

Itinerários de travestis e transexuais no acesso ao tratamento hormonal no Amig (RJ) e caracterização dos usuários do serviço

Itineraries of transvestites and transsexuals accessing hormonal treatment at the AMIG (RJ) and characterization of service users

Patricia dos Santos Moquedace¹, Elvira Maria Godinho de Seixas Maciel²

DOI: 10.1590/2358-28982023E18969P

RESUMO O artigo objetivou levantar o perfil das pessoas transexuais e travestis atendidas no Ambulatório Multidisciplinar de Identidade de Gênero (Amig) do estado do Rio de Janeiro, bem como compreender como se deu o acesso ao tratamento hormonal nessa unidade de saúde. Quanto à metodologia, para atender ao primeiro objetivo, foram estudados 458 prontuários. Em relação ao segundo objetivo, foram realizadas entrevistas com 16 pessoas, sendo 6 mulheres transexuais, 2 travestis e 8 homens transexuais; o método utilizado foi o de Narrativas de Vida de Bertaux. Os resultados da pesquisa nos prontuários apontam que 61% são mulheres trans; a maioria dos usuários atendidos são negros (pretos e pardos) e não possuem doenças crônicas. Os resultados obtidos pela análise das entrevistas revelam que a dificuldade no acesso esteve associada à percepção de falta de qualificação dos profissionais de saúde, à inexistência de um protocolo padronizado para regulação e à centralização do atendimento na unidade de referência. Conclui-se que é necessário elaborar um protocolo para que seja praticada a equidade no encaminhamento e na regulação, a educação permanente dos profissionais da atenção primária visando ao esclarecimento em torno do processo de transição e suas necessidades, bem como a descentralização do processo transexualizador.

PALAVRAS-CHAVE Acesso efetivo aos serviços de saúde. Transexualidade. Travestilidade. Assistência integral à saúde.

ABSTRACT This article aimed to obtain a profile of and understand how transsexual and transvestite people gained access to the health system up until referral to the reference unit for hormonal monitoring at the Multidisciplinary Gender Identity Outpatient Clinic in Rio de Janeiro state (AMIG). Data were collected from 458 medical records to characterize the clinic's patients. Bertaux Life Narrative method was employed for the interviews, with the participation of 16 people, namely, six transsexual women, two transvestites, and eight transsexual men. The results indicate that most medical records (61%) are from trans women; most clients served are Black (Black and brown) and do not have chronic diseases. The analyzed interviews revealed that the problematic access was associated with the perceived lack of health professionals' qualifications, the lack of a standardized protocol for regulation, and centralized care in the reference unit. It is necessary to develop a protocol for equity in regulation, the continuing education of PHC professionals to clarify the transition process and its needs, and the decentralization of the transsexualization process in order to promote equitable access.

KEYWORDS Effective access to health services. Transsexualism. Transvestism. Comprehensive health care.

¹Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione (Iede) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. patymoq@yahoo.com.br

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH)¹, da Organização das Nações Unidas, em 1948, foi um marco histórico no âmbito do direito internacional, com repercussões na medicina e nas ciências sociais, visto que orientava a forma como todos os seres humanos deveriam ser tratados e quais os seus direitos. Os direitos humanos dispostos na Declaração aludiam à proteção de todas as pessoas, sem discriminação étnica, religiosa ou de gênero/sexo. Desse modo, algumas Constituições se inspiraram nesses preceitos e incorporaram tais direitos como fundamentais, alicerçando as lutas locais pela garantia de direitos, assegurando os princípios da liberdade e igualdade entre os cidadãos².

Os denominados ‘Princípios de Yogyakarta’ reafirmam a aplicação de tais normas relacionadas com os direitos humanos às pessoas com diversas orientações sexuais e identidades de gênero, coibindo quaisquer discriminações, sanções ou limitações por expressarem uma sexualidade ou gênero distintos do definido geneticamente. Assim, os Princípios de Yogyakarta³⁽⁷⁾ afirmam que “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos [...]” e que a liberdade de escolha da própria “orientação sexual e identidade de gênero são essenciais para a dignidade e humanidade de cada pessoa e não devem ser motivo de discriminação ou abuso”.

Ainda que a DUDH já exista há várias décadas, o Brasil ainda falha em sua aplicação para garantir a melhor qualidade de vida das minorias. Nesse sentido, o relatório ‘Situação dos Direitos Humanos no Brasil’ mostra que o País avançou em certos aspectos, mas há que se considerar a história de violação sistemática de direitos ocorrida durante a ditadura militar e a persistência, atualmente, das violações de direito de minorias. A pesquisa parte do reconhecimento da necessidade de melhorar aspectos diversos na defesa e promoção dos direitos da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e

Transgêneros, Queer, Intersexuais, Assexuais, entre outros (LGBTQIA+)⁴.

Muito embora tenha havido avanços na formulação de Políticas de Saúde, é mister ressaltar que a homofobia e a transfobia dificultam a promoção da cidadania e o respeito aos direitos humanos das pessoas LGBTQIA+. Observa-se que não se deu a conquista efetiva da equidade e igualdade no acesso à saúde proporcionado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o que constitui violação aos princípios preconizados pela Reforma Sanitária Brasileira⁵.

Relacionado com isso, em 2015, a Organização Mundial da Saúde verificou a dificuldade, em nível mundial, do acesso igualitário de pessoas transexuais aos serviços de saúde e que obstáculos e deficiências no acesso ocasionavam grande impacto na sua saúde mental⁶. As políticas que implementam o processo transexualizador contam, no estado do Rio de Janeiro, com uma instituição de referência na área de endocrinologia e diabetes, chamada Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione (Iede), habilitada em 2016, pelo Ministério da Saúde, para acompanhamento hormonal das pessoas transexuais e travestis que visam à mudança dos caracteres sexuais secundários, por meio da assistência multiprofissional, no Ambulatório Multidisciplinar de Identidade de Gênero (Amig) de forma integral e humanizada. Ressalte-se que tal atendimento ocorria desde 1999, antes da oficialização do primeiro dispositivo legal do processo transexualizador.

Os objetivos específicos da pesquisa foram: i) caracterizar as pessoas atendidas no ambulatório dessa unidade; e ii) entender como se deram o acesso e o itinerário das pessoas transexuais e travestis no SUS até a sua admissão na unidade de referência para o acompanhamento hormonal no Amig do estado do Rio de Janeiro.

Os pareceres nº 5.320.867 (Iede) e nº 5.220.717 (Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca) atestam a aprovação pelos Comitês de Ética em Pesquisa de ambas as instituições.

Metodologia

A pesquisa foi realizada em duas etapas: a primeira foi a caracterização do perfil socio-demográfico das 458 pessoas transexuais e travestis atendidas no Amig a partir da coleta de informações disponíveis na ficha do Serviço Social anexada aos prontuários dos participantes da pesquisa, em que se buscou identificar dados pessoais, como gênero, naturalidade, faixa etária, cor/etnia e escolaridade, a situação funcional (vínculo empregatício, previdenciário), situação de saúde, história de violência sexual; a segunda etapa foi de entrevistas com 16 pessoas transexuais e travestis em acompanhamento no Amig, que se disponibilizaram a relatar suas experiências – seis mulheres transexuais, duas travestis e oito homens transexuais, sendo um deles pessoa intersexo. Os entrevistados tiveram seus dados sociodemográficos colhidos entre os 458 prontuários estudados na primeira etapa. Ressalte-se que, em nenhum momento, as pessoas que participaram da pesquisa foram identificadas, tendo sido garantido o anonimato.

Quanto aos dados sociodemográficos, foram utilizados todos os prontuários das pessoas transexuais e travestis que foram atendidos no Serviço Social do Amig no período de 2015 a 2021.

A realização e a análise das entrevistas basearam-se no método de Narrativas de Vida, de Daniel Bertaux⁷, sendo importante justificar que o número de entrevistados foi influenciado pelo cronograma da pesquisa, pela disponibilidade dos participantes (uma vez que muitos se recusaram a participar), e pelo método escolhido, de viés qualitativo. O período das entrevistas ocorreu entre os meses de abril e outubro de 2022.

Desde a estruturação da entrevista, a referência teórica foi o método de Narrativa de Vida de Daniel Bertaux⁷ que visa à obtenção de informações relativas à vivência dos participantes da pesquisa, buscando compreender as infinitas situações que determinam, repercutem ou influenciam em sua trajetória, além

de permitir o conhecimento do cenário no qual atuam. A técnica de entrevista do método consiste em pedir para a pessoa que fale sobre determinadas experiências vivenciadas, privilegiando aspectos da biografia relacionados com o objeto do trabalho.

A questão norteadora da pesquisa foi: ‘conte-me sua experiência vivenciada no acesso ao serviço de saúde até o centro especializado’. Para aproximar as narrativas dos entrevistados ao objetivo da pesquisa, antes da entrevista, apresentaram-se os filtros ou os aspectos de maior interesse: acolhimento na Atenção Primária à Saúde (APS), tempo de espera até a chegada à unidade especializada, acompanhamento na APS e violência institucional. Evitou-se, conforme orientação do método, a interrupção das entrevistas, conferindo liberdade ao fluxo e à ordenação do pensamento e da narrativa dos entrevistados⁷.

Após a coleta de dados, utilizou-se a análise comparativa, forma de análise que busca encontrar recorrências dos acontecimentos, semelhanças lógicas, de modo a procurar, na narrativa dos vários indivíduos, um mesmo processo. Por meio das narrativas dos percursos biográficos, podem-se compreender as vivências de dificuldades no acesso, reforçando a hipótese da pesquisa, visando à contribuição na proposta e na elaboração de ações para melhoria do processo.

A análise das entrevistas teve como objetivo conhecer os indícios e os diferentes percursos relatados pelos entrevistados, buscando a interpretação e o entendimento dos fatos narrados. Para tal, deve-se buscar reconhecer a sequência lógica da narrativa, valorizando o encadeamento dos acontecimentos apresentados. As pessoas entrevistadas foram identificadas pela letra E na sequência de 1 a 16.

Após as entrevistas, procedeu-se à transcrição dos áudios, etapa fundamental quando se quer analisar o conteúdo detalhadamente com a recuperação da estrutura diacrônica da história narrada, considerando a distância entre o momento em que se deu a experiência – ou vivência – e o momento da narrativa

à pesquisadora. Na análise comparativa do método de Narrativas de Vida, o próprio pesquisador deve transcrever as narrativas, o que contribui para que elementos da sua memória sejam acionados, elementos estes que podem ser essenciais para uma análise mais robusta. As narrativas transcritas foram separadas conforme os sujeitos relatassem ou não dificuldades no acesso aos serviços de saúde até o centro especializado, casos considerados negativos ou positivos. Alguns participantes fizeram o mesmo percurso, com ou sem entraves no acesso, menor ou maior êxito.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione sob número 5.320.867. Seguiu todas as exigências impostas pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde⁸, na qual estão presentes as diretrizes para pesquisa com seres humanos, tendo sido aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados e discussão

Os mecanismos de cuidado e atenção aos usuários com enfoque na realização do processo transexualizador tem, prioritariamente, a APS como porta de entrada do usuário na Rede de Atenção à Saúde⁹. Em um segundo momento, de forma articulada, a atenção primária e a atenção especializada se complementam e se hierarquizam em pontos de atenção que exigem diferentes tecnologias, entre eles, serviços de urgência, ambulatorial especializado e hospitalar.

Pela consulta aos prontuários, o estudo possibilitou o conhecimento da realidade de 458 pessoas que se autodeclararam transgênero, a saber: aproximadamente 61% se autodeclararam mulheres transexuais; cerca de 35%, homens transexuais; e 4%, travestis, bem como os principais aspectos relacionados com a situação de vulnerabilidade social. As mulheres transexuais e travestis são identificadas neste estudo como mulheres trans.

A região Sudeste tem predominância de mulheres trans, estando aproximadamente 80% delas no Rio de Janeiro. A região Nordeste tem aproximadamente 9% das mulheres trans atendidas pelo Iede. Usuárias se beneficiam da Portaria nº 55/1999¹⁰ da Secretaria de Atenção à Saúde que regulamenta o Tratamento Fora do Domicílio (TFD). No estado do Rio de Janeiro, homens trans representam cerca de 90%. Aqueles nascidos em outros estados ou países representam cerca de 9%.

Identificou-se que as mulheres trans têm entre 30 e 39 anos, no total de 102 usuárias (quase 34%); são 95 usuárias entre 40 e 49 anos, ou seja, quase 32%. É interessante relatar que usuárias de 18 e 19 anos não estão cadastradas no serviço. Há declínio na busca por atendimento entre aquelas com 20 e 29 anos, sendo suposto que a existência de barreiras econômicas, como dependência familiar e desemprego, leva à demora no acesso à unidade de referência por não haver serviço de forma descentralizada. Igualmente, homens trans têm maior percentual entre 30 e 39 anos (quase 62%), e entre 40 e 49 anos (quase 27%).

Em relação à raça e etnia, aproximadamente 43% das usuárias se autodeclararam brancas; cerca de 36%, pardas; e 16%, pretas. Duas usuárias se autodeclararam indígenas. Doze prontuários têm ausência de informação sobre raça/cor. Sobre os homens trans, 65 (40,6%) se autodeclararam brancos; 66 (41,3%), pardos; 26, negros; e 1, indígena.

Das mulheres trans, aproximadamente 40% tinham completado o ensino médio; 14,4%, ensino médio incompleto; 4,4%, ensino fundamental completo; e 11,7%, ensino fundamental incompleto. Aproximadamente 11% haviam completado o ensino superior, e 16,4% relataram ter o ensino superior incompleto; 2,3% têm pós-graduação. Duas eram analfabetas, e uma pessoa não teve a escolaridade identificada.

Sobre os homens trans, 46%, aproximadamente, haviam completado o ensino médio, sendo 11,3% com o fundamental incompleto. No ensino superior, 28,8% não haviam

terminado, sendo 11% aproximadamente com o diploma de ensino superior; desses, 2% têm pós-graduação.

É imprescindível destacar que muitos que não concluíram os estudos atribuem isso à transfobia. Segundo Foucault¹¹, a escola é um dos dispositivos do ‘poder disciplinar’ e, por meio das manifestações de microviolências, controla o comportamento dos corpos e os normaliza, indicando e valorizando os padrões a serem seguidos. Trata-se, muitas vezes, de um ‘não lugar’ para as transexuais, que, frequentemente, sentem-se vigiadas e marginalizadas. Portanto, o abandono escolar, a repetência e o desânimo com os estudos são frequentemente vistos nessa população¹².

Em relação ao vínculo empregatício formal, regido pela Consolidação das Leis do Trabalho, quase 29% das mulheres trans estão empregadas, com contribuição à previdência; 1,7% delas já se encontram aposentadas. A maioria, quase 45%, não tem vínculo empregatício, tampouco previdenciário; 8,4% contribuem autonomamente para a previdência social.

Quase 29% dos homens trans possuem emprego formal, enquanto a maioria deles, aproximadamente 57%, estão em situação de desemprego. A atividade informal faz parte do universo de 14,3% desses homens trans. Desse montante, apenas 2,5% colaboram com a previdência social. A dificuldade para ingressar no mercado de trabalho é maior para as minorias sociais e para aqueles em situação de vulnerabilidade. Além disso, a pandemia da Covid-19 agravou a situação de desemprego dessa população, especialmente dos que se declararam pardos e pretos, o que pode ser atribuído ao racismo aliado à transfobia.

Quanto à situação de saúde, do total de 298 mulheres trans incluídas no estudo, 68% não apresentam qualquer tipo de doença. No entanto, quando são apresentadas, as mais usuais são: HIV (55,9%), hipertensão arterial (12,9%), sífilis (5,4%), diabetes mellitus (4,3%), asma brônquica (3,2%) e hipotireoidismo (3,2%). Com relação aos homens trans, do total de 160, 78% não possuem qualquer

tipo de doença. A ordem de aparecimento das doenças, quando relatadas, são: hipertensão arterial (15,2%), asma brônquica (12,1%), hipotireoidismo (9,1%), obesidade (9,1%) e diabetes mellitus (6,1%).

Sobre o HIV+, é interessante ressaltar que, na década de 1980, o esforço no combate à epidemia da aids contou com o protagonismo dos movimentos sociais que defendiam os direitos à diversidade sexual e de gênero. Na esteira da defesa de direitos, surgem também políticas de atenção às pessoas transexuais, como a Portaria GM/MS nº 1.707/2008¹³, revogada pela Portaria GM/MS nº 2.803/2013¹⁴, que redefine e amplia o processo transexualizador no SUS. Houve ainda um avanço expressivo nos direitos a partir da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais¹⁵.

A hormonização sem acompanhamento médico é algo comum entre essa população. A vontade de mudar a aparência física, aliada à dificuldade de encontrar profissionais disponíveis – e confiáveis – para prescrever os medicamentos e fornecer o acompanhamento, faz com que o uso de medicamentos por conta própria seja frequente. No entanto, a automedicação é prejudicial à saúde, mais ainda se a pessoa já possui alguma doença de base ou comorbidades¹⁶. Portanto, o risco à saúde seria reduzido se o acesso equitativo aos serviços fosse uma realidade em todo território brasileiro.

Em relação à violência contra as pessoas trans, deve-se ressaltar que ela acontece em diversos espaços, seja no ambiente de convívio social diário ou nos espaços que, teoricamente, seriam uma proteção à violência diária, como a própria casa ou os ambientes em família. Entre as mulheres e homens trans estudados, 12% relataram ter sofrido violência sexual e apontam alguém da família como o agressor. No entanto, a violência também pode ser perpetrada por desconhecidos, o que reflete a cultura patriarcal, machista e transfóbica, utilizando dessa violência para corrigir os corpos ‘desviantes’¹⁷. Tem-se, como exemplo, o

estupro ‘corretivo’, algo frequentemente vivido por homens trans¹⁸. O preconceito e a violência são resultado do estigma vivido por essas pessoas em uma sociedade em que a homo e a transexualidade são alvos de críticas e atos discriminatórios, uma vez que a heterossexualidade é o padrão¹⁹.

Narrativas de Vida

Nos serviços de saúde, nove pessoas relataram ter sido bem acolhidas; sete apontaram mau acolhimento na APS; cinco participantes identificaram que o atendimento no centro especializado foi melhor do que na APS; um participante relacionou o bom acolhimento na APS ao fato de ter chegado ‘muito rápido’ ao Iede.

Das 16 pessoas entrevistadas, oito tiveram tempo de espera inferior a seis meses, e oito, superior a esse tempo. Os intervalos no tempo de regulação oscilaram entre dois dias e cinco anos. Sobre o cuidado em saúde das pessoas transexuais e travestis, somente cinco pessoas relataram o acompanhamento na Clínica da Família e, dessas cinco, somente três fazem o acompanhamento para a terapia hormonal.

Ressalte-se que a porta de entrada para o atendimento ambulatorial para acompanhamento hormonal, no estado do Rio de Janeiro, se dá por intermédio da inserção na plataforma de regulação denominada Sistema Estadual de Regulação (SER)²⁰ realizada pelas Clínicas de Família ou Unidades Básicas de Saúde (UBS). Após a inserção, os usuários aguardam na fila de espera para encaminhamento à unidade de referência ambulatorial.

Foram em torno de cinco anos que eu finalmente entrei no sistema, ser chamada para cá [Iede], começar a ser atendida, regulamentada por aqui... durante períodos eu era encaminhada para uma doutora e essa doutora me examinava. Ela me dizia assim, na clínica geral, não é. ‘Sei lá, olha, não tem como te encaminhar e não tem como te tratar aqui’. Até que teve um momento, eles falaram assim, olha, você vai lá para a Policlínica

de Mesquita que atende toda a cidade. Indo lá, novamente não foi recomendado o acesso ao Iede, mesmo que eu sempre comentasse sobre o SER, sobre o Iede para ser encaminhada, ela dizia que não era possível, que não tinham como. Eles explicitamente disseram, não havia como eu ser encaminhada para o Iede. (E13).

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

Nove entrevistados (mulheres e homens trans) observaram que há conhecimento profissional sobre regulação e transexualidade; sete entendiam que havia desconhecimento do profissional regulador; três destacaram que houve orientação sobre o Iede. O descompromisso profissional foi relatado na fala de cinco entrevistados; o compromisso do profissional foi algo importante para quatro participantes, sendo um diferencial no atendimento em razão da inserção no sistema.

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

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

No que tange à violência institucional, sete usuários disseram não ter sofrido violência; nove relataram ter sofrido. O desrespeito ao

uso do nome social foi apontado também por três participantes da pesquisa como uma das formas de violência mais vivenciadas pelas pessoas transexuais.

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

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

Outros aspectos identificados nas narrativas foram os sentimentos relacionados com o processo de transição, sendo identificadas categorias, como: gratidão, sonho realizado, felicidade, chateação, tristeza, resiliência, frustração, constrangimento, indignação, abalo psicológico, desejo por respeito. A vontade de cuidar da saúde aparece em 13 falas, como:

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

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

As concepções heterocisnormativas²¹, perpetuadas pela sociedade, impõem, ao modo de agir dos profissionais de saúde, a falta de empatia e o não acolhimento àqueles que estão fora das normas socioculturais²². Tais concepções demonstram que atos repressivos de controle, visando à padronização dos comportamentos, tendem a criar uma sociedade 'disciplinar', em que há a patologização de algumas manifestações da sexualidade²³. Ademais, a falta de sensibilidade dos profissionais de saúde pode culminar em não acolhimento e descompromisso em relação à necessidade da transição de gênero em pessoas trans e travestis.

Para a classificação de risco, verificou-se que, quando o médico demonstra empatia em relação às causas e lutas LGBTQIA+, provavelmente estará mais comprometido com o cuidado em saúde, desse modo, a subjetividade na avaliação e na classificação de risco para a regulação fica mais evidente. No entanto, o critério subjetivo pode levar a iniquidades devido aos diferentes critérios de classificação de risco.

Considerações finais

A diferença no acesso ao sistema de saúde pode ser entendida pela possibilidade da influência da classificação de risco exposta no sistema, além da subjetividade no atendimento. Se uma pessoa é classificada como categoria 'emergência', impacta na celeridade da chegada à unidade. Os dados demográficos rotineiramente usados no planejamento de ações e serviços de saúde ajudaram a contextualizar e dar visibilidade às pessoas transexuais e travestis que demandam acompanhamento hormonal no Iede – e, ao evidenciar fatores

intervenientes no acesso, contribui para a proposição de estratégias para facilitá-lo. As narrativas, desse modo, apresentaram possibilidades de identificação das barreiras de acesso aos serviços de saúde, notadamente os que constituem referências para a hormonioterapia em pessoas transexuais e travestis.

A regulação e o acesso ao serviço de saúde envolvem vários fatores: garantia de acesso aos serviços de forma adequada; garantia de que os princípios do SUS e da Constituição Federal sejam aplicados; disseminação e implantação de protocolo de regulação; orientação e adequação de fluxos de assistência, tendo como elemento de suporte aspectos relacionados com a capacitação, a padronização da conduta do regulador, a comunicação e a gestão²⁴. Assim sendo, o desconhecimento do profissional regulador sobre a inserção no sistema tem consequências negativas, como em relação ao acompanhamento hormonal, gerando uma desassistência ao usuário, e, como consequência, a busca pela automedicação, pois não encontram suporte na rede de saúde.

Na questão do cuidado em saúde, ainda que a portaria do processo transexualizador tenha credenciado o Iede na modalidade ambulatorial como unidade de referência, permanece a dificuldade na busca pelo acesso ao cuidado, visto que este fica centralizado em apenas uma unidade que, para muitos, é distante da residência e representa um gasto com deslocamento que a pessoa não pode suprir, o que demonstra o enfrentamento das barreiras geográficas e econômicas encaradas rotineiramente.

Uma das alternativas é a descentralização do cuidado, com a opção de oferecer o acompanhamento hormonal nas Clínicas da Família. Para isso, devem ser acionados os instrumentos normalizadores, verificando, também, que cada ente federativo é autônomo e soberano nas suas decisões e atividades, constituindo instrumentos definidores do modelo de atenção à saúde e direcionadores de políticas públicas no âmbito da saúde²⁵.

A sensação de não acolhimento relatada pelos entrevistados pode estar relacionada com a falta de sensibilização dos profissionais de saúde, que ainda têm uma ideia preconcebida e heteronormativa²¹ sobre as relações de gênero, o que impacta negativamente no entendimento sobre a necessidade e a importância da transição de gênero das pessoas transexuais e travestis. Outrossim, o descompromisso profissional com o usuário, mais que um *background* baseado em preceitos preconceituosos, está relacionado também com a falta de capacitação da equipe, ou seja, não é só por preconceito que a pessoa pode ser mal atendida, mas pelo fato de o profissional desconhecer as questões de gênero, sexualidade e saúde que permeiam esse atendimento.

Ainda que o direito ao nome social esteja previsto desde 2009 na Carta de Direitos dos Usuários na Saúde²⁶, tal normativa ainda não foi efetivamente acolhida na rotina de profissionais da saúde, de modo que compromete o efetivo cuidado à saúde, a percepção dos usuários sobre o sistema de saúde e seus profissionais²⁷.

Conclui-se, então, que há necessidade de educação permanente dos profissionais da saúde sobre questões de gênero, com a mudança de paradigma, entre outras coisas, visando melhorar a assistência e reafirmar os princípios do SUS. De acordo com Foucault²⁸, a ordem médica, com seu olhar centrado na doença e orientado por um modelo biologicista, sem olhar para a pessoa e seu contexto social, modifica o modo de ver as pessoas transexuais e travestis, restringindo sua autonomia no processo de tomada de decisão relacionado com a abordagem médica dos seus corpos.

Diante de tais evidências, recomendam-se ações no campo do *software* do SER que, ao ser alimentado com as informações advindas das UBS e das Clínicas da Família, fará automaticamente a distinção entre os fatores: tempo de entrada no sistema, faixas etárias e pessoas com deficiência, as duas

últimas previstas em leis, reenquadrando todos os inscritos em uma nova fila. A partir deste ponto – data de *reset* do sistema, que deverá ser comunicado a todos os inseridos –, poderá ser garantido o acesso equitativo.

Colaboradoras

Moquedace PS (0000-0003-4556-1293)* e Maciel EMGS (0000-0002-9095-3141)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

- Hunt L. A invenção dos direitos humanos: uma história. São Paulo: Companhia das Letras; 2009.
- Piovesan F. Direitos humanos e o direito constitucional internacional. São Paulo: Saraiva; 2018.
- International Commission of Jurists. Princípios de Yogyakarta: Princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero. [local desconhecido]: Clam; 2007. [acesso em 2023 fev 26]. Disponível em http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/principios_de_yogyakarta.pdf.
- Comissão Interamericana de Direitos Humanos. Situação dos direitos humanos no Brasil: Aprovado pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos em 12 de fevereiro de 2021. [local desconhecido]: OEA; 2021.
- Bezerra MVR, Moreno CA, Prado NMBL, et al. Política de Saúde LGBT e sua invisibilidade nas publicações em saúde coletiva. *Saúde debate*. 2019 [acesso em 2023 out 16]; 43(esp8): 305-323. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/v43nspe8/0103-1104-sdeb-43-spe08-0305.pdf>.
- World Health Organization. Sexual health, human rights and the law. Geneva: WHO; 2015. [acesso em 2023 fev 26]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/175556>.
- Bertaux D. As Narrativas de vida. 4. ed. Lisboa: Mundos Sociais; 2020.
- Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*. 13 Jun 2012. [acesso em 2023 fev 26]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
- Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: programa saúde da família. Brasília: DF: Ministério da Saúde; 2012.
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 55, de 24 de fevereiro de 1999. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde - SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 26 Fev 1999. [acesso em 2023 fev 26]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prt0055_24_02_1999.html.
- Foucault M. Vigiar e Punir: nascimento da prisão. 37. ed. São Paulo: Vozes; 2009.
- Salvador NC, Oliveira AJ, Franco N. Fracasso, evasão e abandono escolar de pessoas trans: algumas

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- reflexões necessárias. R. Educ. Public. 2021 [acesso em 2023 fev 7]; 30(jan/dez):1-18. Disponível em: <https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/educacaopublica/article/view/11840>.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.707, de 18 de agosto de 2008. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial da União. 18 Ago 2008.
 14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 19 Nov 2013.
 15. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Nota técnica nº 54. Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral LGBT. Brasília, DF: Conass; 2011.
 16. Carmo GM, Ortegá GHPC, Santana IF, et al. Análise do risco de trombose em transexuais devido a terapia hormonal. Braz. J. Develop. 2020 [acesso em 2023 fev 7]; 6(9):71580-71592. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/17192>.
 17. Foucault M. História da sexualidade I: A vontade de saber. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal; 1999.
 18. Benevides BG, Nogueira SNB. Dossiê dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2020. São Paulo: Expressão Popular, ANTRA, IBTE; 2021 [acesso em 2023 fev 7]. 136 p. Disponível em: <https://antrabrazil.files.wordpress.com/2021/01/dossie-trans-2021-29jan2021.pdf>.
 19. Guimarães RCP. Estigma e Diversidade Sexual nos Discursos dos(as) profissionais do SUS: desafios para a saúde da população LGBT. [tese]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2018 [acesso em 2023 jan 26]. 148 p. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/34523>.
 20. Governo do Estado do Rio de Janeiro, Secretaria de Saúde. Transparência. Sistema Estadual de Regulação. Rio de Janeiro: Governo do Estado; 2021. [acesso em 2023 fev 26]. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/transparencia/acesso-a-informacao/2019/07/14-lista-de-espera-regulacao-ser>.
 21. Butler J. Problemas de Gênero: feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2018.
 22. Schneck SA. Experiência de Pessoas Transgênero com o Atendimento em Serviços de Saúde: uma revisão integrativa. [monografia]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2021 [acesso em 2023 fev 7]. 44 p. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/230643>.
 23. Foucault M. História da sexualidade II: o uso dos Prazeres. 8. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2020.
 24. Jatobá A, Bellas HC, Soranz D, et al. Análise Situada do Sistema de Regulação de Consultas e Exames no Município do Rio de Janeiro. Relatório de Pesquisa nº 9. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2019.
 25. Pereira LBC, Chazan ACS. O Acesso das Pessoas Transsexuais e Travestis à Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade. 2019 [acesso em 2023 jan 26]; 14(41):1795. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1795>.
 26. Conselho Nacional de Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde. 3. ed. Brasília, DF; 2011.
 27. Santos LMS. Notas sobre a violência contra a população trans e travesti nos serviços públicos de saúde no Brasil. In: Anais do 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais; 2019 out 30 – nov 3; Brasília. Brasília, DF; 2019. p. 1-12.
 28. Foucault M. Nascimento da clínica. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2011.

Recebido em 21/10/2023

Aprovado em 06/12/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editor responsável: Henrique Rabello de Carvalho