar entraves que são anteriores às condições de (des)estrutura da rede e/ou à (in)disponibilidade do cuidado. As narrativas produzidas desenharam diferentes caminhos e, sobretudo, expuseram demandas que, apesar de singulares, esbarram quase sempre nas mesmas lacunas da (des)assistência. Por isso, denunciam uma série de desconhecimentos, desinteresses, descompassos e desserviços no próprio contexto da saúde pública local que precisam ser superados quando se almeja o alcance da integralidade.

## 7.5 DE “PACIENTES DA DISFORIA DE GÊNERO” A “ARTISTAS DA VIDA”: A CONSTRUÇÃO DA AUTONOMIA NA/PELA REDE DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ESTUDADA

A delimitação de posições de sujeito e de categorizações articuladas ao estabelecimento de critérios diagnósticos de caráter identitário, historicamente empregados e atualizados, não dão conta da complexa realidade da diversidade das experiências de pessoas trans e de suas expectativas de cuidado em saúde (Tenório & Prado, 2016). Isso parece evidente para profissionais desta área, que desenvolvem suas práticas de forma coerente com as necessidades destas pessoas, em serviços que recebem demandas de assistência à saúde específicas.

Neste sentido, ao longo do tempo, no campo de assistência à saúde, a lógica de patologização tem realçado “muito mais esforço da manutenção de hierarquias de saber e do poder científico como formas de regulação das normas sociais e de coerção e submissão às normas de gênero do que propriamente a criação de mecanismos e critérios de atenção e cuidado à saúde integral” (Tenório & Prado, 2016, p. 42). O histórico de vida idealizado e o padrão de queixa esperado, na perspectiva do diagnóstico médico de Disforia de Gênero, para legitimar ou não pessoas trans que chegam aos serviços de saúde especializados no Processo Transexualizador, não condizem com as versões espontaneamente produzidas por elas, fora dos contextos de avaliação. Evidentemente porque estas versões são variadas e não se traduzem a partir de um único alinhamento protocolar convencionalizado, como pode ser visto no capítulo 6 desta tese e em outras importantes produções (Benedetti, 2005; Teixeira, 2009; Bento, 2012; Teixeira, 2012; Teixeira, 2013; Bento, 2014a; Borba, 2016).

Assim, não raramente, observa-se, nas passagens (impostas) pelas clínicas, que “certos conhecimentos que foram construídos nos campos da Medicina e da Psicologia se colocam distantes da realidade das experiências de vidas de pessoas trans e, ao mesmo tempo, as reduzem a determinados estereótipos, produzindo uma falácia ao diagnosticar pessoas trans” (Tenório & Prado, 2016, p. 43). Para além do notório hiato existente entre as vivências comuns à transexualidade daquelas próprias à travestilidade, que por si só já apontam para a necessidade de estratégias de cuidado diferentes, que considerem a equidade do acesso e do acolhimento destes públicos nos serviços, sobretudo, chama a atenção as incongruências e inconsistências dos ritos estabelecidos e que vem sendo rigorosamente reiterados para o acesso à saúde de ambas as populações.

No insuficiente modelo assistencial, pautado pela patologização, que sustenta o binômio diagnóstico-cirurgia, intensificado ainda pela centralidade conferida a esta última no suposto “tratamento” (Arán, 2010) das transidentidades, os “discursos prontos ou *scripts*” (Borba, 2016, p. 189) irão dominar a cena de negociações sobre a verdade da transexualidade, produzindo e reiterando “jogos espelhados” (Teixeira, 2013, p. 109), que ainda coordenam o acesso aos processos de mudança e a relação clínica profissional-paciente. As palavras de um informante da pesquisa, sobre suas impressões durante a passagem pela unidade de saúde E2B, retratam as memórias fabricadas, que devem conferir com as “normatividades reguladoras fundadas na lógica binária dos sexos” (Toneli, 2008, p. 65), que assumem a essência da cena clínica:

*Claro, eu falei: ‘nossa, sempre gostei de azul!’ (risos); ‘sempre fui um menininho, minha mãe me confundiu!’ (risos). Dava o sintoma mesmo. Eu ficava pensando: gente, mas... isso não faz nenhum sentido. Eu achei muito, eu achei muito, muito agressivo, eu achei esse Processo Transexualizador horroroso. Eu fui sozinho, todas as vezes. E foi pesado, eu achei bem pesado (Tomas – IT 26).*

*O processo em si é muito cruel, muito agressivo. E eu não ia ter retorno nenhum, nem de cirurgia nenhuma. Eles perguntavam: ‘quais cirurgias você quer fazer?’ Eu ficava com medo de falar, ué: ‘eu só quero essas duas’. Porque sei lá... vai que eles me negam? Você se sente pressionado o tempo todo, é horroroso! Eu dizia que eu queria todas. Eu faço isso, por exemplo, no meu processo de mudança de nome. Eu falo que eu quero, justamente pra dar uma força, mas eu não quero... que doidera, né? Você meio que tem que mentir pra se enquadrar (Tomas – IT 26).*

Estas passagens ilustram trajetórias de socialização e performances narrativas e, neste sentido, nossa análise vai ao encontro dos resultados da tese de Rodrigo Borba (2014a), na qual o autor destaca como aspectos sociais reatualizam os sistemas de conhecimento científico que patologizam as pessoas transexuais. Nas palavras do autor: “a exigência de um diagnóstico de TIG, dessa forma, gera tensões interacionais que devem ser administradas localmente em virtude da malha de significados que rege o Processo Transexualizador” (Borba, 2014a, p. 20). Assim, “entender a performance de uma narrativa de ‘transexual verdadeiro’ em consultório e os processos microinteracionais que levam a sua gradual solidificação durante os anos de participação no Processo implica uma historização dos discursos que translocalmente (con)formam a transexualidade como um transtorno mental” (Borba, 2014a, p. 24). Tal condição para o acesso é infinitamente intensificada no caso das travestis e das identidades de gênero não-binárias, cujos corpos escapam, ainda mais, ao rigor da norma binária, tensionando as supostas verdades que perseveram sobre os sujeitos e seus corpos, confundindo padrões normativos tão rígidos que não permitem a desconstrução do binarismo de gênero. A escuta das travestis, enquanto pessoas que não desejam ser como as mulheres, mas se sentirem como mulheres e para isso “criam um feminino particular, com valores ambíguos [...] vivem, enfim, um gênero ambíguo, borrado, sem limites e separações rígidas” (Benedetti, 2005, p. 132), ajuda a pensar numa atenção à saúde que vá ao encontro destas ambiguidades e da diversidade.

Portanto, “o gênero deve ser compreendido então como uma lógica social que institui significado a corpos, práticas, relações, crenças e valores [...] Mais do que um fator cultural de diferenciação, deve ser entendido como as próprias condições de produção da lógica que institui as diferenças entre o masculino e o feminino. O gênero faz parte da própria cultura e não é somente instituído por ela, assim como o corpo não é instituído pela cultura, mas, antes,

produz e dá sentido à cultura (Benedetti, 2005, p. 132). Questiona-se, portanto, até quando a produção supostamente científica de um transtorno irá sobrepor à significativa produção do conhecimento clínico e científico gerado a partir das práticas do cuidado nas instituições de saúde?

Esta questão ainda pode ser ampliada quando se considera que enunciados que remetem ao discurso patológico não aparecem apenas nos documentos reguladores e em contextos assistenciais, onde sujeitos fazem operar a lógica biomédica do Processo Transexualizador no SUS. Tais enunciados também se encontram atravessados nos relatos das próprias pessoas transexuais e travestis, participantes da pesquisa, que, a partir do aspecto aqui analisado, assumem uma condição de portadores/as de um corpo “inadequado” e de um transtorno mental e de comportamento, ainda que, contraditoriamente, em outras passagens de suas narrativas façam críticas a esse modelo estabelecido:

*Queria transformar meu corpo para estar totalmente adequada (Teodora – IT 3).*

*O que eu entendia, né, era que a cura era a cirurgia [...], como se todas as pessoas transexuais desejassem passar pela cirurgia (Teodora – IT 3).*

*Eu lidei com essa Disforia a minha vida inteira, sabe? Eu fui forte, eu posso me considerar uma vencedora já por aí, entendeu? Porque tem muita gente que acha que não vai conseguir, sabe? Acaba tirando a própria vida ou acha que não vai ser aceito, sabe? (Tuane IT 13).*

Ao relatar sobre suas consultas com a Psiquiatria E2B, na unidade de saúde E2B, Tarcísio (IT 15) relata que a pessoa responsável pelos atendimentos “*é super profissional [...] porque, assim, te dá atenção. Mas vai conversando, mas presta bastante atenção. Então, é chatinho, às vezes, porque vem as mesmas perguntas. Então, de certa forma, é o trabalho pra ver se a gente vai entrar em contradição; porque tem que analisar*”. A contradição à qual o informante se refere é em relação ao discurso hegemônico que produz a realidade das vivências trans e do tratamento para uma suposta patologia psíquica. Dito de outra forma, são os “protocolos invisíveis”, que atravessam o cotidiano dos ambientes clínicos de avaliação e visam encontrar atributos qualificadores estabelecidos para o/a “verdadeiro/a transexual”, produzindo uma série de efeitos reguladores nas performances e nas subjetividades dos/as candidatos/as, que devem adequar-se, na tentativa de garantir o acesso à saúde. Neste sentido, tais rotinas são tomadas como necessárias – “*tem que analisar*” –, sendo operacionalizadas em nome do bem-estar de sujeitos que, supostamente, não apresentam condições de decidir sobre suas ações e seus corpos (Bento, 2014a).

Este é o ponto central da reflexão aqui proposta: como garantir autonomia ao/a usuário/a que deseja acessar as intervenções previstas pelo Processo Transexualizador neste cenário? Mais do que isso, dentro do recorte estabelecido nessa pesquisa, como a rede local pode se posicionar a partir desse jogo discursivo, superando déficits na formação, escassez na prestação da assistência à saúde e sobrelevando a limitação de um cuidado condicionado? Nesse sentido, vale retomar a Bioética enquanto campo interdisciplinar de construção teórica e de intervenção prática, sobretudo como importante ferramenta ético-política. Ela tem contribuído para o questionamento e enfrentamento de processos normatizadores, baseados em preceitos morais e exclusivos, que comprometem a universalidade da assistência à saúde e não abrem espaço para populações vulneráveis e em situação de desigualdades (Lionço, 2008a). Considerando que a maioria dos/as informantes ainda encontra-se em constante processo de busca por ações e serviços, não apenas no SUS, mas também na rede particular, é urgente pensar estratégias de deslocamento da lógica patologizante para a lógica de autonomia no/do cuidado, de modo a favorecer a abertura para o exercício deste princípio bioético e reforçar a preocupação com o emprego de mecanismos que possam muito mais acolher do que avaliar e excluir.

Por mais que ainda se tenha que atuar emitindo laudos, isso não significa que a formulação diagnóstica tenha que estar no centro das preocupações de uma equipe que pretende o cuidado integral. Assim como os/as “*artistas da vida*” ensinam: é preciso reinventar-se; e reinventar os discursos que produzem restrições normativas que recaem sobre as escolhas acerca das transformações do corpo e sobre o modo de posicionamento de sujeitos trans para alcançá-las na esfera do Processo Transexualizador. Trata-se mesmo de um atravessamento, necessário para dar lugar a um outro discurso neste cenário social, que considere as histórias de vida, as múltiplas interseções das diferenças, a preservação de direitos e o favorecimento do acesso à saúde. O estudo das trajetórias, expressivamente, mostrou que, apesar das inúmeras violações e exclusões, no panorama da rede pesquisada, já tem sido possível vislumbrar caminhos mais sólidos que, aos poucos, tem contribuído para mudar uma realidade que foi criada pelo discurso biomédico. “*Artistas da vida*”, expressão utilizada pelo informante Tadeu (IT 19), serve para pensar em todos/as aqueles e aquelas que podem e devem construir condições mais eficazes para suas próprias vidas e para a assistência à saúde de pessoas trans, colaborando para o fortalecimento da rede local e contextual. Os processos de transição destas pessoas tem urgência e não podem esperar por mudanças políticas. O relato emocionado de Tuane (IT 13), durante toda a sua entrevista, expressa a densidade desta urgência:

*A gente tem a auto estima muito quebrada, entendeu? Porque nós somos mulher com pênis, sabe? Você como mulher... imaginar isso... é horrível!*

*É uma questão de vida ou morte, literalmente, entendeu? Porque eu, muitas vezes, já pensei em me mutilar, sabe? Tipo, eu olhando a cirurgia, eu falei: gente, será que eu consigo fazer? Depois, você perde a coragem, entendeu? Aí eu comecei a chorar, tipo, aí veio a questão da autoestima de novo, sabe? Ai, foi horrível. Você tem que ter uma ajuda, entendeu?*

Numa análise ampliada da assistência pública à saúde de pessoas trans, Tenório e Prado (2016) colocaram-se a refletir sobre a credibilidade de um modelo de atenção à saúde que potencialmente causa uma extensa lista de problemas, em vários aspectos biopsicossociais, em nome da ideia de “prevenir arrependimentos” e de um “diagnóstico correto da transexualidade” (p. 43-44). Os autores questionam até que ponto esse modelo de assistência realmente promove saúde ou, na verdade, está sendo iatrogênico para a vida destas pessoas, diante da enorme dificuldade para conseguir, de fato, acessá-lo. Em recente estudo (Pinto, Teixeira, Barros, Martins, Saggese, Barros & Veras, 2017), que estimou a prevalência e os fatores relacionados ao uso de silicone líquido industrial entre travestis e mulheres transexuais, os resultados apontaram para a urgente necessidade de ampliação e de revisão do Processo Transexualizador no SUS, especialmente das condições para a oferta de estratégias de atenção à saúde. Na medida em que os procedimentos de modificação corporal são colocados como um pacote regulamentado único de serviços, sobra pouco ou nenhum espaço para as necessidades de cada usuário/a. Assim, tal assistência não tem contemplado distintas necessidades de pessoas que desejam diferentes intervenções ao longo de seus processos de transição, passando a buscá-las fora dos serviços de saúde, com pessoas não habilitadas.

Estes dados assemelham-se aos resultados encontrados por esta pesquisa de doutorado, especificamente sobre uso de silicone líquido industrial pelas travestis, mas, sobretudo, quando se reflete também sobre a incidência da automedicação entre as pessoas trans. Este preocupante achado deve ser analisado considerando que o uso de medicamentos hormonais por conta própria, significativamente, também está relacionado à inacessibilidade ao acompanhamento médico. Assim, tanto a rigidez do protocolo patologizante, a escassez do cuidado integral e a falta de circulação de informações oficiais sobre os caminhos para essa assistência, tem operado como efeito iatrogênico do Processo Transexualizador, na medida em que os itinerários terapêuticos têm sido longos e ineficientes, pois não tem alcançado a atenção em saúde de maneira satisfatória. Além disso, a incerteza do acesso, o tempo de espera pelas intervenções e a discrepância entre as demandas dos/as usuários/as e a real

disponibilidade do suporte ofertado, foram alguns dos entraves recorrentemente apontados nas entrevistas com os/as profissionais da rede, que chegaram a repercutir na estabilidade emocional dos/as usuários/as da rede:

*A própria rede ela é um fator de adoecimento, ela contribui para esse adoecimento, pela própria, vamos dizer, esses percursos, a pessoa fica aí fazendo esses percursos, a própria forma de atendimento das pessoas que não tem um preparo pra atender, não tem essa compreensão desse sofrimento, né? (Psicologia JF7).*

*Eles ficam um pouco inseguros, sobre o futuro, assim, depois que fizer o tratamento (psiquiátrico), se vão conseguir fazer a cirurgia (Medicina AT).*

*Medo mesmo de como as pessoas vão me tratar, de eu ter que brigar o tempo todo; porque antes eu abaixava a cabeça, ia pra casa magoado e hoje em dia eu brigo; que é muito melhor pra mim, pra minha saúde. Mas, mesmo assim, é um desgaste, porque eu já to indo no médico porque eu to com algum problema, aí eu vou lá e vou ter mais um desgaste, vou voltar pra casa, marcar com outro médico, gastar dinheiro, o meu tempo (Tomas – IT 26).*

Por isso, compreender as vivências trans em sua complexidade é algo que requer uma série de desconstruções, inclusive o desenraizamento de suas questões aos limites do campo da saúde. Essa é, necessariamente, uma questão que requer um olhar atento para as contradições empregadas entre os saberes construídos sobre as pessoas trans e a realidade de suas demandas, que estão para muito além dos muros do hospital. Sobre as consequências estigmatizadoras para aqueles/as que se colocam na posição de serem cuidados/as, Teodora reflete que:

*Uma das questões pra gente lutar pela despatologização é também porque eu acho isso muito cruel, pra gente, ficar com esse medo, né? [...] o laudo considera a gente com transtorno, e um transtorno sério, mas também ele não incapacita para o mercado de trabalho e convívio social. Mas ao mesmo tempo, esse rótulo pode se voltar contra a gente também, porque é um transtorno, tem um cadastro ali [...] (Teodora – IT 1).*

O debate sobre a quem (não) interessa a despatologização das transexualidades, a partir de uma reflexão ético-política, traz a Psicologia brasileira e sua produção sobre as transexualidades no cerne da disputa da produção de saber/fazer que “se expressa na clínica com transexuais não apenas produzindo vida e potência, mas também, muitas vezes, sofrimento e opressão (Pacheco, Raser, Prado & Teixeira, 2017, p. 207). Apesar de o Processo Transexualizador considerar o/a profissional de Psicologia obrigatório/a nas equipes

de trabalho e este/a ser responsável por empreender boa parte da oferta de cuidado, a produção sobre esta temática ainda aparece como o esforço de poucos/as pesquisadores/as. Além disso, apenas uma pequena parcela desprende as transexualidades do contexto da saúde e dos protocolos diagnósticos, discutindo suas lutas por visibilidade e outras esferas de suas sociabilidades e, por isso, de fato parecem ter maior engajamento com a perspectiva da despatologização destas identidades e indicar perspectivas futuras, mais alinhadas, inclusive, com o cenário internacional da Psicologia (Pacheco, Rasesa, Prado & Teixeira, 2017).

No campo das práticas em Psicologia, destaca-se que o Conselho Federal de Psicologia tem dado mais atenção para o que tem sido reivindicado pela população trans. No dia 17/12/17, durante a Assembleia das Políticas, da Administração e das Finanças (APAF), ocorrida em Brasília, foi tomada a decisão de publicar uma resolução para regulamentar a atuação de psicólogos/as junto a pessoas transexuais e travestis em diversos contextos. Além disso, na mesma ocasião, também foi estabelecida uma nova forma de apresentação para “o nome social de profissionais travestis e transexuais deve ser destacado, ao lado da fotografia, na frente da carteira de identidade emitida pelos Conselhos Regionais de Psicologia [...] Além desse campo, haverá espaço, ainda, para a inclusão de “raça/cor” e “identidade de gênero” no Cadastro Nacional de Psicólogas(os)”<sup>40</sup>.

Um estudo (Raimondi, Paulino & Teixeira, 2016) que analisa as pesquisas brasileiras no campo da saúde, desde a publicação da primeira Resolução do CFM, em 1997, identificou que “a problematização do conceito de transexualidade parece apontar para a necessidade da ampliação da assistência e cuidado em saúde” (p. 133). Tais discussões, por sua vez, “parecem afetar os movimentos sociais (e serem afetadas por eles), e suas relações no campo da saúde, quando incorporam conceitos como empoderamento e controle social” (p. 133). Pode-se pensar este resultado como uma importante saída para formulações que desloquem o aparato conceitual da transexualidade do campo biomédico, partindo para a “incorporação das reflexões produzidas no campo das ciências humanas sobre as práticas médicas” (p. 141). Sendo assim, contribuem no sentido de atravessarem os debates sobre a assistência voltada para a limitada relação demanda de cuidado/oferta de cirurgia para questões que envolvam a autonomia do sujeito trans e a integralidade do cuidado. Mudanças como estas apontam para desafios que, nas palavras dos autores:

estão na pauta das lutas sociais atuais das pessoas trans e deveriam entrar como pauta das categorias profissionais da saúde, dos órgãos reguladores e executores da saúde e da luta pelos direitos humanos no âmbito do

---

<sup>40</sup> Para outras informações sobre estas recentes decisões do CFP consultar: <http://site.cfp.org.br/cfp-regulamentacao-a-travestis-transexuais/>.

reconhecimento das diversidades. Despatologizar para além da retirada dos códigos descritivos que determinam verdadeiras prescrições, significa dar espaço para a escuta das experiências a partir das suas evidências concretas. Só assim a ciência poderá dizer que cumpriu a função de romper o monopólio epistemológico do conhecimento que insiste em negar o conhecimento produzido pela diversidade da própria experiência (Tenório & Prado, 2016, p. 53).

Assim, no Processo Transexualizador, “reaprender a ver e a ouvir” situa a diversidade das experiências subjetivas e corporais, das quais constituem as vivências trans, no centro das preocupações e desdobramentos integrais do cuidado. Particularmente nos contextos clínicos, o “reaprendizado” favorece, necessariamente, “deslocamentos dos modelos biomédicos dominantes, que transformam pessoas em pacientes, em direção aos saberes, experiências e significados locais e múltiplos dos/as usuários/as, transformando, assim, pacientes em pessoas” (Borba, 2016, p. 201).

Potentes nichos de resistência ao saber/poder biomédico têm sido observados no contexto da produção teórica e de práticas pautadas pelo campo epistemológico da Saúde Coletiva, onde não apenas há abertura ao discurso hegemônico da Medicina, mas também propostas alcançáveis de fortalecimento das comunidades, que possibilitam emergir o sujeito trans enquanto protagonista de sua história de vida, até então invisibilizada. Neste sentido, se organizou e tem se estruturado a promissora rede de assistência pública à saúde para pessoas trans em Juiz de Fora, que tem funcionado como um importante dispositivo, não apenas para o atravessamento aos jogos discursivos dominantes, mas, especialmente, para o favorecimento da autonomia desses sujeitos, que vem sendo “*provocados/as*”, utilizando a expressão da Psicologia JFCP, a assumir, em suas mãos, as rédeas de seus próprios processos de saúde, mesmo considerando as inúmeras contingências para o pleno exercício da autonomia, que se impõem, de diferentes modos, para todas as pessoas.

## 8 RUPTURAS LOCAIS PARA A ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES DA PESQUISA

Esta pesquisa, especialmente em sua análise, pretendeu reunir o que existe de mais elementar e desejável para a prática do cuidado em saúde: uma rede de atenção, sua gestão, o conhecimento da população e a percepção de suas diferenças, o princípio norteador de integralidade e a disponibilidade para o encontro com aquele ou aquela que demanda ser cuidado/a. Mas, especificamente na esfera do objeto pesquisado, é preciso mais do que isso. As perspectivas que apontaram a urgente necessidade de fortalecimento e de aprimoramento da rede local devem levar a pensá-la menos em termos de territórios assistenciais prescritivos e mais como um lugar onde “corpos podem se abrir ao encontro com outros corpos e com o ‘outro’ do corpo, desnaturalizando, assim, todo um longo histórico de enlatadas aprendizagens sobre processos corporais, institucionais e terapêuticos” (Vasconcelos & Seffner, 2015, p. 284), principalmente em se tratando do acolhimento integral de demandas trans em sua complexidade.

O atravessamento necessário para o encontro com os/as “*artistas da vida*”, pessoas sistematicamente negadas e invisibilizadas, que ainda lutam para alcançar direitos já conquistados, deve estar pautado pelo favorecimento da autonomia do sujeito que acessa a saúde, para que ele próprio possa escolher recursos e ferramentas que garantam para si uma vida vivível. Por isso, na realidade pesquisada, é amplo o intervalo que separa o ideal de rede e a possibilidade real de sua execução prática, mas alguns passos lúcidos na direção desta construção podem estruturar um caminho sólido e integral. São eles:

- Oficializar e ampliar o Ambulatório Trans, enquanto território que tem sido acessível e acolhedor, capaz de integrar “*feias*” e “*bonitas*” em um mesmo espaço igualitário, respeitando suas escolhas e “modos de andar a vida”. Mas, considerando que a oferta de um ambulatório específico para o cuidado de demandas trans colabora para estigmatizar ainda mais esse público (Pelúcio, 2011), a proposta a ser pensada é que essa oferta com o tempo, após sua consolidação na rede pública, possa ser diluída na rotina de atendimentos da unidade de saúde. A partir deste e de outros estudos, constatou-se que a maior demanda de cuidado específico de pessoas trans é pela hormonioterapia, que pode ser absorvida e expandida localmente. Neste sentido, governos municipais e estaduais devem atentar para este fato, analisando

criticamente as lacunas da assistência e espelhando em exemplos de boas práticas de cuidado já existentes;

- Por sua vez, para um bom funcionamento do Ambulatório, enquanto ponto de atenção especializado da rede, é necessário situar a APS como porta de entrada prioritária no sistema público de saúde, integrando-a para que possa atuar como nível de atenção organizador do fluxo, além de formalizar e publicizar o modo de acesso. Isso porque a pesquisa constatou que os/as informantes, comumente, partiram da total desinformação sobre a assistência, e nem sempre encontraram direcionamentos eficazes na própria rede pública. Além disso, investir em capacitação de gestores, profissionais clínicos e administrativos que atuam na atenção básica da RAS de Juiz de Fora, responsáveis por coordenar o cuidado e realizar atenção contínua da população. Ainda neste nível de atenção, é fundamental mapear a população e identificar vulnerabilidades, propondo formas de enfrentamento que possam ser desdobradas em práticas interventivas específicas;

- Ao mesmo tempo em que a academia, através de projetos de extensão universitária, não intenciona servir como “bengala” para a (des)estrutura da assistência pública à saúde, que é de responsabilidade exclusiva da administração pública, projetos como o VisiTrans podem ser importantes meios para impulsionar frentes de cuidados inexistentes e/ou inoperantes. Tais extensões objetivam, especialmente, introduzir o/a estudante de graduação em contextos onde poderão atentar para a importância de problematizar sobre temas como gênero e outros marcadores sociais da diferença e sua relação com questões de saúde, o que enriquecerá a formação de futuros profissionais que atuarão nesta área. Essa medida pode oferecer elementos ao/a aluno/a, ainda no período de sua formação, para uma compreensão e um enfrentamento mais global e democrático em suas futuras práticas de cuidado.

Além disso, a pesquisa apresentou algumas limitações acerca de dados que, apesar de terem sido apontados, não puderam ser explorados em profundidade. Tais aspectos valem ser desdobrados e trabalhados em pesquisas futuras, e podem ser analisados, por exemplo, a partir de marcadores sociais como raça, classe e território. Dentre eles estão, principalmente, fatores que intensificam e agravam processos de vulnerabilização de pessoas trans, impactando diretamente em suas condições de saúde e em suas escolhas e seus processos de busca pelo acesso ao cuidado, especialmente no caso das travestis. Pode-se citar alguns fatores como: o uso de drogas, violência, infecção pelo HIV/AIDS e outras doenças sexualmente

transmissíveis. Chamou a atenção o número de pessoas trans que se automedicam ou já o fizeram, boa parte tendo relacionado esta prática com a inacessibilidade ao acompanhamento médico. Outros achados, como o uso de silicone líquido industrial e outras intervenções clandestinas, entre as travestis, também merecem discussão. Mas, como o foco desta pesquisa foi a análise do funcionamento da rede e não de particularidades dos sujeitos que por ela circula, mesmo compreendendo que o discurso das pessoas trans é efeito da forma de funcionamento da rede, apontamentos que envolvem, particularmente, os sujeitos em seus processos de saúde/doença, por fugirem ao escopo desta pesquisa, serviram como pistas importantes a serem exploradas em outros recortes investigativos.

Assim, ao propor uma análise de como se estrutura a rede e como estão estabelecidas as diferentes dinâmicas que ali se processam, no que se refere às ações previstas para o Processo Transexualizador no SUS, verificando o seu funcionamento e, nesta medida, a execução (ou não) das diretrizes de assistência à saúde da política nacional nas práticas dos serviços locais, espera-se, principalmente, colaborar para o aprimoramento e a qualificação dessa linha de cuidado no município. Tendo em vista as reflexões sobre a assistência integral, interdisciplinar e multiprofissional, conforme proposto pelas políticas governamentais, pretende-se contribuir com uma visão crítica e, portanto, um posicionamento consciente em saúde, no sentido de, através da pesquisa, dar visibilidade a discursos que não apenas tolerem a diversidade, mas de fato respeitem as diferenças e as particularidades das práticas de cuidado.

No contexto local, especificamente, almeja-se colaborar para formalizar e dar contorno aos caminhos invisíveis que tantas pessoas acessam em busca de assistência e fortalecer a RAS do município nesta linha de cuidado, contribuindo para sua ampliação e para a melhoria da qualidade do acesso e do atendimento – o que também poderá incidir na diminuição de custos com o Tratamento Fora de Domicílio (TFD). Na prática, isso significa que a assistência precisa, necessariamente, ir ao encontro da proposta política de humanização em saúde e não de dispositivos de saber/poder e de estratégias biopolíticas, que fabricam a realidade dessas pessoas, culminando numa lógica de constante patologização e marginalização de suas experiências, no processo de gestão de seus corpos e de total medicalização da saúde. O discurso da integralidade vem sendo fortalecido: a Psicologia tem lutado por mudanças e pode ser assinalada como um exemplo que já está fazendo diferença na formação e nas práticas em saúde de profissionais que se recusam a se posicionar como meros/as reprodutores/as do discurso médico patologizante das identidades trans.

Os resultados deste estudo pretendem, assim, fortalecer o enfrentamento crítico das questões técnicas e políticas relativas aos cuidados destinados às pessoas trans no Processo Transexualizador no SUS, de maneira ampliada, integral e humanizada, considerando a totalidade das experiências de vida destas pessoas em sua complexidade. É nesse compasso que as decisões para a ampliação e formalização da rede precisam ser pensadas, de modo a fortalecer tanto os sujeitos que buscam o cuidado, quanto aqueles que o ofertam. Por fim, vale ressaltar que os resultados constatados no contexto mineiro poderão servir de modelo interpretativo para o entendimento de outras lacunas do funcionamento da RAS em diferentes contextos de saúde que vierem a ser estudados em Programas de Pós-graduação no Brasil.

## REFERÊNCIAS

- Albuquerque, E. M. (2009). Avaliação da técnica de amostragem “Respondent-driven Sampling” na estimação de prevalências de Doenças Transmissíveis em populações organizadas em redes complexas. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP; Rio de Janeiro: Ministério da Saúde – Fiocruz. Dissertação de Mestrado, 99p.
- Almeida, G. (2010). Reflexões iniciais sobre o processo transexualizador no SUS a partir de uma experiência de atendimento. In M. Arrilha, T. S. Lapa & T. C. Pisaneschi (Orgs.). *Transsexualidade, travestilidade e direito à saúde*. São Paulo: Oficina Editorial.
- Almeida, G. (2012). Repercussões sociais da assistência à saúde do transexual. In E. A. Silva. *Transsexualidade: princípios de atenção integral à saúde*, p. 225-240.
- Almeida Filho, N. (2005). Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde. *Rev. Saúde e Sociedade*, 14(3).
- Almeida, G. & Murta, D. (2013). Reflexões sobre a possibilidade da despatologização da transexualidade e a necessidade da assistência integral à saúde de transexuais no Brasil. *Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana*, 14, p. 380-407.
- Alves-Mazzotti, A. J. & Gewandsznajder, F. (1998). *O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa*. São Paulo: Pioneira.
- Amaral, D. M. (2011). *Os desafios da despatologização da transexualidade: reflexões sobre a assistência a transexuais no Brasil*. Tese de Doutorado, Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Amaral, M. S., Cruz, K. O., Silva, T. C. & Toneli, M. J. F. (2014). “Do travestismo às travestilidades”: uma revisão do discurso acadêmico no Brasil entre 2001-2010. *Psicologia & Sociedade*, 26(2), p. 301-311.
- American Psychiatric Association (APA) (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. 5 ed. Porto Alegre: Artmed.
- Aragão, E. M., Barros, M. E. B.; Oliveira, S. P. (2005). Falando de metodologia de pesquisa. In *Estudos e pesquisa em Psicologia*. Rio de Janeiro, p.18-28.
- Arán, M. (2005). Transexualismo e cirurgia de transgenitalização: Biopoder/Biopotência. *SérieAnis* 39, Brasília: Letras Livres, p. 1-4.
- Arán, M. (2010). A saúde como *prática de si*: do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade. In Arrilha, M., Lapa, T. S. & Pisaneschi, T. C. (Orgs.). (2010). *Transsexualidade, travestilidade e direito à saúde*. São Paulo: Oficina Editorial.
- Arán, M. (2012). Por uma cartografia não-normativa das identificações e do desejo: algumas reflexões a partir das experiências trans. In R. Miskolci & L. Pelúcio (Orgs.). *Discursos*

- fora da ordem: sexualidades, saberes e direitos*. São Paulo: Annablume; Fapesp, p. 139-153.
- Arán, M. & Lionço, T. (2008). Mudança de sexo: uma questão de justiça para a saúde. *Série Anis 53*, Brasília: Letras Livres, p. 1-3.
- Arán, M. & Murta, D. (s.n.). Pesquisa Transexualidade e Saúde: condições de acesso e cuidado integral. Relatório preliminar dos serviços que prestam assistência a transexuais na rede de saúde pública no Brasil. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Arán, M., & Murta, D. (2009). 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, 19 (1), p. 15-41.
- Arán, M., Murta, D. & Lionço, T. (2009). Transexualidade e saúde pública no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(4), p. 1141-1149.
- Arán, M., Zaidhaft, S. & Murta, D. (2008). Transexualidade: corpo, subjetividade e saúde coletiva. *Psicologia & Sociedade*, 20 (1), 70-79.
- Arrilha, M., Lapa, T. S. & Pisaneschi, T. C. (Orgs.). (2010). *Transexualidade, travestilidade e direito à saúde*. São Paulo: Oficina Editorial.
- Athayde, A. V. L de. (2001) Transexualismo masculino. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabólica* [online], 45(4), 407-414.
- Ayres, J. R. C. M.; Júnior, I. F.; Calazans, G. J. & Filho, H. C. S. (2009). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios (pp. 121-144). In Czeresnia, D. & Freitas, C. M. (Orgs.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Barbosa, B. C. (2013). “Doidas e putas”: usos das categorias travesti e transexual. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, n. 14, pp. 352-379.
- Barboza, H. H. G. (2010). *Procedimentos para redesignação sexual: um processo bioeticamente inadequado*. Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro.
- Barboza, H. H. & Schramm, F. R. (2012). Princípios bioéticos aplicados à transexualidade e sua atenção à saúde. In E. A. Silva. *Transexualidade: princípios de atenção integral à saúde*. São Paulo: Santos. 17-28.
- Bava, S. C. (1994). Democracia e poder local. *Polis, Instituto de Estudos, Formação e Assessoria em Políticas Sociais*, n. 14, pp. 3-9.
- Benedetti, M. R. (2005). *Toda feita: o corpo e o gênero das travestis*. Rio de Janeiro: Garamond.

- Bento, B. (2012). Sexualidade e experiências trans: do hospital à alcova. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(10), 2655-2664.
- Bento, B. (2013). Carta-desabafo. Recuperado em 20 de agosto, 2015, de <http://estadolaicorj.blogspot.com.br/2012/06/berenice-bento-carta-desabafo-sobre-o.html>
- Bento, B (2014a). *A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual*. 2ª ed. Natal: EDUFRN.
- Bento, B (2014b). Nome social para pessoas trans: cidadania precária e gambiarra legal. *Contemporânea*, v. 4, n. 1, pp. 165-182.
- Bento, B., & Pelúcio, L. (2012). Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. *Estudos Feministas*, Florianópolis, 20(2), 256.
- Bernard, H. R. (1995). *Research methods in Antropology: qualitative and quantitative approaches*. Walnut Creek (EUA): Altamira Press.
- Biernacki, P. & Waldorf, D. (1981). *Snowball sampling: problems and techniques of chain referral sampling*. *Sociological Methods Research*, 10(2), 141-163.
- Bonassi, B. C. (2017). *Cisnorma: acordos societários sobre o sexo binário e cisgênero*. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Florianópolis.
- Bonassi, B. C., Amaral, M. S., Toneli, M. J. F. & Queiroz, M. A. (2015). Vulnerabilidades mapeadas, Violências localizadas: experiências de pessoas travestis e transexuais no Brasil. *Quaderns de Psicologia*, v. 17, n. 3, pp. 83-98.
- Borba, R. (2014a). *(Des)aprendendo a "ser": trajetórias de socialização e performances narrativas no Processo Transexualizador*. Tese de Doutorado, Faculdade de Letras, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Borba, R. (2014b). Sobre os obstáculos discursivos para a atenção integral e humanizada à saúde de pessoas transexuais. *Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana*. n. 17 – pp. 66-97.
- Borba, R. (2016). *O (des)aprendizado de si: transexualidades, interação e cuidado em saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Brandão, B. C. (2016). A produção de corpos trans e suas interseções com os processos saúde-doença: efeitos (in)desejáveis e autonomia dos corpos. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Juiz de Fora.
- Brasil (1999). Portaria n. 55, de 24 de fevereiro de 1999. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde.

- Brasil (2004). Conselho Nacional de Combate à Discriminação. Brasil sem homofobia: programa de combate à violência e à discriminação contra GLBT e de promoção da cidadania homossexual. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2008a). Ministério da Saúde. *Portaria n. 1.707/GM*, de 18 de agosto de 2008. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.
- Brasil (2008b). Ministério da Saúde. *Portaria n. 457/SAS*, de 19 de agosto de 2008. Regulamenta o Processo Transexualizador no SUS.
- Brasil (2009). Ministério da Saúde. *Portaria n. 1.820*, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde.
- Brasil (2010). Ministério da Saúde. *Portaria n. 4.279*, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Brasil (2011a). Ministério da Saúde. *Portaria n. 2.836*, de 01 de dezembro de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.
- Brasil (2011b). Presidência da República. Casa Civil. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.
- Brasil (2012). *Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; OPAS; OPSAN; UnB.
- Brasil (2013). Ministério da Saúde. *Portaria n. 2.803/GM*, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS).
- Brasil (2015). Ministério da Saúde. *Transexualidade e travestilidade na saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Browne, K. (2005). Snowball Sampling: Using Social Networks to Research Non-heterosexual Women. *International Journal of Social Research Methodology: Theory & Practice*, 8(1), 47-60.
- Butler, J. (2010). Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do “sexo”. In G. L. Louro (Org.). *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. 3ª ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora.
- Butler, J. P. (2015). *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

- Cabral, M. & Benzur, G. (2005). Cuando digo *intersex*: un diálogo introductorio a la *intersexualidad*. *Cadernos Pagu* (24), Campinas-SP, Núcleo de Estudos de Gênero-Pagu, Unicamp, pp. 283-304.
- Cabral, A. L. L. V., Martinez-Hemández, A., Andrade, E. I. G. & Cherchiglia, M. L. (2011). Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(11), 4433-4442.
- Campos, G. W., Barros, R. B. & Castro, A. M. (2004). Avaliação de política nacional de promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3), 745-749.
- Canguilhem, G. (2014). *O Normal e o Patológico*. 7ª. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Carvalho, M. & Carrara, S. (2013). Em direção a um futuro trans? Contribuição para a história do movimento de travestis e transexuais no Brasil. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, n. 14, pp. 319-351.
- Castel, P. H. (2001). Algumas reflexões para estabelecer a cronologia de “fenômeno transexual” (1910-1995). *Revista Brasileira de História*, São Paulo, v. 21, n. 41, 77-111.
- Colling, L. (2015). Muita produção e pouca influência: o conhecimento sobre diversidade sexual e de gênero e seus impactos no Brasil. In *Cenas latino-americanas da diversidade sexual e de gênero: práticas, pedagogias e políticas públicas*. Seffner, F. e Caetano, M. (Orgs.). Rio Grande: Ed. da FURG.
- Conselho Federal de Medicina. (1997). *Resolução n.º 1.482*. Brasília.
- \_\_\_\_\_. (2002). *Resolução n.º 1.652*. Brasília.
- \_\_\_\_\_. (2004). *Parecer n.º 8/2004*.
- \_\_\_\_\_. (2007). *Parecer n.º 2/2007*.
- \_\_\_\_\_. (2010a). *Parecer n.º 20/10*.
- \_\_\_\_\_. (2010b). *Resolução n.º 1.955*. Brasília.
- \_\_\_\_\_. (2013). *Parecer n.º 8/13*. Brasília.
- Conselho Federal de Psicologia (2011). *Resolução n.º 014*.
- \_\_\_\_\_. (2013). *Nota técnica*.
- \_\_\_\_\_. (2015, agosto). Despatologização trans, por um mundo não binário. *Jornal do Federal*. p. 16-17.
- Conselho Federal de Serviço Social. (2011). *Resolução n.º 615*.

- Costa, A. M. (2004). Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 13, n.3, 5-15, set-dez.
- Cunha, A. C. M.; Luzio, C. A.; Paiva Cruz, S. G. F. (2014) A arqueogenealogia como ferramenta de pesquisa no campo da Atenção Psicossocial. In *Revista de Ciências Humanas*. Santa Catarina, 48(2), 186-203.
- Deleuze, G. (1990) ¿Que és un dispositivo? In E. Balbier et al. *Michel Foucault, filósofo*. Barcelona: Gedisa.
- Denzin, N. K., Lincoln, Y. S. & col. (2006). *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. Porto Alegre: Artmed.
- Dias, N. C. (2014). “Um destino sem preconceitos”: Concurso Miss Brasil Gay e os discursos em torno de sua patrimonialização. Trabalho apresentado na 29ª Reunião Brasileira de Antropologia. Natal, RN.
- Fine, M.; Weis, L.; Weseen, S. & Wong, L. (2006). Para quem? Pesquisa qualitativa, representações e responsabilidades sociais. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Orgs.). *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. Porto Alegre: Artmed. 115-139.
- Fleury, S., Carvalho, A. I., Manotas, N., Bloch, R. & Nevares, S. (1997). Municipalização da saúde e poder local no Brasil. *Rev Adm Publica*. 31(5):1-15.
- Foucault, M. (2006a). *O poder psiquiátrico*. São Paulo: Martins Fontes.
- \_\_\_\_\_ (2006b). Poder e saber. In Motta, M. B. (Org.). *Estratégia, poder-saber* (Coleção *Ditos & Escritos*, vol. 4, pp. 223-240. 2 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- \_\_\_\_\_ (2008). *Segurança, território, população*. São Paulo: Martins Fontes.
- \_\_\_\_\_ (2009a). *História da sexualidade I: a vontade de saber*. 19ª ed. Rio de Janeiro: Graal.
- \_\_\_\_\_ (2009b). *A arqueologia do saber*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- \_\_\_\_\_ (2010) *A hermenêutica do sujeito*. 3ª ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes.
- Franco, T., Miranda, L. C., Franco, D., Zaidhaft, S. & Arán, M. (2010). Transgenitalização masculino/feminino: experiência do Hospital Universitário da UFRJ. *Rev. Col. Bras. Cir.* [online], 37(6), 426-434.
- Gamson, J. (2006). As sexualidades, a teoria *queer* e a pesquisa qualitativa. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Orgs.). *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. Porto Alegre: Artmed. 345-362.

- Gerhardt, T. E. (2006). Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(11), 2449-2463.
- Gerhardt, T. E., Burille, A. & Muller, T. L. (2016). Estado da arte da produção científica sobre itinerários terapêuticos no contexto brasileiro. In *Itinerário terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde*. Gerhardt, T. E. et al. (Orgs.). Rio de Janeiro: CEPESC, IMS, UERJ, ABRASCO.
- Giovanella, L. & Mendonça, M. H. M. (2012). Atenção Primária a Saúde. In L. Giovanella, L., S. Escorel & L. V. C. Lobato (Orgs.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz. 493-546.
- Guaranha, C. & Nardi, H. C. (2015). Travestilidades, transexualidades e o SUS: trajetórias de encontros e desencontros. In *Interseções em Psicologia Social: raça, etnia, gênero, sexualidades* (recurso eletrônico). Martins, H. V. et al. (Orgs.). Florianópolis: ABRAPSO Editora, Edições do Bosque, CFH, UFSC.
- Guimarães, A. (2015). Todas as mulheres do mundo: a construção do corpo travesti no Brasil das décadas de 1960 e 1970. In Brasil. Ministério da Saúde. *Transexualidade e travestilidade na saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Jesus, J. G. (2012). *Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos*. Brasília.
- Kuschnir, R. & Chorny, A. H. (2010). Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(5), 2307-2316.
- Lionço, T. (2008a). Bioética e sexualidade: o desafio para a superação de práticas correcionais na atenção à saúde de travestis e transexuais. *Série Anis 54*, Brasília: Letras Livres, fevereiro.
- Lionço, T. (2008b). Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. *Saúde Soc.* São Paulo, 17(2), p. 11-21.
- Lionço, T. (2009). Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 19(1), 43-63.
- Lionço, T. (2015). A despatologização das transexualidades e travestilidades pelo olhar da Psicologia, Parte 1. [Filme-vídeo]. Conselho Federal de Psicologia.
- Lobato, L. V. C. & Giovanella, L. (2012). Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In L. Giovanella, L., S. Escorel & L. V. C. Lobato (Orgs.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz. 89-120.
- Louro, G. L. (2008). *Um corpo estranho – ensaios sobre sexualidade e teoria queer*. 1 ed. Belo Horizonte: Autêntica.
- Louro, G. L. (2010). Pedagogias da sexualidade. *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. 3 ed. Belo Horizonte: Autêntica.

- Louro, G. L. (2014). Prefácio. In B. Bento. *A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual*. 2ª ed. Natal: EDUFRRN.
- Machado, P. S. (2005). “Quimeras” da ciência: a perspectiva de profissionais de saúde em casos de intersexo. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 20(59), p. 67-80.
- Machado, P. S. (2008). Intersexualidade e o Consenso de “Chicago”: as vicissitudes da nomenclatura e suas implicações regulatórias. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 23(68).
- Marchesini, R. T. (2015). As performances dos corpos (in)inteligíveis nos espaços públicos: reflexões acerca da violação dos direitos de pessoas travestis e transexuais. Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora.
- Martinez-Hemáez, A. (2006). *Os itinerários terapêuticos e a relação médico-paciente*. Universitat Rovira i Virgili. Tradução de Virgínia Jorge Barreto. Belo Horizonte. [texto de apoio].
- Mattos, R. A. de (2004). A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(5), p. 1411-1416.
- Mattos, R. A. de (2006). Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. Em Pinheiro, R. e Mattos, R. A. de (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO.
- Mattos, R. A. (2010). Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. Em Pinheiro, R. & Mattos, R. A. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO.
- Mello, L., Avelar, R. B. & Maroja, D. (2012). Por onde andam as políticas públicas para a população LGBT no Brasil. *Revista Sociedade e Estado*, 27(2).
- Mello, L., Perilo, M., Braz, C. A. & Pedrosa, C. (2011). Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana*, 9, p. 7-28.
- Mendes, E. V. (2010). As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5), 2297-2305.
- Minayo, M. C. S. (2010). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.189-199.
- Minayo, M. C. S. (2017). Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*. São Paulo, v. 5, n. 7, pp. 1-12.
- Miskolci, R. (2012). *Teoria Queer: um aprendizado pelas diferenças*. Belo Horizonte: Autêntica Editora.

- Murta, D. (2007). A psiquiatrização da transexualidade: análise dos efeitos do diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero sobre as práticas de saúde. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Noronha, J. C.; Lima, L. D. & Machado, C. V. (2012). O Sistema Único de Saúde – SUS. In L. Giovanella, L., S. Escorel & L. V. C. Lobato (Orgs.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 365-393.
- Olesen, V. L. (2006). Os feminismos e a pesquisa qualitativa neste novo milênio. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Orgs.). *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. Porto Alegre: Artmed, p. 219-257.
- Oliveira, N. R. C. (Org.). (2015). *Redes de atenção à saúde: a atenção à saúde organizada em redes*. São Luís: UFMA.
- Organização Mundial da Saúde [OMS] (coord.). (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS] (2011). *A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS – contribuições para o debate*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 111p.
- Pacheco, B. G. C., Rasesa, E. F., Prado, M. A. M. & Teixeira, F. B. (2017). Psicologias e transexualidades: escritos e escrituras da psicologia brasileira. In *Democracia participativa, Estado e laicidade: Psicologia Social e enfrentamentos em tempos de exceção*. Rasesa, E. F., Pereira, M. S., Galindo, D. (Orgs.). Porto Alegre: ABRAPSO Editora.
- Pelúcio, L. (2011). Marcadores sociais da diferença nas experiências travestis de enfrentamento à aids. *Saúde Soc.* São Paulo, 20(1), p. 76-85.
- Perucchi, J.; Brandão, B. C.; Berto, C. M. G.; Rodrigues, F. D. & Silva, J. A. (2014). Brazil's Unified Health System (SUS) and Its Treatment for Transgender People. *Psychology*, 5, p. 1090-1094.
- Perucchi, J.; Brandão, B. C. & Silva, J. A. (2015). Gênero, sexo e corpos trans: um relato de experiência de extensão universitária a partir da construção de um grupo de apoio e militância com travestis e transexuais. *Revista Feminismos*, 3(1).
- Pinheiro, R. (2006). As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In Pinheiro, R. e Mattos, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO.
- Pinheiro, R., Gerhardt, T. E., Ruiz, E. N. F. & Junior, A. G. S. (2016). O “estado do conhecimento” sobre os itinerários terapêuticos e suas implicações teóricas e metodológicas na Saúde Coletiva e integralidade do cuidado. In *Itinerário terapêuticos:*

*integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde*. Gerhardt, T. E. et al. (Orgs.). Rio de Janeiro: CEPESC, IMS, UERJ, ABRASCO.

- Pinheiro, R. & Mattos, R. A. (2006). O fio da meada: implicações da integralidade na gestão da saúde. In Pinheiro, R. & Mattos, R. A. (Orgs.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC.
- Pinho, P. A. & Pereira, P. P. G. (2012). Itinerários Terapêuticos: trajetórias entrecruzadas na busca por cuidados. *Interface (Botucatu)*, 16(41), p. -447.
- Pinto, T. P., Teixeira, F. B., Barros, C. R. S., Martins, R. B., Saggese, G. S. R., Barros, D. D. & Veras, M. A. S. M. (2017). Silicone líquido industrial para transformar o corpo: prevalência e fatores associados ao seu uso entre travestis e mulheres transexuais em São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 33 nº.7, Rio de Janeiro, Julho.
- Piovesan, A. & Temporini, E. R. (1995). Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. *Rev Saúde Pública*, 29(4), p. 318-25.
- Piscitelli, A. (2008). Interseccionalidades, categorias de articulação e experiências de migrantes brasileiras. *Sociedade e Cultura*, 11(2).
- Policarpo, V. M. N. M. (2016). Para lá da heteronorma: subjetivação e construção da identidade sexual. *Estudos Feministas*, Florianópolis, 24(2).
- Prado, M. A. M. (2015). A despatologização das transexualidades e travestilidades pelo olhar da Psicologia, Parte 1. [Filme-vídeo]. Conselho Federal de Psicologia.
- Prefeitura de Juiz de Fora. (s.n.). Secretaria de Saúde. *Plano de Saúde 2014-2017*. Juiz de Fora (MG): Secretaria de Saúde.
- Prefeitura de Juiz de Fora. (2011). Decreto n. 10.865. Convoca a I Conferência Municipal de Políticas Públicas e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais e dá outras providências.
- Prefeitura de Juiz de Fora. (2014a). Decreto n. 11.951. Aprova o Regimento Interno do Conselho Municipal dos Direitos da Mulher - CMDM e revoga integralmente o Decreto nº 7.543, de 13 de setembro de 2002.
- Prefeitura de Juiz de Fora. (2014b). Portaria Conjunta n. 2.045. Secretaria de Desenvolvimento Social, Secretaria de Saúde, Juiz de Fora.
- Prefeitura de Juiz de Fora. (2015a). Subsecretaria de Planejamento do Orçamento e Finanças da Saúde. *Programação Anual de Saúde*. Juiz de Fora (MG): Subsecretaria de Planejamento do Orçamento e Finanças da Saúde.
- Prefeitura de Juiz de Fora. (2015b). Decreto 12.342. Convoca a III Conferência Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência.

- Raimondi, G. A., Paulino, D. B. & Teixeira, F. B. (2016). O que importa? As pesquisas brasileiras no campo da saúde e as (in)visibilidades das travestis e transexuais. *Saúde & Transformação Social*, 7(3), p. 133-146.
- Rocha, R. M. G., Pereira, D. L. & Dias, T. M. O contexto do uso de drogas entre travestis profissionais do sexo. *Saude soc.* [online]. 2013, vol.22, n.2, pp.554-565.
- Rocon, Pablo Cardozo, Rodrigues, Alexsandro, Zamboni, Jésio, & Pedrini, Mateus Dias. (2016). Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(8), p. 2517-2526.
- Rodrigues, M. C. (2008). Miss Brasil Gay, polêmica na passarela: eventos como instrumento de comunicação alternativa. Dissertação (Mestrado em Comunicação Social). Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora.
- Silva, E. A. (Org.) (2012). *Transexualidade: princípios de atenção integral à saúde*. São Paulo: Santos.
- Silva, L. K. M.; Silva, A. L. M. A.; Coelho, A. A. & Martiniano, C. S. (2017). Uso do nome social no Sistema Único de Saúde: elementos para o debate sobre a assistência prestada a travestis e transexuais. *Physis* [online], 27(3).
- Silva Junior, A. G., Carvalho, L. C., Silva, V. M. N., Alves, M. G. M. & Mascarenhas, M. T. M. (2006). Avaliação de redes de atenção à saúde: contribuições da integralidade. In Pinheiro, R. & Mattos, R. A. (Orgs.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC.
- Solla, J. & Chioro, A. (2012). Atenção ambulatorial especializada. In L. Giovanella, L., S. Escorel & L. V. C. Lobato (Orgs.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz. 547-576.
- Souza, M. H. T., Signorelli, M. C., Coviello, D.M. e Pereira, P. P. G. (2014). Itinerários terapêuticos de travestis da região central do Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(7), 2277-2286.
- Tagliamento, G. (2012). *(In)visibilidades caleidoscópicas: a perspectiva das mulheres trans sobre o seu acesso à saúde integral*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Teixeira, F. B. (2009). Armadilhas da (re)solução: (in)visibilidades na construção do processo transexualizador. *Série Anis*. Ano IX, n. 68, agosto de 2009.
- Teixeira, F. B. (2012). Histórias que não têm era uma vez: as (in)certezas da transexualidade. *Estudos Feministas*, Florianópolis, 20(2), 256, maio-agosto.
- Teixeira, F. B. (2013). *Dispositivos de dor: saberes-poderes que conformam as transexualidades*. São Paulo: Annablume; Fapesp.
- Tenório, L. F. P. & Prado, M. A. M. (2016). As contradições da patologização das identidades trans e argumentos para a mudança de paradigma. *Periódicus*, n. 5. V. 1, pp. 41-55.

- Toneli, M. J. F. (2008). Diversidade sexual humana: notas para a discussão no âmbito da Psicologia e dos direitos humanos. *Psic. Clin.*, Rio de Janeiro, 20(2), 61-73.
- Travassos, C. & Castro, M. S. M. (2012). Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In L. Giovanella, L., S. Escorel & L. V. C. Lobato (Orgs.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz. 183-208.
- Vasconcelos, C. M. & Pasche, D. F. (2012). O SUS em perspectiva. In G. W. S. Campos, J. R. A. Bonfim, M. C. S. Minayo, M. Akerman, M. D. Júnior & Y. M. Carvalho. (Orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec.
- Vasconcelos, M. F. F. & Seffner, F. (2015). A pedagogia das políticas públicas de saúde: norma e fricções de gênero na feitura de corpos. *Cadernos Pagu* (44), janeiro-junho, 261-297.
- World Health Organization [WHO] (1994). *Qualitative Research for Health Programmes*. Geneva: Division of Mental Health.

# **ANEXOS**

**ANEXO A – Quadro de descrição dos endereços eletrônicos das fontes consultadas**

<b>Autoria: Conselho Federal de Medicina (CFM)</b> <b>Endereço eletrônico: <a href="http://portal.cfm.org.br/">http://portal.cfm.org.br/</a></b>	
<b>DOCUMENTOS</b>	<b>ENDEREÇOS ELETRÔNICOS</b>
Resolução N. 1.482	<a href="http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/1997/1482_1997.htm">http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/1997/1482_1997.htm</a>
Resolução N. 1.652	<a href="http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2002/1652_2002.htm">http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2002/1652_2002.htm</a>
Parecer N. 8/2004	<a href="http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/2004/8_2004.htm">http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/2004/8_2004.htm</a>
Parecer N. 2/2007	<a href="http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/2007/2_2007.htm">http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/2007/2_2007.htm</a>
Resolução N. 1.955	<a href="http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2010/1955_2010.htm">http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2010/1955_2010.htm</a>
Parecer N. 20/10	<a href="http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/2010/20_2010.htm">http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/2010/20_2010.htm</a>
Parecer N. 8/13	<a href="http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/2013/8_2013.pdf">http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/2013/8_2013.pdf</a>
<b>Autoria: Ministério da Saúde</b> <b>Endereço eletrônico: <a href="http://portalsaude.saude.gov.br/">http://portalsaude.saude.gov.br/</a></b>	
<b>DOCUMENTOS</b>	<b>ENDEREÇOS ELETRÔNICOS</b>
Portaria N. 1.707	<a href="http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1707_18_08_2008.html">http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1707_18_08_2008.html</a>
Portaria N. 457	<a href="http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0457_19_08_2008.html">http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0457_19_08_2008.html</a>
Portaria N. 859 (SUSPENSA)	<a href="http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0859_30_07_2013.html">http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0859_30_07_2013.html</a>
Portaria N. 1.579	<a href="http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1579_31_07_2013.html">http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1579_31_07_2013.html</a>
Portaria N. 2.803	<a href="http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html">http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html</a>
Relatório N. 69 Portaria N. 11	<a href="http://conitec.gov.br/images/Incorporados/ProcessoTransexualizador-FINAL.pdf">http://conitec.gov.br/images/Incorporados/ProcessoTransexualizador-FINAL.pdf</a>
<b>Autoria: Conselho Federal de Psicologia (CFP)</b> <b>Endereços eletrônicos: <a href="http://site.cfp.org.br/">http://site.cfp.org.br/</a></b> <b><a href="http://despatologizacao.cfp.org.br/">http://despatologizacao.cfp.org.br/</a></b>	
<b>DOCUMENTOS</b>	<b>ENDEREÇOS ELETRÔNICOS</b>
Resolução CFP N. 014/11	<a href="http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2011/06/resolucao2011_014.pdf">http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2011/06/resolucao2011_014.pdf</a>
Nota técnica sobre processo transexualizador e demais formas de assistência às pessoas trans	<a href="http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/09/Nota-t%C3%A9cnica-processo-Trans.pdf">http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/09/Nota-t%C3%A9cnica-processo-Trans.pdf</a>
<b>Autoria: Conselho Federal de Serviço Social (CFESS)</b> <b>Endereço eletrônico: <a href="http://www.cfess.org.br/">http://www.cfess.org.br/</a></b>	
<b>DOCUMENTO</b>	<b>ENDEREÇO ELETRÔNICO</b>
Resolução CFESS N° 615	<a href="http://www.cfess.org.br/js/library/pdfjs/web/viewer.html?pdf=/arquivos/615-11.pdf">http://www.cfess.org.br/js/library/pdfjs/web/viewer.html?pdf=/arquivos/615-11.pdf</a>
<b>Autoria: Conselho Federal de Enfermagem (CFE)</b> <b>Endereço eletrônico: <a href="http://www.cofen.gov.br/">http://www.cofen.gov.br/</a></b>	
<b>DOCUMENTO</b>	<b>ENDEREÇO ELETRÔNICO</b>
Resolução CFE N° 537	<a href="http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5372017_50102.html/print/">http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5372017_50102.html/print/</a>

**ANEXO B – Roteiro para entrevista semi-estruturada com pessoas trans**

- 1) Quando você começou a ter essa relação com o seu corpo, com seu gênero?
- 2) Você cuida da sua saúde? De que forma?
- 3) Em relação aos cuidados com seu corpo/gênero, você já procurou algum serviço de saúde?
- 4) Como é chegar até um serviço de saúde?
- 5) Você percebe alguma dificuldade enfrentada por pessoas trans nos serviços de saúde? Quais seriam elas? Você poderia me contar alguma situação que você tenha vivenciado?
- 6) Você tem o hábito de frequentar (rotineiramente) algum serviço de saúde? Se sim, qual/is? O que te leva até lá? Se não, por quê?
- 7) Como é a aceitação/respeito ao uso do nome social na instituição de saúde que você frequenta?
- 8) Na sua opinião, os profissionais de saúde que lhe atendem estão preparados para cuidar de demandas de saúde específicas de pessoas trans? Quem foram/são esses profissionais?
- 9) O que te afasta da rede de saúde? E o que te faria voltar à rede de saúde?
- 10) Você sabe o que é o Processo Transexualizador? Já buscou e/ou realizou alguma das intervenções de saúde ofertadas? Qual? Em qual instituição de saúde? Como foi?
- 11) Como você soube do Processo Transexualizador? O que você espera dessa modalidade de assistência?
- 12) Como você avalia a assistência à saúde de pessoas trans em Juiz de Fora? Por quê?
- 13) Você encontra o que precisa em relação a cuidados específicos relacionados à sua identidade de gênero nas unidades de saúde? Quando não consegue acessar as ações e serviços, como você procede?
- 14) Os encaminhamentos e informações recebidos nos serviços de saúde para o cuidado de pessoa trans são eficientes?
- 15) O que você considera ser um bom atendimento em saúde para pessoas trans? Na sua opinião, quais são os desafios, as mudanças necessárias?

**ANEXO C – Roteiro para entrevista semi-estruturada com profissionais de saúde**

- 1) Desde quando você integra a equipe deste serviço de saúde? Como se deu a sua entrada neste serviço de atenção?
- 2) Com que frequência você atende pessoas trans neste serviço?
- 3) Qual concepção você tem da transexualidade e da travestilidade?
- 4) Você consegue perceber algum problema específico de saúde que as pessoas trans enfrentam?
- 5) Você conhece o Processo Transexualizador do SUS? Caso conheça, como você pensa que ele pode impactar na vida das pessoas trans que optam pelos cuidados que estão previstos nesta modalidade de assistência à saúde?
- 6) Você poderia descrever como é o seu trabalho, na sua especialidade, junto a pessoas trans neste serviço?
- 7) Como a sua especialidade atua em interface com as demais especialidades profissionais no atendimento às demandas de pessoas trans neste serviço?
- 8) Você já fez alguma capacitação técnica para atuação na linha de cuidado às pessoas trans?

## ANEXO D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP/UFJF

36036-900 JUIZ DE FORA - MG – BRASIL

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O(A) Sr.(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde: uma análise da Rede de Atenção à Saúde no município de Juiz de Fora/MG”. Nesta pesquisa pretendemos analisar o funcionamento da Rede de Atenção à Saúde (RAS) de Juiz de Fora, nos níveis de atenção básica e atenção especializada de média complexidade, no que se refere às ações previstas para o Processo Transexualizador no SUS. O motivo que nos leva a estudar esse tema é a carência de estudos sobre a RAS em atendimento ao Processo Transexualizador no município, que poderiam contribuir para a qualificação da assistência à saúde de pessoas transexuais e travestis.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: entrevistas individuais, que serão gravadas em áudio e transcritas, com usuários(as) da RAS, profissionais de saúde e gestores municipais. Os riscos envolvidos na pesquisa são mínimos aos(as) participantes por tratar-se de estudo em que não se realiza nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas, psicológicas e sociais. A pesquisa contribuirá para fortalecer o enfrentamento de questões técnicas e políticas relativas aos cuidados de saúde destinados às pessoas transexuais e travestis no Processo Transexualizador no SUS, de maneira ampliada, integral e humanizada, considerando a totalidade das experiências de vida destas pessoas em sua complexidade.

Para participar deste estudo o(a) Sr.(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o(a) Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. O(A) Sr.(a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o(a) Sr.(a) é atendido(a) pela pesquisadora, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O(A) Sr.(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pela pesquisadora responsável e a outra será fornecida ao(a) Sr.(a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. A pesquisadora tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do documento de identidade \_\_\_\_\_ fui informado(a) dos objetivos da pesquisa “Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde: uma análise da Rede de Atenção à Saúde no município de Juiz de Fora/MG”,  
**ANEXO E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) / (continuação)**

de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_ .

Nome	Assinatura participante	Data
------	-------------------------	------

Nome	Assinatura pesquisadora	Data
------	-------------------------	------

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

**Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humano (CEP) - UFJF**

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pesquisa

CEP: 36036-900

Juiz de Fora – MG

Telefone: (32) 2102- 3788

E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

**Pesquisadora Responsável:** Fernanda Deotti Rodrigues

Campus Universitário da UFJF

Instituto de Ciências Humanas

Departamento de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Doutorado

CEP: 36036-900

Juiz de Fora – MG

Telefone: (32) 2102-3103

E-mail: fernandadeotti@hotmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
JUIZ DE FORA/MG



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde: uma análise da Rede de Atenção à Saúde no município de Juiz de Fora/MG

**Pesquisador:** FERNANDA DEOTTI RODRIGUES

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 54610116.0.0000.5147

**Instituição Proponente:** Departamento de Psicologia

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.626.833

#### **Apresentação do Projeto:**

Apresentação do projeto esta clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

O Objetivo da pesquisa está bem delineado, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo e estão adequadamente descritos, considerando que os indivíduos não sofrerão qualquer dano ou sofrerão prejuízo pela participação ou pela negação de participação na pesquisa e benefícios esperados. A avaliação dos Riscos e Benefícios estão de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto está bem estruturado, apresenta o tipo de estudo, número de participantes, critério de inclusão e exclusão, forma de recrutamento. As referencias bibliográficas são atuais, sustentam os

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N

**Bairro:** SAO PEDRO

**CEP:** 36.036-900

**UF:** MG

**Município:** JUIZ DE FORA

**Telefone:** (32)2102-3788

**Fax:** (32)1102-3788

**E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br

Continuação do Parecer: 1.626.833

objetivos do estudo e seguem uma normatização. O cronograma mostra as diversas etapas da pesquisa, além de mostra que a coleta de dados ocorrerá após aprovação do projeto pelo CEP. O orçamento lista a relação detalhada dos custos da pesquisa que serão financiados com recursos próprios conforme consta no campo apoio financeiro. A pesquisa proposta está de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens IV.6, II.11 e XI.2; com a Norma Operacional CNS 001 de 2013. Itens: 3.4.1-6, 8, 9, 10 e 11; 3.3 - f; com o Manual Operacional para CEPS Item: VI - c.

### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a,b,d,e,f,g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPEs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: Novembro de 2017.

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N

**Bairro:** SAO PEDRO

**CEP:** 36.036-900

**UF:** MG

**Município:** JUIZ DE FORA

**Telefone:** (32)2102-3788

**Fax:** (32)1102-3788

**E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br

Continuação do Parecer: 1.626.833

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_647769.pdf	06/07/2016 23:56:42		Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_ajustado.pdf	06/07/2016 23:54:43	FERNANDA DEOTTI RODRIGUES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_cronograma_ajustado.pdf	06/07/2016 23:53:26	FERNANDA DEOTTI RODRIGUES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_NOVO.pdf	28/03/2016 09:27:33	FERNANDA DEOTTI RODRIGUES	Aceito
Outros	ROTEIROS_DE_ENTREVISTAS.pdf	03/02/2016 23:38:19	FERNANDA DEOTTI RODRIGUES	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	03/02/2016 23:35:08	FERNANDA DEOTTI RODRIGUES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_de_autorizacao_PJF.pdf	11/01/2016 13:27:06	FERNANDA DEOTTI RODRIGUES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_CPA.pdf	11/01/2016 13:26:48	FERNANDA DEOTTI RODRIGUES	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	29/12/2015 12:25:33	FERNANDA DEOTTI RODRIGUES	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N**Bairro:** SAO PEDRO**CEP:** 36.036-900**UF:** MG**Município:** JUIZ DE FORA**Telefone:** (32)2102-3788**Fax:** (32)1102-3788**E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
JUIZ DE FORA/MG



Continuação do Parecer: 1.626.833

JUIZ DE FORA, 07 de Julho de 2016

---

**Assinado por:**  
**Vânia Lúcia Silva**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N

**Bairro:** SAO PEDRO

**CEP:** 36.036-900

**UF:** MG

**Município:** JUIZ DE FORA

**Telefone:** (32)2102-3788

**Fax:** (32)1102-3788

**E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br